

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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе
Валиев И. А. 

2023 г.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

(наименование дисциплины/практики)

Разработчик

**кафедра рентгенэндоваскулярных диагностики
и лечения ИДПО**

Специальность / Направление
подготовки

**30.05.02 Медицинская
биофизика**

Наименование ООП

**30.05.02 Медицинская
биофизика**

Квалификация

Врач – биофизик

ФГОС ВО

Утвержден Приказом Министерства
науки и высшего образования Российской
Федерации от «13» августа 2020 г. №1002

Цель и задачи ФОМ (ФОС)

Цель ФОМ (ФОС) – установить уровень сформированности компетенций у обучающихся по программе высшего образования - программе специалитета по специальности 30.05.02 Медицинская биофизика, изучивших дисциплину «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение».

Основной задачей ФОМ (ФОС) дисциплины «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение» является оценка достижения обучающимися результатов обучения по дисциплине.

Паспорт оценочных материалов по дисциплине «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение»

№	Наименование пункта	Значение
1.	Специальность/Направление подготовки	30.05.02 Медицинская биофизика
2.	Кафедра	Рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения ИДПО
3.	Автор-разработчик	Яманаева И.Е.
4.	Наименование дисциплины	Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение
5.	Общая трудоемкость по учебному плану	72 /2 з.е.
6.	Наименование папки	Фонд оценочных средств по дисциплине «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение»
7.	Количество заданий всего по дисциплине	200
8.	Количество заданий	50
9.	Из них правильных ответов должно быть (%):	
10.	Для оценки «отл» не менее	91%
11.	Для оценки «хор» не менее	81%
12.	Для оценки «удовл» не менее	71%
13.	Время (в минутах)	90 минут
14.	Вопросы к аттестации	30
15.	Задачи	15

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
ПК-1 Способен проводить функциональную, ультразвуковую и лучевую диагностику органов и систем организма человека	ПК-1.2. Проводит функциональную диагностику заболеваний сердечно-сосудистой системы.
	ПК-1.3. Исследует и оценивает функциональное состояние нервной системы.
ПК-3. Оценка состояния пациентов, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме	ПК-3.1. Выявляет состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме
	ПК-3.1. Собирает анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализирует полученную от пациентов (их законных представителей) информацию.
	ПК-3.2. Способен определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Задания

На закрытый вопрос рекомендованное время – 2 мин.

На открытое задание рекомендованное время – 4 мин.

	Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Тестовые вопросы	Правильн ые ответы
Выберите один правильный ответ			
1.	ПК-1/ПК-1.2	ВЫБЕРИТЕ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯТЕЛЬНОСТИ (КОМПЕТЕНТНОСТИ) ЛАДОННОЙ ДУГИ: а) Электроэнцефалография б) Артериография в) Тест Аллена г) Пункция артерии	в
2.	ПК-1/ПК-1.2	УЗДГ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ а) оптимальный метод определения степени стеноза почечных артерий б) метод выбора у пациентов с ожирением в) метод выбора для скрининга поражения почечных артерий г) противопоказан для скрининга поражения почечных артерий	в
3.	ПК-1/ПК-1.2	МР АНГИОГРАФИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ а) метод визуализации структуры атеросклеротической бляшки б) «золотой стандарт» диагностики поражения почечных артерий в) показан для скрининга поражения почечных артерий при СКФ более 30 мл/мин г) противопоказан при СКФ менее 60 мл/мин	б
4.	ПК-1/ПК-1.2	ХАРАКТЕРНЫМ АНГИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФИБРОМУСКУЛЯРНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ а) дефект наполнения б) локальное расширение артерии в) симптом бус г) сужение просвета	в
5.	ПК-1/ПК-1.2	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ: а) сердечная недостаточность б) нарушения внутрисердечной гемодинамики в) нарушения ритма г) поражение папиллярных мышц	г
Выберите несколько правильных ответов			
6.	ПК-1/ПК-1.2	КАКОЕ ПОКРЫТИЕ ПРОВОДНИКОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ТРЕНИЯ? а) Гидрофильное б) Силиконовое в) Тефлоновое г) Гидрофобное	а,в
7.	ПК-1/ПК-1.2	К ЙОДСОДЕРЖАЩИМ КОНТРАСТНЫМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ АНГИОГРАФИИ ОТНОСЯТСЯ: а) Парамагнитные контрастные препараты б) Неионные контрастные препараты в) Сульфат бария	б,г

		г) Ионные контрастные препараты	
8.	ПК-1/ПК-1.2	<p>ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НИЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ АНГИОГРАФИЧЕСКОЙ УСТАНОВКИ:</p> <p>а) Рентгеновская трубка б) Электронно-оптический преобразователь в) Цифровая система обработки изображений г) Рентген непрозрачный стол</p>	а,б,в
<i>Вставьте пропущенное слово</i>			
9.	ПК-1/ПК-1.2	Если при введении контраста в правое предсердие выявляется контрастирование левого, это симптом _____ сообщения.	Межпредсердного
10.	ПК-1/ПК-1.2	Если при введении контраста в полость правого желудочка определяется контрастирование правого предсердия, это симптом недостаточности _____ клапана	Трикуспидального
11.	ПК-1/ПК-1.2	Расширение участка аорты более _____ см характерно для аневризмы.	4-5 см
12.	ПК-1/ПК-1.2	Легочная гипертензия является следствием _____ малого круга кровообращения	перегрузки
13.	ПК-1/ПК-1.2	Тип кровоснабжения сердца- это вариант отхождения _____ ветви.	задней нисходящей ветви
14.	ПК-1/ПК-1.2	Сочетанное ранение артерии и вены приводит к развитию _____ свища.	артериовенозного свищу
15.	ПК-1/ПК-1.2	Позитронно-эмиссионная томография полезна для диагностики _____.	артериитов
16.	ПК-1/ПК-1.2	ЭХОКГ признаки аневризмы левого желудочка – _____ сегментов левого желудочка.	дискинез
17.	ПК-1/ПК-1.2	Клинические симптомы ишемии нижних конечностей у пациентов появляются при стенозе подвздошной или бедренной артерии более ____ %.	70-75%
18.	ПК-1/ПК-1.2	Сегмент QRS включает время проведения импульсов по миокарду _____	желудочков
19.	ПК-1/ПК-1.2	Для измерения давления заклинивания легочной артерии используют катетер _____.	Сван-Ганца
20.	ПК-1/ПК-1.2	Признаком перегрузки левого предсердия на ЭКГ является _____ зубца Р в отведениях I, II, avL.	расширение
21.	ПК-1/ПК-1.2	ЭХОКГ критерий ремоделирования миокарда - _____ объема камер сердца.	увеличение
22.	ПК-1/ПК-1.2	Для мезентериальной ишемии специфичным симптомом является боль в животе после _____.	еды
23.	ПК-1/ПК-1.2	Наиболее частой причиной ишемии нижних конечностей является _____.	атеросклероз
24.	ПК-1/ПК-1.2	Для острой стадии трансмурального инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ _____ сегмента ST.	за комплексом
25.	ПК-1/ПК-1.2	МСКТ ангиография почечных артерий является методом выбора диагностики стеноза почечных артерий у пациентов с _____	60 мл/мин

		СКФ менее _____ мл/мин.	
26.	ПК-1/ПК-1.2	Показателем наличия гемодинамически значимой атеросклеротической бляшки является _____ скорости кровотока при проведении УЗДС.	ускорение
27.	ПК-1/ПК-1.2	Оптическая когерентная томография использует датчик с длиной волны _____ нм.	10-20
28.	ПК-1/ПК-1.2	Внутрисосудистое УЗИ использует датчик, находящийся в _____ сосуда.	просвете
29.	ПК-1/ПК-1.2	Фракционный резерв кровотока основан на измерении _____ в аорте и за стенозом на фоне введения сосудорасширяющих препаратов.	давления
30.	ПК-1/ПК-1.2	Самую высокую проникающую способность в ткани из методов исследования сосудистой стенки имеет _____.	Внутрисосудистое УЗИ
31.	ПК-1/ПК-1.2	Легочный рисунок при тетраде Фалло _____ за счет артериального русла	Усилен
32.	ПК-1/ПК-1.2	Устойчивый ритм сердца состоит из _____ и более одинаковых импульсов	5
33.	ПК-1/ПК-1.2	К ЭХО-признакам расслаивающейся аневризмы аорты относится наличие _____ просвета	ложного
34.	ПК-1/ПК-1.2	ФВ ЛЖ по данным ЭхоКГ обычно при ХСН I стадии более _____ %.	45
35.	ПК-1/ПК-1.2	При инфаркте миокарда передней локализации наблюдаются изменения сегмента ST в отведениях _____.	I, II, avL, V1-V2
36.	ПК-1/ПК-1.2	ЭКГ признак гипертрофии левого желудочка = $R I + S III > ______ \text{ мм}$	25 мм
37.	ПК-1/ПК-1.2	Инструментальный метод определения тромбоза лучевой артерии: _____	УЗДС
38.	ПК-1/ПК-1.2	Градиент АД на аортальном клапане при аортальном стенозе _____.	уменьшается
39.	ПК-1/ПК-1.2	Сцинтиграфия миокарда показывает объем _____ миокарда	жизнеспособного
40.	ПК-1/ПК-1.2	Для скрининга субклинического атеросклероза используется метод _____.	УЗДС
41.	ПК-1/ПК-1.2	С помощью УЗДС диагностируются атеросклеротические бляшки, тромбы в просвете, патологическая _____ и расслоение артерий.	извитость
42.	ПК-1/ПК-1.2	Компьютерную томографию не проводят детям до 14 лет, _____ женщинам, а также пациентам с избыточной массой тела (более 130 кг) и тяжелыми болезнями психики.	беременным
43.	ПК-1/ПК-1.2	Патологическая извитость сосуда называется _____	кинкинг
44.	ПК-1/ПК-1.2	Атеросклероз редко поражает артерии _____ конечностей.	верхних
45.	ПК-1/ПК-1.2	Модифицируемым биохимическим фактором риска атеросклероза является _____	гиперлипидемия
46.	ПК-1/ПК-1.2	Для аневризм брюшного отдела аорты диаметром более 7см ежегодный риск разрыва составляет: _____ % в год.	75%

