

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

Направленность (профиль) программы

Сердечно-сосудистая хирургия

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 30.06.2021 № 563, педагогическими работниками межкафедрального объединения: кафедры госпитальной хирургии №1 им. В.С. Маята ИХ, кафедры факультетской хирургии ИХ, кафедры факультетской хирургии № 1 ИХ.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Северцев Алексей Николаевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой госпитальной хирургии №1 им. В.С. Маята ИХ
2	Ступин Виктор Александрович	д.м.н, профессор	Профессор кафедры госпитальной хирургии №1 им. В.С. Маята ИХ
3	Абрамов Игорь Сергеевич	д.м.н, профессор	Профессор кафедры госпитальной хирургии №1 им. В.С. Маята ИХ
4	Кротовский Алексей Георгиевич	д.м.н, профессор	Профессор кафедры госпитальной хирургии №1 им. В.С. Маята ИХ
5	Затевахин Игорь Иванович	д.м.н, академик РАН, профессор	Заведующий кафедрой факультетской хирургии ИХ
6	Шиповский Владимир Николаевич	д.м.н, профессор	Профессор кафедры факультетской хирургии ИХ
7	Сажин Александр Вячеславович	д.м.н, профессор, член-корреспондент РАН	Заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 ИХ
8	Вирганский Анатолий Олегович	д.м.н, профессор	Профессор кафедры факультетской хирургии № 1 ИХ

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании межкафедрального объединения, протокол от «_____» мая 2026 г. № _____.

Руководитель межкафедрального объединения _____ /Северцев А.В./

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	8
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	46
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации.....	47

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности 31.08.63 «Сердечно-сосудистая хирургия».

Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных Университетом самостоятельно на основе требований профессионального стандарта Врач-сердечно-сосудистый хирург и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач - сердечно-сосудистый хирург – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
		УК-1.2 Оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1 Участвует в разработке и управлении проектом
		УК-2.2 Выполняет задачи в зоне своей ответственности в соответствии с

		запланированными результатами и точками контроля, при необходимости корректирует способы реализации задач
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1 Разрабатывает командную стратегию для достижения целей организации
		УК-3.2 Организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.3 Демонстрирует лидерские качества в процессе управления командным взаимодействием в решении поставленных целей
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1 Выбирает и использует стиль профессионального общения при взаимодействии с коллегами, пациентами и их родственниками
		УК-4.2 Осуществляет ведение документации, деловой переписки с учетом особенностей стилистики официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции
		УК-4.3 Представляет свою точку зрения при деловом общении и в публичных выступлениях
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1 Определяет приоритеты собственной деятельности, личностного развития и профессионального роста
		УК-5.2 Намечает цели собственного профессионального и личностного развития
		УК-5.3 Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизирует возможные риски при изменении карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1 Выбирает источники информации, включая национальные и международные базы данных, электронные библиотечные системы, специализированные пакеты прикладных программ для решения профессиональных задач ОПК-1.2 Создает, поддерживает, сохраняет информационную базу исследований и нормативно-методическую базу по выбранной теме и соблюдает правила информационной безопасности

Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1 Использует основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан ОПК-2.2 Проводит анализ и оценку качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1 Планирует и подготавливает необходимые условия образовательного взаимодействия ОПК-3.2 Осуществляет учебную деятельность обучающихся
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Проводит клиническую диагностику и обследование при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы ОПК-4.2 Направляет пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы на лабораторные и инструментальные обследования
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ОПК-5.1 Назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях ОПК-5.2 Контролирует эффективность и безопасность назначенного лечения
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1 Проводит мероприятия по медицинской реабилитации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и (или) состояниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов ОПК-6.2 Контролирует эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-7.1 Проводит разъяснительную работу по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения ОПК-7.2 Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением
	ОПК-8. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-8.1 Проводит анализ медико-статистической информации ОПК-8.2 Ведет медицинскую документацию и организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

	ОПК-9. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-9.1 Оценивает состояния пациентов ОПК-9.2 Оказывает неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
--	--	--

Профессиональные компетенции и индикаторы их достижения

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Основание
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи по профилю "сердечно-сосудистая хирургия"	ПК-1.1 Проводит обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) патологических состояний сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения ПК-1.2 Назначает и проводит лечение пациентам с заболеваниями и (или) патологическими состояниями сердечно-сосудистой системы, требующими хирургического лечения, контролирует его эффективность и безопасность ПК-1.3 Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) патологических состояниях сердечно-сосудистой системы, требующих хирургического лечения ПК-1.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения ПК-1.5 Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме	02.038 Профессиональный стандарт - Врач-сердечно-сосудистый хирург
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-2.1 Проводит анализ медико-статистической информации, составляет план работы и отчеты в профессиональной деятельности врача ПК-2.2 Осуществляет ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа ПК-2.3 Контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	02.038 Профессиональный стандарт - Врач-сердечно-сосудистый хирург
Педагогическая и научно-исследовательская деятельность	ПК-3. Способен к участию в научно-исследовательской и педагогической деятельности на	ПК-3.1 Планирует научно-исследовательскую деятельность ПК-3.2 Осуществляет научно-исследовательскую деятельность	Анализ отечественного и зарубежного опыта

	основе полученных научных знаний	ПК-3.3 Осуществляет педагогическую деятельность на основе полученных научных знаний	
--	----------------------------------	---	--

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап – тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап – практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ (продемонстрировать навык) на два практических вопроса. Первый навык собеседование или развернутый устный доклад о клинической ситуации, ответы на вопросы по данной клинической ситуации в соответствии с выбранной определённой областью профессиональной деятельности, структурного подразделения здравоохранения; может быть продемонстрирован на манекене манипуляции. В процессе демонстрации обучающийся должен дать объяснения (показания, противопоказания, техника, возможные осложнения, профилактика осложнений). На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап – собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не

	включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	1	Вопросы с одиночным выбором
1		В клинику для оперативного лечения поступила больная 36 лет с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложненного мерцательной аритмией. Какие характерные осложнения могут возникнуть у больной в дооперационном периоде? а) тромбоэмболия легочных артерий; б) отек легких; в) гемоперикард; г) синдром Бадда-Киари; д) эмболия сосудов большого круга кровообращения. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, в
		а, б, г
		б, г, д
	*	б, д
2		Какие осложнения возможны при аневризме сердца: а) гипоксия мозга; б) гипоксия миокарда; в) тромбоэмболия в артериальную систему; г) сердечная недостаточность; д) цирроз печени. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, д
		б, в
	*	б, в, г
		б, г
		а, д
3		Больной 53 лет страдает стенокардией напряжения. На коронарограммах сегментарный стеноз (около 70% просвета) передней межжелудочковой артерии. Больной может работать, но 2-3 раза в день возникают боли в сердце. Ваша тактика?
		настаивать на изменении характера работы
		усиливать медикаментозную терапию
		рекомендовать санаторное лечение
	*	рекомендовать незамедлительное оперативное лечение
		рекомендовать оперативное лечение после стационарного терапевтического лечения
4		Перечислите противопоказания к хирургической коррекции ИБС: а) возраст больного старше 70 лет; б) постоянное АД выше 180/100 мм рт. ст.; в) избыточная масса тела; г) тяжелые заболевания легких, печени, почек; д) поражение дистальных отделов коронарных артерий; е) диаметр венечных артерий менее 1,5 мм. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	б, г, д, е
		а, б, в
		в, г, е
		а, в, е
		б, в
5		Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют: а) одышка и утомляемость

		при физической нагрузке; б) яркий румянец; в) АД с большим пульсовым колебанием за счет низкого диастолического давления; г) систоло-диастолический шум во II–III межреберье слева от грудины; д) диастолический шум в III межреберье справа от грудины. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	а, г
		б, д
		б, в, д
		а, д
6		В клинику поступила больная 69 лет, ранее перенесшая инфаркт миокарда и страдающая мерцательной аритмией, у которой при обследовании диагностирована эмболия бедренной артерии, ишемия IIIб степени (тотальная контрактура конечности). Оптимальным методом лечения в данном случае будет:
		экстренная эмболэктомия
		тромболитическая терапия
		только антикоагулянтная терапия
		только симптоматическая терапия
	*	первичная ампутация конечности
7		Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:
	*	ишемическая болезнь сердца
		атеросклероз дуги аорты
		аневризма аорты
		артерио-венозные свищи
		тромбоз вен системы нижней полой вены
8		Для проведения дифференциальной диагностики между облитерирующим тромбангиитом и ранним атеросклерозом у больного 36 лет с явлениями хронической артериальной ишемии 2б степени необходимо произвести следующие исследования: а) определить кислотно-щелочное состояние крови; б) изучить липидный обмен; в) провести ультразвуковое ангиосканирование нижних конечностей; г) изучить состояние иммунной системы; д) произвести контрастную аорто-артериографию. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б
		б, в, г
		г, д
		а, в, д
	*	б, в, г, д
9		При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией 4 стадии, гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики является:
		только консервативное лечение
		поясничная симпатэктомия
		реконструктивная сосудистая операция
	*	первичная ампутация нижней конечности
		микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень
10		При отсутствии у больного с эмболией подвздошной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить: а) аневризму аорты; б) аневризму почечной артерии; в) атероматоз аорты с пристеночным тромбом; г) тромбоз воротной вены; д) добавочное шейное ребро со сдавлением подключичной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, в
		в, г, д
		а, б, д
	*	а, в
11		При эмболии подколенной артерии, ишемии 3б степени (контрактура конечности) методом выбора является:
		экстренная эмболэктомия
		тромболитическая терапия
	*	первичная ампутация конечности
		симптоматическая терапия
		антикоагулянтная терапия

12		Для острой ишемии конечности 1б степени, развившейся на почве острого тромбоза бедренной артерии, характерны признаки: а) боли в покое; б) ограничение активных движений в суставах конечности; в) парестезии; г) чувство онемения и похолодания конечности; д) субфасциальный мышечный отек. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	а, в, г
		а, б, в
		в, г, д
		г
13		Операция эмболэктомии при острой окклюзии бифуркации аорты при тяжелой ишемии конечностей показана во всех случаях, кроме:
		случая развития острого инфаркта миокарда
		случая острого ишемического инсульта
	*	случая развития тотальной контрактуры нижних конечностей
		случая абсцедирующей пневмонии
14		При эмболэктомии из бифуркации аорты наиболее часто применяется оперативный доступ:
		нижнесрединная лапаротомия
	*	двусторонний бедренный
		односторонний бедренный
		забрюшинный по Робу
		Торакофренолапаротомия
15		При эмболии бедренной артерии и ишемии конечности 3а степени методом выбора является:
		тромболитическая терапия стрептазой
		антикоагулянтная терапия
	*	экстренная восстановительная операция в сочетании с фасциотомией
		первичная ампутация конечности
		чрескожная интраваскулярная дилатация артерии, фасциотомия
16		Как надежно предотвратить развитие эмболии легочной артерии у больного молодого возраста, не страдающего сопутствующими заболеваниями, с флотирующим тромбозом супраренального отдела нижней полой вены? а) назначить клексан; б) имплантировать кава-фильтр; в) произвести прямую парциальную окклюзию нижней полой вены; г) выполнить тромбэктомию и пликацию нижней полой вены механическим швом; д) наложить артерио-венозную фистулу. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а
		а, б, д
	*	а, г
		в, д
		а, в, д
17		Укажите основные клинические симптомы массивной тромбоз-эмболии легочных артерий: а) боли за грудиной; б) коллапс; в) цианоз лица и верхней половины туловища; г) набухание и пульсация яремных вен; д) гидроторакс. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б, в
		а, в, г
		а, б, д
	*	а, б, в, г
18		Какими способами можно остановить кровотечение из варикозно расширенных вен нижней конечности? а) положением Тренделенбурга; б) введением зонда Блэкмора; в) сдавлением бедренной вены; г) чрескожным лигированием вен по Шеде-Кохеру; д) тугим эластическим бинтованием. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б
		а, в
		в, г
	*	г, д
		а, в, г, д
19		Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки: а) боли в икроножных мышцах, появляющиеся при ходьбе; б) постоянный отек всей конечности; в) трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки; г) отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня; д) судороги икроножных мышц голени в покое. Выберите

