



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

экз. № _____

«УТВЕРЖДАЮ»

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия
<i>Форма обучения</i>	Очная

<i>Вид практики</i>	Производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Базовая часть
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	59
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	2124

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия утвержденного в 2014 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Горбунов Георгий Николаевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии

Сухов Валентин Константинович, д.м.н., профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Сокуренок Герман Юрьевич, д.м.н., профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Красноперов Павел Владиславович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Кузнецов Кирилл Владимирович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Кузьмина-Крутецкая Светлана Рэмовна, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Куксинский Владимир Евгеньевич, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Сабельников Владимир Васильевич, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Шломин Владимир Владимирович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

(Ф.И.О., должность, степень)

Рецензенты:

Профессор В.В.Сорока д.м.н., Заслуженный врач РФ, Руководитель Отдела неотложной сердечно-сосудистой хирургии СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Профессор А.С.Немков д.м.н., Кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Программа практики обсуждена на заседании кафедр(ы) сердечно-сосудистой хирургии
(наименование кафедры)

«_09_» _июня_ 2017 г. протокол № 7

Одобрено методическим советом ___хирургического_____ факультета

«_16_» _июня_____ 2017_ г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики	4
2. Задачи практики	4
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы..	6
4. Формы проведения практики.....	6
5. Время и место проведения практики	6
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	6
7. Структура и содержание практики.....	9
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	12
9. Фонд оценочных средств	12
9.1. Критерии оценки	12
9.2. Оценочные средства.....	13
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	13
11. Материально-техническое обеспечение	47
12. Методические рекомендации по прохождению практики	47

1. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по специальности сердечно сосудистая хирургия, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-сердечно-сосудистого хирурга, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

2. Задачи практики

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов и нозологических форм заболеваний, подлежащих кардиохирургическому, рентгенхирургическому или ангиохирургическому лечению;
- определять показания и противопоказания к оперативному лечению нозологических форм заболеваний, подлежащих кардиохирургическому, рентгенхирургическому или ангиохирургическому лечению;
- выполнять и/или оценивать не сложные и умеренные по сложности диагностические и лечебные процедуры пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- применять базовые алгоритмы предоперационной подготовки и послеоперационного лечения нозологических форм заболеваний, подлежащих кардиохирургическому, рентгенхирургическому или ангиохирургическому лечению;
- выполнять простые манипуляции и отдельные элементы операций по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- вести все виды медицинской документации в стационаре и амбулаторно-поликлиническом учреждении пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- применять методы первичной и вторичной профилактики и реабилитации пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- оказывать квалифицированную врачебную помощь при неотложных состояниях;
- проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- Вести профилактическую деятельность пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля:
- предупреждать возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проводить профилактических медицинских осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение у населения и пациентов кардиохирургического и сосудистого профиля;
- проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
- проводить диагностическую деятельность пациентам кардиохирургического и

сосудистого профиля:

- осуществлять диагностику заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- проводить диагностику неотложных состояний;
- проводить медицинскую экспертизу пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- вести лечебную деятельность пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля:
- оказывать специализированную медицинскую помощь пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- участвовать в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- вести реабилитационную деятельность пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля:
- проводить медицинскую реабилитацию и назначать санаторно-курортное лечение пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- вести психолого-педагогическую деятельность:
- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- вести организационно-управленческую деятельность:
- применять основные принципы организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организовывать и управлять деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организовывать проведение медицинской экспертизы пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- организовывать оценку качества оказания медицинской помощи пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- вести учетно-отчетную документацию в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создавать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- соблюдать основные требования информационной безопасности.

3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

- лечебное дело
- педиатрия

4. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий

5. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на _1 и 2__ курсе

СЗ ГМУ им Мечникова: Клиника им Э.Э.Эйхвальда, кардиохирургическое отделение; Клиника им. Петра Великого, отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения; ГУЗ ЛО Кардиологический диспансер, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, поликлиническое отделение; отделение сосудистой хирургии; РНИИТО им. Вредена, 15 отделение

6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Основы абстрактного мышления, анализа, синтеза (УК-1);	Абстрактно мыслить Проводить анализ и синтез	Клиническим мышлением Методиками абстрактного мышления, анализа, синтеза
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Основы управления коллективом, социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Навыками управления коллективом, толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий
3	УК-3	готовность к участию в педагогической	Основы участия в педагогической	участвовать в педагогической	навыками участия в педагогической

		<p>деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>	<p>деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>	<p>деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>	<p>деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>
4	ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p>	<p>принципы ранней диагностики заболеваний, проведения скринингов</p>	<p>проводить мероприятия по ранней диагностике заболеваний</p>	<p>методами ранней диагностики заболеваний, в том числе – организации и проведения скринингов</p>
5	ПК-2	<p>готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного</p>	<p>принципы проведения профилактических медицинских осмотров, принципы диспансеризации детей и взрослых</p>	<p>проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию детского и взрослого населения</p>	<p>навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослого и детского населения</p>

		наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);			
6	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Основы проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Проводить противоэпидемические мероприятия, организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Навыками проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)
7	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);	Основы и принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
8	ПК-5	готовность к определению симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);	основные симптомы, синдромы, патологические состояния и нозологические формы; МКБ-10	определить у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы в соответствии с МКБ-10	навыками определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
9	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-6);	принципы ведения пациентов в общей врачебной практике (семейной медицине)	составлять план ведения пациента	навыками ведения пациента, составления плана ведения и наблюдения
10	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);	принципы оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия	оказывать неотложную медицинскую помощь и реанимационное пособие	навыками оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия
11	ПК	готовность к применению	Теоретически	Применять	Методами

	-8	природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);	е основы и практические методы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
12	ПК-9	психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)	Основы психолого-педагогической деятельности: формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Применять психолого-педагогическую деятельность: формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Навыками психолого-педагогической деятельности по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основы применения основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
14	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Основы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Навыками оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
15	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Основы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Навыками организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

7. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
	Стационар (базовая)			

	практика):			
2	Сосудистая хирургия:	756	<p>Работа под контролем куратора:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ведение предоперационных и послеоперационных пациентов сосудистого профиля -Участие в обходах, -Участие в клинических разборах, -Участие во врачебных комиссиях -Ведение карт стационарного больного -Оформление иной медицинской документации -Подготовка операционной -Предоперационный осмотр -Подготовка пациента в операционной -Ассистенция 2 ассистентом во время сосудистых операций - Наблюдение за пациентом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде -Перевязки пациентов -Выполнение простых манипуляций 	40
3	Флебология:	324	<p>Работа под контролем куратора:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ведение предоперационных и послеоперационных пациентов флебологического профиля -Участие в обходах, -Участие в клинических разборах, -Участие во врачебных комиссиях -Ведение карт стационарного больного -Оформление иной медицинской документации -Подготовка операционной -Предоперационный осмотр -Подготовка пациента в операционной -Ассистенция 1 и 2 ассистентом во время флебологических операций - Наблюдение за пациентом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде -Перевязки пациентов -Выполнение простых манипуляций -Участие в реабилитационных и профилактических мероприятиях 	40
4	Кардиохирургия:	756	<p>Работа под контролем куратора:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ведение предоперационных и послеоперационных пациентов кардиохирургического профиля -Участие в обходах, -Участие в клинических разборах, -Участие во врачебных комиссиях -Ведение карт стационарного больного -Оформление иной медицинской документации -Подготовка операционной -Предоперационный осмотр -Подготовка пациента в 	40

			<p>операционной</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ассистенция 2 ассистентом во время кардиохирургических операций - Наблюдение за пациентом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде -Перевязки пациентов -Выполнение простых манипуляций и манипуляций средней сложности 	
5	Аритмология:	108	<p>Работа под контролем куратора:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ведение предоперационных и послеоперационных пациентов аритмологического профиля -Участие в обходах, -Участие в клинических разборах, -Участие во врачебных комиссиях -Ведение карт стационарного больного -Оформление иной медицинской документации -Подготовка операционной -Предоперационный осмотр -Подготовка пациента в операционной -Ассистенция во время аритмологических операций - Наблюдение за пациентом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде -Перевязки пациентов -Выполнение простых манипуляций -Ассистенция при ЭФИ и программировании ПЭКС 	15
6	РЭДЛ:	108	<p>Работа под контролем куратора:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ведение предоперационных и послеоперационных пациентов кардиохирургического и сосудистого профиля -Участие в обходах, -Участие в клинических разборах, -Участие во врачебных комиссиях -Ведение карт стационарного больного -Оформление иной медицинской документации -Подготовка операционной -Предоперационный осмотр -Подготовка пациента в операционной -Ассистенция ассистентом во время рентгенхирургических операций - Наблюдение за пациентом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде -Перевязки пациентов -Выполнение простых манипуляций и манипуляций средней сложности 	15
7	Поликлиника (базовая практика):	72	<p>Консультативная помощь пациентам</p> <ul style="list-style-type: none"> -сосудистого, -флебологического -кардиохирургического 	25

			-аритмологического профиля: Профилактический прием, Консультативный прием. Амбулаторная помощь пациентам сосудистого, флебологического кардиохирургического аритмологического, профиля: перевязки, манипуляции, снятие швов Наблюдение за проведением и интерпретация и трактовка диагностических исследований	
--	--	--	---	--

8. Формы отчетности и аттестации по практике

Форма отчетности по практике: дневник ординатора

Форма аттестации: промежуточная аттестация, в форме зачета

9. Фонд оценочных средств

9.1 Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Ситуационные задачи	Критерии оценки вопросов в зависимости от типов формулируемых вопросов.

9.2. Оценочные средства

Перечень вопросов для собеседования

1. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Оценка качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
2. Профилактика и терапия нарушений свертывающей и противосвертывающей системы крови в периоперационном периоде.
3. Основные вопросы изосерологии. Данные о групповой дифференциации. Методики определения групп крови и резус принадлежности. Заготовка и консервация крови, плазмы, форменных элементов. Кровозаменяющие среды.
4. Общие вопросы трансфузионной тактики в ходе операции на сердце и сосудах и в послеоперационном периоде. Опасности и осложнения при переливания крови и кровезаменителей. Распознавание их причин, профилактика и лечение. Гемотрансфузионные реакции. Поздние посттрансфузионные осложнения.
5. Электрофизиологическое исследование сердца. Показания и противопоказания. Инвазивное и неинвазивное ЭФИ.
6. Рентгеноанатомия и рентгенофизиология сердца и крупных сосудов
7. Общие принципы и методика проведения коронарографии и вентрикулографии в диагностики ишемической болезни сердца.
8. Послеоперационные повторные ангиографии и коронарографии
9. Осложнения при проведении внутрисердечных методов исследования.
10. Расчет показателей центральной гемодинамики.
11. Методы оценки жизнеспособности миокарда и сократительной функции сердца.
12. Методы предоперационного обследования больных с хронической цереброваскулярной недостаточностью. Неинвазивные и инвазивные способы оценки кровоснабжения головного мозга.
13. Неинвазивные методы исследования артериальной и венозной системы.
14. Определения показаний и противопоказаний к ангиографическому исследованию. Подготовка больного. Основные методы ангиографии.
15. Ангиография сосудов шеи и головы. Общая грудная аортография. Общая аортография при аномалиях грудной аорты и ее ветвей. Аортография при коарктации аорты. Аортография при окклюзионных заболеваниях ветвей дуги аорты
16. Аневризмы грудной аорты. Понятие и история вопроса. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Течение и прогноз. Хирургическое лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Ближайшие и отдаленные результаты.
17. Разрывы аневризм грудной аорты. Частота и прогноз для жизни. Клиника. Диагностика. Показания и противопоказания к операции.
18. Расслаивающиеся аневризмы грудного отдела аорты. Понятие и история вопроса. Этиология. Классификация по Де Беки(1,2,3 типы) Морфология. Клиника. Диагностика. Показания и противопоказания к операции. Ошибки, опасности, осложнения послеоперационного периода.
19. Аневризма брюшной аорты. Патологическая анатомия и физиология. Течение и

- прогноз. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.
20. Окклюзия брюшной аорты. Понятие и история вопроса. Этиология. Классификация. Морфология. Механизмы гипертензии. Течение и прогноз. Клиника. Диагностика. Показания и противопоказания к операции. Ошибки, опасности, осложнения послеоперационного периода
 21. Разрывы аневризм брюшной аорты. Частота и прогноз. Клиника. Показания и противопоказания к операции. Разрывы аневризм периферических артерий. Клиника. Показания и противопоказания к операции.
 22. Окклюзия ветвей аорты. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативной терапии.
 23. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативной терапии. Хирургическое лечение.
 24. Ишемия нижних конечностей. Распространенность и частота. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
 25. Ангиография при синдроме Лериша. Определения показаний и противопоказаний к ангиографическому исследованию Подготовка больного. Основные методы ангиографии: прямые, непрямые, пункционные, катетеризационные. Техника. Возможные осложнения и борьба с ними.
 26. Облитерирующие заболевания нижних конечностей с преимущественным поражением артерий голени. Особенности клинических проявлений. Диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения.
 27. Непрямая хирургическая реваскуляризация нижних конечностей при дистальном поражении артерий. Показания и технические принципы выполнения реваскуляризирующих операций.
 28. Определение понятие болезни и синдрома Такаясу, история вопроса. этиология. Синдром выхода из грудной клетки. Клиника. Диагностика. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
 29. Облитерирующий эндартериит. Понятие синдрома, терминология, история вопроса. Распространенность и частота заболевания. Этиология. Классификация. Течение и прогноз. Клиника. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Ближайшие и отделенные результаты хирургического лечения.
 30. Облитерирующий тромбангаит. Понятие синдрома, терминология, история вопроса. Распространенность и частота заболевания. Этиология. Классификация. Течение и прогноз. Клиника. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Ближайшие и отделенные результаты хирургического лечения.
 31. Болезнь Рейно. Понятие синдрома, терминология, история вопроса. Распространенность и частота заболевания. Этиология. Классификация. Течение и прогноз. Клиника. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Ближайшие и отделенные результаты хирургического лечения
 32. Вазоренальная гипертензия. Понятие, терминология, история вопроса. Распространенность и частота заболевания. Этиология. Классификация. Течение и прогноз. Клиника. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Ближайшие и отделенные результаты хирургического лечения.
 33. Гемангиомы. Классификация. Клиника. Ангиодиагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Принципы оперативного лечения. Показания к склеротерапии.
 34. Портальная гипертензия. Портальная система в норме и патологии. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению и его виды. Результаты хирургического лечения.

35. Стенозы и окклюзии сонных и позвоночных артерий. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению и технические принципы выполнения реконструктивных операций.
36. Патологическая извитость сонных и позвоночных артерий. Клиника. Диагностика. Возможные осложнения. Показания к оперативному лечению и технические принципы выполнения реконструктивных операций.
37. Принципы ведения раннего послеоперационного периода после реконструктивных операций на брюшной аорте и магистральных артериях нижних конечностей.
38. Стратификация рисков пациентов кардиологического профиля перед не кардиохирургическими операциями.
39. Сочетанная патология коронарных и других магистральных артерий. Тактика и этапность лечения больных с ИБС при наличии синдрома Такаясу, Денерея, Лериша. Отдаленные и ближайшие результаты хирургического лечения.
40. Осложнения раннего и ближайшего послеоперационного периода после реконструктивных операций на аорте, ее ветвях и магистральных артериях нижних конечностей. Причины осложнений. Клиника и диагностика. Профилактика. Коррекция. Методы хирургического лечения.
41. Профилактика диагностики и лечение тромбоэмболических осложнений. Профилактика диагностики и лечение тромбоэмболии лёгочной артерии.
42. Особенности техники операций на сосудах.
43. Эндоваскулярная катетерная терапия. Транслюминальная ангиопластика периферических сосудов.
44. Интраоперационная ангиография.
45. Послеоперационные повторные ангиографии.
46. Основные методы пластики артериальных сосудов.
47. Протезы кровеносных сосудов. Основные требования к эксплуатационным качествам синтетических сосудистых заменителей и принципы их использования в реконструктивной сосудистой хирургии. Особенности техники реконструктивных операций на сосудах.
48. Хирургическая реконструкция артерий подвздошно-бедренного сегмента. Показания и техника выполнения хирургических операций.
49. Хирургическая реконструкция бедренно-подколенного сегмента. Показания и техника выполнения хирургических операций.
50. Хирургия артерий голени. Показания к операциям артериям голени. Доступы. Характер анастомоза. Послеоперационный период.
51. Общие вопросы микрохирургии сосудов. Аппаратура и инструментарий. Оптические системы. Микрохирургический инструментарий. Шовный материал.
52. Анестезиологическое обеспечение при операциях на сосудах.
53. Специфические осложнения ближайшего послеоперационного периода в ангиологии тактика хирурга.
54. Общие вопросы травмы сосудов. Классификация травм артерий и вен. Классификация кровотечений. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Виды операций на артериях и венах. Результаты операций.
55. Факторы, предрасполагающие к венозному тромбозу.
56. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Классификация. Этиопатогенез. Основные принципы диагностики и лечения.
57. Осложнения варикозного расширения вен нижних конечностей.
58. Консервативное лечение при варикозной болезни.
59. Острый тромбоз глубоких вен конечностей. Причины развития. Клинические признаки.
60. Симптомы тромбоза поверхностных вен нижних конечностей.

61. Консервативное лечение острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей.
62. Методы диагностики тромбоза глубоких вен нижних конечностей.
63. Посттромбофлебитическая болезнь. Причины развития. Клиника, диагностика, принципы лечения.
64. Клиническая картина болезни Педжета – Шреттера.
65. Дисплазии подкожной венозной системы
66. Причины тромбоза легочной артерии. Профилактика тромбоза легочной артерии в послеоперационном периоде.
67. Дифференциальная диагностика и принципы лечения лимфедемы нижних конечностей.
68. Классификация ишемической болезни сердца. Клиника и диагностика ишемической болезни сердца. ЭКГ. Мониторинг. Стресс-тесты. Эхокардиография. КТ. МРТ. Коронарография и вентрикулография.
69. Стабильная стенокардия. Клиника. Диагностика. Стратификация рисков. Диагностика. Стресс-тесты. Методы лечения
70. ОКС. Клиника. Диагностика. ЭКГ. Мониторинг. Эхокардиография. Коронарография. Методы лечения.
71. Эндоваскулярные методы лечения ИБС. Чрескожная транслюминальная ангиопластика и стентирование коронарных артерий.
72. Показания к хирургическому лечению больных с ишемической болезнью сердца. Клинические факторы. Оценка рисков. Методы оценки жизнеспособности и сократительной функции миокарда.
73. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца. Технические варианты хирургической реваскуляризации миокарда. Отдаленные результаты и прогноз. Реабилитация оперированных больных. Анестезиологическое обеспечение при хирургическом лечении ишемической болезни сердца.
74. Постинфарктные аневризмы сердца. Клиническая картина, диагностика. Показания к хирургическому лечению. Ближайшие и отдаленные результаты лечения. Реабилитация.
75. Ревматизм. Диагностические критерии ревматизма. Клинические формы ревматизма. Лечение. Профилактика и реабилитация
76. Инфекционный эндокардит (ИЭ). Диагностические критерии ИЭ. Клинические формы ИЭ. Лечение. Показания к операции. Профилактика и реабилитация.
77. Пороки митрального клапана. Клиническая картина, диагностика и показания к операции. Виды оперативного лечения
Пороки аортального клапана. Клиническая картина, диагностика и показания к операции. Виды оперативного лечения
Многочленные пороки сердца. Клиническая картина, диагностика и показания к операции. Виды оперативного лечения.
78. Пластика клапанов сердца. Виды пластик. Хирургические техники. Выбор метода. Периоперационный мониторинг пациентов с пластикой клапана.
79. Протезы клапанов сердца. Классификация. Выбор протеза для операции. Хирургические техники. Послеоперационное ведение пациентов с протезами.
80. Анестезиологическое обеспечение при операциях на сердце.
81. Возможные интра- и послеоперационные осложнения хирургического лечения пороков сердца и их профилактика, ближайшие и отдаленные результаты и реабилитация оперированных больных.
82. Тромбоз легочной артерии. Клиническая картина, диагностика и методы лечения.
Классификация кист перикарда. Патологическая анатомия. Клиническое течение и

- прогноз. Диагностика. Показания к оперативному лечению. Методы удаления кист. Ближайшие и отдаленные результаты операции.
83. Сдавливающий перикардит. Патологическая анатомия и физиология. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Результаты хирургического лечения. Реабилитация оперированных больных и отдаленные результаты.
 84. Закрытые и открытые травмы и инородные тела сердца. Клинико-анатомическая классификация. Клиническая картина. Хирургические методы лечения повреждений сердца. Инородные тела сердца. Показания и противопоказания к операции удаления инородных тел сердца. Ближайшие и отдаленные результаты операций.
 85. Сердечная недостаточность. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Мониторинг. Рентгенологическое обследование. Эхокардиография. МРТ сердца. Методы лечения.
 86. Синусовые и предсердные тахикардии. Клиника. Диагностика. Медикаментозное лечение. Показание к операции.
 87. Фибрилляция предсердий. Клиника. Диагностика. Медикаментозное лечение. Показание к операции. Виды операций.
 88. Желудочковые аритмии. Клиника. Диагностика. Медикаментозное лечение. Показание к операции.
 89. Брадикардии. Блокады сердца. Дисфункции синусового узла. Клиника. Диагностика. Лечение. Режимы электрокардиостимуляции.
 90. Классификация врожденных пороков сердца. Первичные и вторичные нарушения гемодинамики при врожденных пороках сердца.
 91. Коарктация аорты. Понятие и история вопроса. Этиология. Классификация. Морфология. Механизмы гипертензии. Течение и прогноз. Клиника. Диагностика. Показания и противопоказания к операции. Ошибки, опасности, осложнения ближайшего и отдаленного послеоперационного периода.
 92. Врожденные пороки сердца “бледного” типа с увеличенным легочным кровотоком. Клиническая картина, диагностика и показания к операции.
 93. Врожденные пороки сердца “бледного” типа с нормальным легочным кровотоком. Клиническая картина, диагностика и показания к операции.
 94. Врожденные пороки сердца “синего” типа с уменьшенным легочным кровотоком. Клиническая картина, диагностика и показания к операции.
 95. Врожденные пороки сердца “синего” типа с увеличенным легочным кровотоком. Клиническая картина, диагностика и показания к операции.
 96. Возможные осложнения хирургического лечения врожденных пороков сердца и их профилактика, ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения ВПС и реабилитация оперированных больных.
 97. Формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний. Ранняя диагностика ССЗ. Причины и условия их возникновения и развития.
 98. Проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными ССЗ.
 99. Природные лечебные факторы, лекарственная, немедикаментозная терапия и другие методы восстановления функций и здоровья пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.
 100. Модификация образа жизни. Отказ от курения. Диеты при ССЗ. Физическая активность и ССЗ.