47.	ПК-1/ПК-1.2	Юкстаренальные аневризмы брюшной аорты начинаются не далее ___ см от почечных артерий.	1
48.	ПК-1/ПК-1.2	Фибромускулярная дисплазия наиболее часто вовлекает _____ артерии.	почечные
49.	ПК-1/ПК-1.2	Типы кровоснабжения миокарда, выделяемые в рентгенохирургии: левый тип, правый тип и _____ тип.	сбалансированный
50.	ПК-1/ПК-1.2	Аортальный клапан имеет ___ створки.	3
51.	ПК-1/ПК-1.2	Три главные коронарные артерии: передняя нисходящая (передняя межжелудочковая) артерия, задняя нисходящая (задняя межжелудочковая) артерия и _____ артерия.	Огибающая
52.	ПК-1/ПК-1.2	При хронической критической ишемии нижних конечностей лодыжечное систолическое давление менее _____ mmHg	50
53.	ПК-1/ПК-1.2	Магнитно-резонансная томография сосудов шеи дает гипердиагностику стенозов устья _____ артерии.	позвоночной
54.	ПК-1/ПК-1.2	Патологические или сомнительные результаты проведенного дуплексного ультразвукового исследования должны быть верифицированы методами _____.	КТ, МРТ
55.	ПК-1/ПК-1.2	Атеросклеротическое поражение артерий верхней конечности проявляется в основном на уровне брахиоцефального ствола, подключичной и _____ артерий.	подмышечной
		Выберите один правильный ответ	
56.	ПК-1/ПК-1.2	СКОЛЬКО ММ В ОДНОМ ФРЕНЧЕ? а) 1 б) 1,5 в) 0,55 г) 0,335.	г
		Выберите несколько правильных ответов	
57.	ПК-1/ПК-1.3	ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ АНЕВРИЗМЫ МОГУТ БЫТЬ: а) Травма б) Инфекция в) Наследственные дефекты соединительной ткани г) Психосоматические причины	а,б,в
58.	ПК-1/ПК-1.3	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ВНУТРИЧЕРЕПНОЙ АНЕВРИЗМЫ МОГУТ БЫТЬ: а) Кровоизлияние б) Судорожные приступы в) Парезы черепных нервов г) Амнезия	а,в
59.	ПК-1/ПК-1.3	КЛИНИЧЕСКИ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ МОЖЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ: а) Судорожными приступами или их эквивалентами б) Внутричерепными кровоизлияниями в) Очаговым неврологическим дефицитом г) Боль при повороте головы	а,б,в
60.	ПК-1/ПК-1.3	КАКИЕ ИЗ НИЖЕСЛЕДУЮЩИХ УТВЕРЖДЕНИЙ СПРАВЕДЛИВЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ	б,г

		ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АНГИОГРАФИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЦЕРЕБРАЛЬНУЮ АНЕВРИЗМУ? а) Выполняется из дуги аорты б) Исследование носит полипроекционный характер в) Выполняется селективная катетеризация церебральных сосудов г) Выполняются компрессионные пробы	
		<i>Вставьте пропущенное слово</i>	
61.	ПК-1/ПК-1.3	УЗДС позволяет оценить толщину комплекса _____, что важно для оценки начальных признаков атеросклероза.	Интимамедиа
62.	ПК-1/ПК-1.3	10-15% тромбоэмболических инсультов являются следствием 50-99% стеноза _____ сонной артерии (ВСА)	внутренней
63.	ПК-1/ПК-1.3	Каждый четвертый инсульт развивается в задних отделах головного мозга в зоне ответственности _____ артерий.	позвоночных
64.	ПК-1/ПК-1.3	Главные причины извитости сонных артерий – повышение _____ и атеросклероз.	Артериального давления
65.	ПК-1/ПК-1.3	Васкулиты – воспаление сосудистой стенки аутоиммунной или _____ природы.	инфекционной
66.	ПК-1/ПК-1.3	Аномалия Киммерли – это патологическая _____ дужка на 1 шейном позвонке.	костная
67.	ПК-1/ПК-1.3	При тромбозе или диссекции _____ артерии может развиваться тяжелейший стволовой инсульт с летальностью более 80%.	позвоночной
68.	ПК-1/ПК-1.3	КТ ангиографии брахиоцефальных артерий позволяет получить информацию о форме, диаметре, наличии сужений, аневризм и мальформаций артерий, питающих _____ мозг.	беременным
69.			
70.	ПК-1/ПК-1.3	Противопоказания к КТ ангиографии брахиоцефальных артерий: беременность любого срока, аллергическая реакция у пациентов на контрастный йодсодержащий препарат, сахарный диабет в стадии декомпенсации, гипертиреоз, выраженная _____ недостаточность.	почечная
71.	ПК-1/ПК-1.3	Компьютерная томография позволяет определить степень атеросклеротического поражения сосудов шеи и головного мозга и решить вопрос о выборе и объеме проведения в дальнейшем таких лечебных процедур, как _____ внутренних сонных и позвоночных артерий, эмболизацию аневризм и мальформаций артерий головного мозга, стентирования сужений подключичных артерий при стил-синдроме и др.	стентирование
72.	ПК-1/ПК-1.3	Подготовки к выполнению КТ ангиографии брахиоцефальных артерий _____.	не требуется

73.	ПК-1/ПК-1.3	Компьютерная томография недооценивает степень и распространенность стенозов устья _____ артерии.	позвоноч ной
74.	ПК-1/ПК-1.3	Доплеровское исследование подключичных артерий позволяет обнаруживать высокоскоростные потоки, указывающие на стеноз более _____%.	>50%
75.	ПК-1/ПК-1.3	В случае подозрения на синдром подключичного обкрадывания (“стилсиндром”), проводится проба с _____.	гиперемие й
76.	ПК-1/ПК-1.3	Атеросклеротические бляшки в сонных артериях чаще расположены в области _____.	Каротидно й бифуркаци и
77.	ПК-1/ПК-1.3	ТКДГ-мониторинг используется для определения наличия _____ в головной мозг.	эмболов
Выберите один правильный ответ			
78.	ПК-3/ПК-3.1	ПОКАЗАНИЕ К ОПЕРАЦИИ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) изолированный систолический шум б) возникновение одышки при значительной физической нагрузке в) одышка при незначительной физической нагрузке в сочетании с шумом на верхушке г) площадь отверстия более 2,5 см ²	в
79.	ПК-3/ПК-3.1	ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ: а) недавний (менее 1 месяца) инфаркт миокарда б) ВИЧ-инфекция в) синдром Марфана г) непереносимость контрастных препаратов	г
80.	ПК-3/ПК-3.1	НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ЯВЛЯЕТСЯ: а) изоляция легочных вен б) процедура транссекции предсердий в) деструкция пучка Гиса с имплантацией ЭКС г) изоляция предсердий	а
81.	ПК-3/ПК-3.1	УСЛОВИЕ ДЛЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ: а) наличие трех мышечных краев б) наличие двух краев в) наличие одного края г) множественные дефекты межпредсердной перегородки.	а
82.	ПК-3/ПК-3.1	75% СТЕНОЗ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИИ а) показание для стентирования б) показание для оперативного лечения в) показание для антигипертензивной терапии г) показание для наблюдения	а
83.	ПК-3/ПК-3.1	ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ а) гастрите б) непереносимости рентгеноконтрастных средств в) аневризме брюшной аорты 35 мм г) наличии единственной почки	б
84.	ПК-3/ПК-3.1	С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ РЕСТЕНОЗА СТЕНТЫ ПОКРЫВАЮТСЯ а) дезагрегантами	г

		б) антикоагулянтами прямого действия в) статинами г)цитостатиками	
85.	ПК-3/ПК-3.1	БАЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА ПРИ а)атеросклерозе б) неспецифическом аортоартериите в) фибромускулярной дисплазии г)Синдроме Лериша	в
86.	ПК-3/ПК-3.1	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ АНЕВРИЗМ ПОКАЗАНО: а) При наличии стеноза б) При наличии вазоспазма в) При широкой шейке аневризмы г) В острый период кровоизлияния	в
87.	ПК-3/ПК-3.1	ВНУТРИСОСУДИСТЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ИМЕЮТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПЕРЕД ОТКРЫТЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ В СЛУЧАЕ: а) Широкой шейки аневризмы б) Локализации аневризмы в вертебробазиллярном бассейне в) Наличии внутричерепной гематомы, нуждающейся в удалении г) Если пациент предпочитает внутрисосудистое лечение	б
		Выберите несколько правильных ответов	
88.	ПК-3/ПК-3.1	ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫВЕДЕНИИ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ а) дать понюхать нашатырный спирт б) проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в) проведение закрытого массажа сердца г) внутривенное введение адреналина	б,в
89.	ПК-3/ПК-3.1	УКАЖИТЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ БИОЛОГИЧЕСКОЙ СМЕРТИ а) симптом “кошачьего глаза”; б) отсутствие дыхания; в) отсутствие сердцебиения; г) трупное окоченение.	а,г
90.	ПК-3/ПК-3.1	ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ а) отсутствие дыхания; б) отсутствие артериального давления на периферических сосудах; в) симптом «кошачьего глаза»; г) отсутствие пульса на сонной артерии.	а,г
91.	ПК-3/ПК-3.1	НАРУШЕНИЯ РИТМА, ТРЕБУЮЩИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ а) фибрилляция предсердий б) фибрилляция желудочков в) желудочковая тахикардия без пульса г) синдром Морганьи-Адамса-Стокса	б,в
92.	ПК-3/ПК-3.1	МЕТОДЫ ЭКСТРЕННОЙ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ а) дефибрилляция б) кардиоверсия в) временная электрокардиостимуляция г) постоянная электрокардиостимуляция	а,б,в