		правильную комбинацию ответов:
		б, в, д
		а, б, д
	*	в, г, д
		а, в, д
20		С какими факторами связано развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей? а) окклюзия артерий голени; б) недостаточность перфорантных вен; в) недостаточность клапанов ствола большой подкожной вены; г) острый тромбоз глубоких вен голени; д) дерматит и лимфостаз. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	б, в
		б, д
		в, г
		а, б, в
		а, в, д
21		Критический уровень обсемененности ткани раны составляет (микробных тел на 1 г ткани):
		102-103
		104-105
		107-108
	*	105-106
		108-109
22		При полном парентеральном питании общий объем инфузии составляет не менее:
		500–1000 мл
		1500–2000 мл
	*	2500–3000 мл
		3500 мл
		более 3500 мл
23		Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?
		умбиликация
		лимонная корка
		втяжение соска
	*	гиперпигментация соска и ареолы
		изъязвление
24		Больной 31 года клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока сердца. С помощью какого метода исследования можно точно определить степень сопутствующей недостаточности митрального клапана?
		зондирования правых отделов сердца
		зондирования левых отделов сердца
	*	рентгеноконтрастной левой вентрикулографии
		рентгенографии сердца
		грудной аортографии
25		При обследовании больной 35 лет диагностирован митральный стеноз. С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность? а) рентгенографии сердца; б) эхокардиографии; в) электрокардиографии; г) фонокардиографии; д) сцинтиграфии миокарда. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, в, д
		б, в, г
		б, д
	*	а, б
26		Какие из перечисленных видов местного обезболивания относятся к проводниковой анестезии? а) футлярная анестезия; б) анестезия по Оберсту-Лукашевичу; в) паранефральная блокада; г) блокады нервных сплетений и стволов; д) перидуральная анестезия; е) анестезия по Брауну; ж) терминальная анестезия. Выберите правильную комбинацию ответов:
	*	б, г, д
		а, б, в
		б, г, ж
		в, г, д
		б, е, ж

27		Причинами вторичного позднего кровотечения являются: а) повышение артериального давления; б) гнойное расплавление тромба; в) ликвидация спазма сосуда; г) аррозия стенки сосуда; д) ранение сосуда; е) соскальзывание лигатуры. Выберите правильную комбинацию ответов:
		а, б
		в, г, е
		б, в, д
	*	б, г
		а, г, е
28		Исследование сердца обычно начинают:
		из правой парастеральной области
	*	из левой парастеральной области
		из верхушечной области
		из надгрудинной области
29		При диффузном мышечном поражении сердца имеет место:
	*	снижение общей сократительной способности (снижение EF)
		гипертрофия ЛЖ
		стеноз МК
30		Основным ориентиром при УЗИ органов малого таза является:
	*	наполненный мочевой пузырь.
		кости и мышцы малого таза
		матка яичники и влагалище
		сосуды малого таза
31		Длина тела матки с генитальным инфантилизмом меньше:
	*	50 мм
		100 мм
		85 мм
		75 мм
32		УЗ картина неизменной аорты
	*	округлое, анэхогенное образование, просвет полностью однороден, без дополнительных включений, пульсация синхронна с сердечными сокращениями и прослеживается на всем протяжении
		округлое, анэхогенное образование, просвет полностью однороден, без дополнительных включений, пульсация синхронна с дыхательными сокращениями и прослеживается на всем протяжении,
		округлое, анэхогенное образование, просвет умеренно неоднороден, без дополнительных включений, пульсация синхронна с сердечными сокращениями и прослеживается на всем протяжении,
		округлое, анэхогенное образование, просвет полностью однороден, в нем визуализируются дополнительных включений, пульсация синхронна с сердечными сокращениями и прослеживается на всем протяжении
33		Дифференциальный диагноз с бронхиальной астмой строится на
		Анамнезе курения
		Функциональных тестах
	*	Совокупности анамнеза, клинических данных и функциональных и лабораторных исследований
		Возрасте
		Профессии
34		Развитие панлобулярной эмфиземы в молодом возрасте заставляет проводить дифференциальный диагноз с
		Муковисцидозом
	*	Дефицитом альфа-1-антитрипсина
		Туберозным склерозом
		Хроническим бронхитом
		Бронхиальной астмой
35		Лечение саркоидоза
		Проводится во всех случаях выявления любых изменений
		При внутригрудной лимфаденопатии

		В случае выраженных клинических и функциональных изменений
	*	В случае поражения жизненно важных органов
36		Редкие заболевания легких встречаются
		В Европе
		В Африке
		В Азии
		Австралии
	*	По всему миру
37		В России редкие заболевания легких
		Не встречаются
		Встречаются на Дальнем Востоке
	*	Встречаются повсеместно
		Встречаются в сельской местности
		Встречаются в крупных городах
38		Распространённость редких заболеваний колеблется
		От 100 до 200 на 100000 населения
		От 300 до 400 на 100000 населения
		От 500 до 1000 на 100000 населения
	*	От 10 на 10000000 до 50 на 100000
39		В молодом возрасте чаще встречается
		Саркоидоз и ИЛФ
	*	Саркоидоз и гистиоцитоз
		ИЛФ и гистиоцитоз
		ИЛФ
		Саркоидоз, ИЛФ и гистиоцитоз
40		Этиология саркоидоза
		Хламидия
		Туберкулезная палочка
		Алюминиевая пыль
		Патология кишечника
	*	Этиология неизвестна
41		Саркоидоз характеризуется
	*	Формированием неказефицирующих гранул
		Распадом эритроцитов
		Формированием казеозного некроза
		Облитерацией артериол
		Бронхоспазмом
42		Характерным изменением начальных форм саркоидоза в легких является
		Симптом матового стекла
		Очаговая тень в правом легком
		Очаговая тень в левом легком
		Полость в легком
	*	Увеличение внутригрудных лимфоузлов
43		Увеличение внутригрудных лимфоузлов в легких
		Достаточно для диагноза саркоидоза
		Достаточно для диагноза лимфомы
		Достаточно для диагноза рака легкого
		Достаточно для диагноза туберкулеза
	*	Является поводом для морфологического уточнения диагноза
44		Синдром Лефгрена сопровождается
	*	Узловой эритемой
		Язвами кожи
		Колитом
		Болями в эпигастрии