Ситуационные задачи

Задача N 1.

Мальчик 9 лет, поступил с потерей сознания во время игры в футбол. Со слов родителей у мальчика при физической нагрузке всегда появлялась одышка, боли в области сердца, головокружение. Ранее не раз освобождался от урока физкультуры из-за болей в области сердца и сильной одышки. Границы сердца расширены. При пальпации определяется систолическое дрожание во втором — третьем межреберье слева у края грудины. При аускультации выслушивается грубый систолический шум, ослабление второго тона над легочной артерией. На электрокардиограмме — отклонение электрической оси сердца вправо, значительная перегрузка правого желудочка и предсердия. На рентгенограмме увеличение размеров правого желудочка и ствола легочной артерии при слабо выраженном сосудистом рисунке легких. По словам матери ребенка, у дяди, со стороны отца, имеется «какой-то» порок сердца, которого даже оперировали.

Определите диагноз, план дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: Изолированный стеноз легочной артерии.

Дифференциальная диагностика проводится с бледными формами триады и тетрады Фалло, с группой «бледных» врожденных пороков к ним относятся дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, аномальный дренаж легочных вен.

План обследования: SatO₂, Эхо-КГ, Ангиоэнтерикулография, Катетеризация полостей сердца.

План лечения: Хирургическое\РЭДЛ. Оперативное вмешательство представляет собой пластику стеноза.

Задача N 2.

Мужчина 67 лет, поступил по скорой помощи. Жалобы на внезапную боль в пояснице и болезненность при пальпации и поколачивании в пояснице, повышении температуры тела, красный цвет мочи, тошноту и рвоту. Боли появились около часа назад, остро.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: Острая окклюзия почечных артерий.

Дифференциальная диагностика: Острый живот; Мочекаменная болезнь.

План обследования: УЗИ, Дуплексное сканирование, Рентгеноконтрастная ангиография, Изотопное сканирование и экскреторная урография, КТ.

План лечения: Антикоагулянтная терапия, фибринолитическая терапия и хирургическое лечение (эмболэктомия).

Задача N 3.

Женщина 48 лет, поступила с жалобами на боли, отек, бледность, синюшность левой голени и стопы. Отек и боли появились пару дней назад, голень была бледная. Сегодня присоединилась одышка и левая голень приобрела синюшный цвет. Пульсация на периферии прощупывается. Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: ТГВ.ТЭЛА?

Дифференциальная диагностика: Рефлекторный ангиоспазм; Острый целлюлит при лимфатическом отеке; Острое нарушение периферической циркуляции; Сочетанная острая артериальная и венозная окклюзия.

План обследования: SatO₂, УЗИ с компрессией, Дуплексное сканирование, Рентгеноконтрастная ангиография, Сцинтиграфия легких,\МСКТ с контрастированием ЛА

и ее ветвей, д-димеры, исключение наследственной коагулопатии, тропониновый тест, ЭХОКГ

План лечения: отмена КОК, ГЗТ, Антикоагулянтная терапия и хирургическое лечение (эмболэктомия), тромболизис при подтверждении тяжелой ТЭЛА со снижением функции ПЖ.

Задача N 4.

Мужчина 23 лет, жалобы - постоянная тахикардия и одышка, через 3 дня после хирургической коррекции дефекта межпредсердной перегородки. На ЭКГ выявлена тахикардия, с ЧСС 115 в 1 мин исходящая из правого предсердия (перед комплексами QRS зубцы Р отрицательные в отведениях II, III, aVF, V3 – V6).

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: Непароксизмальная предсердная тахикардия.

Дифференциальная диагностика: Предсердно-желудочковой узловой тахикардией типа re-entry, непароксизмальной синусовой тахикардией и синусовой тахикардией типа re-entry.

План обследования: ЭКГ, ЭФИ.

План лечения: В-блокаторы, НПВС. При сохранении в отдаленном послеоперационном периоде - решение вопроса об установке двухкамерного ЭКС

Задача N 5.

Пациент 22 лет обратился с жалобами на периодические приступы сердцебиения.

Предъявляет данные жалобы в течение нескольких лет. Неоднократно обследовался, По ЭХОКГ пролапс митрального клапана, лечения не получает. Из анамнеза жизни известно, что у отца в молодом возрасте была обнаружена аневризма восходящего отдела аорты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Грудная клетка воронкообразной формы, астеничного телосложения. Гипермобильность суставов. По органам и системам без особенностей.

Результаты обследования: ЭКГ — ГЛЖ; ЭхоКГ — аорта на уровне синусов 43 мм, в восх отделе 28 мм, АН 2 ст пролапс митрального клапана, без регургитации.

Определение мутации в гене белка фибриллина-1

Определите диагноз, план дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Синдром Марфана. Расширение восходящего отдела аорты. Пролапс аортального и митрального клапана.

Диф. Диагноз: другие эластопатии.

План обследования: + КТ\МРТ-ангиография грудного отдела аорты для определения диаметра аорты во всех отделах для динамического наблюдения, дневник АД, выявление заболеваний со стороны органов зрения, плоскостопия, булл легких

План лечения: исключение статических нагрузок, динамическое наблюдение (ЭХОКГ контроль бмес-1 год, далее ежегодно, бета-блокаторы\сартаны.

Задача N 6.

Пациент 60 лет.

Жалобы: поступил в ОРИТ с постоянными болями в области сердца, без эффекта от нитроглицерина. Лихорадкой 38,8. Слабостью, одышкой. ЭКГ - подъем сегмента ST в прекардиальных и грудных отведениях, периодически, депрессия сегмента PR, за

исключением отведения aVR, в котором наблюдаются депрессия ST и подъем PR. В клиническом анализе крови повышение СОЭ и лейкоцитоз, а также эозинофилия. Рг гр клетки - жидкость в плевральной полости, междолевой плеврит, расширение границ сердечной тени, очаговые тени в легких. 6 недель назад перенес инфаркт миокарда. Тогда госпитализация через 48 часов от появления болей. В 1е сутки госпитализации была выполнена коронарография. Проведено стентирование инфаркт-зависимой артерии. Болевой синдром регрессировал.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагно: Синдром Дресслера.

Синдром Дресслера. дифференцируют с рецидивирующим или повторным ИМ, постинфарктной стенокардией, пневмонией, тромбоэмболией легочной артерии, перикардитом или плевритом другой этиологии и некоторыми другими более редкими заболеваниями. Помимо клинических и инструментальных данных, большое значение в дифференциальной диагностике имеют лабораторные исследования: определение маркеров повреждения миокарда (миоглобин, МВ-КФК, тропонин) и продуктов деградации фибрина (D-димеры)

Обследование. ЭКГ признаки трансмурального инфаркта передней стенки. ЭхоКГ: утолщение висцерального и париетального листка перикарда, нити фибрина, умеренное количество жидкости в полости перикарда (расхождение листков 10 мм).

План обследования: ЭКГ контроль, ЭхоКГ контроль для контроля жидкости в полости перикарда, маркеры некроза миокарда, СРБ. Рентгенография грудной клетки, ЭКГ, клинический анализ крови, биохимический анализ крови.

Препаратами выбора при СД традиционно считаются (400– 800 мг/сут). Реже используют аспирин. Другие НПВС не применяют из-за их негативного влияния на периинфарктную зону. Глюкокортикоиды обычно используют при СД, рефрактерном к терапии НПВС. Как правило, применяют преднизолон .

Задача №7

Пациент 30 лет.

Жалобы: на наличие пульсирующего объемного образования правого плеча.

Анамнез: 2-3 года назад был перелом правой плечевой кости.

Объективно состояние удовлетворительное. На медиальной поверхности правого плеча определяется объемное образование, размерами 1*2 см, с систолическим дрожанием. Расширение подкожных вен правой верхней конечности.

Обследование: УЗИ-доплерография: пульсативный характер кровотока в полости образования

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Травматическая а-в фистула правого плеча.

Диф.диагноз: сосудистые мальформации

План обследования: УЗДС, КТ ангиография, ангиография

Лечение: разобщение ав-фистулы с восстановлением нормального кровотока, эмболизация

Задача №8

Пациент 50 лет

Жалобы: умеренное чувство тяжести в правой нижней конечности, отеки правой стопы и лодыжки, усиливаются к концу дня.

Анамнез: год назад остро появился отек правой нижней конечности, обратился за мед. помощью, выставлен диагноз окклюзионный тромбоз илеофemorального сегмента справа. На фоне проводимой консервативной терапии, в тч НОАК отек уменьшился. НОАК отменили 6 мес назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отек правой голени +2см по сравнению с левой нижней конечностью. Симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Дз: Лимфовенозная недостаточность

Диф.диагноз: отеки при других заболеваниях

Обследование: УЗДС вен нижних конечностей. Генетические маркеры тромбозов, поиск причин перенесенного ТГВ

Лечение: компрессионная терапия, снижение массы тела, флеботоники. Решение вопроса о необходимости НОАК.

Задача №9

Пациент 30 лет

Жалобы: на приступы ритмичного сердцебиения длительностью от 20 до 30 минут с большой частотой, внезапно начинаются и заканчиваются. Сопровождаются слабостью.

Анамнез: жалобы появились 2-3 года назад. Раньше приступы были непродолжительные и проходили быстро. В последнее время стали длительными. Никуда не обращался, лечения не получал. Объективно: состояние удовлетворительное. Тоны сердца ясные чистые, шумы не выслушиваются.

Обследование: ЭКГ: зубец Р и комплекс QRS, сегмент ST не изменен, ЧСС 72 уд в 1 мин, интервал P-Q укорочен 110 мсек. ЭХОКГ – норма.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: См CLC. Пароксизмы СВТ.

Диф диагноз: другие нарушения ритма и проводимости

Обследование: ЭКГ во время приступа, суточное мониторирование, телеметрия, 3х-7 суточное мониторирование ЭКГ

Лечение: Вагусные пробы, АТФ при приступе. В последующем РЧА.

Задача №10

Пациент 18 лет, жалобы на тяжесть и сильные боли в правой голени, усиливающиеся при ходьбе; увеличенный размер правой голени. В его медицинской книжке написано: пороки развития сосудов правой нижней конечности от рождения.

При осмотре: кожа стоп обычной окраски, теплая. Правая голень увеличена в объеме, на заднемедиальной поверхности в проксимальной части определяется образование мягко-эластичной консистенции, болезненное при пальпации (мышцы голени). Контурятся расширенные подкожные вены голени. Пульс на периферических артериях сохранен. Отеков на ногах нет. Левая нижняя конечность не изменена, подкожные вены не расширены.

По совету своего врача пациент сделал ангиографию: Определяется сброс из ветвей правой подколенной артерии, ветвей проксимальных сегментов артерий голени

через патологически измененные сосуды в вены подколенной области, проксимальных средних отделах голени.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический диагноз:

Ангиодисплазия: Врожденная ангиодисплазия правой нижней конечности.

Артериовенозное соустье правой голени.

Дифференциальная диагностика: варикоз правой голени

План обследования: УЗДС артерий и вен правой нижней конечности,

Артериография нижней конечности

План лечения: эмболизация афферентных артерий артериовенозной мальформации правой нижней конечности.

Задача №11

Женщина 48 лет, Госпитализирована с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, перебои в работе сердца, периодически. В детстве частые фарингиты. Бициллинопрофилактику не проводили. Посевы при фарингитах не делали. В течение последнего года стала отмечать одышку при ходьбе, приступы неритмичного сердцебиения. При осмотре состояние средней тяжести. Акроцианоз. Выраженные отеки голени и стоп. ЧД - 22 в минуту. Притупление перкуторного тона в проекции нижней доли левого и правого легкого. В обоих легких выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Митральный щелчок. На верхушке выслушивается пансистолический шум, дующего, мягкого, тембра, высокой частоты, проводящийся в подмышечную область. Также на верхушке выслушивается протодиастолический, затухающий шум, дующего тембра. ЧСС – 110 в минуту. Дефицит удара 23 в минуту АД: 115/65 мм.рт.ст.

ЭКГ ГЛЖ, ФП с ЧЖС 133 в 1 мин. Рг гр клетки митральная конфигурация сердца за счет увеличения ЛЛ, ПП и ПЖ.

ЭхоКГ: Площадь митрального отверстия 1.2 см кв. Объем ЛП 120 мл. Vena contracta 6 мм. ERO MN см кв, МЖП+ЗС=11 мм, ЛЖд 55 мм. ФВ 63% Объем ПП 100 мл. Давление в ЛА 65 мм рт.ст. Т кольцо 48 мм. ОТН 2 ст.

Определите диагноз, направления дальнейшей диагностики, план обследования и обоснуйте тактику хирургического лечения. Показана ли баллонная пластика МК?

Клинический диагноз: Ревматизм. Критический Митральный стеноз и митральная недостаточность 3 степени. ОТН 2 ст. ЛГ 2 ст. Персистирующая фибрилляция предсердий, тахисистолия. ХСН 4 ф кл (NYHA)

Дифференциальная диагностика проводится с другими причинами сердечной недостаточности

Обследование: Клинический анализ крови, СРБ, АСЛО, белок, альбумин, общий анализ мочи. Коронарография, ЧПЭХО (тромбы в ушке ЛП)

План предоперационной подготовки: стабилизация ЧСС, стабилизация СН, антикоагулянтная терапия варфарин\гепарин, санация очагов хронической инфекции. Коррекция уровня калия, белка в плазме крови.

План оперативного лечения: оперативное протезирование митрального клапана, пластика трикуспидального клапана, операция Лабиринт, ушивание ушка ЛП.

Задача №12

Девочка 7 лет, поступила с приступами удушья. Со слов родителей, у девочки при увеличении физической нагрузки появляется одышка, боли в области сердца. При

пальпации верхушечный толчок усилен, смещен влево. Аускультация – систолический шум в т Боткина и на верхушке. На рентгенограмме отмечается увеличение левого предсердия, левого желудочка, правого предсердия, легочный рисунок усилен.

Определите диагноз, план дифференциальной диагностики, план предоперационного обследования и лечения.

Дз Неполная форма ав канала. Первичный ДМПП. Расщепленная передняя створка МК. МН 3 ст. ЛГ 2ст

Дифференциальная диагностика: проводить с вторичным ДМПП, изолированным ДМЖП, кардиомиопатией или миокардитом с недостаточностью митрального клапана, открытым артериальным протоком с митрализацией и высоким давлением в легочной артерии, аномальным дренажем легочных вен.

План обследования: ЭКГ; ЭхоКГ; Катетеризация сердечных камер (верификация степени повышения давления в ЛА)

План лечения: Хирургическое. Оперативное вмешательство представляет собой пластику передней створки МК, закрытие первичного ДМПП заплатой.

Задача №13

Женщина 36 лет, срочно переведена в клинику из терапевтического стационара, где лечилась в течение месяца по поводу ревматического митрального порока сердца, Митрального стеноза и тахисистолической формы фибрилляции предсердий. В этот день утром внезапно появилась резкая боль в правой ноге. Вслед за этим наступило ее онемение; по словам пациентки, нога стала как бы "чужой". При осмотре через 2 часа после появления жалоб - сильная боль сохраняется, нога бледная, холодная, движения в голеностопном суставе и пальцев стопы отсутствуют. Обращает внимание плохое наполнение подкожных вен. Пульс на артериях правой стопы и в подколенной ямке не определяется, отмечается усиленная пульсация бедренной артерии тотчас ниже паховой складки. На здоровой левой ноге пульс отчетливо определяется на артериях стопы, подколенной и бедренной артериях.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Дз. Острая артериальная непроходимость.

Дифференциальная диагностика: Дифференциальную диагностику необходимо в первую очередь проводить между эмболией и острым тромбозом. Оба заболевания схожи в клиническом проявлении, но обычно на фоне облитерирующего атеросклероза и как осложнение травмы. Артериальная эмболия (АЭ) развивается как осложнение различных эмбологенных заболеваний – это прежде всего заболевания сердца, при которых в полостях образуются тромботические массы: острый инфаркт миокарда, диффузный и постинфарктный атеросклероз, аневризмы сердца, ревматические пороки клапанов, митральный стеноз, подострый септический эндокардит. Проводится в первую очередь со спазмом артерий, который развивается при различных патологических состояниях. В этих случаях диагностику облегчают мероприятия, направленные на снятие спазма — введение спазмолитических средств (папаверин, новокаиновая блокада). Если в течение 1—2 часов симптомы проходят, надо исключить механическую непроходимость сосуда

План обследования: УЗИ артерий нижних конечностей; Дуплексное сканирование, ЭХОКГ\ЧПЭХО.

План лечения: Нефракционированный (обычный) гепарин вводят внутривенно в виде непрерывной инфузии в начальной дозе 1000-1500 ЕД в час либо дробно подкожно каждые 8 ч в дозе 450-500 ЕД на кг массы тела больного в сутки. Регулярно исследуют систему гемостаза по активированному частичному тромбопластиновому времени и

корректируют вводимую дозу гепарина. Этот показатель должен быть в 2 раза выше нормального значения через 4 ч после инъекции. Низкомолекулярные гепарины вводят подкожно, обычно 2 раза в сутки. Их дозируют по массе тела больного, при этом нет необходимости в столь тщательном лабораторном контроле. На 4-5-е сутки гепаринизации назначают непрямые антикоагулянты (варфарин, синкумар). Гепарин отменяют по достижении международного нормализованного отношения 2,0. В дальнейшем дозу непрямого антикоагулянта подбирают индивидуально, при этом международное нормализованное отношение должно быть в пределах от 2,0 до 3,0. Необходимость в длительном приёме непрямы антикоагулянтов возникает особенно в случаях острого тромбоза на фоне атеросклеротического поражения сосудистой стенки или при эмболической окклюзии в условиях нарушений сердечного ритма и внутрисердечного тромбоза, когда вероятность повторной тромбоземболии высока.

Задача №14

Пациент 60 лет, жалобы – в течении 2х дней значительный отек левой нижней конечности, гиперемия, болезненные ощущения в икрах, чувство жжения и тяжести в ногах. В анамнезе - 15 лет варикозное расширение вен нижних конечностей, (больше слева), к врачам не обращался. Объективно нижняя конечность слева теплая, гиперемирована и отечна.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Варикозная болезнь нижних конечностей, осложнённая острым тромбофлебитом поверхностных вен нижних конечности

Дифференциальный диагноз: Следует проводить с рожистым воспалением, лимфангиитом, дерматитами различной этиологии, узловым эритемой.

План обследования: клинический анализ крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ), Биохимический анализ крови(повышение С–реактивного белка, фибриногена), Дуплексное сканирование (определение уровня тромбоза, степени организации тромба, проходимость глубоких вен, состояние коммуникантов и клапанного аппарата венозной системы) Флебографическое исследование (Показания к нему сужены. Необходимость его выполнения возникает лишь в случае распространения тромба из большой подкожной вены на общую бедренную и подвздошную вену. Причем данное исследование производится только в тех случаях, когда результаты дуплексного сканирования сомнительны и затруднена их трактовка.)

План лечения: консервативное лечение постельный режим с возвышенным положением нижней конечности. начале заболевания применяются прямые антикоагулянты (гепарин или НМГ – например фраксипарин). Чаще всего применяется следующая схема гепаринотерапии: 10 тыс. ЕД гепарина внутривенно и по 5 тыс. ЕД внутримышечно каждые 4 ч в первые сут, на вторые сут – по 5 тыс. ЕД каждые 4 ч, в дальнейшем по 5 тыс. ЕД гепарина каждые 6 ч. К окончанию первой недели лечения пациента переводят на непрямы антикоагулянты под контролем МНО (блокаторы синтеза витамин К–зависимых факторов свертывания крови): Гепарин отменяют при достижении МНО 2.0 и более, а суточная доза гепарина снижается в 1,5–2 раза за счет уменьшения разовой дозы.

При остром тромбофлебите поверхностных вен показания к хирургическому лечению возникают при росте тромба по большой подкожной вене выше уровня средней трети бедра. Классическим вариантом оперативного пособия является операция Троянова–Тренделленбурга или ее модификация – кроссэктомия

Задача №15

Мужчина 25 лет. Госпитализирован после потери сознания 1-2 минуты, Этому предшествовало, сердцебиение и боль за грудиной. В возрасте 10 лет обследовался по поводу частых сердцебиений и кратковременных синкопов, При 24 часовом мониторинге ЭКГ 2 года назад зарегистрированы пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Дз: Синдром удлинённого интервала Q-T.

Дифференциальная диагностика: синкопальных состояний при эпилепсии и вазовагальных обмороков, а также от других врождённых желудочковых нарушений ритма сердца. Необходимо проведение дифференциальной диагностики между врождённой и приобретёнными, в тч медикаментозно индуцированными формами СУИQT, которые могут быть вызваны целым рядом факторов, приводящих к замедлению процессов реполяризации миокарда желудочков.

План обследования: ЭКГ ЧСС 65 в минуту. Интервал Q-T превышает нормальное значение для данной ЧСС на 50 мс и более (периодически могут регистрироваться нормальные значения интервала Q-T). Продолжительность Q-T при обмороках — 400–700 мс. У больных при бессинкопальной формы — 380–560 мс. По ЭКГ также проводят подсчёт так называемого скорректированного интервала Q-T — Q-Tc (формула Базетта: отношение продолжительности Q-T (мс) интервала к квадратному корню из предшествующего интервала R-R [с]). Зубец T двугорбый или зазубренный, возможна его инверсия. Возможны желудочковые аритмии на ЭКГ в покое в виде бигимении и единичных желудочковых экстрасистол. Возможны суправентрикулярные экстрасистолы с узким комплексом и АВ - блокада I степени.

Мониторирование ЭКГ 24 часа, ЭхоКГ —размеры полостей сердца левого желудочка, Толщина миокарда, ФВ Дуплексное сканирование.

План лечения. Общая тактика: Показания к комплексному лечению — наличие обмороков, удлинение интервала Q-T более 500 мс, выраженные нарушения ритма и проводимости при бессинкопальном течении. Ограничение физической нагрузки, профилактика психоэмоционального напряжения. ИКД. При вторичном синдроме удлинения интервала Q-T лечение основного заболевания, отмена\избегать провоцирующих ЛС, ИКД.

Задача №16

Мальчик 5 лет на приеме у педиатра. Со слов матери, часто болеет пневмониями, плохо набирает вес. В младенчестве отмечались притупы одышки при кормлении, в более старшем возрасте — приступы одышки с цианозом. При физической нагрузке также отмечается одышка, быстрая утомляемость, после физической нагрузки — присаживается на корточки. Объективно: ребенок пониженного питания; цианоз носогубного треугольника, пальцы в форме «барабанных палочек», ногти в виде «часовых стекол». Аускультативно: Тоны удовлетворительной громкости, грубый систолический шум вдоль левого края грудины. Второй тон над лёгочной артерией ослаблен. ЭКГ: отклонение электрической оси сердца вправо; гипертрофия правого желудочка. Rtg ОГК: обеднение легочного рисунка, небольшое сердце с конфигурацией в виде башмачка; признаки гипертрофии правого желудочка. Эхо-КГ: гипертрофия

правого желудочка, стеноз легочной артерии, декстрапозиция аорты ДМЖП с правым сбросом.