93.	ПК-3/ПК-3.1	РАССЛАИВАЮЩАЯСЯ АНЕВРИЗМА АОРТЫ ТИПА А ПО СТЕНФОРДУ — ЭТО а) выпячивание и расслоение нисходящей аорты б) расслоение, охватывающее восходящую аорту независимо от места возникновения в) выпячивание стенки артерии (реже вены) вследствие её истончения или растяжения г) расслоение аорты, не охватывающее восходящую аорту	б
		<i>Вставьте пропущенное слово</i>	
94.	ПК-3/ПК-3.1	К кардиогенному шоку приводят следующие механические осложнения: разрыв МЖП, разрыв свободной стенки ЛЖ и _____ регургитация.	митральная
95.	ПК-3/ПК-3.1	При асистолии оказание первой помощи требуется начать с _____ массажа сердца.	Непрямой
96.	ПК-3/ПК-3.1	Причиной фибрилляции желудочков после стентирования часто является _____ стента.	Тромбоз
97.	ПК-3/ПК-3.1	Кардиогенный шок является абсолютным показанием для _____ .	ЧКВ
98.	ПК-3/ПК-3.1	При _____ желудочков проводится непрямой массаж сердца.	асистолии
99.	ПК-3/ПК-3.1	При _____ желудочков проводится дефибрилляция.	фибрилляции
100.	ПК-3/ПК-3.1	Если пациенту с ОИМ осложнившимся кардиогенным шоком невозможно выполнить ЧКВ и АКШ, то методом выбора _____ терапия.	тромболитическая
101.	ПК-3/ПК-3.1	Глубина продавливания грудной клетки при проведении закрытого массажа сердца новорожденному - _____ см.	1,5-2
102.	ПК-3/ПК-3.1	Если сердечная деятельность не восстанавливается, реанимационные мероприятия можно прекратить через _____ мин.	30-40
103.	ПК-3/ПК-3.1	Электрод для постоянной эндокардиальной электрокардиостимуляции проводится через _____ вену.	яремную вену
104.	ПК-3/ПК-3.1	Нефротоксичность может быть снижена за счет минимизации объема контрастного вещества и обеспечения адекватной _____ до и после визуализации	гидратации
105.	ПК-3/ПК-3.1	Для эмболэктомии используется катетер _____ с баллоном.	Фогарти
106.	ПК-3/ПК-3.1	Эмпиема матки после эмболизации маточных артерий может развиваться при _____ расположении узлов.	интрамуральном
107.	ПК-3/ПК-3.1	Осложнением связанным с местом доступа является _____ аневризма.	ложная
108.	ПК-3/ПК-3.1	Одним из самых тяжелых и плохо диагностируемых осложнений в месте доступа является _____ гематома.	забрюшинная
109.	ПК-3/ПК-3.1	Контраст-индуцированная нефропатия – синдром острой почечной недостаточности, развивающийся после введения _____ контрастных веществ.	йодсодержащих

110.	ПК-3/ПК-3.1	Операцией выбора при разрыве аневризмы дистальных периферических артерий является резекция аневризмы с _____.	Шунтированием
111.	ПК-3/ПК-3.1	Острые венозные тромбозы глубоких вен нижних конечностей следует лечить оперативным путем, если от момента начала заболевания прошло не более _____ суток.	1-3 суток
112.	ПК-3/ПК-3.1	Ретроградное попадание крови в полость аневризмы после установки стентграфта через ветви, отходящие от аорты - это протечка типа ____.	2
113.	ПК-3/ПК-3.1	Специфическим осложнением эндоваскулярного лечения аневризм брюшной аорты с помощью стент-графта является: _____ в полость аневризмы.	протечка
114.	ПК-3/ПК-3.1	К осложнениям, специфичным для больных с протезами клапанов, относится протезный _____.	эндокардит
115.	ПК-3/ПК-3.1	4b тип острого инфаркта миокарда развивается в результате тромбоза _____, документированного при коронарной ангиографии или на аутопсии.	тромбоза стента
116.	ПК-3/ПК-3.1	4a тип острого инфаркта миокарда развивается в первые ____ часов после процедуры чрескожного коронарного вмешательства.	48
117.	ПК-3/ПК-3.1	К ранним осложнениям инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST относится _____ свободной стенки левого желудочка.	разрыв
118.	ПК-3/ПК-3.1	В зависимости от глубины поражения мышечного слоя выделяют трансмуральный и _____ инфаркт миокарда.	субэндокардиальный
		Выберите один правильный ответ	
119.	ПК-3/ПК-3.2	РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ СЧИТАЕТСЯ ОСТРЫМ а) до 10 дней б) до 14 дней в) 1-3 дня г) до 21 дня	б
120.	ПК-3/ПК-3.2	АРТЕРИОВЕНОЗНАЯ МАЛЬФОРМАЦИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА - ЭТО а) Одно из последствий травмы б) Врожденное заболевание в) Последствие лучевой терапии г) Результат тромбоза церебральных синусов	б
		Выберите несколько правильных ответов	
121.	ПК-3/ПК-3.2	ОТСЛОЙКА ИНТИМЫ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ПОСЛЕ: а) эндартерэктомии б) наложения анастомоза в) эмболэктомии г) КТ-ангиографии	а,б,в
122.	ПК-3/ПК-3.2	УКАЖИТЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВОЗНИКНУТЬ В МЕСТЕ ПУНКЦИИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ: а) Паховая гематома. б) Забрюшинная гематома в) Псевдоаневризма г) Разрыв аорты	б,в
		Вставьте пропущенное слово	

123.	ПК-3/ПК-3.2	К хронической критической ишемии относятся: ишемические боли покоя длительностью более двух недель, ишемические язвы стопы и _____ части или всей стопы.	Гангрена
124.	ПК-3/ПК-3.2	Малая аномалия развития межпредсердной перегородки сердца: _____	Открытое овальное окно
125.	ПК-3/ПК-3.2	Стабильная стенокардия ФК III характеризуется возникновением болевых приступов при ходьбе до _____ метров или эмоциональном стрессе.	100-500
126.	ПК-3/ПК-3.2	Окклюзия мезентериальной артерии приводит к прекращению кровоснабжения _____ кишки.	тонкой
127.	ПК-3/ПК-3.2	При хроническом течении мезентериальной ишемии на фоне атеросклероза боль обычно начинается в течение _____ после еды и проходит в течение трёх часов.	часа
128.	ПК-3/ПК-3.2	Основным симптомом при диссекции артерии головы и шеи является сильная _____ боль, которая не купируется обычными обезболивающими средствами.	головная
129.	ПК-3/ПК-3.2	Почти у 50 % пациентов с эмболией артерий наблюдается _____ предсердий	фибрилляц ия
130.	ПК-3/ПК-3.2	При открытых повреждениях сердца характерны симптомы кровотечения и симптомы _____ сердца (тахикардия, снижение наполнения пульса).	тампонады
131.	ПК-3/ПК-3.2	При закупорке основного ствола верхней брыжеечной артерии — боль появляется в _____ области.	эпигастрал ьной
132.	ПК-3/ПК-3.2	При эмболии подвздошно-ободочной артерии боль появляется в _____ области.	правой
133.	ПК-3/ПК-3.2	При эмболии нижней брыжеечной артерии боль появляется в _____ области.	левой
134.	ПК-3/ПК-3.2	Варикоцеле протекает сначала бессимптомно, но неуклонно прогрессируя, приводит к гипотрофии яичка и может стать причиной _____.	бесплодия
135.	ПК-3/ПК-3.2	Для определения стадии варикоцеле выполняются функциональная проба _____	Вальсальв ы
136.	ПК-3/ПК-3.2	I тип расслоения аорты по DeBakey (50% от всех диссекций): это диссекции, начинающиеся в _____ отделе аорты и распространяющиеся как минимум на дугу аорты.	восходяще м
137.	ПК-3/ПК-3.2	II тип расслоения аорты по DeBakey(35%): диссекция начинается и ограничивается _____ отделом аорты (проксимальнее брахиоцефалической или безымянной артерии).	восходящи м
138.	ПК-3/ПК-3.2	III тип расслоения аорты по DeBakey (15%): диссекция начинается в _____ отделе аорты и распространяется дистально или в более редких случаях проксимально.	нисходяще м
139.	ПК-3/ПК-3.2	Для эмболии бедренной артерии характерно _____ пульсации (по сравнению с другой конечностью) бедренной артерии тотчас под паупертовой связкой.	усиление
Выберите один правильный ответ			
140.	ПК-3/ПК-3.3	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ:	г

