

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«24» Сентября 2025 г.

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

Квалификация (степень) выпускника: врач по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению

Кафедра Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии
Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Форма обучения – очная

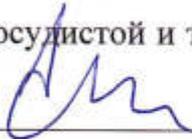
Для обучающихся 2025 года поступления (актуализированная редакция)

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Мозговой П.В.	профессор	д.м.н./доцент	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
2.	Стрепетов Н.Н.	ассистент	-	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.62 Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

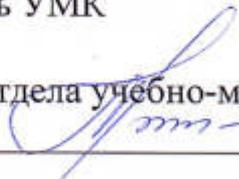
Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры протокол № 7 от «10» св 2025 г.

Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО,
д.м.н., профессор _____  Ю.М.Лопатин

Рецензент: к.м.н., главный внештатный специалист по рентгенэндоваскулярным диагностике и лечению Комитета здравоохранения Волгоградской области, врач высшей категории, Козлов Геннадий Владимирович

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «26» св 2025 года

Председатель УМК _____  Н.И.Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики _____  М.И. Науменко

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»

1. Кто впервые выполнил баллонную ангиопластику коронарных артерий?
 - А. U. Sigwart
 - Б. А. Gruentzig
 - В. Ю.С. Петросян
 - Г. А. Cournand
 - Д. М. Judkins
2. В общей структуре смертности на долю сердечно-сосудистых заболеваний падает:
 - А. до 30%
 - Б. более 30%
 - В. более 50%
 - Г. более 60%
 - Д. более 70%
3. В лаборатории функциональной диагностики кардиохирургического центра должна быть аппаратура позволяющая провести
 - А. велоэргометрическую пробу
 - Б. эхокардиографию сердца
 - В. эхолокацию магистральных сосудов и аорты
 - Г. ультразвуковую доплерографию сосудов
 - Д. все перечисленное
4. Деонтология – наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы:
 - А. обеспечивать наилучшее лечение
 - Б. создать благоприятную обстановку для выздоровления больного
 - В. установить доверительные отношения: больной – врач, врач – больной, врач – родственники больного, врачи между собой
 - Г. все перечисленное
5. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:
 - А. в территориальной поликлинике
 - Б. в любой поликлинике населенного пункта
 - В. в любой поликлинике РФ
 - Г. в любой поликлинике субъекта Федерации.

6. Какую ответственность несет медицинский работник, причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медицинского работника к профессиональным обязанностям:

- А. освобождение от ответственности
- Б. уголовную ответственность
- В. гражданско-правовую ответственность.

7. Для пункции перикарда, непосредственно прилежащим к передней стенке является:

- А. передний верхний карман перикарда
- Б. передний нижний карман перикарда
- В. задний верхний карман перикарда
- Г. задний нижний карман перикарда

8. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке:

- А. правая общая сонная артерия – правая подключичная артерия – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
- Б. правый плечеголовной ствол – левый плечеголовной ствол
- В. плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
- Г. легочный ствол – плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

9. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи-внутри):

- А. внутренняя яремная вена – общая сонная артерия – блуждающий нерв
- Б. общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв
- В. внутренняя яремная вена – блуждающий нерв - общая сонная артерия
- Г. блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

10. Выберите ветви, отходящие от передней нисходящей артерии: 1 Задняя нисходящая артерия, 2 Диагональные артерии, 3 Огибающая ветвь, 4 Септальная ветвь, 5 Ветви тупого края, 6 Задняя боковая ветвь

- А. 3
- Б. 2, 4
- В. 2, 3, 4
- Г. 2, 3, 4, 5
- Д. 1, 6

11. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:

- А. передних 2/3 межжелудочковой перегородки
- Б. части передней стенки правого желудочка
- В. межпредсердной перегородки
- Г. левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка

12. Предсердно-желудочковый узел (Ашоф – Тавара) расположен:

- А. в миокарде левого предсердия
- Б. в миокарде правого желудочка

- В. в задненижнем отделе предсердной перегородки над устьем венечной пазухи
Г. дорсальнее правого желудочно-предсердного отверстия

13. Выберите анатомические структуры, которые кровоснабжаются из бассейна правой коронарной артерии: 1 Правый желудочек, 2 Правое предсердие, 3 2/3 межжелудочковой перегородки, 4 Синусовый узел, 5 1/3 задней поверхности левого желудочка, 6 Передняя стенка левого желудочка

- А. 1, 2, 4, 5
Б. 1, 2
В. 1, 2, 6
Г. 1, 3, 5
Д. 2, 4

14. Перечислите ветви, которые составляют бассейн правой коронарной артерии: 1 Передняя нисходящая артерия, 2 Задняя нисходящая артерия, 3 Артерия синусового узла, 4 Артерия острого края, 5 Диагональная ветвь, 6 Интермедиарная ветвь

- А. 1, 3, 6
Б. 2, 3, 4
В. 5, 6
Г. 1, 6
Д. 2, 4, 5

15. Интервал PQ включает время проведения импульсов по:

- А. правому предсердию
Б. атриовентрикулярному узлу
В. ножкам пучка Гиса
Г. волокнам Пуркинье
Д. все ответы правильные

16. Критериями синусового ритма являются:

- А. наличие зубцов Р перед QRS
Б. равенство интервалов Р-Р и R-R
В. наличие положительных зубцов Р в отведениях 1,2, AVF, V1-V6
Г. наличие отрицательного зубца Р в отведении AVR и двухфазного зубца Р в отведении V1
Д. все перечисленное

17. Признаками гипертрофии правого предсердия на ЭКГ являются:

- А. ширина зубца Р в пределах до 0.1 с
Б. увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, AVF
В. заостренная форма зубцов Р в V1-V3
Г. все перечисленное

18. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ являются:

- А. увеличение (-) фазы зубца Р в отведении V1
Б. двугорбость зубца Р в I, AVL, V5, V6
В. уширение зубца Р более 0.11 с
Г. все перечисленное

19. К признакам гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой относятся:

- А. увеличение высоты зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6
- Б. увеличение глубины зубцов S в отведениях V1, V2
- В. дискордантное смещение сегмента ST и зубца T по отношению к главному зубцу комплекса QRS
- Г. все перечисленное

20. Признаками гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) являются:

- А. увеличение амплитуды зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6
- Б. Увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5, V6
- В. увеличение высоты зубцов T в отведениях V5, V6
- Г. все перечисленное

21. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ:

- А. инверсия зубцов T
- Б. подъема сегмента ST
- В. сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и (-) зубца T
- Г. увеличение амплитуды зубца T

22. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- А. нет изменений комплекса QRS
- Б. может быть депрессия сегмента ST
- В. может быть инверсия зубцов T, сохраняющаяся более 2 недель
- Г. может быть кратковременный подъем сегмента ST
- Д. возможны все перечисленные варианты