Определите диагноз, план дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ВПС, тетрада Фалло.

План обследования: ЭКГ, Эхо-КГ, ангиоэнтерокимография, катетеризация полостей сердца и сосудов.

Дифференциальный диагноз: с транспозицией магистральных сосудов (при транспозиции магистральных сосудов — цианоз с рождения, сердечный горб, расширение границ сердца, усиление 2 тона над легочной артерией, шум в соответствии с патологической коммуникацией, признаки правожелудочковой недостаточности).

План лечения: хирургическое лечение; в зависимости от анатомической структуры порока и объема кровотока в легочных артериях после стеноза. То может быть этапным, паллиативным (наложение аорто-лёгочного анастомоза при недостаточности легочного кровотока) или радикальным (устранение стеноза и пластика межжелудочковой перегородки).

Задача №17

Мужчина 65 лет, поступил в экстренном порядке с клинической картиной ОКС. Принято решение о проведении тромболитической терапии альтеплазой в суммарной дозе 100 мг; на догоспитальном этапе также пациент получил препараты ацетилсалициловой кислоты и гепарин. Через 3 часа после окончания введения препарата появилась рвота кофейной гущей, гипотензия, тахикардия. Из анамнеза также известно, что пациент ранее страдал язвенной болезнью желудка, артериальной гипертензией. Объективно: кожа бледная, влажная. АД=90/60 мм.рт.ст. ЧСС=110 уд/мин. Живот мягкий, чувствительный в эпигастриальной области. Перитонеальных симптомов нет.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: желудочно-кишечное кровотечение из верхних отделов ЖКТ.

Дифференциальный диагноз: кровотечение других локализаций — легочное, из ротоглотки.

Обследование: определение гематокрита, концентрации гемоглобина, числа тромбоцитов, содержания фибриногена, МНО, АЧТВ; ФГДС с эндоскопической остановкой кровотечения.

Лечение:

- прекращение введения тромболитического препарата, гепарина, ацетилсалициловой кислоты;
- внутривенная инъекция протамина сульфата в течение 1-3 мин из расчета 1 мг на 100 ЕД гепарина натрия, введенного в течение предшествующих 4 ч (для нейтрализации эффектов гепарина);
- ФГДС с эндоскопической остановкой кровотечения.
- переливание эритроцитарной массы (гипотензия или снижение гематокрита ниже 25%); тромбоцитарной массы при продолжающемся кровотечении
- внутривенное введение десяти доз криопреципитата (при низком содержании фибриногена, сохраняющемся в течение 30 ч после введения стрептокиназы или 6-8 часов после введения

ТАП); при неэффективности - повторное введение криопреципитата, переливание 2-4 доз свежзамороженной плазмы;

- при неэффективности перечисленных мероприятий - введение ингибиторов фибринолиза (аминокапроной кислоты, транексамой кислоты)

Задача №18

Пациент 50 лет, прооперирован 4 недели назад по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, выполнено бедренно-подколенное шунтирование синтетическим протезом справа. Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 10 сутки. Обратился с жалобами на болезненность в области послеоперационной раны правого бедра, повышение температуры тела до 38, слабость.

Объективно: в области послеоперационной раны правого бедра отек, гиперемия, при пальпации определяется флюктуация. Пульсация на периферических артериях правой нижней конечности удовлетворительная. В клиническом анализе крови — лейкоцитоз со сдвигом влево, ССО 38 мм ч, СРБ 18. По данным УЗИ мягких тканей определяется скопление жидкости вокруг сосудистого протеза.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: парапротезная инфекция, абсцесс.

Дифференциальный диагноз: другие инфекционные заболевания кожи мягких тканей, не затрагивающие протез.

Обследование: клинический анализ крови, посев с определением чувствительности к АБ, УЗИ мягких тканей, ангиография.

Лечение:

вскрытие и дренирование абсцесса;
системная антибиотикотерапия с учетом чувствительности;
обходное экстраанатомическое шунтирование с удалением инфицированного протеза, при невозможности — удаление протеза, ампутация конечности.

Задача №19

Мужчина, 30 лет, обратился с жалобами на тяжесть и болевые ощущения в левой половине мошонки, наличие варикозно расширенных вен в этой зоне. Из анамнеза известно, что в течение последних 5 лет страдает бесплодием; также имеется варикозное расширение вен нижних конечностей.

Объективно: кожа мошонки не изменена, в положении стоя расширенные вены выпячивают сквозь кожу мошонки, хорошо видны. Левое яичко уменьшено в размерах, имеет тестоватую консистенцию. При УЗДГ почечных сосудов и яичковой вены определяется расширение левой яичковой вены на уровне мошонки до 5 мм, при пробе Вальсальвы определяется рефлюкс продолжительностью более 5 с.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Ортостатическое левостороннее варикоцеле, III стадия

Дифференциальный диагноз: с воспалительными заболеваниями органов мошонки.

Обследование: УЗДГ почечных сосудов и яичковой вены, флебография, нефросцинтиграфия.

Лечение: оперативное — лигирование/клипирование яичковой вены; наложение шунта (тестикуло-илиакального или тестикуло-сафенного), эндоваскулярная облитерация яичковой вены.

Задача №20

У пациента 60 лет с митральным стенозом, по данным ЭКГ выявлено расширение зубца Р 0,12 с, расщепление зубца Р. Жалоб активно не предъявляет. Объективно:

митральный щелчок, систолический шум в области проекции митрального клапана. АД - 125/80 мм рт.ст., ЧСС- 60 в минуту.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: митральный стеноз, внутрипредсердная блокада 1 типа.

Дифференциальный диагноз: заболевания сердца (ИБС, гипертоническая болезнь, констриктивный перикардит, синдром слабости СУ), интоксикация сердечными гликозидами, хинидином, гиперкалиемия (более 7,5 ммоль/л).

План обследования: ЭКГ, Эхо-КГ, СМ ЭКГ и АД.

Лечение: Определение степени значимости МС, динамическое наблюдение (наличие внутрипредсердной блокады увеличивает риск возникновения предсердных аритмий (фибрилляции предсердий, эктопического предсердного ритма и др.)).

Задача №21

Пациентка 3,5 лет, поступила в педиатрическое отделение с диагнозом пневмония, за последний год перенесла 2 пневмонии и 1 бронхит. Так же родители отмечают у ребенка повышенную утомляемость и одышку, отмечается отставание в физическом развитии. При обследовании обнаруживается систоло-диастолический шум над сердцем. Отмечается гипертрофия левого желудочка.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Открытый артериальный проток.

Дифференциальную диагностику открытого артериального протока следует проводить с дефектом аортолегочной перегородки, общим артериальным стволом, аневризмой синуса Вальсальвы, аортальной недостаточностью и артериовенозным свищом.

Обследование. Аускультация, рентген, ЭХОКГ

Лечение: В лучае своевременной и ранней ДЗ -введение НПВП – в некоторых случаях сразу после рождения позволяет закрыть ОАП медикаментозно.

Оперативное лечение. В детской кардиохирургии при открытом артериальном протоке используются открытые и эндоваскулярные операции. Открытые вмешательства могут включать перевязку открытого артериального протока, его клипирование сосудистыми клипсами, пересечение протока с ушиванием легочного и аортального концов. Альтернативными методами закрытия открытого артериального протока являются его клипирование в процессе торакоскопии и катетерная эндоваскулярная окклюзия (эмболизация) специальными спиралями

Задача №22

Пациент 24 лет, поступил с жалобами на наличие опухолевидного образования и боли тянущего характера по внутренней поверхности левого предплечья, ограничение разгибания в межфаланговых сочленениях левой кисти. Образование увеличивалось как в длину, так и по окружности предплечья. В последующем отметил ограничение разгибания в пальцах левой кисти, которое в динамике нарастало. Рост опухоли левого предплечья и прогрессирование контрактуры в пальцах левой кисти послужили причиной госпитализации. Левое предплечье в сравнении с правым асимметрично за счет плотного объемного образования, локализующегося по внутренней поверхности и занимающего всю длину предплечья — от локтевого сустава до лучезапястного. Кожные покровы без трофических изменений, венозный рисунок усилен. Активные движения в левом локтевом суставе в полном объеме, в левом лучезапястном ограничены. Ограничено разгибание в межфаланговых сочленениях левой кисти. Мышечной контрактуры нет.

При пальпации определяется незначительная болезненность преимущественно в нижней трети предплечья. Пульсация лучевой и локтевой артерий определяется отчетливо. Лабораторные показатели и ЭКГ в пределах нормы. Рентгенография костей левого предплечья: отмечается утолщение костей в средней трети за счет периостальных наслоений с неровным наружным контуром локтевой кости. Мягкие ткани предплечья утолщены, отечны, с множественными инородными телами округлой формы — флеболиты. Костномозговой канал в лучевой кости сужен, в локтевой — расширен. Дуплексное сканирование магистральных артерий левого предплечья: артерии проходимы на всех уровнях, кровоток магистрального типа. Глубокие вены проходимы. По внутренней поверхности предплечья от локтевого сустава до лучезапястного конгломерат варикозно расширенных вен, без четких границ.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: артериовенозная дисплазия левого предплечья, макро- и микрофистулярная форма в сочетании с кавернозным ангиоматозом. Синдром Паркса—Вебера—Рубашова

Диф. диагноз: липомы, фибромы и гемангиомы. Липома и фиброма плотнее лимфангиомы. Гемангиома имеет более мягкую консистенцию, кожа над ней пигментирована. Гемангиома сравнительно быстро спадается в приподнятом положении конечности. КТ и УЗИ имеют большое значение в диагностике лимфангиом

Обследование: осмотр, КТ, МРТ, Узи

Лечение: хирургическое, заключается в перевязке патологических соустьев между магистральными артериями и венами, либо эндоваскулярная эмболизация.

Задача №23

Пациент 67 лет поступил в приемный покой с синкопальным состоянием, головокружением и одышкой. на ЭКГ наблюдается выпадение одного зубца Р с комплексом QRS. Пауза Р—Р равна удвоенной величине нормального интервала. Число сердечных сокращений 30—40 в 1 мин.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Синоатриальная блокада 2 степени.

Основная роль в диагностике синоатриальной блокады принадлежит электрокардиографии и суточному мониторингованию ЭКГ. При анализе электрокардиографических данных необходимо дифференцировать синоатриальную блокаду от синусовой аритмии, синусовой брадикардии, предсердной экстрасистолии, атриовентрикулярной блокады II степени. При регистрации устойчивой синусовой брадикардии проводится проба с введением атропина: у пациентов синоатриальной блокадой после введения препарата сердечный ритм удваивается, а затем резко уменьшается в 2 раза - наступает блокада. Если синусовый узел функционирует нормально, отмечается постепенное учащение ритма.

Обследование: ЭХО, ЭКГ

Тактика лечения зависит от основного заболевания и клинического течения синоатриальной блокады. Кратковременная частичная блокада проходит без лечения; если ее возникновение обусловлено лекарственными средствами, надо прекратить их прием. При появлении на фоне СА блокады повторных приступов потери сознания надо применить ЭС сердца: при острых органических заболеваниях сердца (например, миокардитах) или при передозировке лекарств — временную, а при фиброзных изменениях в сердце и пожилом возрасте — постоянную.

Задача №24

Пациентка 47 лет обратилась с жалобами на боль, слабость, ощущение распирания, диффузный отек левой нижней конечности, ограничение подвижности суставов. Из анамнеза: перелом левой бедренной кости 3 года назад. Объективно левая конечность отечна, по сравнению с правой нижней конечностью отмечается ее увеличение в 2 раза. Кожа левой нижней конечности бледная, при формировании кожной складки отмечается «лимонная корка».

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Лимфедема левой нижней конечности.

Дифференциальная диагностика: с отеками, связанными с патологией артериальных и венозных сосудов, заболеваниями сердца, почек, печени, опухолями брюшной полости.

План обследования: Сцинтилимфография. Лимфангиография. КТ и МРТ при подозрении на онкологическую этиологию лимфедемы • Допплерография — для исключения первичного тромбоза глубоких вен конечности.

План лечения: Консервативная терапия - Возвышенное положение поражённой конечности. Снижение массы тела. Ношение эластических чулок. Хирургическое лечение- Резекционно-пластические операции, направленные на восстановление оттока лимфы из поражённых областей в здоровые или из патологически изменённых тканей надфасциальной области в подфасциальную. Реконструктивные микрохирургические операции на лимфатических сосудах и узлах. Наложение соустья между лимфатическим узлом и близлежащей веной. Создание прямого лимфовенозного анастомоза между магистральными лимфатическими сосудами медиального коллектора и подкожными венами из системы большой или малой подкожной вены.

Задача №25

Пациент 68 лет, госпитализирован с жалобами на кровохарканье, одышку и общую слабость. Профессиональный анамнез: скульптор, длительный контакт с пылью (гранит, мрамор и т.д.).

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа, слизистые – нормальной окраски. В подмышечной области слева определяются плотно-эластичные, безболезненные, подвижные лимфоузлы до 0,8 см. Периферических отеков и варикозно расширенных вен нижних конечностей нет. Грудная клетка симметричная. Дыхание везикулярное, в нижних отделах – с жестким оттенком, хрипов нет. Перкуторный звук с коробочным оттенком, размеры сердца в пределах нормы. Частота дыхания – 16–18. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 81 в 1 мин. АД 130/80 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости – без особенностей.

За время госпитализации проведено обследование:

1) лабораторно при поступлении: анемия средней степени тяжести, легкая гиперкоагуляция. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 72 в 1', ЭОС не отклонена, полная блокада ПНПГ.

2) рентгенография ОГК : интерстициальное поражение легких с обеих сторон. Лимфоаденопатия средостения. Жидкость в перикарде.

3) УЗИ органов брюшной полости и грудной клетки (1.12.05): диффузные изменения печени. Хр. холангиохолестит. Перикардит (прослойка жидкости – 24 мм). Двусторонний плеврит (прослойка жидкости до 12 мм).

4) УЗИ сердца : размеры полостей и толщина стенок левого желудочка в пределах нормы. Уплотнены стенки аорты. Проллапс митрального клапана I степени с регургитацией 0–I степени. Остальные клапаны без изменений. Гипокинез переднебокового сегмента. Незначительно повышено систолическое давление в правом желудочке. Глобальная сократительная способность не снижена. Диастолическая функция не нарушена. В полости перикарда 140 мл жидкости. В плевральной полости слева 170 мл жидкости.

5) КТ органов грудной клетки: Интерстициальное заболевание легких. Косвенные признаки хронической ТЭЛА. Лимфоаденопатия средостения. Двусторонний плеврит, перикардит. Нарушение кровообращения по легочно- артериальному типу (ЛАГ II–III ст.).

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Основное заболевание: Лейомиосаркома правого предсердия, с множественными метастазами в легкие, G2, IV стадия.

Дифференциальный диагноз проводится с: Хроническая ТЭЛА, фиброзирующий альвеолит, пневмокониоз.

План обследования: Пункция перикарда с последующим гистологическим анализом, сцинтиграфия сердца, МРТ.

План лечения: комбинированная лучевая терапия + химиотерапия с рассмотрением возможности хирургического лечения опухоли в будущем.

Задача №26

Пациент 50 лет длительное время страдает облитерирующим эндартериитом. Выполнена поясничная симпатэктомия слева, тромбэндартерэктомия из бедренной артерии слева. В послеоперационном периоде отмечает улучшение. Последние недели отмечает появление болей в покое в левой стопе, появление очагов некрозов на пальцах левой стопы.

Границы сердца не расширены. Тоны ясные, чистые. ЧСС – 72 удара в минуту АД – 160/85 мм. рт. ст.

St.localis : Голень и стопа слева прохладная, бледная. Цианоз пальцев стопы. На ногтевых фалангах – некрозы кожи без четкой демаркационной линии. Отека голени нет. Движения и чувствительность сохранены.

Биохимический анализ крови :

Глюкоза 5,1 ммоль/л; Общий белок 70 г/л; Креатинин 0,081 ммоль/л

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 72 в мин., ГЛЖ.

Аортоартериография: Определяется справа: окклюзия ПББА. МБА – окклюзия в с/с, по коллатералям заполняется в д/с, слева: окклюзия ОБА, ПБА,ГБА,ПКА. По коллатералям заполняются ПББА в п/с, ЗББА в с/с, до стопы.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Основное заболевание: Облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Окклюзия артерий левой голени, подколенной артерии. Тромбоз подвздошно-бедренного сегмента. Критическая ишемия левой нижней конечности.

Дифференциальный диагноз проводится с: расслаивающейся аневризмой брюшной аорты и острым тромбофлебитом глубоких вен.

План обследования: Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, белок, мочеви́на, креатинин, холестерин, электролиты), коагулограмма, ЭКГ, аортоартериография (аорта, нижние конечности) – для определения возможности и объема оперативного вмешательства.

План лечения: Оперативное. Медикаментозное: Антиагреганты, витамины (В, Е, С, РР), антигистаминные препараты. Инфузионная (реополиглюкин).

Задача №27

Женщина 57 лет, в прошлом кмс (лыжи) поступила с жалобами на одышку в покое и усиливающуюся при физической активности, сухой кашель, ощущение сердцебиения. При аускультации выслушивается диастолический шум на аорте, ослабление I-II тона. На рентгенограмме отмечается увеличение левого предсердия, левого желудочка, легочный рисунок усилен. АД 130/40. ЛЖд 82 мм. ФВ 54% аорта 55 мм. АК 3х створчатый. Фиброзное кольцо расширено. АН центральная 3 степени РНТ 210 мсек МН 2 степени Давление в ЛА 49 мм р.ст.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Аортальная недостаточность.

Дифференциальная диагностика: с недостаточностью клапана легочной артерии, митральным стенозом.

План обследования: Rg-ОГК; ЭхоКГ; Катетеризация сердечных камер, коронарография

План лечения: Хирургическое. Оперативное вмешательство представляет собой пластику/протезирование аортального клапана при тяжелой симптоматической аортальной недостаточности. При бессимптомной умеренной аортальной недостаточности назначаются диуретики, блокаторы кальциевых каналов, АПФ-ингибиторы, блокаторы рецепторов ангиотензина. С целью профилактики инфекции при проведении стоматологических и хирургических манипуляций назначаются антибиотики.

Задача №28

Мужчина 66 лет, после операции резекции инфраренальной аневризмы и протезировании аорты, в первые сутки внезапно почувствовал боль в левой половине живота, вздутие, тошноту, резкую слабость. Больной беспокоен. Через несколько часов вздутие прошло, появился жидкий стул с примесью крови в виде “малинового желе”. Через 12 часов больной неподвижно лежит в постели, пульсация периферических артерий нижних конечностей сохранена, живот резко болезненный при пальпации, особенно в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины положительные. Аускультативно перистальтика не определяется. Лейкоцитоз $37 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево, тромбоцитопения менее $90 \cdot 10^9/\text{л}$.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Ишемия левой половины толстого кишечника после реконструкции аорты. Перфорация нисходящей петли толстого кишечника. Каловый перитонит.

Дифференциальная диагностика: проводится с другими катастрофами в брюшной полости: О.аппендицит, перфоративная язва желудка, острая кишечная непроходимость, панкреонекроз. Ишемия толстого кишечника вызванная другими причинами.

План обследования: 1) Rg-ОБП; Колоноскопия; Диагностическая лапароскопия.

План лечения: При подтверждении диагноза экстренная лапаротомия. Санация брюшной полости, резекция ишемизированного участка толстого кишечника, наложения калостомы, лапаростомы, программные санации.

Задача №29

Пациент 36 лет госпитализирован СМП с выраженным отеком правой верхней конечности +бсм, незначительным отеком правой стороны грудной клетки, болью в области ключицы. Работает на стройке разнорабочим, в анамнезе перелом ключицы в 17 лет. Объективно: синюшность, отек, выраженная подкожная венозная сеть правой верхней конечности и правой половины грудной клетки.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Синдром Педжета-Шреттера, тромбоз правой подключичной вены.

Дифференциальный диагноз: Следует проводить с рожистым воспалением, лимфангиитом, дерматитами различной этиологии, лимфидемой. С тромбозом подключичной вены вызванным другими причинами.

План обследования: УЗДАС для подтверждения диагноза. КТ для исключения сдавления вены +тканью или добавочным ребром.

План лечения: возвышенное положение верхней конечности, антикоагулянты (гепарин, клексан, фраксипарин) с последующим переводом на Варфарин в течении 3-6 месяцев, венотоники (Детролекс, Венарус, Флебодиа), НПВС (Диклофенак).

Хирургическое лечение (тромбэктомия) показано только при присоединении артериальной недостаточности, ТЭЛА, некроза участка конечности (некрэктомия).

Задача №30

Пациентка 65 лет длительное время гипертоническая болезнь, последние 5 лет стенокардия 2 ф кл, гипердислипидемия. Терапию получает нерегулярно. Жалобы на момент осмотра на интенсивные боли за грудиной иррадиирующие в область левой лопатки и нижнюю челюсть, одышку, холодный пот.

Анамнез заболевания: Пациентка поступила экстренно в специализированное кардиологическое отделение с ОКС. При выполнении ангиографии был выявлен 85% стеноз огибающей артерии, выполнено БАП и стентирование ОА. На 2-ые сутки после операции появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: сознание ясное, адекватна, ориентирована, возбуждена. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 21 в мин. АД 110/60 мм рт ст. PS 96 в мин, ритмичный.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ — Депрессия сегмента ST в I,II, aVL, V5-V6.
2. Коронарография — реокклюзия стента.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ИБС. ОКС с подъёмом ST. Реокклюзия стента ОА. ГБ 3 ст. АГ2 риск ССО 4 ст. ХСН 2 ФК.

2. Дифдиагностика: ДДЗП. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Межреберная невралгия.

План обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, маркеры некроза миокарда (КФК-МВ, миоглобин, тропонин), ЭКГ контроль, коронарография, определение индивидуальной чувствительности к клопидогрелю.

План лечения: б-блокаторы, двойная дезагрегантная терапия, решение вопроса о замене клопидогреля, эндоваскулярное БАП и стентирование.

Задача №31.

Пациент 68 лет. Жалобы на боли, похолодание и онемение в нижних конечностях в покое, усиливающиеся при ходьбе. Анамнез заболевания: Пациент длительное время клиника ОАСНК. Курит с 20 лет по 2 пачки сигарет. Неоднократно получал консервативную терапию с положительным эффектом. Нынешнее ухудшение отмечает последние 2 мес, когда уменьшилась дистанция безболевого ходьбы и появились в покое. Объективно: обе н/к прохладные, бледные. Движения и чувствительность сохранены. Пульсация на магистральных артериях н/к не определяется. Пульсация аорты отчетливая, аускультативно систолический шум над ней.