		а) сердечная недостаточность б) нарушения внутрисердечной гемодинамики в) нарушения ритма г) коронарная недостаточность	
141.	ПК-3/ПК-3.3	ДОСТУП ДЛЯ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: а) Лучевая артерия. б) Пункция бедренной артерии. в) Разрез бедренной артерии . г) Бедренная вена.	в
142.	ПК-3/ПК-3.3	ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ДЛЯ СТЕНТИРОВАНИЯ СОННОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) Лучевая артерия. б) Бедренная артерия. в) Подмышечная артерия. г) Бедренная вена.	б
143.	ПК-3/ПК-3.3	ОПТИМАЛЬНЫМ МЕСТОМ ДЛЯ ПУНКЦИИ ПРИ СТЕНТИРОВАНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ: а) Лучевая артерия. б) Бедренная артерия. в) Подмышечная артерия. г) Бедренная вена.	а
144.	ПК-3/ПК-3.3	ОТМЕТЬТЕ УСТРОЙСТВО ЗАЩИТЫ ОТ ДИСТАЛЬНОЙ ЭМБОЛИИ а) Wallstent б) Clopidogrel в) Angioguard г) Endurant II	в
		Выберите несколько правильных ответов	
145.	ПК-3/ПК-3.3	ДЛЯ ИЗЛЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ МАЛЬФОРМАЦИЙ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ: а) Хирургическое удаление б) Лучевая терапия в) Внутрисосудистая эмболизация г) Методы консервативной терапии	а,б,в
146.	ПК-3/ПК-3.3	ВЫБЕРИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ: а) Градиент систолического давления на сужении более 10 мм рт. ст. б) Наличие градиента систолического давления между восходящей и нисходящей аортой более 20 мм рт. ст. в) Систолическое давление в ПЖ более 50% от АД при отсутствии сброса крови слева направо г) Коллатеральный или измененный магистральный кровоток на нижних конечностях.	б,г
147.	ПК-3/ПК-3.3	ВЫБЕРИТЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: а) Симптомные пациенты с частичной или полной (уни- или билатеральной) обструкцией подвздошных вен. б) Асимптомные пациенты с частичной или полной (уни- или билатеральной) обструкцией подвздошных вен. в) Наличие адекватного притока к и оттока от реконструируемого венозного сегмента. г) Отсутствие адекватного притока к и оттока от реконструируемого венозного сегмента.	а,в
148.	ПК-3/ПК-3.3	ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ	а,б

		АНЕВРИЗМЫ БРЮШНОЙ АОРТЫ: а) Диаметр > 55 мм б) Быстрый рост >10 мм/год в) Диаметр > 45 мм г) Быстрый рост >20 мм/год	
149.	ПК-3/ПК-3.3	ДЛЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ: а) Баллоны б) Спирали в) Стенты г) Микрочастицы	а,б,в
150.	ПК-3/ПК-3.3	АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ: а) В большинстве случаев у взрослых пациентов заключается в в/в седации б) Не требуется в) В большинстве случаев у детей заключается в общем наркозе г) В большинстве случаев заключается в общем наркозе	а,в
151.	ПК-3/ПК-3.3	УКАЖИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВА РАДИАЛЬНОГО ДОСТУПА: Отсутствие необходимости постельного режима, Меньшая частота осложнений в месте доступа. Отсутствие кровотечения после удаления интрадюрса. Не развиваются псевдоаневризмы.	а,б
152.	ПК-3/ПК-3.3	ПРИ ЭМБОЛИИ ВЕРХНЕЙ БРЪЖЕЕЧНОЙ АРТЕРИИ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ: а) протезирование аорты б) шунтирование артерии в) эндартерэктомия г) тромбоз эмболэктомия	б,в, г
153.	ПК-3/ПК-3.3	ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАЦИИ ПРИ КЛАПАННОМ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ: а) некупируемая инфекция, бактериемия б) лихорадка в) эмболизация г) деструкция клапанов	а,в, г
		<i>Вставьте пропущенное слово</i>	
154.	ПК-3/ПК-3.3	Оценка перфузии миокарда во время проведения коронарографии оценивается по шкале _____.	ТІМІ
155.	ПК-3/ПК-3.3	Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии являются биопсия печени в течение предыдущих 24 часов, расслоение аорты (заподозренное или подтвержденное) и ранее перенесенный _____ инсульт или нарушение мозгового кровообращения неизвестной этиологии.	геморрагический
156.	ПК-3/ПК-3.3	При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является резекция и _____ аорты:	протезирование
157.	ПК-3/ПК-3.3	При проведении рентгенэндоваскулярных вмешательств в качестве обезболивания применяется _____ анестезия.	Местная
158.	ПК-3/ПК-3.3	Для лечения такого осложнения операции, как _____ сосуда используется стент-графт.	Диссекции, разрыва
159.	ПК-3/ПК-3.3	Реваскуляризация методом ротабляции показана при _____ коронарных артерий.	кальциноз е

160.	ПК-3/ПК-3.3	Реваскуляризация миокарда ретроградным методом применяется при хронических _____ коронарных артерий	окклюзиях
161.	ПК-3/ПК-3.3	Метод проверки заряда батареи ЭКС называется _____ тест .	магнитный
162.	ПК-3/ПК-3.3	Для определения риска развития ОНМК при лечении фибрилляции предсердий используется _____ шкала.	CHADsVA Sc 2
163.	ПК-3/ПК-3.3	При наличии противопоказаний к приему антикоагулянтов при наличии мерцательной аритмии показана установка _____ в ушко левого предсердия.	окклюдера
164.	ПК-3/ПК-3.3	Срок от момента поступления в стационар, в течение которого необходимо провести ЧКВ или тромболитический при остром коронарном синдроме с подъемом ST , составляет ___ час.	1 час
165.	ПК-3/ПК-3.3	При остром коронарном синдроме без подъема ST и нестабильной гемодинамике необходимо провести ЧКВ в течение _____ часов.	2 часа
166.	ПК-3/ПК-3.3	При остром коронарном синдроме без подъема ST и GRACE >140 баллов необходимо провести ЧКВ в течение _____ часов.	24 часа
167.	ПК-3/ПК-3.3	Срок работы электрокардиостимулятора _____ лет.	10-12 лет
168.	ПК-3/ПК-3.3	При септальной аблации используют _____.	этиловый спирт
169.	ПК-3/ПК-3.3	При стентировании сонных артерий основная проблема - это профилактика _____ сосудов головного мозга.	эмболии
170.	ПК-3/ПК-3.3	При стентировании каротидных артерий инсульты развиваются в ___% случаев.	1
171.	ПК-3/ПК-3.3	Супракоронарное протезирование аорты показано при аневризме восходящей аорты с _____ створками аортального клапана.	нормальными
172.	ПК-3/ПК-3.3	При лечении тампонады сердца проводится экстренная _____ перикарда.	пункция
173.	ПК-3/ПК-3.3	При подготовке к транскатетерному протезированию аортального клапана компьютерная томография коронарных артерий проводится для определения расстояния между аортальным клапаном и _____ коронарной артерией.	устьем
174.	ПК-3/ПК-3.3	Показанием к стентированию аорты является рост аневризмы на ___ мм в 6 мес.	5 мм
175.	ПК-3/ПК-3.3	Хирургическое лечение должно рассматриваться у пациентов с аневризмой корня аорты и максимальным диаметром восходящей аорты: ≥ 45 мм для пациентов с синдромом Марфана и факторами риска ≥ 50 мм для пациентов с двустворчатым _____ клапаном и факторами риска, ≥ 55 мм для других пациентов без эластопатии.	аортальными
176.	ПК-3/ПК-3.3	Методом выбора лечения расслоения аорты типа А является _____ лечение	хирургическое
177.	ПК-3/ПК-3.3	Пациенты с неосложненным расслоением аорты типа В лечатся консервативно, при осложненном течении методом выбора становится _____ лечение.	эндоваскулярное

178.	ПК-3/ПК-3.3	Антитромбоцитарная терапия показана _____ пациентам со стенозом сонной артерии, независимо от клинических симптомов и реваскуляризации.	всем
179.	ПК-3/ПК-3.3	Двойная антитромбоцитарная терапия должна проводиться, по крайней мере, в течение _____ после стентирования сонной артерии (ССА).	1 мес.
180.			
181.	ПК-3/ПК-3.3	Оптимальный срок выполнения реваскуляризации миокарда при развитии острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST: до ___ часов.	2
182.	ПК-3/ПК-3.3	При чрескожных коронарных вмешательствах применяется _____ дезагрегантная терапия	двойная
183.	ПК-3/ПК-3.3	Противопоказанием к стентированию чревной артерии является: синдром срединной дуговой _____.	связки
184.	ПК-3/ПК-3.3	Химиемболизация – это малоинвазивная процедура, применяемая для лечения _____ опухолей различной локализации, но прежде всего печени.	злокачественных
185.	ПК-3/ПК-3.3	При проведении процедуры эндопротезирования используется _____ доступ к общей бедренной артерии.	открытый
186.	ПК-3/ПК-3.3	Эндоваскулярное вмешательство рекомендуется выполнять в условиях _____ анестезии.	местной
187.	ПК-3/ПК-3.3	Показание для транскатетерного закрытия ДМПП: клинические признаки объемной перегрузки _____ желудочка.	правого
188.	ПК-3/ПК-3.3	Противопоказания для транскатетерного закрытия ДМЖП: малые размеры пациента (вес менее 5,2 кг), сепсис или активная бактериальная инфекция, непереносимость терапии.	антитромбоцитарной
189.	ПК-3/ПК-3.3	Для эмболизации ОАП применяются: спирали Gianturco и _____.	окклюдеры
190.	ПК-3/ПК-3.3	Критерием эффективности баллонной ангиопластики является наличие остаточного стеноза менее ___%.	50%
191.	ПК-3/ПК-3.3	Коронарный стент представляет собой _____ стент.	баллонрасширяемый
192.	ПК-3/ПК-3.3	Наджелудочковая тахикардия с участием дополнительных путей проведения является абсолютным показанием для проведения _____.	Радиочастотной абляции
193.	ПК-3/ПК-3.3	При подозрении на развитие острого коронарного синдрома показана _____ госпитализация.	экстренная
194.	ПК-3/ПК-3.3	Реперфузионная терапия для снижения риска смерти рекомендуется пациентам с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST и длительностью симптомов менее ___ часов.	12 часов
195.	ПК-3/ПК-3.3	Эндоваскулярным методом лечения кардиогенного шока является баллонная _____.	контрпульсация.
196.	ПК-3/ПК-3.3	Баллонный контрпульсатор устанавливается в _____ отделе грудной аорты.	нисходящем
197.	ПК-3/ПК-3.3	_____ повреждение может проявляться кон-трактильной дисфункцией («оглушенный» миокард), отсутствием восстановления кровотока на уровне тканей (феномен no-reflow), аритмиями и необратимым повреждением миокарда.	реперфузионное