		Перебоями в сердце
45		Синдром Лефгрена
		Требуется лечения ГКС
	*	Не требуется лечения ГКС
		Требуется лечения цитостатиками
		Требуется лечения антибиотиками
		Требуется лечения моноклональными антителами
46		Какие рекомендации не должны быть даны лицам с низким уровнем ЛВП, чтобы повысить его уровень:
		Повысить уровень физической активности
		Ограничить потребления алкоголя до 20 мг/с у мужчин и 10 мг/с у женщин
		Ограничить потребление углеводов с пищей
		Прекратить курение
	*	Увеличить массу тела
47		Целью терапии больных с очень высоким риском является снижение уровня ЛНП до значения ниже следующих:
	*	1,8 ммоль/л
		2,2 ммоль/л
		2,8 ммоль/л
		3,0 ммоль/л
		3,5 ммоль/л
48		Рекомендации по питанию для снижения риска развития атеросклероза включают всё перечисленное, кроме одного::
		Уменьшение насыщенных жирных кислот до уровня менее 10% в рационе питания
		Фрукты не менее 200 г/с
		Овощи не менее 200 г/с
		Поваренная соль менее 5 г/с
	*	Поваренная соль более 5 г/с
49		Общие рекомендации по изменению образа жизни для снижения риска развития атеросклероза составляют все перечисленные положения, кроме одного:
		Средние и высокие аэробные нагрузки продолжительностью не менее 30 мин в день не менее 3 раз в неделю
		Прекращение курения
		Снижение массы тела
		Уменьшение окружности талии у мужчин менее 94 см и у женщин - менее 80 см
	*	Потребление алкоголя более 20 г/сутки
50		Какие рекомендации не должны быть даны лицам с низким уровнем ЛВП, чтобы повысить его уровень:
		Повысить уровень физической активности
		Ограничить потребления алкоголя до 20 мг/с у мужчин и 10 мг/с у женщин
		Ограничить потребление углеводов с пищей
		Прекратить курение
	*	Увеличить массу тела
51		Вероятность развития нежелательных явлений на фоне приёма статинов увеличивается у лиц, перечисленных во всех приведенных пунктах, кроме одного::
		Пожилых возраста с небольшой массой тела
		При наличии выраженных нарушений функции почек и печени
		В послеоперационном периоде
		С гипотиреозом
		Получающих высокие дозы статинов
	*	Молодого возраста
52		Какой из приведенных представителей класса статинов обладает наибольшим эффектом в снижении ЛНП
		Правастатин
		Симвастатин

	*	Розувастатин
		Аторвастатин
		Флувастатин
53		Пациентам с субклиническим атеросклерозом показано назначение:
		Аспирин
	*	Статинов
		Клопидогреля
		Фибратов
		Никотиновой кислоты в дозе превышающей 1,5 г/сутки
54		Для профилактики атеросклероза рекомендовано снизить количество насыщенных жирных кислот в пище до величины менее:
		80%
		70%
		50%
		40%
	*	10%
55		Для профилактики атеросклероза рекомендовано женщинам снизить потребление алкоголя до величины менее:
		50 г/сутки
		40 г/сутки
		30 г/сутки
		20 г/сутки
	*	10 г/сутки
56		Для профилактики атеросклероза рекомендовано мужчинам снизить потребление алкоголя до величины менее:
		50 г/сутки
		40 г/сутки
		30 г/сутки
	*	20 г/сутки
		10 г/сутки
57		Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы рыба присутствовала в пище не реже:
		7 дней в неделю
		6 дней в неделю
		4 дня в неделю
		3 дня в неделю
	*	2 дня в неделю
58		Для профилактики атеросклероза рекомендовано, чтобы поваренная соль была в пище не более:
		30 г/сутки
		20 г/сутки
		10 г/сутки
	*	5 г/сутки
		2 г/сутки
60		Коэффициент смертности (количество лиц на 100 000) населения РФ от болезней системы кровообращения в настоящее время составляет
		Более 1000
		Более 900
	*	Более 700
		Более 500
		Более 400
61		В участках коронарных артерий с гемодинамически значимыми стенозами (более 75% просвета) частота острого атеротромбоза в среднем составляет:
		90%
	*	15%
		40%
		50%

		70%
62		В участках коронарных артерий с гемодинамически незначимыми стенозами (менее 50% просвета) частота острого атеротромбоза в среднем составляет:
		25%
		40%
		50%
	*	70%
		90%
63		При профилактическом обследовании определение профиля липидов в крови необходимо проводить лицам мужского пола достигшим возраста:
		30 лет
	*	40 лет
		50 лет
		60 лет
		70 лет
64		При профилактическом обследовании определение профиля липидов в крови необходимо проводить лицам женского пола достигшим возраста:
		30 лет
		40 лет
	*	50 лет
		60 лет
		70 лет
65		При стратификации риска у больных артериальной гипертензией следует учитывать все факторы, кроме:
		Степень повышения артериального давления (1-3 степень)
		Курение
	*	Женщины в менопаузе
		Мужчины – старше 55 лет, женщины – старше 65 лет
		Избыточная масса тела
66		Риск сердечно-сосудистых осложнений у больного артериальной гипертензией расценивается как высокий при:
		1-3 степень артериальной гипертензии + есть другие факторы риска + ассоциированные заболевания + сахарный диабет
		1 степень артериальной гипертензии + нет факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
		1-2 степень артериальной гипертензии + нет факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
		1-3 степень артериальной гипертензии + 1 и более факторов риска + нет поражения органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
	*	1-3 степень артериальной гипертензии + есть другие факторы риска + есть поражение органов мишеней + нет ассоциированных заболеваний
67		Механизмами повышения АД могут быть:
		Повышение общего периферического сосудистого сопротивления
		Увеличение массы циркулирующей крови
		Увеличение минутного объема сердца
		Повышение концентрации ренина плазмы крови
	*	Повышение общего периферического сосудистого сопротивления, увеличение массы циркулирующей крови, увеличение минутного объема сердца, повышение концентрации ренина плазмы крови
68		Укажите патогенетические механизмы, лежащие в основе формирования артериальной гипертензии:
		Наследственность
		Повышение тонуса симпатической нервной системы
		Увеличение выработки ренина
		Снижение уровня простагландинов с вазодилатирующим действием
	*	Наследственность, повышение тонуса симпатической нервной системы, увеличение выработки ренина, снижение уровня простагландинов с вазодилатирующим действием