Результаты дополнительного обследования: УЗДС: Окклюзия подвздошных артерий и гемодинамически значимый стеноз бедренно-подколенного атериального сегмента билатерально. Ангиография: Окклюзия аорто-подвздошного сегмента билатерально.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ОАСНК. Окклюзия аорто-подвздошного сегмента и стеноз бедренно-подколенного сегмента с обеих сторон. Критическая ишемия обеих н/к. ХАН 3 ст. Синдром Лериша.

Дифдиагностика: Эмболия и тромбоз аорто-подвздошного сегмента. Тромбоз глубоких вен н/к. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

План обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, ангиография, МСКТ аорты и сосудов н/к с контрастом.

План лечения: - отказ от курения!, дезагреганты, антикоагулянты, статины, ромбэндартерэктомия аорто-подвздошного сегмента, АББШ или эндоваскулярное БАП и стентирование.

Задача №32.

Пациентка 33 лет. Жалобы на боли в области таза и в левой н/к, ее отечность, появление варикозно расширенных вен в левой н/к которые усиливаются в течение нескольких недель.

Анамнез заболевания: Отмечает нарушение менструального цикла в течение нескольких недель.

Объективно: Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. АД 120/70 мм рт ст. PS 60 в мин, ритмичный. Отечность левой н/к, варикозно измененные вены в бассейне БПВ.

Результаты дополнительного обследования: УЗДС: Варикозное расширение вен левой н/к и в бассейне внутренней подвздошной вены.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Экстравазальная компрессия левой общей подвздошной вены. Варикозное расширение вен левой нижней конечности и в бассейне левой общей подвздошной вены. С-м Мея-Тернера.

Дифдиагностика: Тромбоз глубоких вен н/к. Лимфидема. Тромбоз нижней полой вены. Анасарка.

План обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, УЗДС сосудов н/к, флебография.

План лечения: дезагреганты, антикоагулянты, эндоваскулярное стентирование (по показаниям).

Задача №33.

Пациент 60 лет. Жалобы: головокружение, слабость, предсинкопальное состояние. Анамнез – 10 дней назад операция протезирования аортального клапана (механический протез) в условиях ИК, в послеоперационном периоде восстановление с АВ блокадой, пациент подключен ВЭКС. Получает НПВС. При отключении пациента от ВЭКС – полная АВ блокада с ЧЖС 40 в 1 мин. При ЭХОКГ – дисфункция протеза не выявлено..

Диагноз:

Приобретенная полная АВ блокада. Состояние после протезирования аортального клапана.

Диф. Диагноз: СА Блокада, АВ блокада 2 ст.

План обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, Суточное мониторирование.

План лечения: Имплантация ПЭКС. Непрямые антикоагулянты.

Задача №33.

Пациентка 54 лет. Жалобы: на эпизоды одышки в покое, резко усиливающиеся в горизонтальном положении; - на одышку при физической нагрузке; - быструю утомляемость, мышечную слабость; - эпизоды учащения пульса при физической нагрузке. Анамнез заболевания: Считает себя больной около 3 недель, когда стала появляться одышка при физической нагрузке, быстрая утомляемость, мышечная слабость. Постепенное прогрессирование, одышка стала беспокоить в покое. В течении последних 5 дней пациентка не может находиться в горизонтальном положении, спит сидя.

Анамнез жизни: около 6 месяцев назад пациентке выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом по поводу ревматического поражения створок митрального клапана.

Объективно: - положение ортопноэ; - акроцианоз; - ЧД 26 в мин; ЧСС 96 уд/мин; - АД 130/70 мм рт ст; - пульсация артерий верхних и нижних конечностей отчетливая; - при пальпации сердца верхушечный толчок разлитой и смещен влево; - при аускультации сердца выслушивается мелодия работающего протеза, систолический шум на верхушке, проводится в аксиллярную область; дыхание жесткое, единичные влажные хрипы, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено. Результаты дополнительного обследования к задаче: Rg ОГК: 2х сторонний гидроторакс Тень сердца увеличена влево ЭхоКГ: нормальная работа протеза митрального клапана, гипертрофия миокарда левого желудочка, дилатация полости левого желудочка в сравнении с данными при выписке, увеличение полости левого предсердия, в пределах седла протеза МН 1 ст, за седлом протеза ток митральной регургитации вдоль стенки левого предсердия. Ширина потока в зоне фиброзного кольца 13 мм. МН 3 степени. Повышение давления в легочной артерии до 60 мм рт.ст..

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: состояние после протезирования митрального клапана. Парапротезная фистула. Митральная регургитация III степени. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии III ф.к. по NYHA

Диф.диагноз: Тромбоэмболия легочной артерии. Дисфункция протеза.

План обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭХО, Rg (КТ-ангиография) грудной клетки. Исключение ИЭ как причины парапротезной фистулы.

План лечения: Консервативное лечение бесперспективно. При выявлении ИЭ – лечней ИЭ

Оперативное лечение: ушивание парапротезной фистулы\репротезирование митрального клапана

Задача №34.

Пациент 63 года. Жалобы: - на одышку при физической нагрузке - общую слабость, быструю утомляемость, снижение САД до 90-100 мм рт ст. Анамнез заболевания: около 6 месяцев назад перенес острый трансмуральный инфаркт миокарда, получал консервативную терапию в районной больнице. КГ не делали, стентирование не выполняли. Был выписан под наблюдение терапевта. При пальпации в IV межреберии выявляется локальная прекардиальная пульсация;- при аускультации сердца выявляется пресистолический ритм галопа.

Результаты дополнительного обследования к задаче: ЭКГ: наличие патологического зубца Q, подъем сегмента ST V1-V4. ЭхоКГ: дискинезия верхушечной трети МЖП Передней и боковой стенки ЛЖ с переходом на верхушку. КДО, КСО ЛЖ повышены. ФВ 45%

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия I степени. Постинфарктная аневризма левого желудочка. ХСН 3 ф кл со сниженной ФВ ЛЖ

Диф.диагноз: повторный острый инфаркт миокарда (безболевая ишемия)

План обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. Кровь на тропонин I. ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, проба с добутамином, коронарография

План лечения: динамическое наблюдение

Оперативное лечение: иссечение аневризмы левого желудочка показано при прогрессировании симптомов ХСН, появление нарушений ритма, наличие пристеночного тромба в аневризме

Задача №35.

Пациент 28 лет. Жалобы: - одышка при минимальной физической нагрузке,- общая слабость.

Анамнез заболевания: Около года назад стала появляться одышка при физической нагрузке. Не обследовался не лечился. Со временем появилась быстрая утомляемость, мышечная слабость, одышка стала беспокоить при минимальной физической нагрузке.

Объективно: - астеничное телосложение- деформация грудной клетки (воронкообразная грудная клетка) - гипермобильность суставов- арахнодактилия; ЧСС 88 в 1 мин, АД 100/60 мм рт ст, - при аускультации сердца выслушивается систоло-диастолический шум

Результаты дополнительного обследования к задаче: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 88 в мин, ГЛЖ с признаками перегрузки объемом; ЭхоКГ: аневризма восходящей аорты (до 6см), недостаточность аортального клапана 3 степени, недостаточность митрального клапана 3 степени, увеличение всех камер сердца, ФВ 67% ; Rg грудной клетки: увеличение тени сердца, восходящей аорты, скопление жидкости в плевральные полости.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: синдром Марфана, аневризма восходящего отдела аорты. Аортальная недостаточность 3 ст. Митральная недостаточность 3 ст. Хроническая сердечная недостаточность IIБ стадии III ф.к. по NYHA

Диф.диагноз: расслаивающая аневризма восходящей аорты, инфекционный эндокардит

План обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. ЭКГ, ЭхоКГ, КТ-ангиография грудной клетки, Ангиография восходящего отдела, дуги грудного аорты

План лечения: Консервативное лечение бета блокаторы ингибиторы АПФ, диуретики, дезагреганты

Оперативное лечение: протезирование аортального клапана, протезирование митрального клапана, протезирование восходящего отдела аорты

Задача №36.

Пациентка 34 года. Жалобы: - непроходящие отеки обеих нижних конечностей;- тяжесть, дискомфорт в нижних конечностях преимущественно в вечернее время

Анамнез заболевания:

Считает себя больной пяти лет, когда стали появляться отеки в области нижней трети голени, преимущественно к вечеру, проходящие в горизонтальном положении тела. Не обследовалась, не лечилась. Со временем отеки стали увеличиваться, распространяться на всю нижнюю конечность. Последний год отеки нижних конечностей стали постоянными, беспокоят постоянные, тянущие боли в нижних конечностях к концу дня.

Объективно: - гиперстеничное телосложение;- кожа нижних конечностей теплая, обычной окраски, трофических изменений кожи нет;- выраженные симметричные отеки обеих нижних конечностей;- пальпация мышц голени безболезненная;- движения в суставах нижних конечностей сохранены в полном объеме;- пульсация артерий конечностей сохранена на всех уровнях;- частота дыхания 16 в минуту;- пульс ритмичный, с частотой сокращений 68 уд/мин;- АД 120/80 мм рт ст;

Результаты дополнительного обследования к задаче: ЭКГ: ритм синусовый, УЗИ сосудов нижних конечностей: глубокие вены проходимы на всех уровнях, варикозной трансформации ствола малой и большой подкожных вен на обеих нижних конечностях нет, рефлюкса по стволу большой и малой подкожных вен нет с обеих сторон, сафено-фemorальное соустье состоятельно, сафено-поплитеальное соустье состоятельно, выраженный интерстициальные отек на обеих нижних конечностях.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: первичный лимфостаз (лимфедема) III степени тяжести, медленно прогрессирующий тип

Диф.диагноз: вторичный лимфостаз при варикозной болезни, тромбозе глубоких вен нижних конечностей, посттромбофлебитической болезни, врожденные артериовенозные свищи, отеки при хронической сердечной недостаточности, отеки при хронической почечной недостаточности, онкологических заболеваний органов брюшной полости и малого таза, гинекологической онкологии

План обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ сосудов нижних конечностей, УЗИ КТ органов брюшной полости, органов малого таза, обследование у гинеколога, нефролога

План лечения: Консервативное лечение: компрессионная трикотаж, флеботоники, диуретики, лимфодренажный массаж, антиагрегантная терапия

Оперативное лечение редко: наложение лимфо-венных анастомозов, перевязка лимфатических сосудов при несостоятельности лимфатических клапанов, иссечение пораженных участков подкожной клетчатки и частично фасций

Задача №37.

Пациент 42 года. Жалобы: - эпизод потери сознания;- общая слабость

Анамнез заболевания:

Считает себя больным около одного года, когда перенес острый инфаркт миокарда в бассейне ПКА. Стентирование ПКА позднее, в сроки более 18 часов. Получает терапию в полном объеме. Наблюдается у кардиолога. В течении последнего месяца стал отмечать появление слабости, периодические головокружения. Вчера на фоне полного благополучия был эпизод потери сознания. Доставлен в стационар.

Объективно: - пульс аритмичный, с частотой сокращений 54 уд/мин- АД 100/60 мм рт ст

- при аускультации сердца над грудиной выслушивается систолический шум, I тон меняющейся интенсивности

Результаты дополнительного обследования к задаче:

ЭКГ: интервал R-R более 2,5 сек, диссоциация между волнами P и QRS, периодическое выпадение комплексов QRS, широкие комплексы QRS Эхо-КГ: участки гипокинезии левого желудочка.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ИБС ПИКС ГБ III AV-блокада II степени тип Мобитц II

Диф.диагноз: другие причины синкопальных состояний, слабость синусового узла, острый инфаркт миокарда

План обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование

План лечения: Оперативное лечение: имплантация ЭКС

Задача №38.

Пациент 20 лет. Жалобы: - на высокие цифры АД до 180/110 мм рт ст. - быструю утомляемость ног, боли в нижних конечностях при физических нагрузках(длительная ходьба, бег); одышку при физической нагрузке

Анамнез заболевания: В детстве выслушивали шум. Не обследован. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые стал отмечать повышение АД, боли в нижних конечностях при физических нагрузках (длительная ходьба). Со временем стала беспокоить одышка. Не обследовался, постоянную гипотензивную терапию принимал, но гипертензия плохо поддается терапии.

Объективно: - Диспропорция мышечной системы пояса верхних и нижних конечностей: пояс верхних конечностей развит хорошо, мышцы гипертрофированы, как у штангиста, но имеется относительная гипотрофия мышц нижних конечностей - Пульс на руках напряженный, типа «celer et altus», на нижних конечностях пульсация не определяется - При пальпации определяется усиленная пульсация межреберных артерий - АД на верхних конечностях 160/100 мм рт ст справа и слева, АД на нижних конечностях аускультативно не определяется - При аускультации сердца выслушивается акцент II тона над аортой, над всей поверхностью сердца выслушивается грубый систолический шум, который проводится на сосуды шеи и межлопаточное пространство

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Rg ОГК: Узурация III-VIII пар ребер. Легкие расправлены, без патологических изменений. Тень сердца увеличена влево. Хорошо выражена талия сердца

ЭхоКГ: Гипертрофия левого желудочка. Расширение восходящего отдела аорты. 2хстворчатый АК. Кровоток на АК умеренно ускорен. АН 1 ст.. Аорто-ангиография: Выявлено расширение восходящего отдела аорты. На границе дуги аорты и нисходящего

отдела аорты, за местом отхождения левой подключичной артерии определяется сужение просвета аорты диаметром до 0,7 см.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ВПС: коарктация аорты I типа по А.В. Покровскому. Расширение восходящего отдела аорты. Артериальная гипертензия 3 степени.

Диф.диагноз: Гипертоническая болезнь(злокачественная гипертензия). Стеноз аортального клапана. Митрально-аортальный порок сердца.

План обследования: КАК,Б/х анализ крови. Коагулограмма, ОАМ. ЭКГ,ЭхоКГ(трансторакальное и чрезпищеводной), Rg ОГК, КТ-ангиография, аортография.

План лечения Консервативное лечение бесперспективно. Оперативное лечение:

- резекция суженного участка с последующим наложением анастомоза конец в конец;

- резекция с последующим замещением дефекта аорты трансплантатом;

- прямая и непрякая истмопластика; - шунтирование.

Задача №39.

Пациент 69 лет в ПИТ после стентирования ПМЖВ ЛКА. Жалобы: - дискомфортом за грудиной, выраженную одышку, выраженную слабость;- головокружение, эпизод потери сознания

Анамнез заболевания: Пациент с длительным анамнезом ГБ с максимальными цифрами АД 180/100 мм рт ст.. Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые стали беспокоить давящие боли за грудиной при физической нагрузке. Обследовался, была выполнена КАГ – выявлен гемодинамически значимый стеноз ПМЖА. Госпитализирован для планового стентирования ПМЖВ ЛКА. Пациент находится в ПИТ после операции.

Объективно:

- тахикардия с ЧСС = 140 уд/мин, ритм синусовый

- тахипноэ ЧДД = 26-28

- АД 80/45 мм рт ст

- акроцианоз, набухание яремных вен

Результаты дополнительного обследования к задаче:

ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС = 140. ГЛЖ. Низкая амплитуда комплекса QRS, отрицательные зубцы Т

Rg ОГК: Легкие расправлены, без патологических изменений. Тень сердца увеличена.

ЭхоКГ: Расхождение листков перикарда до 1,5 см. Примерный объем выпота в перикарде 500 мл

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Тампонада перикарда. Кардиогенный шок. ИБС, состояние после стентирования ПМЖВ ЛКА. Гипертоническая болезнь III стадии. Артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО-4.

Диф.диагноз: Перикардиты различной этиологии. Тяжелая сердечная недостаточность. Расслаивающаяся аневризма восходящего отдела аорты с гемоперикардом.

План обследования: КАК, Б\х анализ крови, коагулограмма, ЭКГ,ЭхоКГ, Rg ОГК, катетеризация правых отделов сердца

План лечения: - Инфузионная терапия - Пункция перикарда - Фенестрация перикарда,

Задача №40.

Пациентка 49 лет. Жалобы: боль в спине, ограниченная между лопаток - сухой кашель- хрипота- затруднение глотания

Анамнез заболевания: Пациентка с длительным течением ГБ, с максимальными цифрами АД до 150/90 мм рт ст. Считает себя больной около месяца. За медицинской помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно.

Объективно: Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 70 уд/мин., АД = 140/80 мм рт ст. Дыхание в легких жесткое, выслушивается с двух сторон, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Пульсация магистральных артерий сохранена во всех типичных точках аускультации. Периферических отеков нет

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Rg ОГК: Легкие расправлены, без патологических изменений. Тень сердца расширена влево. Кальциноз аортальной стенки. Определяется расширение тени нисходящей грудной аорты.

ЧП-ЭхоКГ: Определяется расширение нисходящей грудной аорты d= 55 мм.

КТ грудной и брюшной полости: Определяется аневризматическое расширение нисходящей грудной аорты от левой подключичной артерии до отхождения почечных артерий.

Данные лабораторных методов исследований в пределах нормальных значений.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.:

Диагноз: Аневризма торакоабдоминальной аорты тип I по классификации E. Crawford

Диф. диагноз: Торакоабдоминальные аневризмы других типов, опухоли средостения.

План обследования: КАК, ОАМ,Б/х анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, Rg ОГК, ЭхоКГ, ЧП-ЭхоКГ, КТ грудного и брюшного отделов, аортография, спиральная КТ с контрастированием.

План лечения:- Гипотензивная терапия. Варианты оперативного лечения:

- «Открытая» хирургия:

- иссечение аневризмы, протезирование аорты.
 - иссечение аневризмы, протезирование аорты с наложением анастомозов.
- Эндovasкулярная хирургия:

- Имплантация грудного стентграфта
- Имплантация торакоабдоминального стентграфта

- Гибридная хирургия:

- сочетание указанных выше методов оперативного лечения.

Задача №41.

Пациентка 60 лет. Жалобы: отек правой верхней конечности- болезненность при нагрузке

Анамнез заболевания: Пациентка считает себя больной около 3 дней, когда впервые появились вышеуказанные жалобы на фоне полного благополучия. Из анамнеза известно, что 2 года назад была выполнена операция по удалению правой молочной железы в связи с Ст. Из препаратов постоянно принимает тамоксифен, эналаприл, кардиомагнил и липримар.

Объективно: - отек правой верхней конечности - цианоз конечности- пульсация магистральных артерий пораженной конечности сохранена во всех точках аускультации

Результаты дополнительного обследования к задаче:

- Лабораторные исследования:
ОАК: · Лейкоцитоз и Повышение СОЭ; Коагулограмма: гиперкоагуляция, появление D-димера;- УЗАС вен верхних конечностей: окклюзия просвета плечевой вены.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Острый тромбоз глубоких вен правой верхней конечности.
Состояние после удаления правой молочной железы по поводу Сг.

Диф. диагноз: Лимфостаз

План обследования: КАК, коагулограмма, ЭКГ, УЗАС вен верхних конечностей, флебография

План лечения:

- компрессионный трикотаж
- НПВС, антикоагулянты, возможна тромболитическая терапия

Задача 42.

Пациент 55 лет. Жалобы: - боли за грудиной, одышка при минимальной физической нагрузке;- головные боли, головокружения, редкий пульс;- эпизод потери сознания

Анамнез заболевания: Пациент с длительным анамнезом ГБ и ИБС. Считает себя больным в течении 15 лет, когда впервые стал отмечать одышку и боли за грудиной при физических нагрузках. Обследовался, принимает постоянную гипотензивную терапию, В-блокаторы, статины, аспирин. Прогрессирование симптомов с течением времени. Последнее ухудшение неделю назад, в виде появления головокружений, головных болей и эпизода потери сознания.

Объективно:

- Тоны сердца приглушены, ритмичные
- ЧСС = 40 уд/мин.
- АД 100/60 мм рт ст.
- кожные покровы бледные, холодные

Результаты дополнительного обследования к задаче:

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС = 44 уд/мин. ГЛЖ.

ЭхоКГ: ГЛЖ, выявлены участки гипо- и акинезии миокарда, АН - 1ст, МН – 1ст.

Стресс-ЭхоКГ: тест положительный.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения III ф. кл Гипертоническая болезнь III стадии. Синдром слабости синусового узла, декомпенсированная форма, брадисистолический вариант.

Диф. диагноз: Ваготоническая дисфункция синусового узла, критический аортальный стеноз

План обследования: ЭКГ, Холтеровское мониторирование, нагрузочные ЭКГ-пробы, ЭхоКГ, ЭФИ, КАГ

План лечения: Продолжение лечения основного заболевания, отмена б-блокаторов, постановка ПЭКС в demand-режиме, после КАГ- решение вопроса о плановой реваскуляризации миокарда

Задача 43.

Пациент 57 лет. Жалобы на быструю утомляемость, повышенную мышечную слабость, одышку при выполнении физической нагрузки

Анамнез заболевания. Данные жалобы появились 3 месяца назад после выполнения неоднократных физических упражнений с грузом

Объективно: синюшность кожных покровов, губ, кончика носа

Аускультативно- голосистолический шум в проекции митрального клапана.

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Анализ крови – в пределах нормы

ЭКГ- признаки гипертрофии левого предсердия и желудочка.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический Диагноз: Миксоматозная дегенерация митрального клапана.

Частичный отрыв хорд задней створки митрального клапана. Митральная регургитация 3 степени(гемодинамически значимая).ЛГ2 ст ХСН 2 ф кл

Дифференциальная диагностика проводится с:1. ГКМП 2. Недостаточность трикуспидального клапана. 3.ДМЖП 4. Кальциноз аортального клапана

План обследования: ЭКГ, ЭХОКГ

План лечения: медикаментозное: иАПФ, нитраты, диуретики, при ФП-соответствующее.

Хирургическое: пластика митрального клапана. Протезирование митрального клапана

Задача 44.

Пациент 42 лет. Жалобы на тяжесть, утомляемость, ночные судороги, варикозное расширение вен на голени, бедре и лобке. Анамнез заболевания. В анамнезе 4 родов, 5 лет назад перенесла тромбоз бедренно- подвздошного сегмента справа. Варикозное расширение начало проявляться 3 года назад.

Объективно: Отек голени и бедра справа. Варикозное расширение вен голени, бедра и лобка

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Анализ крови – в пределах нормы

УЗДАС вен нижних конечностей- отсутствие просвета в бедренно- подвздошном сегменте справа. Усиленный кровоток по поверхностным венам.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический Дз.: Посттромботическая болезнь правой нижней конечности. С3, 4s, Es, Ad

Дифференциальная диагностика проводится с:1. Варикозное расширение вен 2. Лимфидема 3.остеоартроз 4. ХСН

План обследования: Внутрисосудистое ультразвуковое исследование вен нижних конечностей. Рентгеноконтрастная ангиография вен нижних конечностей

План лечения: медикаментозное: Эластическая компрессия 3кл компресси.