198.	ПК-3/ПК-3.3	Возобновление кровотока в окклюзированной артерии может вызвать _____ повреждение миокарда	реперфузионное
199.	ПК-3/ПК-3.3	Основной причиной феномена _____ служит дистальная эмболия коронарных артерий атероматозными и тромботическими массами.	no-reflow
200.	ПК-3/ПК-3.3	Для введения эмболизирующего агента применяется устройство _____.	Микрокатетер

Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине

Компетенции /индикаторы достижения компетенции Заполняется разработчиком	Вопросы к зачету по дисциплине «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение»
ПК-3 /ПК-3.3	1. История и организация рентгенэндоваскулярных диагностики и лечения, маршрутизация пациентов при неотложных состояниях.
ПК-1/ПК-1.2	2. Анатомия артерий нижних конечностей. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Классификация. Доступы и методики операций. УЗДС диагностика.
ПК-1/ПК-1.3	3. Атеросклероз сонных артерий: этиология, типичные клинические проявления, диагностика, лечение, методы обследования. УЗДС диагностика.
ПК-1/ПК-1.3	4. Атеросклероз сонных артерий: показания к стентированию. Этапы проведения операции. Методы профилактики ОНМК.
ПК-1/ПК-1.2	5. Аневризма грудной аорты: этиология, патогенез, типичные клинические проявления. Показания к имплантации стент-графта. Противопоказания. Послеоперационные осложнения.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ ПК-3.2	6. Аневризма брюшного отдела аорты: типичные клинические проявления, течение, осложнения, прогноз, функциональные методы обследования. Показания к имплантации стент-графта. Противопоказания. Послеоперационные осложнения.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ ПК-3.2	7. Заболевания почечных артерий. Этиология, клинические проявления, диагностика. Методы оценки функции почек.
ПК-1/ПК-1.3 ПК-3/ ПК-3.2	8. Организация медицинской помощи при ОНМК. Показания и противопоказания к проведению тромболизиса и реваскуляризации при ОНМК.
ПК-1/ПК-1.3	9. Анатомия интракраниальных артерий головного мозга. Медицинские инструменты используемые при реваскуляризации средней мозговой артерии. Виды и методики операции.
ПК-1/ПК-1.2	10. Атеросклероз и тромбоз мезентериальных артерий: клиника, диагностика. Методы оперативного лечения.
ПК-1/ПК-1.2	11. Эмболизация опухолей внутренних органов: легких, почек, матки. Показания, противопоказания. Методики операций, используемые медицинские инструменты.
ПК-1/ПК-1.2	12. ИБС: этиология, патогенез, классификация, типичные клинические проявления. Показания к коронарографии. ЭКГ диагностика. Холтеровское мониторирование. ВЭМ.

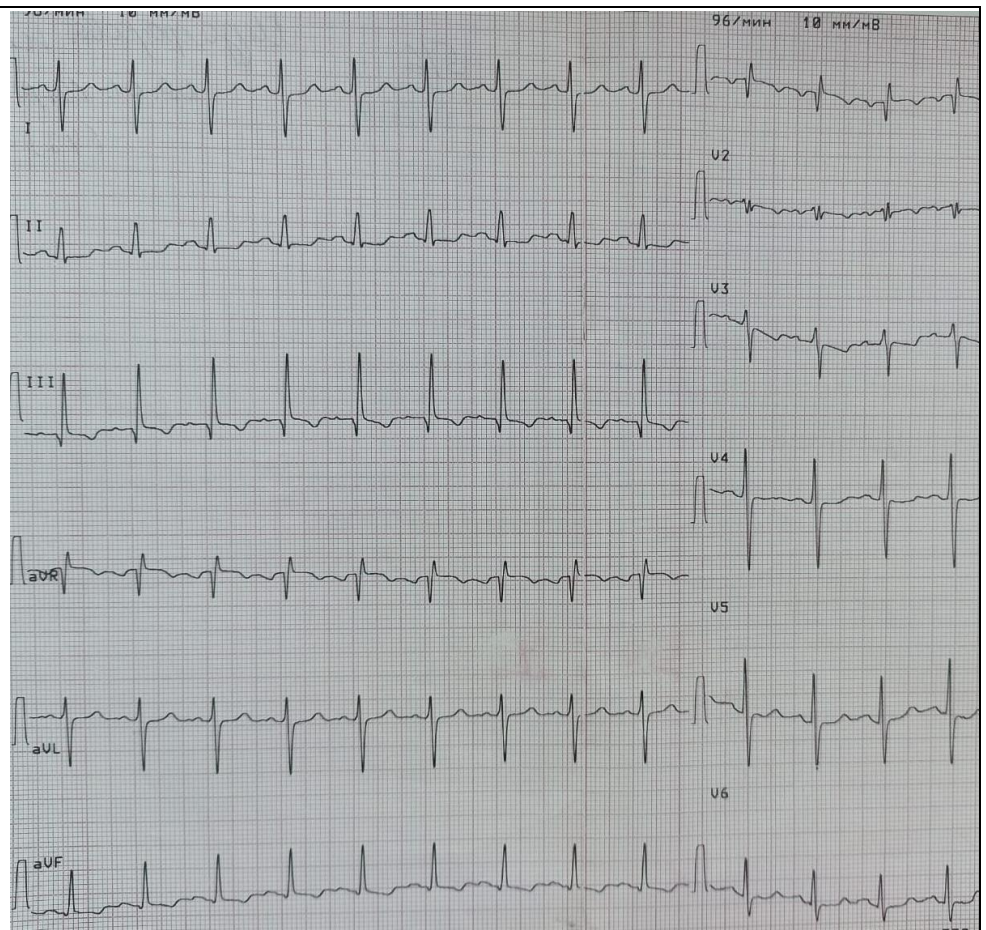
ПК-1/ПК-1.2	13. ИБС: методы оперативного лечения. Показания к проведению рентгенэндоваскулярных вмешательств, методики стентирования. Виды стентов.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.1, 3.2, 3.3	14. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST: типичные клинические проявления, диагностика, профилактика, лечение, прогноз. Стратификация риска, инвазивная тактика лечения.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.1, 3.2, 3.3	15. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: этиология, типичные клинические проявления, диагностика, неотложная помощь на догоспитальном этапе.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.1, 3.2, 3.3	16. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: стратификация риска, тактика при поступлении в стационар. Показания и противопоказания к тромболизису. Показания и противопоказания к ЧКВ. Осложнения.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.1, 3.2, 3.3	17. Инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST: осложнения. Неотложная помощь при кардиогенном шоке, аритмогенном шоке, фибрилляции желудочков, тромбозе стента.
ПК-1/ПК-1.2	18. Открытый аортальный порок: клиника, диагностика. Методы закрытия ОАП.
ПК-1/ПК-1.2	19. Дефект межпредсердной перегородки: патогенез, классификация, типичные клинические проявления, принципы лечения. Показания и противопоказания к эндоваскулярному закрытию ДМПП.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.1, 3.2, 3.3	20. Осложнения после рентгенэндоваскулярных вмешательств: место доступа. Кровотечения из места доступа: бедренная, лучевая, подключичная артерии, яремная, подключичная вена. Послеоперационное наблюдение. Профилактика, лечение.

Задания для проверки сформированных знаний, умений и навыков

На открытое задание рекомендованное время – 15 мин

Компетенции /индикаторы достижения компетенции	Задачи
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2	<p align="center">Задача 1.</p> <p>Больной К, 72 лет, обратился с жалобами на боли в икрах при ходьбе до 140 метров, подъеме на 1 этаж, проходящие после отдыха.</p> <p>Из анамнеза: боли беспокоят в течении 3-х лет, постепенно прогрессируют. Принимает регулярно аспирин 100 мг вечером, аторвастатин 40 мг вечером, амлодипин 5 мг вечером.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные. Шумов нет. 1 тон на верхушке ослаблен. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 63 уд/мин. Температура тела 36.5°C. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание безболезненно. Ослаблена пульсация на артериях стопы с обеих сторон.</p> <p>Лабораторно – инструментальные исследования:</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 118 г/л, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $148 \times 10^9/л$, СОЭ 12 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1028, белок - нет, глюкоза - нет, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты — нет, глюкоза - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, глюкоза 7,0 ммоль/л, общий билирубин 1240 мкмоль/л, креатинин 102 мкмоль/л.</p> <p>На УЗДС стенозы наружных подвздошных артерий справа 70%, слева 50%.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none">Интерпретируйте данные УЗДС.Сформируйте тактику ведения пациента.
Ответ на задачу №1.	<ol style="list-style-type: none">Атеросклероз. Стеноз наружных подвздошных артерий. ХИ 2 ст.Стентирование НПА справа.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2, 3.3	<p align="center">Задача 2.</p> <p>Больной К, 68 лет, доставлен в кардиологическое отделение с жалобами на боли в области сердца жгущего характера при ходьбе до 50 метров, подъеме на 1 лестничный пролет, проходящие после отдыха или приема нитроглицерина.</p> <p>Из анамнеза: ангинозные боли беспокоят в течении 3 лет, постепенно прогрессируют. Принимает регулярно аспирин 100 мг вечером, небиволол 5 мг утром, симвастатин 5 мг на ночь.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичные. Шумов нет. 1 тон на верхушке ослаблен. АД 120/70 мм рт. ст. Пульс 58 уд/мин. Температура тела 36.7°C. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Послеоперационный рубец в правой подвздошной области. Мочеиспускание безболезненно. Стул накануне оформленный, без патологических примесей.</p> <p>Лабораторно – инструментальные исследования:</p>