69		Укажите депрессорную систему, участвующую в регуляции уровня АД:
		Симпатоадреналовая система (САС)
		Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС)
	*	Калликреин-кининовая система
		Система антидиуретического гормона
		Простагландины F2 и тромбоксан A2
70		Укажите почечный эффект ангиотензина II:
		Повышение общего периферического сопротивления сосудов
	*	Усиление реабсорбции натрия
		Увеличение объема циркулирующей крови
		Понижение порога чувствительности барорецепторов
71		Микроальбуминурия (МАУ) - это: (выберите наиболее полное определение)
	*	является наиболее ранним маркером поражения почек; генерализованное нарушение проницаемости эндотелия; повышает риск развития ССО у больных с АГ, СД; является независимым фактором риска развития ССЗ.
		является наиболее ранним маркером поражения почек
		является независимым фактором риска развития ССЗ
		генерализованное нарушение проницаемости эндотелия; является независимым фактором риска развития ССЗ
		является наиболее ранним маркером поражения почек; повышает риск развития ССО у больных с АГ, СД
72		Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3а соответствует уровню СКФ равному:
		60-80 мл/мин/1,73м2
	*	45-59 мл/мин/1,73м2
		30 -44 мл/мин/1,73м2
		60 -89 мл/мин/1,73м2
		15 -29 мл/мин/1,73м2
73		Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С2 соответствует уровню СКФ равному:
		60-80 мл/мин/1,73м2
		45-59 мл/мин/1,73м2
		30 -44 мл/мин/1,73м2
	*	60 -89 мл/мин/1,73м2
		15 -29 мл/мин/1,73м2
74		Согласно современной классификации хронической болезни почек стадия С3б соответствует уровню СКФ равному:
		60-80 мл/мин/1,73м2
		45-59 мл/мин/1,73м2
	*	30 -44 мл/мин/1,73м2
		60 -89 мл/мин/1,73м2
		15 -29 мл/мин/1,73м2
75		Начало антигипертензивной терапии рекомендовано во всех случаях, кроме:
		2-3 степень артериальной гипертензии с любым уровнем СС риска
		1 степень артериальной гипертензии с низким и средним СС риском, при неэффективности коррекции образа жизни
		1 степень артериальной гипертензии с высоким СС риском
	*	Пожилым пациентам, старше 80 лет, когда САД >140 мм рт. ст.
		Пожилым пациентам младше 80 лет, когда уровень САД 140-159 мм рт.ст.
76		Причиной инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST является
		Снижение систолического артериального давления
		Повышение систолического артериального давления
		Увеличение ЧСС
	*	Полное закрытие просвета коронарной артерии
		Урежение ЧСС

77		Разрыв и образование тромба чаще возникает в атеросклеротических бляшках, суживающих просвет артерии:
		Более, чем на 90 %
		Более, чем на 75 %
		Более, чем на 50 %
	*	Менее, чем на 50 %
		Независимо от степени сужения
78		Акинезия миокарда по данным эхокардиографии может возникнуть в результате всех перечисленных факторов, кроме одного:
		Инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST
		Инфаркта миокарда с депрессией сегмента ST
		Перенесенного ранее инфаркта миокарда
		Гибернации миокарда
	*	Увеличения перфузии миокарда
79		Восстановление коронарного кровотока у больных со стойким подъёмом сегмента ST или полной блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ необходимо проводить, если от начала ангинозного приступа прошло не более:
		3 часов
		6 часов
	*	12 часов
		18 часов
		24 часа
80		Проведение тромболитической терапии у больных инфарктом миокарда с подъёмом сегмента ST противопоказано в случае наличия всех перечисленных заболеваний, кроме одного:
		Злокачественной опухоли
		Перенесенного ишемического инсульта в сроки до 6 месяцев
		Желудочно-кишечного кровотечения в сроки до одного месяца
		Расслаивающей аневризмы аорты
	*	Инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST в первые 3 часа от начала приступа
81		Восстановление коронарного кровотока у больных со стойким подъёмом сегмента ST или полной блокадой левой ножки пучка Гиса на ЭКГ сопровождается наилучшими клиническими результатами, если оно проведено в период, когда от начала ангинозного приступа прошло не более:
	*	3 часов
		6 часов
		12 часов
		18 часов
		24 часа
82		Аспирин нельзя назначать если у больного имеется всё перечисленное, кроме одного:
		Гиперчувствительность к препарату
		Продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение
		Тяжёлое заболевание печени
		Нарушение свёртываемости крови
	*	Стенокардия напряжения II функционального класса
83		Фибринолитическим препаратом, который можно вводить однократно в виде болюса, является:
		Стрептокиназа
		Ретеплаза
	*	Тенектеплаза
		Алтеплаза
		Пуrolаза
84		Риск геморрагических осложнений при проведении фибринолитической терапии повышается у больных при наличии всего перечисленного, кроме одного:
		Пожилого возраста
		С низкой массой тела
		Женского пола
		С систолической артериальной гипертонией
	*	Атриовентрикулярной блокады 2-ой степени

85		Признаком ишемии миокарда на эхокардиограмме является
		Усиление сократимости миокарда
	*	Преходящий участок акинезии миокарда
		Нормальная сократимость миокарда
		Обструкция выходного отдела левого желудочка
		Пролапс митрального клапана
86		Для какого заболевания не характерен синдром стенокардии?
		Гипертрофическая кардиомиопатия
		Стеноз устья аорты
		Атеросклеротическое сужение коронарной артерии на 90%
	*	Дилатационная кардиомиопатия
		Инфаркт миокарда
87		Какой фактор способствует разрыву атеросклеротической бляшки?
		Высокое содержание в крови ЛПНП
		Сниженный уровень ЛПВП
	*	Истончение фиброзной покрышки атеросклеротической бляшки
		Снижение уровня калия в крови
		Повышенный уровень глюкозы в крови
88		Каким больным показано проведение тромболитической терапии?
		Инфаркт миокарда без подъёма сегмента ST
	*	Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в период до 12 часов от начала ангинозного приступа
		Нестабильная стенокардия
		Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST в период превышающий 12 часов от начала ангинозного приступа
		Инфаркт миокарда, осложнённый кардиогенным шоком
89		В каком случае использование тромболитической терапии сопряжено повышенным риском геморрагического осложнения?
		При назначении стрептокиназы
		При применении активаторов плазминогена
	*	У лиц старше 75 лет
		У лиц моложе 60 лет
		При использовании тенектоплазы
90		Что характерно для стенокардии напряжения IV функционального класса?
		Нагрузка на велоэргометре 75 Вт вызывает приступ стенокардии
		Ходьба на расстояние 150-200 метров по ровному месту вызывает приступ стенокардии
	*	Минимальная физическая нагрузка сопровождается ангинозными приступами
		Подъём на 3 этаж вызывает приступ стенокардии
		Нагрузка на велоэргометре 450 кгхм вызывает приступ стенокардии
91		Укажите, что не является абсолютным противопоказанием для проведения пробы с физической нагрузкой?
		Нестабильная стенокардия
	*	Атриовентрикулярная блокада первой степени
		Застойная сердечная недостаточность
		Острая стадия инфаркта миокарда
		Тяжёлый аортальный стеноз
92		Какие мероприятия у больных стенокардией не увеличивают продолжительность жизни?
		Отказ от курения
		Уменьшение массы тела до 21-25 кг/м ²
		Снижение уровня гликированного гемоглобина до 6 мг%
	*	Заместительная гормональная терапия женщин в менопаузе
		Динамические нагрузки в течение 30 мин 3-5 раз в неделю
93		Каким больным можно рекомендовать лечение дигипиридамолом?
		Стенокардией напряжения II и III функциональным классом
		Больным со всеми формами ишемической болезни сердца