Диосмин 450+ 50гесперидин 2р в сутки 2 месяца

Хирургическое: ЭВЛК перфорантных вен. Баллонная ангиопластика.

Стентирование пораженных вен

Задача 45.

Пациент 67 лет

Жалобы на боли покоя в правой нижней конечности лишающие сна, локализованные в голени и бедре

Анамнез заболевания. 1 год назад перенес аорто-бифеморальное шунтирование. Указанные симптомы появились 2 месяца назад с постепенным ухудшением

Объективно: Прохладный кожный покров правой стопы и голени, отсутствие пульса на правой бедренной артерии и дистальнее, синюшность кожных покровов

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Анализ крови – дислипидемия

УЗДАС артерий нижних конечностей и шунта: Отсутствие кровотока по правой бранше АББШ.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический Диагноз: Генерализованный атеросклероз с преимущественным поражением аорто-подвздошно-бедренного сегмента. Тромбоз правой бранши АББШ. Хроническая артериальная недостаточность 3 ст по А.В. Покровскому

План обследования: рентгеноконтрастная ангиография артерий, компьютерная томография

План лечения: тромбэктомия – классическая, открытым способом.

Чрескожная аспирационная тромбэктомия

Задача 46.

Пациентка 65 лет. Жалобы на жгучую боль в области сердца с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть, резвившеюся на операционном столе сразу после имплантации стента.

Анамнез заболевания. Считает себя больной ИБС 12 лет, когда впервые появились боли за грудиной давящего характера при выполнении тяжелой физической работы. Страдает СД 2 типа 25 лет

Объективно: синюшность кожных покровов, губ, кончика носа

Аускультативно- голосистолический шум в проекции митрального клапана.

А/д 100/ 60 мм рт.ст., ЧСС 90' ритмичные, ЧДД 20'

Результаты дополнительного обследования к задаче:

ЭКГ- элевация сегмента ST выше изоэлектрической линии на 3 мм в III стандартном и aVF отведениях.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический Дз.: Острый коронарный синдром. Ятрогенная диссекция правой коронарной артерии в месте отхождения задней межжелудочковой артерии.

Дифференциальная диагностика проводится: с разрывом коронарной артерии

План обследования: Интраоперационная коронарография. Кровь на маркеры некроза миокарда

План лечения: установка стента в место диссекции

Задача 47.

Пациентка 55 лет. Жалобы: на одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, сухой кашель, головокружение, отеки нижних конечностей, пастозность лица, снижение массы тела. Анамнез: со слов больной, впервые вышеперечисленные жалобы появились около 5 лет назад. Ухудшение состояния отмечает в течении последнего года, наросли явления сердечной недостаточности. Медикаментозная терапия малоэффективна. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад пациентка перенесла тромбоэмболию мелких ветвей легочной артерии. Около года назад появилась

пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, приступы купируются в/в введением амиодарона.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Астенический тип телосложения. Кожные покровы цианотичны. Пастозность лица, отеки нижних конечности. Перкуторно: левая граница сердца на 1,0 см левее левой среднеключичной линии. Аускультативно: диастолический шум и акцент 1 тона на верхушке.

Результаты обследования: умеренный лейкоцитоз, тромбоцитопения, повышение СОЭ, повышение СРБ. На обзорной Rg-ОГК: расширение границ сердца, венозное полнокровие легких. На Эхо-КГ выявлено округлое, подвижное образование на ножке в полости ЛП, прикрепленное к МПП, диаметром 4,0 см; дилатация ЛП; митральная регургитация 2 ст, ЛГ 1 ст.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический диагноз: Образование левого предсердия.

Осложнение: Митральная недостаточность 1-2 ст. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ХСН IIФК (NYHA), 2А ст. Легочная гипертензия 1ст.

Дифференциальная диагностика проводится среди опухолей сердца (липوما, рабдомиома, тератома, миксома).

План обследования: А) ЭХО КГ /ЧП ЭХО КГ. Б) Компьютерная и МРТ томография.

В) СМ ЭКГ.

План лечения: хирургическое лечение - удаление опухоли сердца с последующим гистологическим исследованием интраоперационного материала. Оральные антикоагулянты

Задача 48.

Пациент 62 лет. Жалобы: на одышку и боли за грудиной давящего характера, при незначительной физической нагрузке ощущение сердцебиения, общую слабость. Анамнез: со слов пациента, вышеперечисленные жалобы появились около 2 лет назад. Ухудшение состояния отмечает в течение последних 6 месяцев.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледноватые. Отеки нижних конечностей. ЧДД 19 в мин. Перкуторно: границы сердца расширены влево. Аускультативно: тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке.

Результаты обследования: В биохимическом анализе крови дислипидемия. На ЭКГ: синусовый ритм, ГЛЖ. На ЭХО КГ: митральная регургитация 3 ст, трикуспидальная регургитация 1-2 ст, МЖП 13мм, глобальная сократимость левого желудочка снижена, дилатация всех камер сердца. На СМ ЭКГ: эпизоды ишемии миокарда по передне- боковой и задней стенке ЛЖ.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III ФК. Митральная недостаточность 3ст. Трикуспидальная недостаточность 1ст.

Осложнение: ХСН IIФК (NYHA), 2А ст.

Дифференциальная диагностика: с врожденными и приобретенными пороками митрального клапана, ДКМП различной этиологии.

План обследования: А) Стресс- ЭХО КГ Б) коронарография В) ЧП ЭХО КГ

План лечения: хирургическая реваскуляризация миокарда с одновременной коррекцией порока митрального клапана. Консервативная терапия: ИАПФ, Б-блокаторы, диуретики, статины, антиагреганты.

Задача 49.

Пациент К, 45 лет. Жалобы: головные боли, головокружение, ухудшение памяти и когнитивных функций, ухудшение зрения. Анамнез: длительный анамнез гипертонии (более 15 лет), вышеперечисленные жалобы начали беспокоить около 4 лет назад, резкое ухудшение памяти начал отмечать в течение последних 6 месяцев. Транзиторная ишемическая атака 2 месяца назад.

Объективно: состояние удовлетворительное. АД 150/100 мм.рт.ст. Пульсация сосудов шеи сохранена. По другим органам и системам без патологии.

Результаты обследования: На ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 74 в уд/мин, ГЛЖ.

На УЗДГ БЦА выявлено: гемодинамически значимая патологическая извитость правой (S-образная), левой (C-образная) внутренних сонных артерий.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический диагноз: ЦВБ. гемодинамически значимая патологическая извитость (кинкинг) правой внутренней сонной артерии. Гипертоническая болезнь Шст. Артериальная гипертензия 2 ст. Риск ССО 3.

Дифференциальная диагностика: атеросклероз БЦА.

План обследования: ангиография БЦА.

Лечение: хирургическое лечение- реконструкция правой внутренней сонной артерии. Коррекция артериальной гипертензии (ИАПФ, Б-блокаторы, диуретики, антиагреганты).

Задача 50.

Пациент 35 лет, Жалобы: на отеки нижних конечностей, половых органов. Ноющие боли в животе, поясничной области, нижних конечностях. Анамнез: известно, что 5 лет назад произошел инцидент ТЭЛА, в связи с чем был имплантирован кава-фильтр в систему нижней полой вены. Вышеперечисленные жалобы появились сутки назад. Вызвал карету скорой помощи. Доставлен в стационар.

Объективно: Состояние средней тяжести. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 98 уд в мин. Отеки нижней половины тела, расширение подкожных вен передней брюшной стенки. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах. Отечность мошонки, половых органов. Отек нижних конечностей.

Результаты обследования: Повышение в крови уровня D-димера. На УЗДАС – окклюзия (тромбоз) нижней полой вены.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический диагноз: Тромбоз нижней полой вены. Соп.: ТЭЛА. Состояние после имплантации кава-фильтра в систему нижней полой вены.

Дифференциальная диагностика: Врожденные и приобретенные пороки сердца, сопровождающиеся выраженной сердечной недостаточностью. Лимфостаз. Флегмона нижних конечностей.

План обследования: Спиральная КТ. Флебография.

Лечение: Консервативное – антикоагулянты, компрессионный трикотаж. Попытка тромболитика. Хирургическое лечение – тромбэктомия.

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1.	Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов	Под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серриуса; пер. с англ. под ред. Е.В. Шляхто.	М.: ГЭОТАР Медиа, 2011. – 1480 с.	1	1
2.	Болезни сердца по Браунвальду. Руководство по сердечно-сосудистой медицине	под ред. П. Либби и др.; пер. с англ., под общ. ред. Р.Г. Оганова. В 4 т. Том 1: главы 1-20.	М: Рид Элсивер, 2010. – 624 с.	3	1
3.	Болезни сердца по Браунвальду. Руководство по сердечно-сосудистой медицине	под ред. П. Либби и др.; пер. с англ., под общ. ред. Р.Г. Оганова. В 4 т. Том 2: главы 21-37.	М: Логосфера, 2012. – 596 с.	1	1
	Сосудистая хирургия по Хаймовичу: в 2 т. Т. 1	М.: / под ред. Э.Ашера; пер. с англ. под ред. А.В. Покровского. – 2-е изд.	БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – 644 с.: ил.	2	1

Дополнительная литература:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	Практическое руководство по клинической гемостазиологии;	Дуткевич И.Г., Сухомлина Е.Н., Селиванов Е.А.;	Фолиант; 2014; 272 стр.	2	1
2.	Патофизиология сердечно-сосудистой системы	Под ред. П. Лилли, 3е изд., исправл.	М.: Бином, 2010. - 656 с.	3	1
3.	Физиология сердца: Учебное пособие	Под редакцией акад. РАМН Б.И. Ткаченко.	СПб, «Специальная литература», 1998. – 128 с.	2	1

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

Лицензированное программное обеспечение:

- справочная правовая система «Консультант Плюс»
- Пакет программ Microsoft Office Standart 2010

- ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия
- Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований «Антиплагиат.ВУЗ»

moodle.szgmu.ru ([свободное](#) распространяющееся по лицензии [GNU GPL](#) веб-приложение)

1. Электронная библиотека ФГБОУ ВО СЗГМУ ИМ. И.И.МЕЧНИКОВА
[http:// lib.szgmu.ru](http://lib.szgmu.ru)
2. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://elibrary.ru/>
3. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://rosmedlib.ru>
4. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://rusmedserv.com/>
5. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://scardio.ru>
6. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://athero.ru>
7. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://rmj.ru>
8. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://valsalva.ru>
9. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://medsovet.info>

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями. Оснащение и оборудование кабинетов и отделений клинических баз, клиники им Э.Э.Эйхвальда и им. Петра Великого

12. Методические рекомендации по прохождению практики

Важным условием успешного освоения дисциплины является создание системы правильной организации труда, позволяющей распределить учебную нагрузку равномерно в соответствии с графиком образовательного процесса. Большую помощь в этом может оказать составление плана работы на семестр, месяц, неделю, день. Его наличие позволит подчинить свободное время целям учебы, трудиться более успешно и эффективно. С вечера всегда надо распределять работу на завтрашний день. В конце каждого дня целесообразно подвести итог работы: тщательно проверить, все ли выполнено по намеченному плану, не было ли каких-либо отступлений, а если были, по какой причине они произошли. Нужно осуществлять самоконтроль, который является необходимым условием успешной учебы. Если что-то осталось невыполненным, необходимо изыскать время для завершения этой части работы, не уменьшая объема недельного плана. Все задания рекомендуется выполнять в срок, в рамках самостоятельной работы необходимо обращение к записям лекций и практических занятий, а также указанной литературе. Это способствует лучшему усвоению материала, позволяет своевременно выявить и устранить «пробелы» в знаниях, систематизировать ранее пройденный материал, на его основе приступить к овладению новыми знаниями и навыками.

Производственная (клиническая) практика в стационаре и поликлинике является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и направлена на формирование и отработку знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача сердечно-сосудистого хирурга.

Практика обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и

индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Практика проводится на клинических базах.

Текущий контроль проводится в дискретные временные интервалы преподавателями кафедры сердечно-сосудистой хирургии, а также ответственным за подготовку ординаторов в следующих формах:

- контроль посещений;
- контроль освоения программы практики (по данным дневника).

Итогом прохождения практики является зачет в виде собеседования и решения ситуационных задач.

Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)



экз. № _____

«УТВЕРЖДАЮ»

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____ / А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия
<i>Квалификация, направленность (при наличии)</i>	Врач-сердечно-сосудистый хирург
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	Производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	Вариативная часть
<i>Способ проведения практики</i>	Стационарная, выездная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	12
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	432

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

(код)

(наименование специальности)

утвержденного в 2014 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Горбунов Георгий Николаевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии

Сухов Валентин Константинович, д.м.н., профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Сокуренок Герман Юрьевич, д.м.н., профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Красноперов Павел Владиславович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Кузнецов Кирилл Владимирович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Кузьмина-Крутецкая Светлана Рэмовна, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Куксинский Владимир Евгеньевич, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Сабельников Владимир Васильевич, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Шломин Владимир Владимирович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

(Ф.И.О., должность, степень)

Рецензенты:

Профессор В.В.Сорока д.м.н., Заслуженный врач РФ, Руководитель Отдела неотложной сердечно-сосудистой хирургии СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Профессор А.С.Немков д.м.н., Кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Программа практики обсуждена на заседании кафедр(ы) сердечно-сосудистой хирургии
(наименование кафедры)

«_09_» _июня_ 2017 г. протокол № 7

Одобрено методическим советом ___хирургического___ факультета

«_16_» _июня_ 2017_ г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики.....	52
2. Задачи практики.....	52
Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:	52
Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:	52
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы	54
4. Формы проведения практики.....	54
5. Время и место проведения практики	54
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	54
7. Структура и содержание практики.....	56
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	57
9. Фонд оценочных средств	57
9.1. Критерии оценки	57
9.2. Оценочные средства.....	58
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	73
11. Материально-техническое обеспечение	75
12. Методические рекомендации по прохождению практики.....	76

10. Цели практики

Закрепление теоретических знаний по специальности сердечно сосудистая хирургия, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-сердечно-сосудистого хирурга, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

11. Задачи практики

Задачи первого года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- диагностики и дифференциальной диагностики основных клинических синдромов и нозологических форм заболеваний, подлежащих кардиохирургическому, рентгенхирургическому или ангиохирургическому лечению;
- определять показания и противопоказания к оперативному лечению нозологических форм заболеваний, подлежащих кардиохирургическому, рентгенхирургическому или ангиохирургическому лечению;
- выполнять и\или оценивать не сложные и умеренные по сложности диагностические и лечебные процедуры пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- применять базовые алгоритмы предоперационной подготовки и послеоперационного лечения нозологических форм заболеваний, подлежащих кардиохирургическому, рентгенхирургическому или ангиохирургическому лечению;
- выполнять простые манипуляции и отдельные элементы операций по специальности сердечно-сосудистая хирургия;
- вести все виды медицинской документации в стационаре и амбулаторно-поликлиническом учреждении пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- применять методы первичной и вторичной профилактики и реабилитации пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- оказывать квалифицированную врачебную помощь при неотложных состояниях;
- проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля

Задачи второго года обучения: сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность:

- Вести профилактическую деятельность пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля:
- предупреждать возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проводить профилактических медицинских осмотры, диспансеризацию, диспансерное наблюдение у населения и пациентов кардиохирургического и сосудистого профиля;
- проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
- проводить диагностическую деятельность пациентам кардиохирургического и

сосудистого профиля:

- осуществлять диагностику заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- проводить диагностику неотложных состояний;
- проводить медицинскую экспертизу пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- вести лечебную деятельность пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля:
- оказывать специализированную медицинскую помощь пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- участвовать в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- вести реабилитационную деятельность пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля:
- проводить медицинскую реабилитацию и назначать санаторно-курортное лечение пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- вести психолого-педагогическая деятельность:
- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- вести организационно-управленческая деятельность:
- применять основные принципы организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организовывать и управлять деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организовывать проведение медицинской экспертизы пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- организовывать оценку качества оказания медицинской помощи пациентам кардиохирургического и сосудистого профиля;
- вести учетно-отчетную документацию в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создавать в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятные условия для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- соблюдать основные требования информационной безопасности.

12. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

- лечебное дело
- педиатрия

13. Формы проведения практики

Практика проводится дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий

14. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится на 2 курсе

СЗ ГМУ им Мечникова: Клиника им Э.Э.Эйхвальда, кардиохирургическое отделение; Клиника им. Петра Великого, отделение рентгенэндоваскулярных методов диагностики и лечения; ГУЗ ЛО Кардиологический диспансер, отделение хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляции, поликлиническое отделение; отделение сосудистой хирургии; РНИИТО им. Вредена, 15 отделение

15. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Основы абстрактного мышления, анализа, синтеза (УК-1);	Абстрактно мыслить Проводить анализ и синтез	Клиническим мышлением Методиками абстрактного мышления, анализа, синтеза
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Основы управления коллективом, социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Навыками управления коллективом, толерантно воспринимать социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий
3	УК	готовность к участию	Основы участия в	участвовать в	навыками участия в

	-3	в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
4	ПК -1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);	принципы ранней диагностики заболеваний, проведения скринингов	проводить мероприятия по ранней диагностике заболеваний	методами ранней диагностики заболеваний, в том числе – организации и проведения скринингов

5	ПК -2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);	принципы проведения профилактических медицинских осмотров, принципы диспансеризации детей и взрослых	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию детского и взрослого населения	навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослого и детского населения
6	ПК -3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Основы проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Проводить противоэпидемические мероприятия, организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Навыками проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)
7	ПК -4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);	Основы и принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
8	ПК -5	готовность к определению симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);	основные симптомы, синдромы, патологические состояния и нозологические формы; МКБ-10	определить у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы в соответствии с МКБ-10	навыками определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
9	ПК -6	готовность к ведению и лечению пациентов нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-6);	принципы ведения пациентов в общей врачебной практике (семейной медицине)	составлять план ведения пациента	навыками ведения пациента, составления плана ведения и наблюдения
10	ПК -7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);	принципы оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия	оказывать неотложную медицинскую помощь и реанимационное пособие	навыками оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия

11	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);	Теоретически основы и практические методы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Методами применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
12	ПК-9	психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)	Основы психолого-педагогической деятельности: формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Применять психолого-педагогическую деятельность: формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Навыками психолого-педагогической деятельности по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основы применения основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
14	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Основы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Навыками оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
15	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Основы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Навыками организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

16. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во
---	------	------	------------------	--------

п/п				манипуляций
1	Вариативная практика: Стационар	360	<p>Работа под контролем куратора:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ведение предоперационных и послеоперационных пациентов -Участие в обходах, -Участие в клинических разборах, -Участие во врачебных комиссиях -Ведение карт стационарного больного -Оформление иной медицинской документации -Подготовка операционной -Предоперационный осмотр -Подготовка пациента в операционной -Ассистенция ассистентом во время операций - Наблюдение за пациентом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде -Перевязки пациентов -Выполнение простых манипуляций и манипуляций средней сложности 	
2	Вариативная практика: Поликлиника	72	<p>Консультативная помощь пациентам Профилактический прием, Консультативный прием. Амбулаторная помощь пациентам перевязки, манипуляции, снятие швов Наблюдение за проведением и интерпретация и трактовка диагностических исследований</p>	

17. Формы отчетности и аттестации по практике

Форма отчетности по практике: дневник ординатора

Форма аттестации: промежуточная аттестация, в форме зачета

18. Фонд оценочных средств

18.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема	Вопросы по темам/разделам дисциплины	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.		дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Ситуационные задачи	Критерии оценки вопросов в зависимости от типов формулируемых вопросов.
	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи
	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий (инфекционные осложнения в сердечно-сосудистой хирургии; рентгенэндоваскулярная хирургия, аритмология)	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.

21.2. Оценочные средства

Перечень вопросов для собеседования

101. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Оценка качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
102. Профилактика и терапия нарушений свертывающей и противосвертывающей системы крови в периоперационном периоде.
103. Основные вопросы изосерологии. Данные о групповой дифференциации. Методики определения групп крови и резус принадлежности. Заготовка и консервация крови, плазмы, форменных элементов. Кровозаменяющие среды.
104. Общие вопросы трансфузионной тактики в ходе операции на сердце и сосудах и в послеоперационном периоде. Опасности и осложнения при переливания крови и кровезаменителей. Распознавание их причин, профилактика и лечение. Гемотрансфузионные реакции. Поздние посттрансфузионные осложнения.
105. Электрофизиологическое исследование сердца. Показания и противопоказания. Инвазивное и неинвазивное ЭФИ.
106. Рентгеноанатомия и рентгенофизиология сердца и крупных сосудов
107. Общие принципы и методика проведения коронарографии и вентрикулографии в диагностики ишемической болезни сердца.
108. Послеоперационные повторные ангиографии и коронарографии
109. Осложнения при проведении внутрисердечных методов исследования.
110. Определения показаний и противопоказаний к ангиографическому исследованию. Подготовка больного. Основные методы ангиографии.
111. Ангиография сосудов шеи и головы. Общая грудная аортография. Общая аортография при аномалиях грудной аорты и ее ветвей. Аортография при коарктации аорты. Аортография при окклюзионных заболеваниях ветвей дуги аорты
112. Аневризма брюшной аорты. Патологическая анатомия и физиология. Течение и прогноз. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.
113. Ангиография при синдроме Лериша. Определения показаний и противопоказаний к ангиографическому исследованию Подготовка больного. Основные методы ангиографии: прямые, не прямые, пункционные, катетеризационные. Техника. Возможные осложнения и борьба с ними.
114. Непрямая хирургическая реваскуляризация нижних конечностей при дистальном поражении артерий. Показания и технические принципы выполнения реваскуляризирующих операций.
115. Стенозы и окклюзии сонных и позвоночных артерий. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению и технические принципы выполнения реконструктивных операций.
116. Принципы ведения раннего послеоперационного периода после реконструктивных операций на брюшной аорте и магистральных артериях нижних конечностей.
117. Осложнения раннего и ближайшего послеоперационного периода после реконструктивных операций на аорте, ее ветвях и магистральных артериях нижних конечностей. Причины осложнений. Клиника и диагностика. Профилактика. Коррекция. Методы хирургического лечения.
118. Особенности техники операций на сосудах.
119. Эндоваскулярная катетерная терапия. Транслюминальная ангиопластика периферических сосудов.
120. Интраоперационная ангиография.
121. Послеоперационные повторные ангиографии.
122. Основные методы пластики артериальных сосудов.