23. К формам нестабильной стенокардии относятся:

- А. впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию
- Б. прогрессирующая стенокардия напряжения
- В. постинфарктная стенокардия
- Г. все ответы правильные (А, Б, В)
- Д. правильного ответа нет

24. В левой передней косой проекции по заднему контуру сердца расположены:

- А. левый желудочек
- Б. приточный отдел правого желудочка
- В. выходной отдел правого желудочка
- Г. правое предсердие

25. При выборе типа коронарного кровоснабжения ориентируются на:

- А. Место отхождения передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- Б. Источник кровоснабжения нижнебоковой стенки левого желудочка
- В. Источник кровоснабжения передней стенки левого желудочка

- Г. Место отхождения устья правой коронарной артерии
- Д. Место отхождения ствола левой коронарной артерии

26. Правый тип коронарного кровоснабжения характеризуется:

- А. Отхождением задней нисходящей артерии от правой коронарной артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Б. Отхождением передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- В. Отхождением задней нисходящей артерии от передней нисходящей артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Г. Отхождением задней нисходящей артерии от огибающей ветви к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка

27. Левый тип коронарного кровоснабжения характеризуется:

- А. Отхождением задней нисходящей артерии от правой коронарной артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Б. Отхождением передней нисходящей артерии от ствола левой коронарной артерии
- В. Отхождением задней нисходящей артерии от передней нисходящей артерии к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка
- Г. Отхождением задней нисходящей артерии от огибающей ветви к нижней части межжелудочковой перегородки и заднебоковой стенки левого желудочка

28. Малый круг кровообращения при дефекте межжелудочковой перегородки:

- А. не изменен
- Б. гиперволемиа
- В. гиповолемиа

29. Легочный рисунок при тетраде Фалло:

- А. усилен за счет артериального русла
- Б. усилен за счет венозного русла
- В. обеднен

30. Как топографически расположена бедренная артерия в месте ее «привычной» пункции?

- А. Медиальнее бедренного нерва и латеральнее бедренной вены
- Б. Латеральнее бедренного нерва и медиальнее бедренной вены
- В. Латеральнее бедренного нерва и позади бедренной вены
- Г. Кпереди от бедренного нерва и медиальнее бедренной вены
- Д. Позади бедренного нерва и латеральнее бедренной вены

31. Рентгеноморфологический признак аневризмы восходящей части аорты в прямой проекции:

- А. расширение тени сосудистого пучка вправо
- Б. расширение правого предсердия
- В. отклонение контрастированного пищевода вправо

32. Легочная гипертензия является следствием:

- А. гиповолемии малого круга кровообращения
- Б. гиперволемии малого круга кровообращения
- В. гиперволемии большого круга кровообращения

Г. гиповолемии большого круга кровообращения

33. Укажите осложнения, которые могут возникнуть в месте пункции бедренной артерии: 1 Паховая гематома, 2 Забрюшинная гематома, 3 Анафилактический шок, 4 Нижняя параплегия, 5 Псевдоаневризма, 6 Повреждение мочевого пузыря, 7 Инфекция, 8 Разрыв аорты, 9 Бедренная грыжа

А. 1, 2, 3, 5, 9

Б. 1, 2, 5, 7

В. 2, 4, 5, 6, 7

Г. 1, 2, 4, 8

Д. 2, 3, 5, 6, 9

34. Укажите преимущества радиального доступа: 1 Отсутствие необходимости постельного режима, 2 Меньшая частота осложнений в месте доступа, 3 Отсутствие кровотечения после удаления интрадьюсера, 4 Не развиваются псевдоаневризмы, 5 Меньшая продолжительность и стоимость госпитализации, 6 Артерия удобна для пункции, вследствие ее большого диаметра

А. 1, 2

Б. 2

В. 3, 4, 5

Г. 1, 2, 5

Д. 1, 5, 6

35. Выберите метод определения состоятельности (компетентности) ладонной дуги:

А. Электроэнцефалография

Б. Артериография

В. Тест Аллена

Г. Пункция артерии

Д. Все ответы правильные

36. Укажите основные технические принципы выполнения коронарографии: 1 Катетер должен селективно и коаксиально стоять в проксимальном сегменте артерии, 2 Достаточно выполнить 2 проекции для правой коронарной артерии и 2 проекции для левой, 3 При контрастировании артерии должен наблюдаться рефлюкс контрастного вещества в аорту для оценки устья артерии, 4 При введении контрастного вещества необходимо получить металлоподобное контрастирование коронарных артерий в течение 3 сердечных циклов, 5 В идеале выполнять 2 взаимно перпендикулярные проекции интересующего сегмента, 6 Выводимые сегменты должны быть максимально укорочены.

А. 1, 3, 4

Б. 1, 3, 4, 5

В. 1, 2, 4

Г. 1, 2, 5, 6

Д. 2, 3, 5, 6

37. Существуют ли абсолютные противопоказания для выполнения коронарографии

А. Да

Б. Нет

38. При синдроме Эйзенменгера, в случае дефекта межжелудочковой перегородки, имеются следующие признаки:

- А. расщепление второго тона на основании сердца
- Б. акцент второго тона
- В. грубый и продолжительный систолический шум и мезодиастолический шум на верхушке сердца
- Г. диастолический шум на легочной артерии
- Д. правильно Б и Г

39. Выберите возможные варианты сосудистого доступа при выполнении коронарографии:

- А. Трансфеморальный
- Б. Трансрадиальный
- В. Трансаксиллярный
- Г. Трансультимарный
- Д. Все варианты правильные

40. Аномалия Эбштейна характеризуется всеми следующими анатомическими изменениями, за исключением:

- А. смещение створок трикуспидального клапана в правый желудочек сердца
- Б. укорочения хорд и гипоплазии папиллярных мышц трехстворчатого клапана
- В. вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна
- Г. увеличения правых отделов сердца
- Д. аномалии впадения легочных вен

41. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются:

- А. застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока
- Б. мерцательная аритмия
- В. частота обострений ревматического процесса
- Г. длительность порока
- Д. правильно А и Б

42. Беременность у женщин, страдающих митральным стенозом, допустима при:

- А. пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности: наличие признаков активности ревматизма (1 степени по Нестерову)
- Б. пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса
- В. декомпенсированном пороке сердца с признаками правожелудочковой недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (А-1 степени), свежесформировавшаяся мерцательная аритмия, легочная гипертензия (II стадия)
- Г. декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (А –II степени), атрио – или кардиомегалия, длительно существующая мерцательная аритмия с тромбоэмболическими проявлениями и легочной гипертензии (III стадия)
- Д. правильно А и Б