	*	Никаким, поскольку эффективность лечения не доказана
		Больным с ангиоспастической стенокардией
		Больным с микрососудистой стенокардией
94		Какой метод выявления ишемии миокарда обладает наибольшей чувствительностью и специфичностью:
		ЭКГ с нагрузкой
		Сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
	*	Чрезпищеводная эхокардиография с добутамином
		Эхокардиография с вазодилататором
		Сцинтиграфия миокарда с вазодилататором
95		Эхокардиографическое исследование у больных стенокардией необходимо проводить при наличии всех перечисленных признаков, кроме одного:
		Признаков, указывающих на наличие клапанного порока сердца
		Признаков сердечной недостаточности
		Перенесенного инфаркта миокарда
		Блокады ножек пучка Гиса, зубцов Q, других патологических изменений ЭКГ
	*	При отсутствии изменений на эхокардиограмме, выполненной 2 недели назад
96		Суточное мониторирование ЭКГ у больных стенокардией необходимо проводить при наличии всех перечисленных признаков, кроме одного::
		Нарушений ритма
		Сахарного диабета
		Подозрения на ангиоспастическую стенокардию
		Неоднозначных результатах неинвазивных методов диагностики
	*	Острого инфаркта миокарда
97		Проведение коронарной ангиографии у больных стабильной стенокардией показано при наличии всех перечисленных признаков, кроме одного:
		Клинических признаков стабильной стенокардии III - IV функциональных классов
		Появлении клинических признаков стенокардии после проведения реваскуляризации миокарда (ТБА или АКШ)
		Сохранение приступов стенокардии на фоне антиангинальной терапии
		Неоднозначных результатах неинвазивных методов диагностики
	*	При наличии признаков желудочно-кишечного кровотечения
98		Клиническими признаками, предполагающими наличие ангиоспастической стенокардии являются все перечисленные признаки, кроме одного:
		Вариабельность порога переносимости физической нагрузки
		Приступы стенокардии покоя при отсутствии стенокардии при физической нагрузке
		Приступы стенокардии в ранние утренние часы
		Приступы стенокардии покоя при высокой толерантности к нагрузке
	*	Низкая толерантность к физической нагрузке
99		Какие комбинации лекарственных препаратов необходимо избегать при лечении больных стенокардией, кроме одного из перечисленных:
		Пролонгированные нитраты и ингибиторы фосфодиэстеразы (Виагра, Сиалис и подобные)
		Бета-адреноблокаторы и верапамил
		Никорандил и ингибиторы фосфодиэстеразы (Виагра, Сиалис и подобные)
		Ибупрофен и аспирин
	*	Бета-адреноблокаторы и ивабрадин
100		Какой из перечисленных факторов не является фактором высокого риска инфекционного эндокардита?
		искусственный клапан сердца
		перенесенный ранее инфекционный эндокардит
	*	вторичный дефект межпредсердной перегородки
		тетрада Фалло
		тяжелый врожденный порок сердца
101		В 70% случаев инфекционного эндокардита у внутривенных наркоманов в посевах крови выявляют
		энтерококк

		стрептококк
	*	стафилококк
		грибы
		риккетсии
102		Инфекционный эндокардит это
	*	тяжелое инфекционное системное заболевание, протекающее с разрушением клапанов сердца
		заболевание, возникающее во время эпидемии гриппа
		тяжелое заболевание, поражающее весь эндокард левого желудочка сердца
		заболевание, часто протекающее без поражения клапанов
		болезнь, поражающая эндокард левого желудочка сердца, что приводит к внутрижелудочковым тромбозам.
103		Правильным термином является
		бактериальный эндокардит
		септический эндокардит
	*	инфекционный эндокардит
		сепсис лент
		болезнь Черногоубова
104		При инфекционном эндокардите
		всегда первично поражается только эндокард
	*	инфекция может первично поражать экстракардиальные структуры, где нет эндокарда (например, открытый артериальный проток)
		выздоровление часто наступает спонтанно
		характерны тромбозы вен печени
		селезенка большая и плотная
105		Септическая легочная эмболия возникает при инфекционном эндокардите
		ослабленных больных
		больных митральным стенозом с высокой легочной гипертензией
		на фоне стеноза легочной артерии
	*	у героинового наркоманов
		на фоне врожденного порока со сбросом крови слева направо.
106		Эндокардит Либмана-Сакса это
	*	асептический эндокардит больных системной красной волчанкой
		тромбэндокардит при инфаркте миокарда
		марантический эндокардит при тяжелой сердечной недостаточности
		паранеопластический эндокардит у больных раком легкого
		инфекционный эндокардит у больных системной красной волчанкой
107		При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, доза пенициллина
		30 млн / сутки, в/м в 6 введений
	*	12-18 млн ЕД/сутки, в/в, в 6 введений
		10 млн x 3 p/ сутки
		4 млн x 6 p/ сутки
		2 млн x 3 p/ сутки
108		При инфекционном эндокардите, вызванном стрептококками, высокочувствительными к пенициллину, альтернативой пенициллину может стать
		амоксиклав 3 г/сут в/в в 2 введения
		рифампицин 1 г x 2 p/сутки в/в
	*	цефтриаксон 2 г/сут в/в или в/м, в 1 введение
		ципрофлоксацин 2000 мг / сут в/в в 2 введения
		гентамицин 320 мг / сут в/м
109		При непереносимости бета-лактамаз больным инфекционным эндокардитом, вызванным стафилококком, применяют следующие схемы:
		эритромицин в сочетании линкомицином
	*	ванкомицин в сочетании с гентамицином