123. Хирургическая реконструкция артерий подвздошно-бедренного сегмента. Показания и техника выполнения реваскуляризации.
124. Специфические осложнения ближайшего послеоперационного периода в ангиологиии тактика хирурга.
125. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Классификация. Этиопатогенез. Основные принципы диагностики и лечения.
126. Методы диагностики тромбоза глубоких вен нижних конечностей.
127. Посттромбофлебитическая болезнь. Причины развития. Клиника, диагностика, принципы лечения.
128. Клиническая картина болезни Педжета – Шреттера.
129. Дисплазии подкожной венозной системы
130. Дифференциальная диагностика и принципы лечения лимфедемы нижних конечностей.
131. Классификация ишемической болезни сердца. Клиника и диагностика ишемической болезни сердца. ЭКГ. Мониторинг. Стресс-тесты. Эхокардиография. КТ. МРТ. Коронарография и вентрикулография.
132. Стабильная стенокардия. Клиника. Диагностика. Стратификация рисков. Диагностика. Стресс-тесты. Методы лечения
133. ОКС. Клиника. Диагностика. ЭКГ. Мониторинг. Эхокардиография. Коронарография. Методы лечения.
134. Эндоваскулярные методы лечения ИБС. Чрескожная транслюминальная ангиопластика и стентирование коронарных артерий.
135. Инфекционный эндокардит (ИЭ). Диагностические критерии ИЭ. Клинические формы ИЭ. Лечение. Показания к операции. Профилактика и реабилитация.
136. Возможные интра- и послеоперационные осложнения хирургического лечения пороков сердца и их профилактика, ближайшие и отдаленные результаты и реабилитация оперированных больных.
137. Сдавливающий перикардит. Патологическая анатомия и физиология. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Результаты хирургического лечения. Реабилитация оперированных больных и отдаленные результаты.
138. Синусовые и предсердные тахикардии. Клиника. Диагностика. Медикаментозное лечение. Показание к операции.
139. Фибрилляция предсердий. Клиника. Диагностика. Медикаментозное лечение. Показание к операции. Виды операций.
140. Желудочковые аритмии. Клиника. Диагностика. Медикаментозное лечение. Показание к операции.
141. Брадикардии. Блокады сердца. Дисфункции синусового узла. Клиника. Диагностика. Лечение. Режимы электрокардиостимуляции.
142. Формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний. Ранняя диагностика ССЗ. Причины и условия их возникновения и развития.
143. Проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хронически больными ССЗ.
144. Природные лечебные факторы, лекарственная, немедикаментозная терапия и другие методы восстановления функций и здоровья пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
145. Модификация образа жизни. Отказ от курения. Диеты при ССЗ. Физическая активность и ССЗ.

Ситуационные задачи

Задача N 1.

Мальчик 9 лет, поступил с потерей сознания во время игры в футбол. Со слов родителей у мальчика при физической нагрузке всегда появлялась одышка, боли в области сердца, головокружение. Ранее не раз освобождался от урока физкультуры из-за болей в области сердца и сильной одышки. Границы сердца расширены. При пальпации определяется систолическое дрожание во втором — третьем межреберье слева у края грудины. При аускультации выслушивается грубый систолический шум, ослабление второго тона над легочной артерией. На электрокардиограмме — отклонение электрической оси сердца вправо, значительная перегрузка правого желудочка и предсердия. На рентгенограмме увеличение размеров правого желудочка и ствола легочной артерии при слабо выраженном сосудистом рисунке легких. По словам матери ребенка, у дяди, со стороны отца, имеется «какой-то» порок сердца, которого даже оперировали.

Определите диагноз, план дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: Изолированный стеноз легочной артерии.

Дифференциальная диагностика проводится с бледными формами триады и тетрады Фалло, с группой «бледных» врожденных пороков к ним относятся дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, аномальный дренаж легочных вен.

План обследования: SatO₂, Эхо-КГ, Ангиоventрикулография, Катетеризация полостей сердца.

План лечения: Хирургическое\РЭДЛ. Оперативное вмешательство представляет собой пластику стеноза.

Задача N 2.

Мужчина 67 лет, поступил по скорой помощи. Жалобы на внезапную боль в пояснице и болезненность при пальпации и поколачивании в пояснице, повышении температуры тела, красный цвет мочи, тошноту и рвоту. Боли появились около часа назад, остро.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: Острая окклюзия почечных артерий.

Дифференциальная диагностика: Острый живот; Мочекаменная болезнь.

План обследования: УЗИ, Дуплексное сканирование, Рентгеноконтрастная ангиография, Изотопное сканирование и экскреторная урография, КТ.

План лечения: Антикоагулянтная терапия, фибринолитическая терапия и хирургическое лечение (эмболэктомия).

Задача N 3.

Женщина 48 лет, поступила с жалобами на боли, отек, бледность, синюшность левой голени и стопы. Отек и боли появились пару дней назад, голень была бледная. Сегодня присоединилась одышка и левая голень приобрела синюшный цвет. Пульсация на периферии прощупывается. Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: ТГВ.ТЭЛА?

Дифференциальная диагностика: Рефлекторный ангиоспазм; Острый целлюлит при лимфатическом отеке; Острое нарушение периферической циркуляции; Сочетанная острая артериальная и венозная окклюзия.

План обследования: SatO₂, УЗИ с компрессией, Дуплексное сканирование, Рентгеноконтрастная ангиография, Сцинтиграфия легких,\МСКТ с контрастированием ЛА

и ее ветвей, д-димеры, исключение наследственной коагулопатии, тропониновый тест, ЭХОКГ

План лечения: отмена КОК, ГЗТ, Антикоагулянтная терапия и хирургическое лечение (эмболэктомия), тромболизис при подтверждении тяжелой ТЭЛА со снижением функции ПЖ.

Задача N 4.

Мужчина 23 лет, жалобы - постоянная тахикардия и одышка, через 3 дня после хирургической коррекции дефекта межпредсердной перегородки. На ЭКГ выявлена тахикардия, с ЧСС 115 в 1 мин исходящая из правого предсердия (перед комплексами QRS зубцы Р отрицательные в отведениях II, III, aVF, V3 – V6).

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Ответ: Непароксизмальная предсердная тахикардия.

Дифференциальная диагностика: Предсердно-желудочковой узловой тахикардией типа re-entry, непароксизмальной синусовой тахикардией и синусовой тахикардией типа re-entry.

План обследования: ЭКГ, ЭФИ.

План лечения: В-блокаторы, НПВС. При сохранении в отдаленном послеоперационном периоде - решение вопроса об установке двухкамерного ЭКС

Задача №7

Пациент 30 лет.

Жалобы: на наличие пульсирующего объемного образования правого плеча.

Анамнез: 2-3 года назад был перелом правой плечевой кости.

Объективно состояние удовлетворительное. На медиальной поверхности правого плеча определяется объемное образование, размерами 1*2 см, с систолическим дрожанием. Расширение подкожных вен правой верхней конечности.

Обследование: УЗИ-доплерография: пульсативный характер кровотока в полости образования

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Травматическая а-в фистула правого плеча.

Диф.диагноз: сосудистые мальформации

План обследования: УЗДС, КТ ангиография, ангиография

Лечение: разобщение ав-фистулы с восстановлением нормального кровотока, эмболизация

Задача №9

Пациент 30 лет

Жалобы: на приступы ритмичного сердцебиения длительностью от 20 до 30 минут с большой частотой, внезапно начинаются и заканчиваются. Сопровождаются слабостью.

Анамнез: жалобы появились 2-3 года назад. Раньше приступы были непродолжительные и проходили быстро. В последнее время стали длительными. Никуда не обращался, лечения не получал. Объективно: состояние удовлетворительное. Тоны сердца ясные чистые, шумы не выслушиваются.

Обследование: ЭКГ: зубец Р и комплекс QRS, сегмент ST не изменен, ЧСС 72 уд в 1 мин, интервал P-Q укорочен 110 мсек. ЭХОКГ – норма.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: См CLC. Пароксизмы СВТ.

Диф диагноз: другие нарушения ритма и проводимости

Обследование: ЭКГ во время приступа, суточное мониторирование, телеметрия, 3х-7 суточное мониторирование ЭКГ

Лечение: Вагусные пробы, АТФ при приступе. В последующем РЧА.

Задача №10

Пациент 18 лет, жалобы на тяжесть и сильные боли в правой голени, усиливающиеся при ходьбе; увеличенный размер правой голени. В его медицинской книжке написано: пороки развития сосудов правой нижней конечности от рождения.

При осмотре: кожа стоп обычной окраски, теплая. Правая голень увеличена в объеме, на заднемедиальной поверхности в проксимальной части определяется образование мягко-эластичной консистенции, болезненное при пальпации (мышцы голени). Контурятся расширенные подкожные вены голени. Пульс на периферических артериях сохранен. Отеков на ногах нет. Левая нижняя конечность не изменена, подкожные вены не расширены.

По совету своего врача пациент сделал ангиографию: Определяется сброс из ветвей правой подколенной артерии, ветвей проксимальных сегментов артерий голени через патологически измененные сосуды в вены подколенной области, проксимальных средних отделах голени.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический диагноз:

Ангиодисплазия: Врожденная ангиодисплазия правой нижней конечности.

Артериовенозное соустье правой голени.

Дифференциальная диагностика: варикоз правой голени

План обследования: УЗДС артерий и вен правой нижней конечности,

Ангиография нижней конечности

План лечения: эмболизация афферентных артерий артериовенозной мальформации правой нижней конечности.

Задача №15

Мужчина 25 лет. Госпитализирован после потери сознания 1-2 минуты, Этому предшествовало, сердцебиение и боль за грудиной. В возрасте 10 лет обследовался по поводу частых сердцебиений и кратковременных синкопов, При 24 часовом мониторировании ЭКГ 2 года назад зарегистрированы пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Дз: Синдром удлинённого интервала Q-T.

Дифференциальная диагностика: синкопальных состояний при эпилепсии и вазовагальных обмороков, а также от других врождённых желудочковых нарушений ритма сердца. Необходимо проведение дифференциальной диагностики между врождённой и приобретёнными, в тч медикаментозно индуцированными формами СУИQT, которые могут быть вызваны целым рядом факторов, приводящих к замедлению процессов реполяризации миокарда желудочков.

План обследования: ЭКГ ЧСС 65 в минуту. Интервал Q–T превышает нормальное значение для данной ЧСС на 50 мс и более (периодически могут регистрироваться нормальные значения интервала Q–T). Продолжительность Q–T при обмороках — 400–700 мс. У больных при бессинкопальной формы — 380–560 мс. По ЭКГ также проводят подсчёт так называемого корригированного интервала Q–T — Q–T_c (формула Базетта: отношение продолжительности Q–T (мс) интервала к квадратному корню из предшествующего интервала R–R [с]). Зубец T двугорбый или зазубренный, возможна его инверсия. Возможны желудочковые аритмии на ЭКГ в покое в виде бигимении и единичных желудочковых экстрасистол. Возможны суправентрикулярные экстрасистолы с узким комплексом и АВ - блокада I степени.

Мониторирование ЭКГ 24 часа, ЭхоКГ —размеры полостей сердца левого желудочка, Толщина миокарда, ФВ Дуплексное сканирование.

План лечения. Общая тактика: Показания к комплексному лечению — наличие обмороков, удлинение интервала Q–T более 500 мс, выраженные нарушения ритма и проводимости при бессинкопальном течении. Ограничение физической нагрузки, профилактика психоэмоционального напряжения. ИКД. При вторичном синдроме удлинения интервала Q–T лечение основного заболевания, отмена\избегать провоцирующих ЛС, ИКД.

Задача №18

Пациент 50 лет, прооперирован 4 недели назад по поводу облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей, выполнено бедренно-подколенное шунтирование синтетическим протезом справа. Послеоперационный период протекал гладко, швы сняты на 10 сутки. Обратился с жалобами на болезненность в области послеоперационной раны правого бедра, повышение температуры тела до 38, слабость.

Объективно: в области послеоперационной раны правого бедра отек, гиперемия, при пальпации определяется флюктуация. Пульсация на периферических артериях правой нижней конечности удовлетворительная. В клиническом анализе крови — лейкоцитоз со сдвигом влево, Соэ 38 мм ч, СРБ 18. По данным УЗИ мягких тканей определяется скопление жидкости вокруг сосудистого протеза.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: парапротезная инфекция, абсцесс.

Дифференциальный диагноз: другие инфекционные заболевания кожи мягких тканей, не затрагивающие протез.

Обследование: клинический анализ крови, посев с определением чувствительности к АБ, УЗИ мягких тканей, ангиография.

Лечение:

вскрытие и дренирование абсцесса;

системная антибиотикотерапия с учетом чувствительности;

обходное экстраанатомическое шунтирование с удалением инфицированного протеза, при невозможности — удаление протеза, ампутация конечности.

Задача №19

Мужчина, 30 лет, обратился с жалобами на тяжесть и болевые ощущения в левой половине мошонки, наличие варикозно расширенных вен в этой зоне. Из анамнеза известно, что в течение последних 5 лет страдает бесплодием; также имеется варикозное расширение вен нижних конечностей.

Объективно: кожа мошонки не изменена, в положении стоя расширенные вены выпячивают сквозь кожу мошонки, хорошо видны. Левое яичко уменьшено в размерах,

имеет тестоватую консистенцию. При УЗДГ почечных сосудов и яичковой вены определяется расширение левой яичковой вены на уровне мошонки до 5 мм, при пробе Вальсальвы определяется рефлюкс продолжительностью более 5 с.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Ортостатическое левостороннее варикоцеле, III стадия

Дифференциальный диагноз: с воспалительными заболеваниями органов мошонки.

Обследование: УЗДГ почечных сосудов и яичковой вены, флебография, нефросцинтиграфия.

Лечение: оперативное — лигирование/клипирование яичковой вены; наложение шунта (тестикуло-илиакального или тестикуло-сафенного), эндоваскулярная облитерация яичковой вены.

Задача №21

Пациентка 3,5 лет, поступила в педиатрическое отделение с диагнозом пневмония, за последний год перенесла 2 пневмонии и 1 бронхит. Так же родители отмечают у ребенка повышенную утомляемость и одышку, отмечается отставание в физическом развитии. При обследовании обнаруживается систоло-диастолический шум над сердцем. Отмечается гипертрофия левого желудочка.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Открытый артериальный проток.

Дифференциальную диагностику открытого артериального протока следует проводить с дефектом аортолегочной перегородки, общим артериальным стволом, аневризмой синуса Вальсальвы, аортальной недостаточностью и артериовенозным свищом.

Обследование. Аускультация, рентген, ЭХОКГ

Лечение: В лучае своевременной и ранней ДЗ -введение НПВП – в некоторых случаях сразу после рождения позволяет закрыть ОАП медикаментозно.

Оперативное лечение. В детской кардиохирургии при открытом артериальном протоке используются открытые и эндоваскулярные операции. Открытые вмешательства могут включать перевязку открытого артериального протока, его клипирование сосудистыми клипсами, пересечение протока с ушиванием легочного и аортального концов. Альтернативными методами закрытия открытого артериального протока являются его клипирование в процессе торакоскопии и катетерная эндоваскулярная окклюзия (эмболизация) специальными спиралями

Задача №22

Пациент 24 лет, поступил с жалобами на наличие опухолевидного образования и боли тянущего характера по внутренней поверхности левого предплечья, ограничение разгибания в межфаланговых сочленениях левой кисти. Образование увеличивалось как в длину, так и по окружности предплечья. В последующем отметил ограничение разгибания в пальцах левой кисти, которое в динамике нарастало. Рост опухоли левого предплечья и прогрессирование контрактуры в пальцах левой кисти послужили причиной госпитализации. Левое предплечье в сравнении с правым асимметрично за счет плотного объемного образования, локализующегося по внутренней поверхности и занимающего всю длину предплечья — от локтевого сустава до лучезапястного. Кожные покровы без трофических изменений, венозный рисунок усилен. Активные движения в левом локтевом суставе в полном объеме, в левом лучезапястном ограничены. Ограничено

разгибание в межфаланговых сочленениях левой кисти. Мышечной контрактуры нет. При пальпации определяется незначительная болезненность преимущественно в нижней трети предплечья. Пульсация лучевой и локтевой артерий определяется отчетливо. Лабораторные показатели и ЭКГ в пределах нормы. Рентгенография костей левого предплечья: отмечается утолщение костей в средней трети за счет периостальных наслоений с неровным наружным контуром локтевой кости. Мягкие ткани предплечья утолщены, отечны, с множественными инородными телами округлой формы — флеболиты. Костномозговой канал в лучевой кости сужен, в локтевой — расширен. Дуплексное сканирование магистральных артерий левого предплечья: артерии проходимы на всех уровнях, кровоток магистрального типа. Глубокие вены проходимы. По внутренней поверхности предплечья от локтевого сустава до лучезапястного конгломерат варикозно расширенных вен, без четких границ.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: артериовенозная дисплазия левого предплечья, макро- и микрофистулярная форма в сочетании с кавернозным ангиоматозом. Синдром Паркса—Вебера—Рубашова

Диф. диагноз: липомы, фибромы и гемангиомы. Липома и фиброма плотнее лимфангиомы. Гемангиома имеет более мягкую консистенцию, кожа над ней пигментирована. Гемангиома сравнительно быстро спадается в приподнятом положении конечности. КТ и УЗИ имеют большое значение в диагностике лимфангиом

Обследование: осмотр, КТ, МРТ, Узи

Лечение: хирургическое, заключается в перевязке патологических соустьев между магистральными артериями и венами, либо эндоваскулярная эмболизация.

Задача №23

Пациент 67 лет поступил в приемный покой после синкопального стояния, с головокружением и одышкой. На ЭКГ наблюдается выпадение одного зубца Р с комплексом QRS. Пауза Р—Р равна удвоенной величине нормального интервала. Число сердечных сокращений 30—40 в 1 мин.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: синоатриальная блокада 2 степени.

Основная роль в диагностике синоатриальной блокады принадлежит электрокардиографии и суточному мониторингованию ЭКГ. При анализе электрокардиографических данных необходимо дифференцировать синоатриальную блокаду от синусовой аритмии, синусовой брадикардии, предсердной экстрасистолии, атриовентрикулярной блокады II степени. При регистрации устойчивой синусовой брадикардии проводится проба с введением атропина: у пациентов синоатриальной блокадой после введения препарата сердечный ритм удваивается, а затем резко уменьшается в 2 раза - наступает блокада. Если синусовый узел функционирует нормально, отмечается постепенное учащение ритма.

Обследование: ЭХО, ЭКГ

Тактика лечения зависит от основного заболевания и клинического течения синоатриальной блокады. Кратковременная частичная блокада проходит без лечения; если ее возникновение обусловлено лекарственными средствами, надо прекратить их прием. При появлении на фоне СА блокады повторных приступов потери сознания надо применить ЭС сердца: при острых органических заболеваниях сердца (например,

миокардитах) или при передозировке лекарств — временную, а при фиброзных изменениях в сердце и пожилом возрасте — постоянную.

Задача №28

Мужчина 66 лет, после операции резекции инфраренальной аневризмы и протезировании аорты, в первые сутки внезапно почувствовал боль в левой половине живота, вздутие, тошноту, резкую слабость. Больной беспокоен. Через несколько часов вздутие прошло, появился жидкий стул с примесью крови в виде “малинового желе”. Через 12 часов больной неподвижно лежит в постели, пульсация периферических артерий нижних конечностей сохранена, живот резко болезненный при пальпации, особенно в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины положительные. Аускультативно перистальтика не определяется. Лейкоцитоз $37 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево, тромбоцитопения менее $90 \cdot 10^9/\text{л}$.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Ишемия левой половины толстого кишечника после реконструкции аорты. Перфорация нисходящей петли толстого кишечника. Каловый перитонит.

Дифференциальная диагностика: проводится с другими катастрофами в брюшной полости: О.аппендицит, перфоративная язва желудка, острая кишечная непроходимость, панкреонекроз. Ишемия толстого кишечника вызвана другими причинами.

План обследования: 1) Rg-ОБП; Колоноскопия; Диагностическая лапароскопия.

План лечения: При подтверждении диагноза экстренная лапаротомия. Санация брюшной полости, резекция ишемизированного участка толстого кишечника, наложения колостомы, лапаростомы, программные санации.

Задача №30

Пациентка 65 лет длительное время гипертоническая болезнь, последние 5 лет стенокардия 2 ф кл, гипердислипидемия. Терапию получает нерегулярно. Жалобы на момент осмотра на интенсивные боли за грудиной иррадиирующие в область левой лопатки и нижнюю челюсть, одышку, холодный пот.

Анамнез заболевания: Пациентка поступила экстренно в специализированное кардиологическое отделение с ОКС. При выполнении ангиографии был выявлен 85% стеноз огибающей артерии, выполнено БАП и стентирование ОА. На 2-ые сутки после операции появились вышеперечисленные жалобы.

Объективно: сознание ясное, адекватна, ориентирована, возбуждена. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 21 в мин. АД 110/60 мм рт ст. PS 96 в мин, ритмичный.

Результаты дополнительного обследования:

1. ЭКГ — Депрессия сегмента ST в I, II, aVL, V5-V6.
2. Коронарография — реокклюзия стента.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ИБС. ОКС с подъёмом ST. Реокклюзия стента ОА. ГБ 3 ст. АГ2 риск ССО 4 ст. ХСН 2 ФК.

2. Дифдиагностика: ДДЗП. Остеохондроз грудного отдела позвоночника. Межреберная невралгия.

План обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, маркеры некроза миокарда (КФК-МВ, миоглобин, тропонин), ЭКГ контроль, коронарография, определение индивидуальной чувствительности к клопидогрелю.

План лечения: б-блокаторы, двойная дезагрегантная терапия, решение вопроса о замене клопидогреля, эндоваскулярное БАП и стентирование.

Задача №31.

Пациент 68 лет. Жалобы на боли, похолодание и онемение в нижних конечностях в покое, усиливающиеся при ходьбе. Анамнез заболевания: Пациент длительное время клинка ОАСНК. Курит с 20 лет по 2 пачки сигарет. Неоднократно получал консервативную терапию с положительным эффектом. Нынешнее ухудшение отмечает последние 2 мес, когда уменьшилась дистанция безболевого ходьбы и появились в покое. Объективно: обе н/к прохладные, бледные. Движения и чувствительность сохранены. Пульсация на магистральных артериях н/к не определяется. Пульсация аорты отчетливая, аускультативно систолический шум над ней.

Результаты дополнительного обследования: УЗДС: Окклюзия подвздошных артерий и гемодинамически значимый стеноз бедренно-подколенного атериального сегмента билатерально. Ангиография: Окклюзия аорто-подвздошного сегмента билатерально.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ОАСНК. Окклюзия аорто-подвздошного сегмента и стеноз бедренно-подколенного сегмента с обеих сторон. Критическая ишемия обеих н/к. ХАН 3 ст. Синдром Лериша.