	<p>Общий анализ крови: гемоглобин 128 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $7,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, СОЭ 9 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1024, белок - нет, глюкоза - нет, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты — нет, глюкоза - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 68 г/л, глюкоза 5,8 ммоль/л, общий билирубин 12,0 мкмоль/л, креатинин 100 мкмоль/л., ХС-ЛПНП 3,1 ммоль/л, ОХС 5,0 ммоль/л.</p> <p>ЭхоКГ — ФВ 68%, относительная недостаточность АВ клапанов 1-2(+), МЖП 1,2 см.</p> <p>На КАГ стеноз ПМЖА в проксимальном сегменте 80%, стеноз ПКА в среднем сегменте 80%, протяженный стеноз ОА 70%.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте данные обследований. 2. Сформируйте тактику ведения пациента. 3. Назначьте консультации специалистов.
<p>Ответ на задачу №2.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ИБС. Стенокардия напряжения ФК 3. 2. АКШ. 3. Кардиолог, кардиохирург.
<p>ПК-1/ПК-1.3 ПК-3/ПК-3.2</p>	<p style="text-align: center;">Задача 3.</p> <p>Больная А, 50 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на шум в ушах, головокружение и слабость. Из анамнеза: больна в течении 2 лет. Принимает регулярно аспирин 100 мг вечером, небиволол 10 мг утром, амлодипин 5 мг вечером, симвастатин 20 мг на ночь.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Сердечные тоны ритмичные. Шумов нет. 1 тон на верхушке ослаблен. АД 130/70 мм рт. ст. Пульс 60 уд/мин. Температура тела 36,7°C. Живот мягкий безболезненный, печень не увеличена. Систолический шум в проекции сонных артерий. Мочеиспускание безболезненно. Стул накануне оформленный, без патологических примесей.</p> <p>Лабораторно – инструментальные исследования:</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин 158 г/л, эритроциты $5,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, СОЭ 9 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес 1024, белок - нет, глюкоза - нет, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты — нет, глюкоза - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 74 г/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, общий билирубин 11,0 мкмоль/л, креатинин 92 мкмоль/л., ХС-ЛПНП 8,7 ммоль/л, ОХС 5,0 ммоль/л.</p> <p>ЭхоКГ — ФВ 61%, МЖП 1,0 см.</p> <p>УЗДС МАГ – стенозы до 60%.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте данные обследований. 2. Сформируйте тактику ведения пациента. 3. Назначьте консультации специалистов.
<p>Ответ на задачу №3.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атеросклероз. Стенозы сонных артерий. Гиперлипидемия. 2. Консервативная терапия. 3. Кардиолог, невролог.
<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.1, 3.2, 3.3</p>	<p style="text-align: center;">Задача 4.</p> <p>Мужчина 56 лет жалуется слабость и чувство тяжести за грудиной. Лежит низко. Кожные покровы холодные, влажные. Шейные вены набухшие. ЧД 26 в 1 мин, хрипов нет. АД 90/40 мм рт. ст., ЧСС 102 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.</p> <p>На ЭКГ:</p>



ЭхоКГ:

Аорта уплотнена, диаметр 3,5 см. АК трехстворчатый, амплитуда раскрытия 1,55 см, кровоток 0,88 м/с. Регургитации нет. МЖП совершает парадоксальное движение, определяется ее систолическое сглаживание, ТМЖП 1,0 см, ТЗС 0,9 см, КДР 4,02 см, ФВ 57 %, НДФ 1-й степени. Нарушения локальной сократимости нет. МК не изменен, кровоток 0,7 м/с, регургитация 1 степени. Размер ЛП 3,35 см, объем 40 мл. Диаметр ЛА 3,2 см, СДЛА 44–46 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,68 м/с, регургитация 1–2 степени. ПЖ: проксимальный размер выносящего отдела 4,4 см. В 4-х камерной позиции ПЖ больше левого, участвует в формировании верхушки сердца, общая систолическая функция ПЖ резко снижена (систолическая амплитуда движения кольца ТК не превышает 0,9 см). Явных признаков нарушения локальной сократимости нет. Толщина свободной стенки ПЖ 4 мм. ТК не изменен, кровоток 0,6 м/с, регургитация 2 степени. Размер ПП 4,2 см, объем 77 мл. НПВ на выдохе 2,7 см, на вдохе 2,3 см. Полость перикарда не изменена.

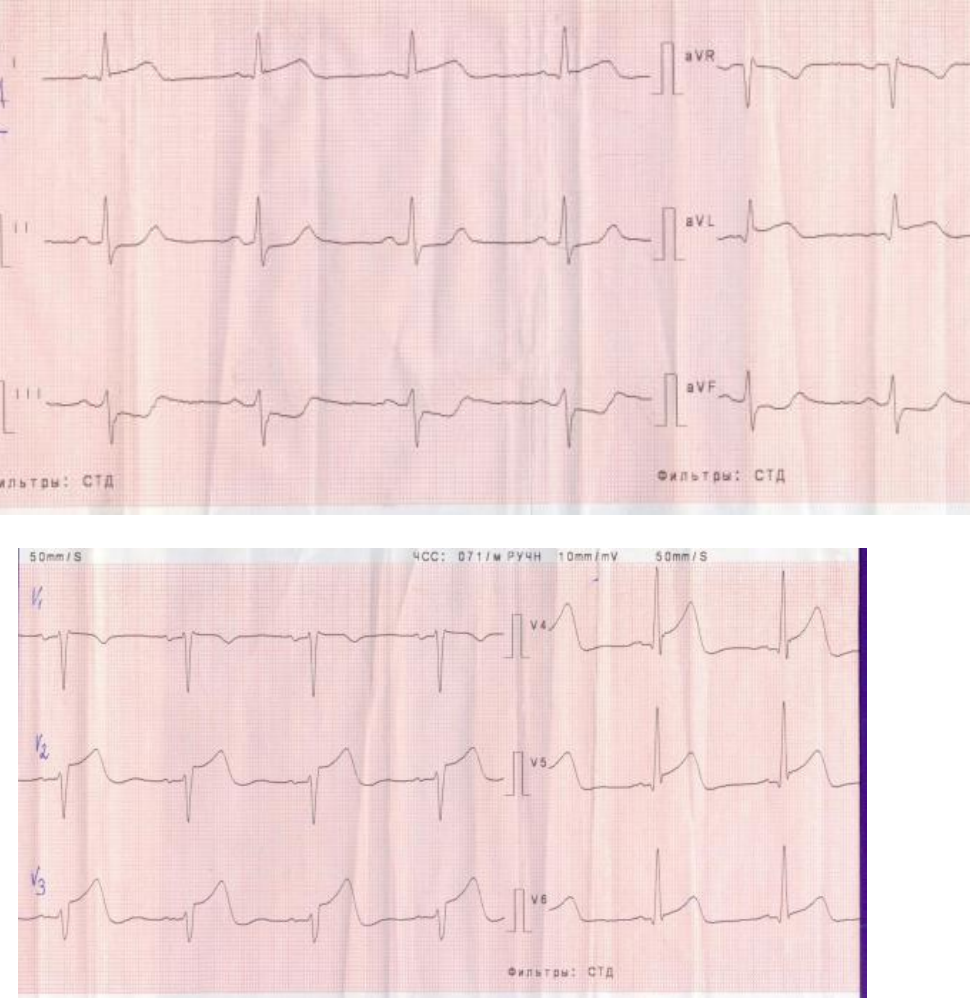
УЗДС вен нижних конечностей: флоттирующий тромб 8 см в просвете правой общей бедренной вены.

Задание:

1. Проинтерпретируйте анамнез.
2. Расшифруйте ЭКГ
3. Назначьте дополнительное обследование и сформируйте тактику ведения пациента

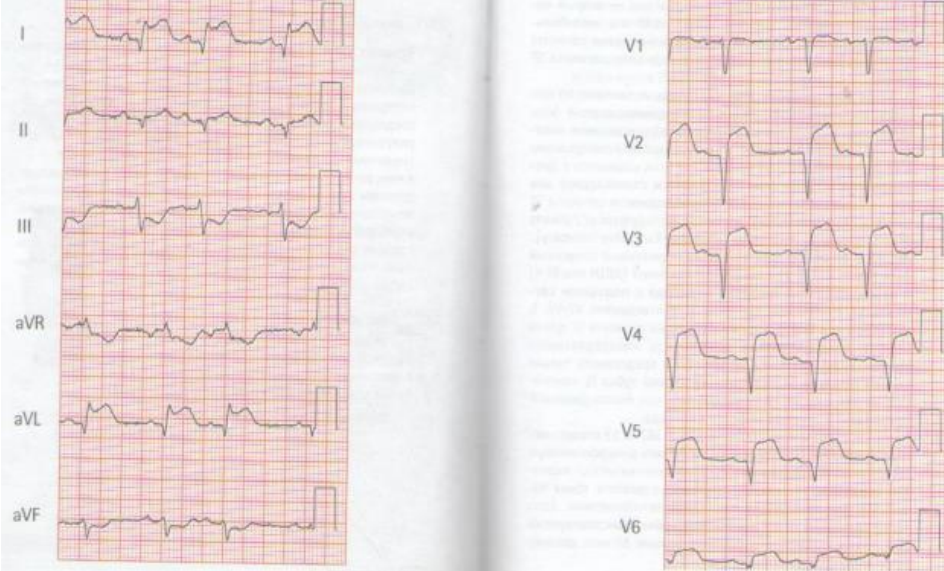
Ответ на задачу №4

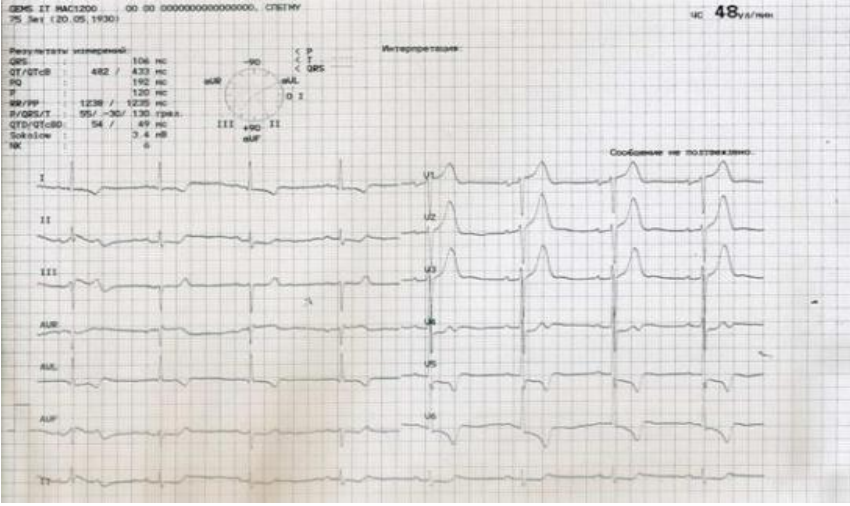
1. Острый тромбоз правой общей бедренной вены. Флоттирующий тромб. Тромбоэмболия легочной артерии.
2. Синдром S₁Q_{III}
3. Д-димер, Кт-ангиопульмонография, имплантация каво-фильтра.