		левофлоксацин в сочетании с амикацином
		доксциклин в сочетании с гентамицином
		ципрофлоксацин в сочетании с эритромицином
110		Какой порок клапана чаще всего развивается при инфекционном эндокардите?
		стеноз клапана
		пролапс клапана
		гипоплазия клапана
	*	недостаточность клапана
		«парусящий» клапан
111		Над сердцем выслушивается длинный протодиастолический шум. Какой клапан поражен?
		митральный
		легочной артерии
		евстахиев
	*	аортальный
		трехстворчатый
112		Грубый пансистолический шум на верхушке. Какой клапан поражен инфекционным эндокардитом?
		легочной артерии
		евстахиев
	*	митральный
		аортальный
		трехстворчатый
113		Пятна Джейнуэя
		пятна на сетчатке глаза
		кровоизлияния на слизистых
	*	папулезные эритематозные пятна диаметром 1 – 5 мм на ладонях и подошвах
		кровоподтеки на коже
		кожные пигментации
114		Узелки Ослера
		узелки по ходу сосудов
		красноватые болезненные при надавливании узелки до 1.5 см на ладонях, пальцах
	*	узелки на суставах пальцев
		узелки по ходу крупных нервных стволов
		сосудистые аневризмы
115		Симптом Лукина-Либмана
		кровоизлияния на нижней поверхности языка
		симптом «щипка»
	*	петехии с белым пятном на переходной складке нижнего века
		симптом «жгута»
		усиление шума регургитации на вдохе
116		Увеличение селезенки (спленомегалия)
		характерно для инфекционного эндокардита
	*	теперь встречается редко
		наблюдается при ее тромбозе
		может приводить к ее разрыву
		не бывает
117		Лихорадка при инфекционном эндокардите
		является большим критерием диагноза
	*	является малым критерием диагноза
		не является критерием диагноза
		всегда гектическая
		всегда субфебрильная
118		К эхокардиографическим признакам инфекционного поражения эндокарда не относится
		новая регургитация на клапане
		перфорации клапана

		вегетации на клапане
	*	пролапс митрального клапана
		перфорация клапана
119		Профилактика инфекционного эндокардита проводится
		при любой степени риска инфекционного эндокардита
		больным с высоким и средним риском инфекционного эндокардита
	*	только больным с высоким риском инфекционного эндокардита
		больным после стентирования коронарных артерий
		больным после некардиохирургических операций
120		Больным с пролапсом митрального клапана и миксоматозной дегенерацией профилактика
		инфекционного эндокардита
		показана
	*	не показана
		показана только при проведении цистоскопии пациентам мужского пола
		Показана только при операциях на прямой кишке
		показана женщинам перед родами
121		Больным с искусственным клапаном сердца профилактика инфекционного эндокардита
	*	показана
		не показана
		только после установки биопротеза
		только при многоклапанном протезировании
		не обязательна
122		Не является показанием к неотложному оперативному вмешательству при черепно-мозговой травме в ОмеБ:
	*	черепно-мозговая кома
		нарастающее сдавление головного мозга
		продолжающееся кровотечение из раны черепа
		истечение мозгового детрита из раны черепа
		осколок, торчащий из раны черепа
123		Цель проведения наружного дренирования грудного лимфатического протока?
	*	дезинтоксикации
		снижения внутричерепного давления
		снижения артериального давления
		лечения тиреотоксикоза
		снижения венозного давления
124		По отношению к какому анатомическому образованию различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеотомии?
		по отношению к перстневидному хрящу
		по отношению к щитовидному хрящу
		по отношению к подъязычной кости
	*	по отношению к перешейку щитовидной железы
		по отношению к кольцам трахеи – верхним, средним и нижним

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Опишите методику сбора анамнеза, сердечно-сосудистого осмотра, диагностики и дифференциальной диагностики при заболеваниях сердечно-сосудистой системы;
2. Опишите методику интерпретации физиологических (доплерографического исследования магистральных сосудов, эхокардиографии, электрокардиографии), рентгенологических (ангиографии, КТ, МРТ), лабораторных исследований у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
3. Опишите методологию дифференциальной диагностики при постановке диагноза в соответствии МКБ-10;

4. Составьте план и выработайте тактику ведения больного; определите показания к госпитализации и организуйте ее;

5. Назовите основы фармакотерапии кардиологических заболеваний; назначьте необходимые лекарственные средства и определите другие лечебные мероприятия;

6. Опишите методику оценки состояний, угрожающих жизни; алгоритм проведения медицинской сортировки, способы оказания медицинской помощи и медицинской эвакуации пострадавших в условиях чрезвычайных ситуаций;

7. Опишите алгоритм постановки предварительного диагноза с последующими лечебно-эвакуационными мероприятиями; способы применения антидотов и радиопротекторов в объеме оказания врачебной помощи;

8. Опишите алгоритм выполнения основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях:

- первичная хирургическая обработка ран;
- экстренная торакотомия, стернотомия и лапаротомия;
- ушивание открытого пневмоторакса;
- ушивание ран сердца и лёгкого;
- доступ к брюшной аорте;
- выделение магистрального и периферического сосуда и наложение сосудистого шва при ранении или лигирование периферического сосуда;
- тромбэктомия с последующим наложением сосудистого шва;
- реанимационные мероприятия при внезапной остановке сердца;
- пункция плевральной полости, перикарда, брюшной полости;
- катетеризация магистральных и периферических артерий и вен;
- симпатэктомия;
- паранефральная, вагосимпатическая и региональная блокада;
- определение группы крови;
- искусственное дыхание; трахеотомия;
- постановка внутреннего катетера;
- закрытая митральная комиссуротомия;
- постановка временного и постоянного искусственного водителя ритма;
- боковая трахеотомия и срединная стернотомия, правильное послойное ушивание ран;
- подключение больного к аппарату искусственного кровообращения;
- постановка внутриаортального баллона для контрпульсации;
- кардиоверсия;
- перевязка открытого артериального протока;
- субтотальная перикардэктомия.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Легочная гипертензия. Классификация. Диагностика. Лечение.
2. Ангиопластика. Показания и противопоказания. Осложнения.
3. Хирургическое лечение ИБС. Хирургическая анатомия сердца и сосудов. Показания и противопоказания. Осложнения.
4. Сердечно-сосудистая система. Хирургическая анатомия грудной клетки.
5. Инвазивное лечение инфаркта миокарда. Показания и противопоказания. Осложнения.
6. Клапаны сердца (трехстворчатый, митральный, аортальный, легочный), топография клапанов. Специальные (инструментальные) методы диагностики патологии клапанов.