Дифдиагностика: Эмболия и тромбоз аорто-подвздошного сегмента. Тромбоз глубоких вен н/к. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника.

План обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, ангиография, МСКТ аорты и сосудов н/к с контрастом.

План лечения: - отказ от курения!, дезагреганты, антикоагулянты, статины, ромбэндартерэктомия аорто-подвздошного сегмента, АББШ или эндоваскулярное БАП и стентирование.

Задача №32.

Пациентка 33 лет. Жалобы на боли в области таза и в левой н/к, ее отечность, появление варикозно расширенных вен в левой н/к которые усиливаются в течение нескольких недель.

Анамнез заболевания: Отмечает нарушение менструального цикла в течение нескольких недель.

Объективно: Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. АД 120/70 мм рт ст. PS 60 в мин, ритмичный. Отечность левой н/к, варикозно измененные вены в бассейне БПВ.

Результаты дополнительного обследования: УЗДС: Варикозное расширение вен левой н/к и в бассейне внутренней подвздошной вены.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: Экстравазальная компрессия левой общей подвздошной вены. Варикозное расширение вен левой нижней конечности и в бассейне левой общей подвздошной вены. С-м Мея-Тернера.

Дифдиагностика: Тромбоз глубоких вен н/к. Лимфидема. Тромбоз нижней полой вены. Анасарка.

План обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, УЗДС сосудов н/к, флебография.

План лечения: дезагреганты, антикоагулянты, эндоваскулярное стентирование (по показаниям).

Задача №33.

Пациент 60 лет. Жалобы: головокружение, слабость, предсинкопальное состояние. Анамнез – 10 дней назад операция протезирования аортального клапана (механический протез) в условиях ИК, в послеоперационном периоде восстановление с АВ блокадой, пациент подключен ВЭКС. Получает НПВС. При отключении пациента от ВЭКС – полная АВ блокада с ЧЖС 40 в 1 мин. При ЭХОКГ – дисфункция протеза не выявлено..

Диагноз:

Приобретенная полная АВ блокада. Состояние после протезирования аортального клапана.

Диф Диагноз: СА Блокада, АВ блокада 2 ст.

План обследования: ЭКГ, ЭхоКГ, Суточное мониторирование.

План лечения: Имплантация ПЭКС. Непрямые антикоагулянты.

Задача №34.

Пациентка 54 лет. Жалобы: на эпизоды одышки в покое, резко усиливающиеся в горизонтальном положении;- на одышку при физической нагрузке;- быструю утомляемость, мышечную слабость;- эпизоды учащения пульса при физической нагрузке. Анамнез заболевания: Считает себя больной около 3 недель, когда стала появляться одышка при физической нагрузке, быстрая утомляемость, мышечная слабость. Постепенное прогрессирование, одышка стала беспокоить в покое. В течении последних 5 дней пациентка не может находиться в горизонтальном положении, спит сидя.

Анамнез жизни: около 6 месяцев назад пациентке выполнено протезирование митрального клапана механическим протезом по поводу ревматического поражения створок митрального клапана.

Объективно: - положение ортопноэ;- акроцианоз;- ЧД 26 в мин; ЧСС 96 уд/мин;- АД 130/70 мм рт ст;- пульсация артерий верхних и нижних конечностей отчетливая;- при пальпации сердца верхушечный толчок разлитой и смещен влево;- при аускультации сердца выслушивается мелодия работающего протеза, систолический шум на верхушке, проводится в аксиллярную область; дыхание жесткое, единичные влажные хрипы, в нижних отделах с обеих сторон ослаблено. Результаты дополнительного обследования к задаче: Rg ОГК: 2х сторонний гидроторакс Тень сердца увеличена влево ЭхоКГ: нормальная работа протеза митрального клапана, гипертрофия миокарда левого желудочка, дилатация полости левого желудочка в сравнении с данными при выписке, увеличение полости левого предсердия, в пределах седла протеза МН 1 ст, за седлом протеза ток митральной регургитации вдоль стенки левого предсердия. Ширина потока в зоне фиброзного кольца 13 мм. МН 3 степени. Повышение давления в легочной артерии до 60 мм рт.ст..

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: состояние после протезирования митрального клапана. Парапротезная фистула. Митральная регургитация III степени. Хроническая сердечная недостаточность ПБ стадии III ф.к. по NYHA

Диф.диагноз: Тромбоз легочной артерии. Дисфункция протеза.

План обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. ЭКГ, ЭхоКГ, ЧПЭХО, Rg (КТ-ангиография) грудной клетки. Исключение ИЭ как причины парапротезной фистулы.

План лечения: Консервативное лечение бесперспективно. Пр Выявлении ИЭ – лечнее ИЭ

Оперативное лечение: ушивание парапротезной фистулы\репротезирование митрального клапана

Задача №37.

Пациент 42 года. Жалобы: - эпизод потери сознания;- общая слабость

Анамнез заболевания:

Считает себя больным около одного года, когда перенес острый инфаркт миокарда в бассейне ПКА. Стентирование ПКА позднее, в сроки более 18 часов. Получает терапию в полном объеме. Наблюдается у кардиолога. В течении последнего месяца стал отмечать появление слабости, периодические головокружения. Вчера на фоне полного благополучия был эпизод потери сознания. Доставлен в стационар.

Объективно: - пульс аритмичный, с частотой сокращений 54 уд/мин- АД 100/60 мм рт ст

- при аускультации сердца над грудиной выслушивается систолический шум, I тон меняющейся интенсивности

Результаты дополнительного обследования к задаче:

ЭКГ: интервал R-R более 2,5 сек, диссоциация между волнами P и QRS, периодическое выпадение комплексов QRS, широкие комплексы QRS Эхо-КГ: участки гипокинезии левого желудочка.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ИБС ПИКС ГБ III AV-блокада II степени тип Мобитц II

Диф.диагноз: другие причины синкопальных состояний, слабость синусового узла, острый инфаркт миокарда

План обследования: Клинический анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи. ЭКГ, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование

План лечения: Оперативное лечение: имплантация ЭКС

Задача №40.

Пациентка 49 лет. Жалобы: боль в спине, ограниченная между лопаток - сухой кашель- хрипота- затруднение глотания

Анамнез заболевания: Пациентка с длительным течением ГБ, с максимальными цифрами АД до 150/90 мм рт ст. Считает себя больной около месяца. За медицинской помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно.

Объективно: Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 70 уд/мин., АД = 140/80 мм рт ст. Дыхание в легких жесткое, выслушивается с двух сторон, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Пульсация магистральных артерий сохранена во всех типичных точках аускультации. Периферических отеков нет

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Rg ОГК: Легкие расправлены, без патологических изменений. Тень сердца расширена влево. Кальциноз аортальной стенки. Определяется расширение тени нисходящей грудной аорты.

ЧП-ЭхоКГ: Определяется расширение нисходящей грудной аорты d= 55 мм.

КТ грудной и брюшной полости: Определяется аневризматическое расширение нисходящей грудной аорты от левой подключичной артерии до отхождения почечных артерий.

Данные лабораторных методов исследований в пределах нормальных значений.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.:

Диагноз: Аневризма торакоабдоминальной аорты тип I по классификации E. Crawford

Диф. диагноз: Торакоабдоминальные аневризмы других типов, опухоли средостения.

План обследования: КАК, ОАМ, Б/х анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, Rg ОГК, ЭхоКГ, ЧП-ЭхоКГ, КТ грудного и брюшного отделов, аортография, спиральная КТ с контрастированием.

План лечения: - Гипотензивная терапия. Варианты оперативного лечения:

- «Открытая» хирургия:
 - иссечение аневризмы, протезирование аорты.
 - иссечение аневризмы, протезирование аорты с наложением анастомозов.
- Эндovasкулярная хирургия:
 - Имплантация грудного стентграфта
 - Имплантация торакоабдоминального стентграфта
- Гибридная хирургия:
 - сочетание указанных выше методов оперативного лечения.

Задача 42.

Пациент 55 лет. Жалобы: - боли за грудиной, одышка при минимальной физической нагрузке; - головные боли, головокружения, редкий пульс; - эпизод потери сознания

Анамнез заболевания: Пациент с длительным анамнезом ГБ и ИБС. Считает себя больным в течении 15 лет, когда впервые стал отмечать одышку и боли за грудиной при физических нагрузках. Обследовался, принимает постоянную гипотензивную терапию, В-блокаторы, статины, аспирин. Прогрессирование симптомов с течением времени. Последнее ухудшение неделю назад, в виде появления головокружений, головных болей и эпизода потери сознания.

Объективно:

- Тоны сердца приглушены, ритмичные
- ЧСС = 40 уд/мин.
- АД 100/60 мм рт ст.
- кожные покровы бледные, холодные

Результаты дополнительного обследования к задаче:

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС = 44 уд/мин. ГЛЖ.

ЭхоКГ: ГЛЖ, выявлены участки гипо- и акинезии миокарда, АН - 1ст, МН - 1ст.

Стресс-ЭхоКГ: тест положительный.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения III ф. кл. Гипертоническая болезнь III стадии. Синдром слабости синусового узла, декомпенсированная форма, брадисистолический вариант.

Диф. диагноз: Ваготоническая дисфункция синусового узла, критический аортальный стеноз

План обследования: ЭКГ, Холтеровское мониторирование, нагрузочные ЭКГ-пробы, ЭхоКГ, ЭФИ, КАГ

План лечения: Продолжение лечения основного заболевания, отмена б-блокаторов, постановка ПЭКС в demand-режиме, после КАГ- решение вопроса о плановой реваскуляризации миокарда

Задача 44.

Пациент 42 лет. Жалобы на тяжесть, утомляемость, ночные судороги, варикозное расширение вен на голени, бедре и лобке. Анамнез заболевания. В анамнезе 4 родов, 5 лет назад перенесла тромбоз бедренно- подвздошного сегмента справа. Варикозное расширение начало проявляться 3 года назад.

Объективно: Отек голени и бедра справа. Варикозное расширение вен голени, бедра и лобка

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Анализ крови – в пределах нормы

УЗДАС вен нижних конечностей- отсутствие просвета в бедренно- подвздошном сегменте справа. Усиленный кровоток по поверхностным венам.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический Дз.: Посттромботическая болезнь правой нижней конечности. СЗ, 4s, Es, Ad

Дифференциальная диагностика проводится с: 1. Варикозное расширение вен 2. Лимфидема 3.остеоартроз 4. ХСН

План обследования: Внутрисосудистое ультразвуковое исследование вен нижних конечностей. Рентгеноконтрастная ангиография вен нижних конечностей

План лечения: медикаментозное: Эластическая компрессия 3кл компресси.

Диосмин 450+ 50гесперидин 2р в сутки 2 месяца

Хирургическое: ЭВЛК перфорантных вен. Баллонная ангиопластика.

Стентирование пораженных вен

Задача 45.

Пациент 67 лет

Жалобы на боли покоя в правой нижней конечности лишающие сна, локализованные в голени и бедре

Анамнез заболевания. 1 год назад перенес аорто-бифemorальное шунтирование. Указанные симптомы появились 2 месяца назад с постепенным ухудшением

Объективно: Прохладный кожный покров правой стопы и голени, отсутствие пульса на правой бедренной артерии и дистальнее, синюшность кожных покровов

Результаты дополнительного обследования к задаче:

Анализ крови – дислипидемия

УЗДАС артерий нижних конечностей и шунта: Отсутствие кровотока по правой бранше АББШ.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический Диагноз: Генерализованный атеросклероз с преимущественным поражением аорто-подвздошно-бедренного сегмента. Тромбоз правой бранши АББШ. Хроническая артериальная недостаточность 3 ст по А.В. Покровскому

План обследования: рентгеноконтрастная ангиография артерий, компьютерная томография

План лечения: тромбэктомия – классическая, открытым способом.

Чрескожная аспирационная тромбэктомия

Задача 46.

Пациентка 65 лет. Жалобы на жгучую боль в области сердца с иррадиацией в левую руку и нижнюю челюсть, резвившиеся на операционном столе сразу после имплантации стента.

Анамнез заболевания. Считает себя больной ИБС 12 лет, когда впервые появились боли за грудиной давящего характера при выполнении тяжелой физической работы.

Страдает СД 2 типа 25 лет

Объективно: синюшность кожных покровов, губ, кончика носа

Аускультативно- голосистолический шум в проекции митрального клапана.

А/д 100/ 60 мм рт.ст., ЧСС 90' ритмичные, ЧДД 20'

Результаты дополнительного обследования к задаче:

ЭКГ- элевация сегмента ST выше изоэлектрической линии на 3 мм в III стандартном и aVF отведениях.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический Дз.: Острый коронарный синдром. Ятрогенная диссекция правой коронарной артерии в месте отхождения задней межжелудочковой артерии.

Дифференциальная диагностика проводится: с разрывом коронарной артерии

План обследования: Интраоперационная коронарография. Кровь на маркеры некроза миокарда

План лечения: установка стента в место диссекции

Задача 50.

Пациент 35 лет, Жалобы: на отеки нижних конечностей, половых органов. Ноющие боли в животе, поясничной области, нижних конечностях. Анамнез: известно, что 5 лет назад произошел инцидент ТЭЛА, в связи с чем был имплантирован кава-фильтр в систему нижней полой вены. Вышеперечисленные жалобы появились сутки назад. Вызвал карету скорой помощи. Доставлен в стационар.

Объективно: Состояние средней тяжести. АД – 130/80 мм рт. ст. ЧСС – 98 уд в мин. Отеки нижней половины тела, расширение подкожных вен передней брюшной стенки. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах. Отечность мошонки, половых органов. Отек нижних конечностей.

Результаты обследования: Повышение в крови уровня D-димера. На УЗДАС – окклюзия (тромбоз) нижней полой вены.

Определите диагноз, направления дифференциальной диагностики, план обследования и лечения.

Клинический диагноз: Тромбоз нижней полой вены. Соп.: ТЭЛА. Состояние после имплантации кава-фильтра в систему нижней полой вены.

Дифференциальная диагностика: Врожденные и приобретенные пороки сердца, сопровождающиеся выраженной сердечной недостаточностью. Лимфостаз. Флегмона нижних конечностей.

План обследования: Спиральная КТ. Флебография.

Лечение: Консервативное – антикоагулянты, компрессионный трикотаж. Попытка тромболиза. Хирургическое лечение – тромбэктомия.

19. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
8.	Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов	Под ред. А. Джона Кэмма, Томаса Ф. Люшера, Патрика В. Серриуса; пер. с англ. под ред. Е.В. Шляхто.	М.: ГЭОТАР Медиа, 2011. – 1480 с.	1	1
9.	Болезни сердца по Браунвальду. Руководство по сердечно-сосудистой медицине	под ред. П. Либби и др.; пер. с англ., под общ. ред. Р.Г. Оганова. В 4 т. Том 1: главы 1-20.	М: Рид Элсивер, 2010. – 624 с.	3	1
10.	Болезни сердца по Браунвальду. Руководство по сердечно-сосудистой медицине	под ред. П. Либби и др.; пер. с англ., под общ. ред. Р.Г. Оганова. В 4 т. Том 2: главы 21-37.	М: Логосфера, 2012. – 596 с.	1	1
	Сосудистая хирургия по Хаймовичу: в 2 т. Т. 1	М.: / под ред. Э.Ашера; пер. с англ. под ред. А.В. Покровского. – 2-е изд.	БИНОМ. Лаборатория знаний, 2012. – 644 с.: ил.	2	1

Дополнительная литература:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	Практическое руководство по клинической гемостазиологии;	Дуткевич И.Г., Сухомлина Е.Н., Селиванов Е.А.;	Фолиант; 2014; 272 стр.	2	1
5.	Патофизиология сердечно-сосудистой системы	Под ред. П. Лилли, 3е изд., исправл.	М.: Бином, 2010. - 656 с.	3	1
6.	Физиология сердца: Учебное пособие	Под редакцией акад. РАМН Б.И. Ткаченко.	СПб, «Специальная литература», 1998. – 128 с.	2	1

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

Лицензированное программное обеспечение:

- Справочная правовая система «Консультант Плюс»
- Пакет программ Microsoft Office Standart 2010
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия
- Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований «Антиплагиат.ВУЗ»

moodle.szgmu.ru ([свободное](#) распространяющееся по лицензии [GNU GPL](#) веб-приложение)

10. Электронная библиотека ФГБОУ ВО СЗГМУ ИМ. И.И.МЕЧНИКОВА

[http:// lib.szgmu.ru](http://lib.szgmu.ru)

11. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://elibrary.ru/>

12. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://rosmedlib.ru>

13. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://rusmedserv.com/>

14. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://scardio.ru>

15. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://athero.ru>

16. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://rmj.ru>

17. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://valsalva.ru>

18. Информационный портал с бесплатной регистрацией <http://medsovet.info>

20. Материально-техническое обеспечение

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями. Оснащение и оборудование кабинетов и отделений клинических баз, клиники им Э.Э.Эйхвальда и им. Петра Великого

21. Методические рекомендации по прохождению практики

Важным условием успешного освоения дисциплины является создание системы правильной организации труда, позволяющей распределить учебную нагрузку равномерно в соответствии с графиком образовательного процесса. Большую помощь в этом может оказать составление плана работы на семестр, месяц, неделю, день. Его наличие позволит подчинить свободное время целям учебы, трудиться более успешно и эффективно. С вечера всегда надо распределять работу на завтрашний день. В конце каждого дня целесообразно подвести итог работы: тщательно проверить, все ли выполнено по намеченному плану, не было ли каких-либо отступлений, а если были, по какой причине они произошли. Нужно осуществлять самоконтроль, который является необходимым условием успешной учебы. Если что-то осталось невыполненным, необходимо изыскать время для завершения этой части работы, не уменьшая объема недельного плана. Все задания рекомендуется выполнять в срок, в рамках самостоятельной работы необходимо обращение к записям лекций и практических занятий, а также указанной литературе. Это способствует лучшему усвоению материала, позволяет своевременно выявить и устранить «пробелы» в знаниях, систематизировать ранее пройденный материал, на его основе приступить к овладению новыми знаниями и навыками.

Производственная (клиническая) практика в стационаре и поликлинике является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и

направлена на формирование и отработку знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача сердечно-сосудистого хирурга.

Практика обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Практика проводится на клинических базах.

Текущий контроль проводится в дискретные временные интервалы преподавателями кафедры сердечно-сосудистой хирургии, а также ответственным за подготовку ординаторов в следующих формах:

- контроль посещений;
- контроль освоения программы практики (по данным дневника).

Итогом прохождения практики является зачет в виде собеседования и решения ситуационных задач.



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

«УТВЕРЖДАЮ»

экз. № _____

И.о. проректора по учебной работе, науке и
инновационной деятельности

_____/ А.В. Силин/
«31» августа 2017

ПРОГРАММА ПРАКТИКИ

<i>Направление подготовки (код, название)</i>	31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия
<i>Форма обучения</i>	очная

<i>Вид практики</i>	производственная (клиническая)
<i>Тип практики</i>	обучающий симуляционный курс
<i>Способ проведения практики</i>	стационарная
<i>Объем практики (в зач.единицах)</i>	3
<i>Продолжительность производственной практики (в акад. часах)</i>	108

Программа практики составлена на основании Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия утвержденного ФГОС ВО от «25» августа 2014 г. № 1077 году и Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 ноября 2015 г. № 1383

Составители программы практики:

Горбунов Георгий Николаевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии

Сухов Валентин Константинович, д.м.н., профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Сокуренок Герман Юрьевич, д.м.н., профессор кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Красноперов Павел Владиславович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Кузнецов Кирилл Владимирович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Кузьмина-Крутецкая Светлана Рэмовна, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Куксинский Владимир Евгеньевич, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Сабельников Владимир Васильевич, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

Шломин Владимир Владимирович, к.м.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии

(Ф.И.О., должность, степень)

Рецензенты:

Профессор В.В.Сорока д.м.н., Заслуженный врач РФ, Руководитель Отдела неотложной сердечно-сосудистой хирургии СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Профессор А.С.Немков д.м.н., Кафедра хирургии факультетской с курсами лапароскопической и сердечно-сосудистой хирургии, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Программа практики обсуждена на заседании кафедры сердечно-сосудистой хирургии
(наименование кафедры)

« 09 ___ » _июня___ 2017 г. протокол № 7

Одобрено методическим советом ___ хирургического _____ факультета
« 16 ___ » _июня_____ 2017 _ г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели практики	81
2. Задачи практики	81
3. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы	81
4. Формы проведения практики.....	81
5. Время и место проведения практики	81
6. Планируемые результаты обучения при прохождении практики.....	82
7. Структура и содержание практики.....	85
8. Формы отчетности и аттестации по практике.....	85
9. Фонд оценочных средств	86
9.1. Критерии оценки	86
9.2. Оценочные средства.....	137
10. Учебно-методическое и информационное обеспечение	99
11. Материально-техническое обеспечение	47
12. Методические рекомендации по прохождению практики	47

22. Цели практики

Формирование и отработка профессиональных компетенций (умений и навыков), необходимых для оказания экстренной медицинской помощи в условиях догоспитального этапа (в объеме базового и расширенного реанимационного пособия) при жизнеугрожающих состояниях, и для выполнения диагностических и лечебных манипуляций врача-сердечно-сосудистого хирурга, в соответствии с разделом «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» приказа МЗ РФ № 541н от 23.07.2010 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих».

23. Задачи практики

– **сформировать у обучающихся компетенции, включающие в себя способность/готовность**

– проводить диагностику и оказывать неотложную (экстренную) помощь, а также определять дальнейшую медицинскую тактику при угрожающих состояниях, определять показания и противопоказания к проведению реанимации;

– проводить обследование пациентов сердечно-сосудистого профиля и выполнять практические манипуляции в специальности сердечно-сосудистая хирургия

24. Место практики в структуре основной профессиональной образовательной программы

Практика относится к базовой части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия.

Для прохождения практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплинами:

- лечебное дело
- педиатрия

25. Формы проведения практики

Практика проводится в следующих формах:

Дискретно – путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

26. Время и место проведения практики

В соответствии с учебным планом практика проводится в течение первого года обучения в ординатуре

Место проведения: обучающий симуляционный курс по приобретению общепрофессиональных умений и навыков проводится на базе ФГБОУ ВО «СевероЗападный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России в аудиториях, оборудованных фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства.