43. Пластическая операция при митральной недостаточности может быть выполнена при всех перечисленных состояниях клапана, за исключением:
- А. дилатации фиброзного кольца
 - Б. отрыва хорд более 2/3 передней створки
 - В. удлиненных хордальных нитей
 - Г. отрыва одной хорды от передней створки
44. Наиболее частой локализацией миксомы является:
- А. левый желудочек
 - Б. левое предсердие
 - В. правое предсердие
 - Г. правый желудочек
 - Д. левое и правое предсердие
45. 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
46. Наиболее частой причиной смерти при аортальном стенозе являются:
- А. сердечная недостаточность
 - Б. нарушения внутрисердечной гемодинамики
 - В. нарушения ритма
 - Г. коронарная недостаточность
 - Д. отек легких
47. Для левожелудочковой острой сердечной недостаточности характерно:
- А. увеличение печени
 - Б. периферические отеки
 - В. отек легкого
 - Г. асцит
 - Д. олигурия
48. Показаниями к операции при клапанном инфекционном эндокардите в активной фазе являются:
- А. некупируемая инфекция, бактериемия
 - Б. прогрессирующая сердечная недостаточность
 - В. эмболизация
 - Г. деструкция клапанов
 - Д. все перечисленное
49. Риск тромбоемболических осложнений при протезировании клапанов сердца:
- А. зависит от мерцательной аритмии
 - Б. уменьшается при протромбиновом времени в терапевтическом диапазоне
 - В. не зависит от аортальной и митральной позиций
 - Г. снижается, если используется биологический протез, а так же по мере удлинения сроков наблюдения
 - Д. все перечисленное

50. Что понимают под термином «ритм сердца»:

- А. последовательность 2 и более одинаковых импульсов
- Б. последовательность 3 и более одинаковых импульсов
- В. последовательность 4 и более одинаковых импульсов
- Г. последовательность 5 и более одинаковых импульсов

51. Кто впервые предложил использовать длительную запись ЭКГ для анализа аритмии (ЭКГ-мониторирование):

- А. Gilson
- Б. Hinkle
- В. Holter

52. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса характерен для:

- А. брадиаритмий с низкой частотой сердечных сокращений
- Б. тахиаритмий с высокой частотой сердечных сокращений

53. Электрод для постоянной эндокардиальной электрокардиостимуляции проводится через:

- А. подключичную вену
- Б. наружную яремную вену
- В. внутреннюю яремную вену
- Г. бедренную вену
- Д. плечеголовную вену

54. Показаниями для постоянной миокардиальной электрокардиостимуляции являются:

- А. высокий порог эндокардиальной ЭКС
- Б. необходимость ЭКС в раннем детском возрасте
- В. возникновение нарушений АВ- проводимости после кардиохирургических операций

55. Что понимают под «пейсмекерным» синдромом:

- А. приступы Морганьи-Адамса-Стокса на фоне дисфункции ЭКС
- Б. наличие тахикардии, связанной с работой ЭКС
- В. гемодинамические нарушения, вызванные нарушением синхронизации камер сердца при ЭКС

56. Какие режимы ЭКС понимают под физиологическими:

- А. VVI
- Б. AAI
- В. AOO
- Г. VOO
- Д. VAT
- Е. VDD
- Ж. DVI
- З. DDD

57. Может ли стать водителем автомобиля человек с ЭКС:

- А. не может

Б. может при отсутствии признаков МАС (Морганьи – Адамса – Стокса) до имплантации ЭКС

В. может при отсутствии признаков МАС после имплантации ЭКС

Г. может при отсутствии асистолии после прекращения функции ЭКС

58. Наиболее эффективными операциями, включая паллиативные, в настоящее время при фибрилляции предсердий являются (укажите 2 операции):

А. изоляция легочных вен

Б. процедура транссекции предсердий

В. деструкция пучка Гиса с имплантацией ЭКС

Г. изоляция предсердий

Д. операция создания «коридора» для проведения импульса

Е. операция «лабиринт»

59. Для операции эмболэктомии целесообразно использовать баллонный катетер:

А. Фогарти

Б. «Дует»

В. катетер Рашкинда

Г. любой баллонный катетер

60. Условиями радикальной эмболэктомии являются:

А. восстановление хорошего центрального кровотока

Б. восстановление хорошего ретроградного кровотока

В. полное удаление тромботических масс из дистального русла

Г. все перечисленное

61. При выполнении эндартерэктомии основная проблема это:

А. сужение артерии

Б. гемостаз после эндартерэктомии

В. фиксация дистальной интимы

Г. расширение артерии

Д. все перечисленное

62. К признакам неадекватного анастомоза после включения кровотока относится:

А. усиленная пульсация дистальнее анастомоза

Б. усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная дистальнее

В. ишемия конечности или органа

63. Отслойка дистальнее интимы, чаще всего, может произойти после:

А. эндартерэктомии

Б. наложения неадекватного анастомоза

В. эмболэктомии

Г. ангиографии

Д. все перечисленное

64. Типичный синдром Морфана включает:

А. высокий рост

Б. длинные конечности

- В. подвывих хрусталика
- Г. «паукообразные» пальца
- Д. все перечисленное

65. Дифференциальный диагноз аневризм грудной аорты следует проводить с:

- А. опухолями и кистами средостения
- Б. раком легкого
- В. раком бронхов
- Г. синдромом верхней полой вены
- Д. всеми перечисленными заболеваниями

66. Наиболее частой сопутствующей патологией при аневризмах брюшной аорты является:

- А. постинфарктный кардиосклероз
- Б. ишемическая болезнь сердца
- В. артериальная гипертензия
- Г. атеросклероз артерий нижних конечностей
- Д. все перечисленное

67. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:

- А. резекция и протезирование
- Б. шунтирование
- В. эндартерэктомии
- Г. экстраанатомическое шунтирование
- Д. тромбэктомия

68. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

- А. врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- Б. нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- В. нарушение функции коммуникативных вен
- Г. развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- Д. все перечисленное

69. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:

- А. тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
- Б. удаление варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
- В. удаление малой подкожной вены при ее поражении
- Г. над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен
- Д. всего перечисленного

70. В послеоперационном периоде после флебэктомии выполняется:

- А. антибиотикотерапия
- Б. ранняя активизация больных
- В. физиотерапия
- Г. ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
- Д. все перечисленное

71. Патология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:
- А. наличием варикозного расширения поверхностных вен
 - Б. патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
 - В. развитием венозной гипертензии в нижней конечности
 - Г. разрушением клапанов коммуникантных вен
 - Д. всем перечисленным
72. При хирургическом лечении посттромбофлебитической болезни в настоящее время наиболее часто применяется:
- А. операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему
 - Б. операция Кокета
 - В. экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен
 - Г. аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен
 - Д. операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией
73. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:
- А. венозная застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностях
 - Б. венозная застой в головном мозгу
 - В. симптоматика основного заболевания
 - Г. нарушение сердечной гемодинамики.
 - Д. все перечисленное
74. Синдром Педжета-Шреттера это:
- А. острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
 - Б. хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
 - В. острый тромбоз бассейна верхней полой вены
 - Г. посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
 - Д. данный синдром не относится к венозной патологии
75. Радикальной операцией при болезни Педжета- Шреттера следует считать:
- А. венолизис
 - Б. тромбэктомию
 - В. резекцию первого ребра
 - Г. скаленотомию
 - Д. аутовенозное шунтирование
 - Е. Комбинация операций в зависимости от операций
76. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является:
- А. тромбэктомия
 - Б. резекция первого ребра, скаленотомия
 - В. аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза
 - Г. аутовенозное протезирование
 - Д. аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и