<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.1, 3.2, 3.3</p>	<p style="text-align: center;">Задача 5.</p> <p>Мужчина 38 лет доставлен в ЧКВ-стационар в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 50 минут назад, в покое. Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо. В течение 4 лет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 10 сигарет в день. Наследственность не отягощена.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 140/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранён. ЭКГ:</p>  <p style="text-align: center;">Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расшифруйте ЭКГ. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 3. В течение какого срока нужно выполнить ЧКВ?
<p>Ответ на задачу № 5.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ИБС. Острый инфаркт миокарда с подъемом ST. 2. ЭхоКГ, коронарография, тропонины, биохимический анализ, коагулограмма, ОАК, ОАМ, рентгенография ОГК. 3. 1 час.
<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2</p>	<p style="text-align: center;">Задача 6.</p> <p>Больной Я., 38 лет, обратился к кардиологу с жалобами на одышку, слабость, потливость при возникании при ходьбе до 150 м, купирующиеся отдыхом, периодические повышения давления до 180/100 мм рт.ст., отеки стоп и голеней (купирует приемом фуросемида 10 мг), кашель с трудно</p>

	<p>отделяемой мокротой, боли в ногах при ходьбе.</p> <p>Анамнез: Считает себя больным в течении 10 лет. Переносимость нагрузки снижается. Принимает аспирин 100 мг вечером, периндоприл 5 мг вечером, аторвастатин 40 мг вечером, фуросемид внутривенно. Не курит 6 месяцев, ранее стаж курения 35 лет.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической акроцианоз, повышенной влажности. Дыхание жесткое, мелкопузырчатые единичные хрипы в нижних отделах. ЧД - 20 в минуту. Верхушечный толчок в 5 межреберье слева от средней ключичной линии. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС 81 уд в мин. Систола-диастолический шум на аортальном клапане. Систолический шум на сонных артериях. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул оформленный без патологических примесей. Мочеиспускание - никтурия</p> <p>Лабораторно-инструментальные исследования:</p> <p>ОАК: гемоглобин - 110 г/л, лейкоциты — $13,2 \times 10^9$/л, эритроциты — $4,2 \times 10^{12}$/л, тромбоциты 150×10^9/л, СОЭ - 13 мм/ч.</p> <p>ОАМ: относительная плотность - 1020, реакция кислая, белок, глюкоза - отрицательные, эритроциты 1-2- 1, лейкоциты - 2-2-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, глюкоза 5,8 ммоль/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, ХС 4,2 ммоль/л.</p> <p>ЭхоКГ: кальциноз аортального клапана, средний градиент давления 49 мм рт.ст., ФВ — 34%, МЖП 1,2 см, ЗСЛЖ 1,2мм. ЛП и ЛЖ расширены. Расчетное давление в легочной артерии 40 мм рт.ст.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте ЭхоКГ. 2. Сформируйте тактику ведения пациента 3. Назначьте консультации специалистов.
<p>Ответ на задачу № 6.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Аортальный порок сердца. 2. Протезирование аортального клапана, УЗИ артерий нижних конечностей. 3. Кардиолог, кардиохирург.
<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3., 3.2, 3.3</p>	<p style="text-align: center;">Задача 7.</p> <p>В приёмный покой скорой помощью доставлен больной 52 лет, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в спину, длящиеся более 4 часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью. Ранее не болел.</p> <p>Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД - 26 в минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно над всеми лёгочными полями определяется ясный лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС - 120 в минуту, АД - 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные; акцент II тона не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте данные анамнеза. 2. Составьте план дополнительных обследований. 3. Определите тактику лечения.
<p>Ответ на задачу № 7.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Расслаивающая аневризма грудного отдела аорты. 2. ЭКГ, ЭхоКГ, КТ аорты и коронарных артерий. 3. Экстренная операция протезирования аорты.

<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3..., 3.2, 3.3</p>	<p style="text-align: center;">Задача 8.</p> <p>Больной Р. 59 лет, упал дома и потерял сознание. Пришел в себя через 5 минут. Жена вызвала скорую, доставлен в больницу. Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы акроцианоз лица. Рост – 164 см, вес – 93 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 110 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, жесткое в нижних отделах, справа приглушено. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.</p> <p>В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 114 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 64,5 мл/мин/1,73 м² Д-димер 2180 мг%. На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 104 в минуту, увеличен Р в отведениях II, III до 2 мм, блокада правой ножки пучка Гиса,</p> <p style="text-align: center;">Вопросы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Каков выбор стратегии реперфузии в данном случае?
<p>Ответ на задачу №8.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тромбоэмболия легочной артерии. 2. Клиника, перегрузка правого предсердия на ЭКГ. 3. Ангиопульмонография, при наличии показаний тромбоэкстракция.
<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3..., 3.2, 3.3</p>	<p style="text-align: center;">Задача 9.</p> <p>Больная Т. 59 лет, госпитализирована с жалобами на интенсивную жгучую боль по всей грудной клетке в течение 7,5 часов, с иррадиацией в левое плечо, шею, нижнюю челюсть.</p> <p>Анамнез заболевания: с 35 лет пациентка отмечает повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Принимает периндоприл 10 мг на ночь, метопролола сукцинат 100 мг утром.</p> <p>Объективно: состояние тяжелое. При осмотре кожные покровы бледные, холодные, выражено влажные. Аускультативно над всеми легочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выражено ослаблен, нитевидный, 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, тахикардия до 120 в минуту. Артериальное давление на правой верхней конечности - 80/50 мм рт. ст., на левой верхней конечности - 75/50 мм рт. ст. Отеков на нижних конечностях нет.</p> <p>Дополнительные методы обследования. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, лейкоциты – 11×10⁹/л, эритроциты – 4,8×10¹²/л, СОЭ – 8 мм/час. Биохимический анализ крови: сахар – 22 ммоль/л, креатинкиназа общая фракция – 1900 Е/л, креатинкиназа-МВ фракция – 102 Е/л, тропонин Т – 2,9 нг/мл; общий холестерин – 6,2 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 4,1 ммоль/л; рН крови – 7,2. По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 38%, выраженная митрально- папиллярная дисфункция, регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка.</p> <p>ЭКГ:.</p>

	 <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рашифруйте ЭКГ. 2. Составьте план дополнительных обследований. 3. Назначьте консультации специалистов.
<p>Ответ на задачу №9.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ с подъемом ST. Острая сердечная недостаточность, Kilip IV. 2. Спасительное ЧКВ, ЭхоКГ, ЭКГ в динамике, наблюдение в ОРИТ, кардиотоники, кислород, диуретики. 3. Кардиолог, рентгенхирург, реаниматолог.
<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2</p>	<p style="text-align: center;">Задача 10.</p> <p>Больная Г., 52 года, предъявляет жалобы на боль и отек левой ноги. Из анамнеза: заболела после длительного перелета. Медикаментозную терапию не получала. Болей в грудной клетке, одышки, кровохарканья не было.</p> <p>Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧД - 17 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС -74 в минуту, ритм сердца правильный. АД - 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не увеличена. Мочеиспускание безболезненное. Стул оформленный.</p> <p>St. localis: левая н/конечность отёчна на бедре +8 см и голени +4 см, тёплая на ощупь. Движения и чувствительность в полном объёме. Пульсация определяется на артериях стопы. Симптомы Мозеса и Хоманса – положительные. Правая н/конечность – без особенностей.</p> <p>Лабораторно-инструментальное исследование:</p> <p>Общий анализ крови: Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $5,6 \times 10^9/л$, тромбоциты - $235 \times 10^9/л$, СОЭ – 7 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес - 1018, белок-нет, глюкоза- нет, эритроциты - нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 68 г/л, креатинин-100мкмоль/л, общий билирубин – 10 мкмоль/л, общий холестерин – 3,0 мкмоль/л, глюкоза -5,9 ммоль/л.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Что послужило причиной такого состояния?. 2. Как подтвердить диагноз? 3. Что могло стать причиной развившегося патологического состояния?