Раздел «Расширенная сердечно-легочная реанимация» на базе кафедры анестезиологии и реанимации ул. Кировская 41, Учебная комната кафедры анестезиологии и реанимации

Раздел «Специальные профессиональные умения и навыки» на кафедре сердечно-сосудистой хирургии по адресу ул. Кировская 41 Литер В, Учебная комната №1

27. Планируемые результаты обучения при прохождении практики

Практика направлена на формирование у обучающихся следующих компетенций (в соответствии с ФГОС ВО)

№ п/п	Компетенции		Результаты практики		
	Код	Содержание	Знать	Уметь	Владеть
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Основы абстрактного мышления, анализа, синтеза (УК-1);	Абстрактно мыслить Проводить анализ и синтез	Клиническим мышлением Методиками абстрактного мышления, анализа, синтеза
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Основы управления коллективом, социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	управлять коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Навыками управления коллективом, толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий
3	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере	Основы участия в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере	участвовать в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере	навыками участия в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере

		здравоохранения	здравоохранения	здравоохранения	здравоохранения
4	ПК -1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);	принципы ранней диагностики заболеваний, проведения скринингов	проводить мероприятия по ранней диагностике заболеваний	методами ранней диагностики заболеваний, в том числе – организации и проведения скринингов
5	ПК -2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);	принципы проведения профилактических медицинских осмотров, принципы диспансеризации детей и взрослых	проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию детского и взрослого населения	навыками проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации взрослого и детского населения
6	ПК -3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Основы проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Проводить противоэпидемические мероприятия, организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Навыками проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)
7	ПК -4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья	Основы и принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и	Проводить сбор и медико-статистический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

		взрослых и подростков (ПК-4);	подростков		
8	ПК-5	готовность к определению симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10);	основные симптомы, синдромы, патологические состояния и нозологические формы; МКБ-10	определить у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы в соответствии с МКБ-10	навыками определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ-10
9	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов нуждающихся в оказании медицинской помощи (ПК-6);	принципы ведения пациентов в общей врачебной практике (семейной медицине)	составлять план ведения пациента	навыками ведения пациента, составления плана ведения и наблюдения
10	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);	принципы оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия	оказывать неотложную медицинскую помощь и реанимационное пособие	навыками оказания неотложной и медицинской помощи и реанимационного пособия
11	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);	Теоретически основы и практические методы применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Методами применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов пациентам, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
12	ПК-9	психолого-педагогическая деятельность: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)	Основы психолого-педагогической деятельности: формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Применять психолого-педагогическую деятельность: формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Навыками психолого-педагогической деятельности по формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и	Основы применения основных принципов организации и управления в сфере	Применять основные принципы организации и управления в сфере	Основными принципами организации и управления в сфере

		управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
14	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Основы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Оценивать качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Навыками оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
15	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Основы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Организовывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Навыками организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

28. Структура и содержание практики

Учебно-тематический план

№ п/п	Тема	Час.	Вид деятельности	Кол-во манипуляций
1	Расширенная сердечно-легочная реанимация	36		
1.1.	Базисная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов базисной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков базисной сердечно-легочной реанимации на манекенах. Отработка навыка использования автоматического наружного дефибриллятора	10 10
1.2.	Расширенная сердечно-легочная реанимация	18	Изучение современных принципов расширенной сердечно-легочной реанимации. Отработка навыков проведения ИВЛ с приспособлениями. Изучение принципов диагностики и лечения шока. Изучение принципов диагностики и лечения острого коронарного синдрома	10
2	Специальные профессиональные умения и навыки	72		
2.1.	Техника наложения сосудистых швов и формирования сосудистых анастомозов	18	Изучение методик наложения сосудистых швов и анастомозов Отработка практических навыков на сосудистых протезах	15

2.2	Перевязка пациента после сердечно-сосудистой операции и различных хирургических доступов	18	Изучение методик перевязки пациентов после различных видов операций в сердечно-сосудистой хирургии Отработка практических навыков перевязок при различных хирургических доступах	5
2.3	Удаление дренажей	6	Изучение методики удаления дренажей Отработка практических навыков удаления дренажей	5
2.4	Динамическое наблюдение за пациентом с ЭКС. Работа с программатором	6	Изучение методики работы с использованием программатора Отработка практических навыков работы с программатором Изучение принципов и режимов работы временных и постоянных кардиостимуляторов Отработка практических навыков подбора физиологических параметров кардиостимуляции	5
2.5	Особенности физикального осмотра пациента с сердечно-сосудистой патологией	24	Изучение принципов и методики проведения осмотра пациента с сердечно-сосудистой патологией Отработка навыков осмотра пациента с сердечно-сосудистой патологией	30

29. Формы отчетности и аттестации по практике

Формы отчетности: дневник ординатора

Форма аттестации: промежуточная в форме зачета.

30. Фонд оценочных средств

30.1 Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
7.	Тестовое задание	Система заданий, позволяющая стандартизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Тестовые задания	Критерии оценки вопросов теста в зависимости от типов формулируемых вопросов.
8.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет	Набор ситуационных задач по темам/разделам	грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
		варианта решения оценить умение применить знания и аргументированный выбор		терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи

30.2 Оценочные средства

30.2.1 Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

Основная часть

Пациент 45 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. Температура тела нормальная. Миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
4. Необходим ли эндоскопический контроль, если да, то через какой период?
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет?

ЗАДАЧА 2

Основная часть

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в эпигастрии, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту.

В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную

терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилорoduodenальной зоне. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера отрицательные. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
4. Оцените трудоспособность пациента.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

ЗАДАЧА 3

Основная часть

Мужчина 48 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд.

Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался.

Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост 178 см, вес 79 кг, ИМТ 24,9 кг/м². Кожный покров желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 мин; АД 130/80 мм рт.ст.

Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 11×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $6,3 \times 10^9$ /л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – 217×10^9 /л; СОЭ – 18 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины –

5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ -глобулины – 12,5 г/л; альфа-фетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного лечения данного пациента.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

ЗАДАЧА 4

Основная часть

Женщина 45 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита.

Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м². Кожный покров чистый, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин; АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $11,2 \times 10^9$ /л; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141 г/л; тромбоциты – 215×10^9 /л; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован,

с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, экзогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен.

Дуоденальное зондирование: в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция.

Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсокароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения данного пациента.
5. Какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 5

Основная часть

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту.

Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м².

Кожный покров желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; моноциты – $0,44 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 145г/л; тромбоциты – $232 \times 10^9/л$; СОЭ – 23 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; непрямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na – 138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%.

Имуноферментный анализ: HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация IgG в сыворотке крови - 7,0 г/л; ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR). При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента

ЗАДАЧА 6

Основная часть

Больной С. 29 лет, программист, обратился к врачу с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств.

При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налетом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчетливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подреберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову: 10x8x7 см, селезенки 6x4 см. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb = 103 г/л, MCH - 23p/g, MCHC– 300 g/l , лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ = 38 мм/час.

Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы данному пациенту?
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Проведите экспертизу трудоспособности пациента.

ЗАДАЧА 7

Основная часть

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней.

В анамнезе: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху. Употребляет водку по 200 г ежедневно в течение последнего года, наблюдается у нарколога. Употребление наркотиков отрицает. Гемотрансфузий, оперативных вмешательств не было. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в мин. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову - 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки - 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч.

Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л.

Фиброгастродуоденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст.

Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоledох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении. Обоснуйте свой выбор.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

ЗАДАЧА 8

Основная часть

Мужчина 32 лет. При обращении в поликлинику предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца.

Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожный покров бледный, влажный. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный по левому фланку и в левой подвздошной области. Печень по Курлову – 9×8×7 см. Размеры селезенки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}$, Hb - 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – 270×10^9 , лейкоциты – $7,0 \times 10^9$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч.

Копрограмма: кал неоформленный, слизь ++++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения

Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента в данной ситуации?
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЗАДАЧА 9

Основная часть

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15/сут) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - $13,0 \times 10^9$ /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании

ЗАДАЧА 10

Основная часть

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью.

Самостоятельно принимает соду, Алмагель с положительным эффектом. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 уд/мин, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастральной области.

Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня). Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – $5,2 \times 10^9$ /л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты – 27, моноциты – 5.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие могут быть показания к госпитализации?
3. Составьте план лечения пациента.
4. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
5. Проведите экспертизу трудоспособности

30.2.2 Тестовые задания

1. Ранними симптомами травматического шока является совокупность следующих признаков:

- Угнетение сознания, снижение АД до 90 мм ртст, брадикардия до 50 в 1 мин

- + Возбужденное состояние, бледные и влажные кожные покровы, положительный симптом белого пятна, тахикардия
- Снижение АД до 70 мм ртст, тахикардия, бледные и влажные кожные покровы
- Повышение АД до 130 мм ртст, акроцианоз, тахикардия

2. Шоковый индекс Альговера позволяет определить:

- Уровень угнетения сознания
- + Степень кровопотери
- Показания к применению вазопрессоров
- Показания к применению глюкокортикоидных гормонов

3. Какой препарат следует назначить пациенту с верифицированной асистолией?

- + Адреналин в дозе 1 мг внутривенно
- Атропин в дозе 3 мг внутривенно
- Бикарбонат натрия в дозе 2-4 мл/кг
- Магния сульфат в дозе 1-2 г

4. Вы участвуете в проведении реанимации пострадавшего шестидесяти лет. С помощью автоматизированного дефибриллятора выполнена дефибрилляция, что необходимо делать далее?

- Провести анализ ритма
- Оценить пульсацию на сонной артерии
- Оценить состояние сознания
- + Проводить непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию легких

5. У пациента сохраняется фибрилляция желудочков после проведения трех дефибрилляций, внутривенного введения одного мг адреналина, и четвертой дефибрилляции; установлена интубационная трубка. Какой препарат следует назначить?

- + Амiodарон внутривенно в дозе 300 мг, струйно быстро
- Лидокаин в дозе 1 – 1,5 мг/кг внутривенно струйно быстро
- Новокаиномид в дозе 50 мг/мин до общей дозы 17 мг/кг
- Магния сульфат 1-2 г, 500 мл натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно

6. Пациенту с персистирующей фибрилляцией желудочков выполнена четвертая дефибрилляция после введения 1 мг адреналина. Вы планируете вводить адреналин каждые три минуты, по какой схеме следует проводить лечение адреналином?

- Адреналин следует вводить с наращиванием дозы при каждом последующем введении: 1 мг, 3 мг, 5 мг, 7 мг
- При неэффективности первого введения адреналина следует использовать высокие дозы препарата и вводить адреналин в дозе 0,2 мг/кг
- + Препарат следует вводить только в дозе 1 мг
- Препарат можно вводить только однократно

7. Вы прикрепили электроды автоматизированного дефибриллятора (ДА) 43-летнему пострадавшему, у которого отсутствует сознание, нет самостоятельного дыхания. Дефибриллятор "сообщает": "разряд не показан". Что Вы должны сделать?

- Незамедлительно выполнить еще раз анализ сердечного ритма
- + Проводить в течение 2 мин базовую сердечно-легочную реанимацию (СЛР) и еще раз проанализировать ритм
- Проводить только СЛР до прибытия специализированной бригады
- Удалить электроды ДА ~ Оценить дыхание, при отсутствии нормального дыхания проводить СЛР

8. Главное в лечении электрической активности без пульса:
- Ранее проведение кардиоверсии
 - + Устранение ее причины
 - Назначение атропина
 - Прекардиальный удар
9. Какое рекомендуется соотношение непрямого массажа сердца и ИВЛ при проведении СЛР двумя спасателями. Пациент не интубирован.
- 3:1
 - 5:1
 - 15:2
 - + 30:2
10. После первого безуспешного дефибриллирующего разряда с использованием монофазного дефибриллятора у взрослого пациента, второй разряд должен быть:
- Проведен немедленно с энергией 300 Дж
 - Проведен немедленно с энергией 360 Дж
 - Проведен через 2 мин базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР) с энергией 200 Дж
 - + Проведен через 2 мин СЛР с энергией 360 Дж
11. С чего рекомендуется начинать базовую СЛР у детей?
- 2 вдоха, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
 - + 5 вдохов, оценка пульса, затем 15 компрессий непрямого массажа сердца
 - 5 вдохов, затем 30 компрессий непрямого массажа сердца
 - 15 компрессий непрямого массажа сердца, затем 2 вдоха
12. Укажите препарат, назначение которого показано при лечении асистолии в качестве начальной терапии?
- Атропин
 - Лидокаин
 - + Адреналин
 - Кордарон
13. Укажите соотношение компрессий грудной клетки и ИВЛ при проведении базовой сердечно-легочной реанимации у взрослых:
- 5:2
 - 15:1
 - 15:2
 - + 30:2
14. Укажите, какой вид терапии в наибольшей степени увеличивает выживаемость пациентов с фибрилляцией желудочков?
- Адреналин
 - + Дефибрилляция
 - Кислород
 - Кордарон
15. Временный гемостаз осуществляется:
- Лигированием сосуда в ране
 - Наложением сосудистого шва

- + Давящей повязкой, жгутом, пальцевым прижатием
- Диатермокоагуляцией

16. У мужчины, пострадавшего в дорожно-транспортном происшествии, диагностирован закрытый перелом лодыжки и перелом пятого ребра слева. АД – 110/70 мм ртст, ЧСС – 92 в 1 мин. ЧД— 20 в 1 мин. Укажите необходимый объем инфузионной терапии

- 500 мл
- + Инфузионная терапия не требуется
- 250 мл
- 750 мл

17. Пациент с частотой ритма 30-40 импульсов в минуту предъявляет жалобы на головокружение и одышку при небольшой физической нагрузке. Какой препарат следует назначить?

- + Атропин 0,5 мг внутривенно
- Адреналин в дозе 1 мг внутривенно струйно быстро
- Аденозин в дозе 6 мг внутривенно
- Кордарон в дозе 300 мг

18. Какой из перечисленных препаратов необходимо применить в первую очередь для купирования болей в груди, связанных с острой ишемией миокарда?

- Лидокаин болюсом после продолжительной инфузии лидокаина
- + Нитроглицерин сублингвально
- Амиодарон болюсно после перорального применения ингибиторов АПФ
- Блокаторы кальциевых каналов в сочетании с внутривенным введением фуросемида

19. Пациент с жалобами на сжимающие боли за грудиной, длящиеся в течение 30 мин. В анамнезе длительное курение, диабет, контролируемый диетой. АД 110/70 мм рт ст. пульс 90 ударов в минуту; по данным ЭКГ в 12 отведениях: ритм синусовый, 90 в мин. Назначен аспирин, подача кислорода в режиме 2 л/мин через назальную канюлю; нитроглицерин оказался неэффективен, боли сохраняются. Какой препарат вы назначите?

- Атропин 0,5 мг в/в
- Лидокаин 1-1,5 мг/кг
- + Морфина сульфат 3-5 мг в/в
- Аспирин в дозе 300 мг

20. Средство выбора в лечении полиморфной желудочковой тахикардии:

- Адреналин
- Атропин
- + Сульфат магния
- Лидокаин

21. Орофарингеальный воздуховод:

- Исключает необходимость контроля положения головы
- Имеет преимущества перед интубацией трахеи
- + Может вызвать рвоту и ларингоспазм у пациентов в сознании
- Исключает возможность обструкции верхних дыхательных путей

22. Основным критерием эффективности ИВЛ методом «рот-в-рот», «рот-в-маску» является:

- + Экскурсия грудной клетки
- Изменение цвета кожных покровов

- Восстановление сознания
- Появление самостоятельного дыхания

23. Основным критерием эффективности непрямого массажа сердца является:

- Диастолическое АД не менее 60 мм.рт.ст
- Ясные, звучные тоны при аускультации
- + Передаточная пульсация на сонных артериях
- Переломы ребер

24. Основными задачами клинико-диагностической лаборатории являются все, кроме:

- 1) организации качественного и своевременного выполнения клинических лабораторных исследований
- 2) внедрения новых технологий и методов лабораторного исследования
- 3) проведения мероприятий по охране труда, санитарно-эпидемиологического режима
- 4) осуществления платных медицинских услуг

25. На результаты анализа могут повлиять факторы, кроме:

- 1) физического и эмоционального состояния
- 2) циркадных ритмов
- 3) положения тела
- 4) социального статуса пациента

26. В сопроводительном бланке к пробе, поступающей в лабораторию, должно быть все указано, кроме:

- 1) ФИО пациента
- 2) перечня показателей
- 3) фамилии лечащего врача
- 4) метода исследования

27. Внешний контроль качества представляет собой:

- 1) метрологический контроль
- 2) контроль использования методов исследования разными лабораториями
- 3) систему мер, призванных оценить метод
- 4) систему объективной оценки результатов лабораторных исследований разных лабораторий

28. Для определения количества ретикулоцитов рекомендуется методика окраски:

- 1) в пробирке и на окрашенном стекле во влажной камере
- 2) в пробирке
- 3) после фиксации метиловым спиртом
- 4) на окрашенном стекле во влажной камере

29. Для фиксации мазков крови не используют:

- 1) этиловый спирт 70%
- 2) метиловый спирт
- 3) этиловый спирт 96%
- 4) фиксатор-краситель Май-Грюнвальда

30. Увеличение количества ретикулоцитов наблюдается:

- 1) при гемолитической анемии
- 2) при гипопластической анемии
- 3) при апластической анемии
- 4) при метастазах рака в костную ткань

31. Минимальное число полей зрения толстой капли крови, которое необходимо просмотреть при стандартном исследовании крови на ма-

лярию, составляет:

- 1) 100
- 2) 10
- 3) 50
- 4) 200
- 5) 300

32. Для протирания стекол мазков крови (капель) после исследования на малярию для последующего хранения лучше использовать:

- 1) эфир
- 2) ксилол
- 3) этиловый спирт
- 4) иммерсионное масло
- 5) воду с детергентом

33. Кровь у пациента для исследования на малярию следует брать:

- 1) в любое время вне зависимости от приступа
- 2) во время озноба
- 3) во время жара
- 4) в период потоотделения

34. Реакция воды для приготовления краски по Романовскому при окраске мазков и толстых капель на малярию должна быть:

- 1) 7,0
- 2) 6,6
- 3) 6,8
- 4) 7,6

35. При окраске нефиксированной толстой капли крови гемолиза не произошло, препарат оказался непригодным для исследования. Укажите, по какой причине не произошло гемолиза:

- 1) кровь была взята из пальца, на коже которого остались капли спирта
- 2) препарат был высушен при комнатной температуре
- 3) капля была очень толстой
- 4) капля была приготовлена с соблюдением правил

31. Учебно-методическое и информационное обеспечение

1. Литература

Основная:

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Базовая сердечно-лёгочная реанимация: учебное пособие	Моисеева, Ирина Евгеньевна	Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013	125	
2	Алгоритмы расширенной реанимации: остановка кровообращения, острый коронарный синдром	Дубикайтис, Татьяна Александровна	Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2016	10	
3	Лекции по сердечно-	Бокерия Л.А.	М.:НЧССХ	4	

№ п/п	Название	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
	сосудистой хирургии (издание 3-е переработанное, дополненное)		им. Бакулева, 2013.-764с		

Программное обеспечение:

- Справочная правовая система «Консультант Плюс»
- Пакет программ Microsoft Office Standart 2010
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, базовая версия
- ПО Statistica 10 for Windows Ru, расширенная версия
- Система автоматизированной проверки текстов на наличие заимствований «Антиплагиат.ВУЗ»

moodle.szgmu.ru (свободное распространяющееся по лицензии *GNU GPL* веб-приложение)

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

www.infectology.ru/forall/index.aspx;

<http://hiv-spb.ru/>; <http://www.hivrussia.org/>; <http://rospotrebnadzor.ru/>

<http://www.rmass.ru/> Российская Медицинская Ассоциация

сайт ВОЗ : www.who.int.ru Всемирная организация здравоохранения: ВОЗ

Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU -https://elibrary.ru/project_orgs.asp

ЭМБ «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>

32. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение дисциплины:

Раздел «Расширенная сердечно-легочная реанимация». Симуляционный класс кафедры анестезиологии и реанимации, ул.Кирочная д.41 для отработки практических навыков по оказанию неотложной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи при неотложных состояниях. Манекен для проведения расширенной сердечно-легочной реанимации.

1. Кабинеты: учебная комната

2. Лаборатория: не предусмотрена

3. Мебель: Стол / кушетка для размещения тренажера / манекена для аускультации и пальпации органов брюшной полости (в зависимости от модели оборудования), стол рабочий, стул.

4. Медицинское оборудование (для отработки практических навыков): пинцет (стерильный), монитор пациента или его имитация (должен обеспечивать возможность оценки ритма), ручной дефибриллятор* с биполярным импульсом, кардиомонитором, ручными или самоклеящимися электродами и 3-канальной ЭКГ (должна быть возможность снятия ЭКГ с ручных электродов), аспиратор медицинский или его имитация, катетер аспирационный, емкость для марлевых шариков, штатив для внутривенных инъекций, перфузор, венозный жгут, ножницы медицинские, стетофонендоскоп, фонарик, тонометр для измерения артериального давления, пульсоксиметр, глюкометр, орофарингеальный воздуховод, назофарингеальный воздуховод, надгортанный воздуховод – ларингеальная маска I-Gel, кислородная маска с резервуаром и соединительным шлангом – для взрослых, дыхательный мешок ручной типа Амбу с лицевой маской и

неревверсивным клапаном (для проведения ИВЛ) – для взрослых, Кислородный разъем (консоль) со шлангом (возможна имитация) или кислородный баллон портативный объемом 1 л или 2 л (имитация), банка Боброва для увлажнения кислорода (возможна имитация), желтый не прокалываемый контейнер с крышкой для отходов класса Боброва, Контейнер для сбора отходов (медицинские отходы) класса Б объемом 10 литров.

5. Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи: Симулятор-тренажер для отработки и объективной оценки пальпации брюшной стенки, манекен-имитатор пациента для расширенной реанимации

Раздел «Специальные профессиональные умения и навыки» на кафедре сердечно-сосудистой хирургии по адресу ул. Кирочная 41 Литер В, Учебная комната №1: Доска, стол, стулья, стол преподавателя, мультимедиа проектор, ноутбук, компьютер с выходом в интернет, таблицы, презентации по темам, видеоматериалы. Хирургические инструменты, Синтетические протезы, Шовный материал, Расходные материалы, Перевязочный материал, ВЭКС, ЭКС, програматор

6. Технические средства обучения: персональный компьютер с выходом в Интернет.

33. Методические рекомендации по прохождению практики

Производственная (клиническая) практика в форме обучающего симуляционного курса является компонентом основной профессиональной образовательной программы ординатуры и направлена на формирование и отработку практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача сердечно-сосудистого хирурга.

Проведение обучающего симуляционного курса обеспечивает приобретение и закрепление необходимых умений и навыков, формирование профессиональных компетенций, готовность к самостоятельной и индивидуальной работе, принятию ответственных решений в рамках профессиональной компетенции.

Итогом прохождения практики в форме обучающего симуляционного курса является дифференцированный зачет. (дневника).