устранение причины тромбоза

77. В клинической картине синдрома Клиппель-Треноне ведущую роль играют:

- А. пигментные сосудистые пятна
- Б. варикоз подкожных вен
- В. значительное увеличение объема мягких тканей конечности
- Г. все перечисленное

78. Парциальная окклюзия магистральных вен, как профилактика тромбоэмболии легочной артерии, возможна:

- А. пликацией швами
- Б. гладкой клеммой
- В. имплантацией зонтичного фильтра
- Г. всеми перечисленными методами

79. При эмболии верхней брыжеечной артерии с клиникой острого нарушения мезентериального кровообращения операцией выбора является:

- А. протезирование артерии
- Б. шунтирование артерии
- В. эндартерэктомия
- Г. тромбоэмболэктомия
- Д. Баллонная пластика со стентированием
- Е. все перечисленное

80. Операцией выбора при тромбозе и эмболии почечной артерии без органического сужения является:

- А. протезирование почечной артерии эксплантатом
- Б. шунтирование аутовеной
- В. трансартериальная эндартерэктомия
- Г. трансаортальная тромбоэмболэктомия
- Д. все перечисленные методы

81. Абсолютными противопоказаниями к операции на сосудах при острой артериальной непроходимости являются:

- А. агональное состояние больного
- Б. тотальная ишемическая контрактура
- В. ишемия IIIA степени, обусловленная тромбозом подколенной артерии
- Г. все перечисленное
- Д. только А и Б

82. К особенностям хирургического вмешательства при разрыве аневризмы брюшной аорты относятся:

- А. большая кровопотеря
- Б. гипотония у больного
- В. необходимость быстро закончить операцию
- Г. быстрое пережатие аорты выше аневризмы
- Д. все перечисленное

83. Операцией выбора при разрыве аневризмы дистальных периферических артерий является резекция аневризмы с:
- А. протезированием эксплантатом
 - Б. шунтирование эксплантатом
 - В. внутрисосудным протезированием
 - Г. аутовенозным протезированием
 - Д. аутовенозным шунтированием
84. Острые венозные тромбозы глубоких вен нижних конечностей следует лечить оперативным путем, если от момента начала заболевания прошло не более:
- А. 1-3 суток
 - Б. до 5 суток
 - В. до 7 суток
 - Г. 7-10 суток
 - Д. консервативное лечение всегда дает лучший эффект
85. Сочетанное ранение артерии и вены приводит к:
- А. тромбозу глубоких вен
 - Б. артериальному тромбозу
 - В. венозной аневризме
 - Г. дистальной артериальной эмболии
 - Д. артериовенозному свищу
86. При открытых повреждениях сердца характерно:
- А. наличие раны в проекции сердца
 - Б. симптомы малокровия
 - В. симптомы тампонады сердца
 - Г. правильно Б и В
 - Д. все перечисленные
87. Для больных ишемической болезнью сердца наиболее важным прогностическим показателем является:
- А. частота стенокардических признаков
 - Б. уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии
 - В. количество желудочковых экстрасистол при нагрузке
 - Г. регулярность выполнения физических упражнений
 - Д. курение более 20 сигарет в день
88. Для больных с нестабильной стенокардией следующие положения не являются правильными:
- А. поражение ствола левой коронарной артерии встречается чаще, чем у больных со стабильной стенокардией
 - Б. больные с транзиторным подъемом сегмента ST в время приступа имеют плохой прогноз
 - В. больные имеют повышенный риск смерти или развития инфаркта миокарда в течение первых 3 месяцев
 - Г. больные с эпизодами пролонгированных ишемических болей при отсутствии

объективных данных за инфаркт миокарда имеют такую же смертность в течение первого

года, как и больные с перенесенными инфарктом миокарда

Д. риск внезапной смерти или инфаркта миокарда в течение первых 2-3 недель после возникновения нестабильности превышает 30%

89. Для хирургии коронарных сосудов все перечисленное правильно, за исключением:

А. периоперационный инфаркт составляет 4-6 %

Б. нет различий в проходимости между аутовенозными, аортокоронарными и маммарокоронарными шунтами в течение 1 год после операции

В. имеются значительные различия в проходимости между аутовенозными и маммарными шунтами через 10 лет после операции

Г. во внутренней грудной артерии через 10 лет патологические изменения практически отсутствуют, в то время, как встречаются более чем в 50% в венозных шунтах

Д. прогноз больных улучшается при применении маммарно-коронарного шунтирование передней межжелудочковой ветви

90. Выберите катетеры для выполнения ангиографии левой коронарной артерии: 1

Judkins Right, 2 Amplatz Left, 3 Pig tail, 4 Judkins Left, 5 Amplatz Right, 6 Heard hunter

А. 1, 3, 5, 6

Б. 2, 3, 6

В. 1, 2

Г. 2, 4

Д. 4

91. Какой размер диагностического катетера Judkins Left, вы выберете для пациентов с нормальным диаметром восходящей аорты?

А. Judkins Left 4,0

Б. Judkins Left 3,5

В. Judkins Left 3,0

Г. Judkins Left 5,0

Д. Judkins Left 6,0

92. Применение контрпульсации внутриаортальным баллоном:

А. способствует улучшению сердечного выброса у больных с острой сердечной недостаточностью после аортокоронарного шунтирования, плохо поддающийся инотропной терапии

Б. применяется при остром инфаркте миокарда, осложнившимся образованием дефекта межжелудочковой перегородки

В. применяется при нестабильной стенокардии, рефрактерной к медикаментозной терапии

Г. применяется для разгрузки желудочка при аортальной недостаточности

93. При выборе показаний к аортокоронарному шунтированию важную роль играет:

А. возраст больного

Б. количество перенесенных инфарктов миокарда

В. частота пульса

Г. показатель суммарного риска по шкале SYNTAX score

Д. количество принимаемых антиангинозных препаратов

94. Диагноз инфаркта миокарда устанавливается на основании: 1 Клинической картины, сопровождающейся стойким болевым синдромом. 2 Гипотонии и холодного, липкого пота. 3 Повышенной раздражительности больного. 4 Повышением уровня сердечных тропонинов. 5 Повышения уровня щелочной фосфатазы. 6 Изменения сегмента ST на электрокардиограмме.