<p>Ответ на задачу № 10.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности. 2. УЗДС вен нижних конечностей, Д-димер. 3. Длительный перелет.
<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2</p>	<p style="text-align: center;">Задача 11.</p> <p>Больного В. 52 лет, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на 3-й этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое или после приёма нитроглицерина. В последние 2 недели приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе, появились приступы в покое.</p> <p>ЭКГ:</p>  <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Рашифруйте ЭКГ. 2. Составьте план дополнительного обследования. 3. Лечебная тактика.
<p>Ответ на задачу №11.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ЭКГ – отрицательный Т в отведениях V5 V6, клиника – болевой синдром. 2. ЭхоКГ, коагулограмма, биохимический анализ крови, рентгенография ОГК. 3. ЧКВ, стентирование коронарных артерий.
<p>ПК-1/ПК-1.3 ПК-3/ПК-3.2</p>	<p style="text-align: center;">Задача 12.</p> <p>Больной Б., 74 года, жалуется на головокружения, головные боли, снижение памяти.</p> <p>Из анамнеза: болен в течение года, ранее перенес инфаркт миокарда.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы физиологической окраски. Отеков нет. ЧД - 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС - 70 в минуту, ритм неправильный, АД -130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не увеличена. Легкий систолический шум в проекции сонных артерий.</p> <p>Лабораторно-инструментальные исследования:</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин - 137 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,5 \times 10^9/л$, тромбоциты - $243 \times 10^9/л$, СОЭ - 11 мм/ч.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок - 6,9 г/л, креатинин- 110мкмоль/л, общий билирубин – 8 мкмоль/л, общий холестерин – 3,2мкмоль/л, глюкоза -5,2 ммоль/л.</p> <p>Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, удельный вес - 1016, белок-нет, глюкоза- нет, эритроциты - нет, лейкоциты – 3-4 в поле зрения.</p> <p>УЗДС МАГ: стенозы сонных артерий до 30%, стеноз правой позвоночной артерии 90%.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте данные УЗДС.

	<p>2. Сформулируйте тактику ведения пациента.</p> <p>3. Какие исследования и с какой целью необходимо дополнительно выполнить пациенту в плановом порядке.</p>
Ответ на задачу № 12.	<p>1. Атеросклероз. Стенозы сонных артерий до 30%. Стеноз правой позвоночной артерии 90%. ХНМК 2 ст.</p> <p>2. Каротидная ангиография, ТЛБАП и стентирование правой позвоночной артерии.</p> <p>3. Коронарография, биохимический анализ крови, ЭхоКГ.</p>
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2	<p style="text-align: center;">Задача 13.</p> <p>Больной Г., 78 лет, обратился к кардиологу с жалобами на одышку, слабость, потливость при возникающие при ходьбе до 100 м, купирующиеся отдыхом, периодические повышения давления до 180/100 мм рт.ст. Госпитализирован для проведения коронарографии. На коронарографии выявили стеноз ПМЖА и провели стентирование. Через 4 часа после операции появились жалобы на боли в области паха.</p> <p>Объективно: в области места пункции правой бедренной артерии пальпируется плотноэластичное образование до 4-5 см в диаметре, болезненное при пальпации, мягкие ткани пропитаны кровью.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте анамнез. 2. Сформируйте тактику ведения пациента 3. Какое обследование нужно провести? Что подтвердит диагноз?
Ответ на задачу №13	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ложная аневризма места пункции. 2. Компрессия под контролем УЗИ. 3. УЗДС места пункции. Сброс из артерии в полость аневризмы.
ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2	<p style="text-align: center;">Задача 14.</p> <p>Больной А., 58 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в области ног, возникающие при ходьбе на 300-400м, купирующиеся отдыхом, слабость.</p> <p>Анамнез: Считает себя больным в течении 2х лет. Дистанция ходьбы до появления болей постепенно снижается. Принимает аспирин 100 мг вечером. Курит 30 лет.</p> <p>Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Верхушечный толчок в 5 межреберье. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС 84 уд в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул оформленный без патологических примесей. Мочеиспускание не изменено.</p> <p>Отмечает ослабление пульсации на бедренных, подколенных артериях и артериях тыла стопы. Кожа стоп шелушится, на ощупь холодные.</p> <p>Лабораторно-инструментальные исследования:</p> <p>ОАК: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты — $8,0 \times 10^9$/л, эритроциты — $4,2 \times 10^{12}$/л, тромбоциты 220×10^9/л, СОЭ - 10 мм/ч.</p> <p>ОАМ: относительная плотность - 1024, реакция кислая, белок, глюкоза - отрицательные, эритроциты 0-1-1, лейкоциты - 2-3-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, глюкоза 5,2 ммоль/л, общий билирубин 12 мкмоль/л, креатинин 82 мкмоль/л.</p> <p>УЗДС артерий нижних конечностей – отмечаются стенозы наружных подвздошных артерий до 70% с обеих сторон.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте жалобы и анамнез, данные обследований. 2. Сформируйте тактику ведения пациента 3. Назначьте консультации специалистов.
Ответ на задачу № 14	<ol style="list-style-type: none"> 1. Атеросклероз. Синдром Лериша. Стенозы наружных подвздошных артерий с обеих сторон до 70%. ХИ 2 А. 2. Ангиография, стентирование НПА. 3. Ангиохирург.

<p>ПК-1/ПК-1.2 ПК-3/ПК-3.2</p>	<p style="text-align: center;">Задача 15.</p> <p>Больная Г., 45 лет, обратилась к кардиологу с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст. Принимает метопролол 100 мг, валсартан 160 мг, индапамид 2,5 мг и амлодипин 10 мг, без эффекта.</p> <p>Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Верхушечный толчок в 5 межреберье слева от средней ключичной линии. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС 82 уд в мин. АД 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Стул оформленный без патологических примесей. Мочеиспускание не изменено</p> <p>Лабораторно-инструментальные исследования: ОАК: гемоглобин - 168 г/л, лейкоциты — $8,6 \times 10^9$/л, эритроциты — $4,2 \times 10^{12}$/л, тромбоциты 189×10^9/л, СОЭ - 10 мм/ч. ОАМ: относительная плотность - 1018, реакция кислая, белок, глюкоза - отрицательные, эритроциты 1-1-1, лейкоциты - 2-2-2 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок 76 г/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, общий билирубин 14 мкмоль/л, креатинин 100 мкмоль/л, ХС 6,2 ммоль/л.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проинтерпретируйте анамнез и данные обследований. 2. Сформируйте тактику ведения пациента 3. Назначьте консультации специалистов.
<p>Ответ на задачу № 15.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вазоренальная гипертензия. 2. УЗДС почечных артерий, почечная ангиография, стентирование. 3. Кардиолог, рентгенхирург.

ШКАЛЫ И КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение» (наименование дисциплины)

Проведение зачета по дисциплине «Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение».
как основной формы проверки знаний, умений и навыков обучающихся предполагает соблюдение ряда условий, обеспечивающих педагогическую эффективность оценочной процедуры. Важнейшие среди них:

1. обеспечить самостоятельность ответа обучающегося по билетам и заданным вопросам одинаковой сложности требуемой программой уровня;
2. определить глубину знаний программы по дисциплине;
3. определить уровень владения научным языком и терминологией;
4. определить умение логически, корректно и аргументированно излагать ответ на экзамене;
5. определить умение и навыки выполнять предусмотренные программой задания.

Высокий уровень (**отлично**) заслуживает ответ, содержащий:

- глубокое и систематическое знание всего программного материала дисциплины и предшествующих клинических и медико-биологических дисциплин;
- свободное владение научным языком и терминологией;
- логически корректное и аргументированное изложение ответа;
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся в полном объеме владеет навыками объективного обследования пациента, в полном объеме назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и правильно интерпретирует их результаты, правильно обосновывает клинический диагноз в полном соответствии с классификацией, в полном объеме назначает лечение, знает особенности проведения рентгенэндоваскулярных операций).

Средний уровень (**хорошо**) заслуживает ответ, содержащий:

- знание важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- умение пользоваться научным языком и терминологией;
- в целом логически корректное, но не всегда аргументированное изложение ответа (обучающийся допускает неточности в ответе на вопросы, в задаче, в формулировке диагноза, в интерпретации результатов параклинического исследования при полном объеме обследования больного, допустил некоторые неточности в дозировке лекарственных препаратов или методов оперативного лечения при полном объеме комплекса лечебных мероприятий);
- умение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся владеет навыками объективного обследования пациента, но допускает неточности при их выполнении, испытывает некоторые затруднения при оценке отдельных показателей клинического состояния, в объеме, достаточном для постановки диагноза, назначает пациенту план инструментально-лабораторного обследования и затрудняется с интерпретацией отдельных показателей, не в полной мере обосновывает основной клинический диагноз, назначает основные этиопатогенетические препараты и виды оперативных вмешательств, но допускает неточности).

Минимальный уровень (**удовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- фрагментарные, поверхностные знания важнейших разделов и основного содержания программы дисциплины;
- затруднения в использовании научного языка и терминологии;
- стремление логически, последовательно и аргументированно изложить ответ (обучающийся правильно ответил на большинство из поставленных вопросов (70%), демонстрируя при этом неглубокие знания);
- затруднения при выполнении предусмотренных программой заданий (обучающийся не может выполнить большую часть практических умений или допускает существенные неточности в их выполнении, допускает существенные ошибки при оценке физического состояния, затрудняется в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, формулирует клинический диагноз не в полном объеме и/или формулировка диагноза не соответствует классификации, назначает отдельные этиопатогенетические препараты или методы оперативного лечения).

Минимальный уровень не достигнет (**неудовлетворительно**) заслуживает ответ, содержащий:

- незнание вопросов основного содержания программы (обучающийся не смог ответить на вопросы билета, а также на дополнительные и наводящие вопросы экзаменатора, не решил задачу);
- неумение выполнять предусмотренные программой задания (обучающийся не может выполнить практические умения или допускает существенные неточности в выполнении большинства умений, неправильно оценивает клиническое состояние, допускает существенные ошибки в интерпретации результатов основных инструментально-лабораторных методов исследования, не может обосновать и сформулировать клинический диагноз, назначает отдельные симптоматические препараты, допускает неточности при назначении рентгенэндоваскулярного лечения).