А. 1,2,4

Б. 1,2,3

В. 2,4,6

Г. 1,5,6

Д. 1,4,6

95. Показанием к хирургическому лечению постинфарктной аневризмы левого желудочка является:

А. тромбоз полости аневризмы при асимптомном течение заболевания

Б. сердечная недостаточность при размерах рубцового поля не более 30%

В. желудочковая аритмия

Г. сердечная недостаточность при размерах аневризмы 10% и фракции выброса сокращающейся части мене 30%

Д. стенокардия при однососудистом поражении в бассейне аневризмы

96. Из указанного списка выберите антиагрегантные препараты: 1 Стрептокиназа. 2 Урокиназа. 3 Клопидогрел. 4 Эноксапарин. 5 Тикагрелор. 6 Дабигатран. 7 Тканевой активатор плазминогена. 8 Аспирин. 9 Ривароксабан.

А. 3,5,8

Б. 7,8,9

В. 1,4,5

Г. 5,6,9

Д. 2,7,9

97. Из указанного списка выберите препараты для тромболизиса: 1 Стрептокиназа. 2 Урокиназа. 3 Клопидогрел. 4 Эноксапарин. 5 Тикагрелор. 6 Дабигатран. 7 Тканевой активатор плазминогена. 8 Аспирин. 9 Ривароксабан.

А. 3,5,8

Б. 7,8,9

В. 1,2,7

Г. 4,6,9

Д. 2,7,9

98. Из указанного списка выберите названия лекарств, которыми покрывают коронарные стенты: 1 Симвастатин. 2 Эверолимус. 3 Таклитаксел. 4 Эноксапарин. 5 Аспирин 6 Дабигатран. 7 Зотаралимус. 8 Сиролимус. 9 Ривароксабан.

А. 1,2,3,9

Б. 2,3,6,8

В. 1,4,5,7

Г. 3,5,6,9

Д. 2,3,7,8

99. Профилактика острого тромбоза стента включает:

- А. Раннюю активизацию больного после чрескожного вмешательства
- Б. Назначение статинов в максимальных дозах
- В. Ношение компрессионного трикотажа
- Г. Назначение двойной антиагрегантной терапии минимум за 4 дня до чрескожного вмешательства
- Д. Назначение двойной антиагрегантной терапии и непрямого антикоагулянта минимум за 4 дня до чрескожного вмешательства

100. Выберите методы неотложной помощи при асистолии: 1 Установка электрода для временной кардиостимуляции. 2 Дефибрилляция. 3 Непрямой массаж сердца. 4 Внутривенное введение кортикостероидов. 5 Гемотрансфузия.

- А. 1,2
- Б. 1,3
- В. 1,4
- Г. 3,5
- Д. 2,5

2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПСИХОТЕРАПИЯ

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

Общие вопросы.

1. История развития рентгенэндоваскулярных диагностических методик. Основоположники диагностических катетеризационных и ангиокардиографических исследований, их работы.
2. Доступы для эндоваскулярных вмешательств. Общие принципы проведения диагностических исследований. Критерии качества и адекватности исследования. Возможные осложнения, меры их профилактики.
3. Методика и техника селективной коронарографии. Показания к проведению. Критерии качества. Доступы. Возможные осложнения, профилактика и лечение.
4. Инструментарий и оборудование для проведения коронарографии и рентгенэндоваскулярных вмешательств на коронарных артериях. Требования к ангиокардиографической аппаратуре. Требования к персоналу, нормативные акты.
5. Ангиокардиографическая аппаратура. Основные элементы, основные принципы работы. Архивация ангиокардиографических исследований
6. Ангиографическая диагностика при поражении брахиоцефальных артерий.
7. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики при поражениях сонных артерий. Осложнения и меры их профилактики.
8. Неинвазивные методы диагностики патологии брахиоцефальных артерий.
9. Неинвазивные методы диагностики вазоренальной гипертензии.

10. Ангиографическая диагностика при поражении почечных артерий, показания, техника выполнения, осложнения и меры их профилактики.
11. Неинвазивные методы диагностики при поражении артерий нижних конечностей.
12. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики при патологии артерий нижних конечностей. Показания и противопоказания. Осложнения.
13. Аневризмы грудного и брюшного отделов аорты. Инвазивная (ангиографическая) диагностика.
14. Аневризмы грудного и брюшного отделов аорты: неинвазивная диагностика.
15. Инвазивная и неинвазивная диагностика патологии висцеральных ветвей брюшной аорты.
16. Ангиопульмонография. Показания, противопоказания. Техника вмешательства. Инструментарий. Осложнения и их профилактика.
17. Методы диагностики тромбоэмболии легочной артерии. Преимущества и недостатки методов. Показания. Осложнения.
18. Инструментарий для проведения рентгенэндоваскулярных исследований
19. Контрастное вещество. Основные типы. Клиническая фармакология. Возможные осложнения и меры их профилактики.
20. Анестезиологическое обеспечение проведения ангиокардиографических исследований в разных возрастных группах

Частые вопросы

1. История развития рентгенэндоваскулярных методов лечения. Этапы развития рентгенэндоваскулярных лечебных вмешательств.
2. Рентгенэндоваскулярные лечебные вмешательства, основные виды. Принципы выполнения. Критерии эффективности. Возможные осложнения, меры их профилактики.
3. Инструментарий для проведения рентгенэндоваскулярных лечебных вмешательств.
4. Анестезиологическое обеспечение рентгенэндоваскулярных лечебных вмешательств. Общие принципы.
5. Современное состояние и перспективы консервативного лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Основные принципы консервативного лечения заболеваний сердца и сосудов.
6. Методы неинвазивной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Основные принципы функциональной диагностики заболеваний сердца и сосудов
7. Основные методы неинвазивной диагностики ИБС. Принципы консервативного лечения ИБС.
8. Чрескожные коронарные вмешательства. Краткий исторический обзор. Методика и техника. Медикаментозная терапия. Предоперационное обследование, послеоперационное ведение пациентов.
9. Стентирование коронарных артерий. Типы эндопротезов. Краткий обзор крупных рандомизированных исследований.

10. Стентирование коронарных артерий. Достоинства и недостатки стентов с лекарственным покрытием. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов.
11. Возможные осложнения при выполнении коронарной ангиопластики. Меры профилактики, лечения. Кардиохирургическая поддержка. Стратификация риска.
12. Рентгенэндоваскулярное лечение при одно- и многососудистом поражении коронарных артерий. Сравнение результатов ангиопластики и коронарного шунтирования.
13. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при остром инфаркте миокарда.
14. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при нестабильной стенокардии.
15. Лечение острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе и во время госпитализации в стационар
16. Сравнение результатов различных методов лечения острого коронарного синдрома.
17. Современные возможности лечения острого коронарного синдрома.
18. Рентгенэндоваскулярные методы лечения у больных с возвратом стенокардии после операции АКШ.
19. Рентгенэндоваскулярные методы лечения у больных с сочетанием ИБС и приобретенных пороков сердца, заболеваниях сосудистой системы.
20. Рентгенэндоваскулярные методы лечения хронических тотальных окклюзий коронарных артерий. 21. Рентгенэндоваскулярные методы лечения хронических тотальных окклюзий коронарных артерий. Современные рекомендации. Анализ рандомизированных исследований. Типы используемых эндопротезов.
22. Рентгенэндоваскулярные методы лечения хронических тотальных окклюзий коронарных артерий. Принципы ретроградной реканализации. Инструментарий. Преимущества, недостатки, осложнения. 23. Рентгенэндоваскулярные методы лечения устьевых поражений коронарных артерий.
24. Рентгенэндоваскулярные методы лечения бифуркационных поражений коронарных артерий. Классификация бифуркационных стенозов. Методики бифуркационного стентирования. Преимущества и недостатки.
25. Рентгенэндоваскулярные методы лечения бифуркационных поражений коронарных артерий. Современная стратегия эндоваскулярного лечения.
26. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при поражении основного ствола ЛКА.
27. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при поражении основного ствола ЛКА. Сравнительный анализ результатов эндоваскулярного и хирургического лечения.
28. Рентгенэндоваскулярное лечение больных с выраженной дисфункцией миокарда левого желудочка. Системы поддержки миокарда.
29. Новые методы визуализации и физиологической оценки при выполнении чрескожных коронарных вмешательств, их значение и прогностическая ценность:

ВСУЗИ, ангиоскопия, интракоронарный доплер, оптическая когерентная томография.

30. Рентгенэндоваскулярные методы лечения брахиоцефальных артерий.

31. Ангиопластика и стентирование подключичных артерий и брахиоцефального ствола. Показания и противопоказания к выполнению рентгенэндоваскулярных вмешательств при патологии подключичных артерий и брахиоцефального ствола. Осложнения, меры их профилактики.

32. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при поражениях сонных артерий. Показания и противопоказания к выполнению ангиопластики и стентирования при патологии сонных артерий.

33. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при поражениях сонных артерий. Осложнения и меры их профилактики. Системы защиты головного мозга, используемые при выполнении рентгенэндоваскулярных вмешательств на сонных артериях.

34. Рентгенэндоваскулярные вмешательства при патологии позвоночных артерий. Показания и противопоказания к выполнению рентгенэндоваскулярных вмешательств при патологии позвоночных артерий. Осложнения и меры их профилактики.

35. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при вазоренальной гипертензии. Показания и противопоказания к выполнению ангиопластики и стентирования при сужениях почечных артерий. Осложнения и меры их профилактики при выполнении рентгенэндоваскулярной коррекции сужений почечных артерий.

36. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при вазоренальной гипертензии. Отбор пациентов. Показания к стентированию почечных артерий. Отдаленные результаты.

37. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при патологии артерий нижних конечностей. Показания и противопоказания при выполнении ангиопластики и стентирования артерий нижних конечностей.

38. Рентгенэндоваскулярные методы лечения синдрома Лериша. Инструментарий. Показания и противопоказания. Осложнения. Непосредственные и отдаленные результаты и методы их оценки.

39. Рентгенэндоваскулярные методы лечения критической ишемии нижних конечностей. Инструментарий. Непосредственные и отдаленные результаты и способы их улучшения.

40. Рентгенэндоваскулярные методы лечения критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом. Особенности вмешательств. Инструментарий. Осложнения. Отдаленный прогноз. 41. Гибридные вмешательства у больных с атеросклерозом артерий нижних конечностей. Виды вмешательств. Достоинства и недостатки методов. Показания и противопоказания. Осложнения. Особенности послеоперационного периода.

42. Гибридные вмешательства у больных с мультифокальным атеросклерозом. Виды вмешательств. Показания и противопоказания. Осложнения. Особенности интра- и послеоперационного периода.

43. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при аневризмах грудной. Показания, типы операций, виды эндопротезов, результаты. Осложнения и меры их профилактики.
44. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при аневризмах супраренального отдела брюшной аорты. Показания, типы операций, виды эндопротезов, результаты. Осложнения и меры их профилактики.
45. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при аневризмах инраренального отдела брюшной аорты. Показания, типы операций, виды эндопротезов, результаты. Осложнения и меры их профилактики.
46. Рентгенэндоваскулярное лечение торакоабдоминальных аневризм аорты. Показания, виды эндопротезов, результаты. Осложнения и меры их профилактики.
47. Гибридные вмешательства у больных с торакоабдоминальными аневризмами аорты. Показания, противопоказания. Виды вмешательств. Осложнения и меры их профилактики. Отдаленные результаты.
48. Мезентериальный тромбоз. Этиология, клиническая картина. Показания к рентгенэндоваскулярным методам лечения. Виды вмешательств. Осложнения. Прогноз.
49. Хроническая ишемия органов пищеварения. Этиология, клиническая картина. Показания к рентгенэндоваскулярным методам лечения. Виды вмешательств. Осложнения. Прогноз.
50. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Клиника. Основные принципы консервативного и хирургического лечения. Меры профилактики.
51. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Клиника. Рентгенэндоваскулярные методы лечения в профилактике ТЭЛА. Современные рекомендации по лечению ТЭЛА.
52. Типы кава-фильтров, показания к имплантации. Осложнения, меры их профилактики.
53. Рентгенэндоваскулярные методы лечения при ТЭЛА. Селективный лизис, тромбоэкстракция. Показания, противопоказания, осложнения.
54. Современное состояние и перспективы неврологии и нейрохирургии. Основные принципы консервативного и нейрохирургического лечения заболеваний нервной системы
55. Артерио-венозные мальформации супра- и субтенториальной локализации. Показания к выполнению и типы рентгенэндоваскулярных вмешательств, методика и техника, результаты. Возможные осложнения и меры их профилактики
56. Артерио-венозные мальформации вены Галена. Показания к выполнению и типы рентгенэндоваскулярных вмешательств, методика и техника, результаты. Возможные осложнения и меры их профилактики
57. Краниофациальные дисплазии. Показания к выполнению и типы рентгенэндоваскулярных вмешательств, методика и техника, результаты. Возможные осложнения и меры их профилактики.

58. Аневризмы сосудов головного мозга, экстракраниального отдела ВСА. Классификация. Показания к выполнению и типы рентгенэндоваскулярных вмешательств, методика и техника, результаты. Возможные осложнения и меры их профилактики

59. Прямые каротидно-кавернозные соустья. Показания к выполнению и типы рентгенэндоваскулярных вмешательств, методика и техника, результаты. Возможные осложнения и меры их профилактики. 60. Стенозирующие поражения интракраниальных отделов брахиоцефальных артерий. Показания к выполнению и типы рентгенэндоваскулярных вмешательств, методика и техника, результаты. Возможные осложнения и меры их профилактики.

61. Ревматический стеноз митрального клапана. Анатомия и гемодинамика порока. Показания и противопоказания к проведению митральной вальвулопластики. Методика, техника и механизм операции. Результаты. Осложнения.

62. Ревматический стеноз аортального клапана. Анатомия и гемодинамика порока. Показания и противопоказания к проведению аортальной вальвулопластики. Методика, техника и механизм операции. Результаты. Осложнения.

63. Эндопротезирование клапанов сердца. Определение показаний и противопоказаний, отбор кандидатов для выполнения вмешательств.

64. Эндопротезирование клапанов сердца. Типы эндопротезов. Методика выполнения процедуры, возможные осложнения и меры их профилактики. Непосредственные результаты.

65. Эндопротезирование клапанов сердца. Ведение пациентов в послеоперационном периоде. Отдаленные результаты.

66. Стеноз трикуспидального клапана. Анатомия и гемодинамика порока. Показания и противопоказания к проведению вальвулопластики трикуспидального клапана. Методика, техника и механизм операции. Результаты. Осложнения.

67. Сосудистые опухоли (гемангиомы). Этиология, клиника. Диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения, показания и противопоказания к выполнению и типы вмешательств, методика и техника, результаты. Осложнения и меры профилактики.

68. Онкологические заболевания. Роль и место рентгенэндоваскулярных методов в диагностике и лечении опухолевых новообразований. Осложнения и меры профилактики.

69. Внутриартериальные вмешательства: регионарная химиоинфузия, иммунотерапия, химиоэмболизация с масляными препаратами, химиоэмболизация с микросферами, эмболизация с микросферами, эмболизация гемостатическая перед операцией, термоаблацией, эмболизация гемостатическая при кровотечениях, редукция кровотока. Внутривенные вмешательства: эмболизация ветвей воротной вены перед гемигепатэктомией, эмболизация

варикозных вен желудка, регионарная портальная химиоинфузия, стентирование вен.

70. Миомы матки. Этиология, клиника. Диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения. Рентгенэндоваскулярные методы диагностики и лечения, показания и противопоказания к выполнению и типы вмешательств, методика и техника, результаты. Осложнения и меры профилактики. Рентгенэндоваскулярные методики в гинекологической практике.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

1. Катетеризация центральной вены различными общепринятыми доступами.
2. Катетеризация артерий и налаживание артериального доступа: трансфеморального, включая антеградный, трансрадиально, трансаксиллярно, транскубитально.
3. Знание и управление основными возможностями современной ангиографической установки, включая постобработку полученных данных.

- 4.Выполнение аортографии всех отделов аорты, включая ротационную плоскопанельную ангиографию.
- 5.Выполнение селективной артериографии артерий всех сосудистых бассейнов.
- 6.Выполнение селективной коронарографии.
- 7.Выполнение левой и правой вентрикулографии.
- 8.Выполнение инвазивной интравенозной и интраартериальной манометрии.
- Выполнение измерения трансортального градиента.
- Выполнение селективной катетеризации коронарного синуса.
- Выполнение биопсии миокарда правого желудочка.
- Выполнение флебографии основных венозных бассейнов и каваграфии.
- Выполнение пункции перикарда.
- Имплантация кава-фильтра.
- 15.Выполнение ангиопластики и стентирования периферических артерий, висцеральных ветвей аорты.
- Выполнение ангиопластики и стентирования коронарных артерий при хронической ИБС и при остром инфаркте миокарда.
- Выполнение селективного регионального тромболизиса при острых артериальных и венозных тромбозах.
- 18.Выполнение процедуры тромбоаспирации с использованием мануальных тромбоаспирации катетеров и автоматизированных катетеров и автоматизированных устройств на артериях и венах различных бассейнов.
19. Выполнение артериального гемостаза с использованием различных механических устройств.

3.ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Ситуационная задача № 1

Больной 66 лет обратился с жалобами на периодически возникающие чувство онемения в правой верхней и нижней конечности, шум в голове, мелькание «мушек» перед глазами. Подобные жалобы отмечает на протяжении последних 6 месяцев. На момент осмотра больного ничего не беспокоит. Состоит на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом – ИБС. Стенокардия напряжения 1 ф.к. Гипертоническая болезнь. Больной повышенного питания. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 130\80 мм рт. ст., D=S.

Движения, чувствительность в конечностях в полном объеме. Икроножные мышцы мягкие, безболезненные. Пульс определяется на всех периферических артериях. Выслушивается систолический шум над проекцией левой сонной артерии.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Патогенез
3. Наиболее частые локализации поражения при этом заболевании
4. Дифференциальный диагноз
5. Перечислите необходимые инструментальные методы обследования
6. Необходимые лабораторные исследования
7. Какая консервативная терапия должна проводиться.
8. Ведущий признак эффективности консервативной терапии.
9. Какие варианты оперативного лечения возможны
10. Наиболее перспективное направление в разработке методов лечения данной патологии

Ситуационная задача № 2

Больной 63 лет обратился с жалобами на чувство шума в голове, мелькание «мушек» перед глазами, возникающие после физической нагрузки на правую верхнюю конечность. Подобные жалобы отмечает на протяжении последних 6 месяцев. На момент осмотра больного ничего не беспокоит. Состоит на диспансерном учете у кардиолога с диагнозом - Гипертоническая болезнь 2 ст., риск 2. При осмотре - дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в мин., АД D 110\60, S 160\90 мм рт. ст. Пульс на правой верхней конечности на лучевой и локтевой артериях не определяется, на плечевой резко ослаблен. На левой верхней конечности на артериях предплечья четкий. Пульс на нижних конечностях на артериях стоп. Систолический шум выслушивается в надключичной области справа, над правой сонной артерией.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Патогенез.
3. Наиболее частые локализации поражения при этом заболевании.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Перечислите необходимые инструментальные методы обследования.
6. Необходимые лабораторные исследования.
7. Какая консервативная терапия должна проводиться.
8. Ведущий признак эффективности консервативной терапии.
9. Какие варианты оперативного лечения возможны.
10. Наиболее перспективное направление в разработке методов лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 3

Больной 59 лет был направлен на консультацию к сосудистому хирургу с приема невролога. 2 месяца назад перенес ишемический инсульт в бассейне левой среднемозговой артерии. К настоящему времени сохраняется неврологический дефицит, но отмечается положительная динамика восстановления функций. По данным

дуплексного сканирования ветвей дуги аорты имеется субтотальный стеноз левой внутренней сонной артерии до 95%, атеросклеротическая бляшка неоднородной структуры. Левая наружная сонная артерия стенозирована до 45%, правая внутренняя сонная артерия до 30%. Остальные исследуемые артерии без признаков гемодинамически значимых поражений. При осмотре – парез правой верхней и нижней конечности. Птоз верхнего правого века, угол рта справа опущен. АД 150\90 мм рт. ст., D=S, ЧСС 86 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов не выслушивается. Пульс определяется на всех периферических артериях, на левой сонной артерии значительно ослаблен. Систолический шум выслушивается над правой сонной артерией, над остальными магистральными артериями не выслушивается.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Патогенез.
3. Наиболее частые локализации поражения при этом заболевании.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Перечислите необходимые инструментальные методы обследования.
6. Необходимые лабораторные исследования.
7. Какая консервативная терапия должна проводиться.
8. Ведущий признак эффективности консервативной терапии.
9. Какие варианты оперативного лечения возможны.
10. Наиболее перспективное направление в разработке методов лечения данной патологии

Ситуационная задача № 4

Больной 46 лет переведен из терапевтической клиники в отделение хирургии сосудов через 4 часа после возникновения резких болей в левой стопе, голени. При осмотре – левая нижняя конечность холодная на ощупь. Кожа левой стопы бледная, голень мраморной окраски, поверхностные вены спавшиеся, чувствительность на пальцах стопы снижена, активные движения в суставах левой стопы несколько ограничены, при пассивном сгибании голеностопного и коленного сустава объем движений не ограничен. Икроножные мышцы уплотнены, резко болезненны при пальпации. Пульсация левой подколенной артерии и артерий стопы не определяется. На правой нижней конечности пульс на обеих артериях стопы. Систолический шума в проекции магистральных артерий не выслушивается. АД- 140/80 мм рт. ст. Пульс аритмичен, мерцательная аритмия – 100 уд.в 1 мин. Дефицит пульса - 16 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, участвует в акте дыхания. Дыхание проводится во все отделы легких. Диурез сохранен. Мочевина, креатинин в пределах нормы.

ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?
2. Между заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Этиология выбранного Вами заболевания.
4. Какие дополнительные обследования нужны на данном этапе заболевания.
5. Укажите характер лечения выбранного Вами заболевания - консервативное или оперативное?
6. Какая консервативная терапия должна быть начата в хирургическом отделении.

7. Показания для хирургического лечения.
8. Возможные осложнения в ближайшем постоперационном периоде.
9. Терапия в постоперационном периоде

Ситуационная задача № 5

Больной 32 лет переведен из ревматологического отделения, где находился на лечении по поводу активной фазы ревматизма, сочетанного порока сердца (комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза, недостаточность аортального и правого предсердно-желудочкового клапанов). Предъявляет жалобы на боли, онемение в левой кисти, возникшие 6 часов назад.

При осмотре – состояние тяжелое. Одышка. ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ясные, систолический и диастолический шум на верхушке, диастолический шум на аорте, над правым предсердно-желудочковым клапаном. Дыхание проводится во все отделы легких, незначительное количество влажных хрипов. Пульс 52 в мин., аритмичный. АД 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Кожные покровы левой кисти и нижней трети предплечья бледные, прохладные на ощупь. Отека конечности нет. Активные и пассивные движения в суставах кисти в полном объеме. Поверхностная чувствительность несколько снижена, глубокая сохранена. Пульсация определяется на плечевой артерии в средней трети плеча. На остальных периферических артериях пульс четкий. Систолический шум над магистральными артериями не выслушивается.

ЗАДАНИЕ

1. Диагноз?
2. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Этиология выбранного Вами заболевания.
4. Какие дополнительные обследования нужны на данном этапе заболевания?
5. Укажите характер лечения выбранного Вами заболевания - консервативное или оперативное?
6. Какая консервативная терапия должна быть начата в хирургическом отделении.
7. Показания для хирургического лечения.
8. Ход операции.
9. Осложнения в ближайшем постоперационном периоде.
10. Терапия в постоперационном периоде.
11. Обследование в постоперационном периоде

Ситуационная задача № 6

При выполнении коронарной ангиографии Вы видите представленную картину (Микрофото № 1)



Микрофото № 1. Коронарная ангиография.

Инструкция: выберите один наиболее правильный ответ.

В какой проекции сделан представленный снимок

(Микрофото № 1) А. Прямой

Б. Правой косой с каудальной

ангуляцией В. Правой косой с

краниальной ангуляцией

Г.левой косой с краниальной

ангуляцией Д. "Спайдер"

Ответ: Б.

1. По представленной картине (микрофото № 1) можно сделать заключение, об окклюзии: А. Проксимального сегмента передней нисходящей артерии Б. Проксимального сегмента огибающей артерии В. Среднего сегмента передней нисходящей артерии

Г. Проксимального сегмента правой

коронарной артерии Д. Среднего сегмента

правой коронарной артерии Ответ: Б.

2. На представленной картине (микрофото № 1) постокклюзионные

отделы заполняются: А. Rentrop 0

Б. Rentrop 1

В. Rentrop 2

Г. Rentrop 3

Д. Rentrop 4 Ответ: А.

3. Для оптимальной визуализации пораженного сегмента артерии необходимо

выполнение дополнительной проекции:

А. Прямой

Б. Правой косой с каудальной

ангуляцией В. Правой косой с

краниальной ангуляцией Г.левой

косой с краниальной ангуляцией

Д. "Спайдер"

Ответ: Д.

Ситуационная задача №7:

В Вашу клинику поступил мужчина 58 лет. У пациента в настоящее время на фоне принимаемых максимальных доз антиангинальных препаратов сохраняется стенокардия напряжения 3 ФК. По данным ЭКГ и ЭХО-КГ в покое патологии не выявлено. Результат стресс теста оценен в минус 12 баллов по шкале Duke.

Пациенту выполнена коронарная ангиография

(Микрофото № 2) на которой выявлено однососудистое поражение.



Микрофото № 2. Коронарная ангиография

Инструкция: выберите один наиболее правильный ответ.

1. При описании коронарной ангиографии (Микрофото № 2) Ваше заключение должно включать следующее утверждение, что имеет место значимый стеноз:

А. Ствола ЛКА

Б. Передней

нисходящей

артерии В.

Огибающей

артерии

артерии Г.

Ветви тупого

края

Д. Ветви острого края Ответ: Г.

2. Оптимальной тактикой лечения является выполнение:

А. Баллонной ангиопластики

Б. Коронарного стентирования с голометаллическим стентом

В. Коронарного стентирования стентом с лекарственным

покрытием Г. Коронарного шунтирования пораженной артерии

артериальным аутоотрансплантантом

Д. Коронарного шунтирования пораженной артерии

венозным аутоотрансплантантом Ответ: В.

3. После выписки пациента антиагрегантная терапия должна включать препараты:

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3) - 76 – 90% Хорошо (4) -91-100 Отлично (5)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75 76– 90 91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)