7. Постинфарктный разрыв свободной стенки сердца и постинфарктная недостаточность митрального клапана. Хирургическое лечение.
8. Осложнения раннего и позднего послеоперационного периода.
9. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия. Лечение.
10. Кровоснабжение сердца: венечные сосуды сердца (артерии, вены); вариантная анатомия сосудов сердца.
11. Кардиомиопатии. Хирургическое лечение кардиомиопатии. Показания и противопоказания. Осложнения.
12. Многоклапанные пороки. Классификация. Диагностики. Лечение.
13. Искусственное кровообращение и гипотермия. Современные показания к переливанию крови и ее компонентов. Группы крови. Методика определения групп крови и совместимости.
14. Катетеризация полостей сердца и ангиокардиография.
15. Коарктация аорты. Диагностика. Лечение.
16. Обследование пациента с ИБС.
17. Врожденные пороки сердца. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.
18. Эндоваскулярные методы лечения ишемической болезни сердца. Показания и противопоказания. Результаты. Осложнения.
19. Хроническая сердечная недостаточность. Хирургические методы лечения.
20. Тахикардии. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Ишемическая болезнь сердца (клиника, диагностика, лечение).
22. Патогенез, клиника, диагностика и тактика лечения нестабильной стенокардии и острого инфаркта миокарда
23. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца.
24. Современное состояние эндоваскулярного лечения больных ишемической болезнью сердца.
25. Использование методов неинвазивной электрофизиологии для диагностики сложных нарушений ритма сердца.
26. Основы электрофизиологической диагностики и катетерной абляции тахикардии.
27. Клиника, диагностика, лечение тахикардий.
28. Хроническая ишемия нижних конечностей (клиника, диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение).
29. Хирургия висцеральных ветвей брюшной аорты (хроническая ишемия органов пищеварения).
30. Хирургическое лечение окклюзирующих поражений брахиоцефальных артерий
31. Трансплантация сердца.
32. Анестезия в сердечно-сосудистой хирургии.
33. Хирургические методы лечения ИБС.
34. Достижения в хирургии сердца.
35. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения.
36. Миокардиальные мостики.
37. Эндоваскулярная коррекция коронарного атеросклероза.
38. Современные аспекты диагностики и лечения трофических язв венозной этиологии.
39. Современные медицинские информационные системы.
40. Интеллектуальное обеспечение диагностики и лечения нарушений кровообращения.

41. Применение полимеров в сердечно-сосудистой хирургии.
42. Эхокардиографические исследования в кардиохирургической клинике.
43. Современная лучевая диагностика заболеваний сердца и сосудов.
44. Защита миокарда при операциях на сердце в условиях искусственного кровообращения.
45. Общие принципы реанимации и интенсивной терапии в кардиохирургической клинике.
46. Реабилитация в кардиохирургии.
47. Асептика и антисептика. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений в кардиохирургии.
48. Открытый артериальный проток.
49. Дефект аорто-легочной перегородки.
50. Проблема легочной гипертензии при врожденных пороках сердца с возросшим легочным кровотоком.
51. Тотальный аномальный дренаж легочных вен.
52. Общий атриовентрикулярный канал.
53. Атрезия легочной артерии с дефектом межжелудочковой перегородки.
54. Атрезия правого атриовентрикулярного отверстия.
55. Транспозиция магистральных артерий: морфология, диагностика порока и лечение больных.
56. Интенсивная терапия после кардиохирургических вмешательств у новорожденных и младенцев.
57. Современные возможности эндоваскулярной хирургии при лечении врожденных пороков сердца.
58. Приобретенные пороки сердца.
59. Изолированные пороки митрального и аортального клапанов.
60. Диагностика и хирургическое лечение больных с многоклапанными пороками сердца.

Ситуационные задачи

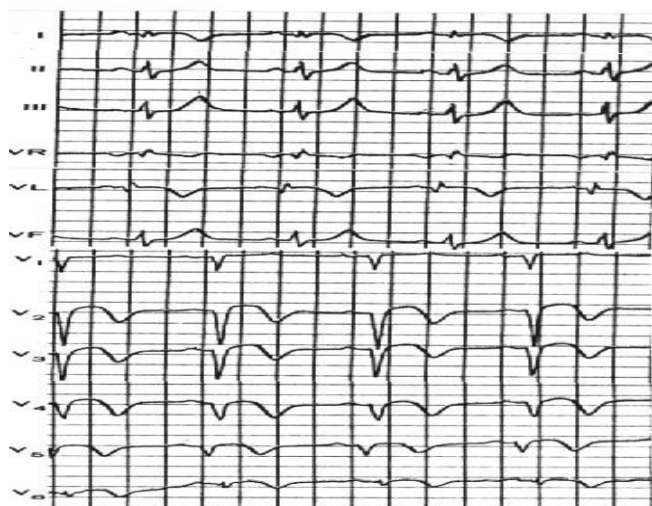
Задача 1.

Больной Д., 34 лет, слесарь. При поступлении предъявлял жалобы на одышку инспираторного характера при физической нагрузке, сердцебиение. Из анамнеза известно, что в течение трёх недель он амбулаторно лечился по поводу бронхита, два дня назад во время физической нагрузки возникли давящие боли за грудиной продолжительностью около 60 минут. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания. Пульс 100 уд / мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны; в прекардиальной области преходящий шум трения перикарда; на верхушке: I тон ослаблен, короткий систолический шум. Границы сердца в пределах максимальной нормы. В лёгких дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отёков нет. Лейкоциты $9,5 \cdot 10^9$ / л, СОЭ 20 мм/час. Записана ЭКГ (рисунок 1).

Задание:

- Назовите ведущий синдром.
- Поставьте предварительный диагноз.
- С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
- Назначьте дополнительные исследования.
- Дайте заключение по ЭКГ.
- Обоснуйте лечение, методы вторичной профилактики.

Рисунок №1 к задаче №1.



Задача 2.

В приёмный покой доставлен скорой помощью больной 52 года с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более двух часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.

Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Иногда отмечалось повышение АД до 200/120 мм рт.ст., постоянное АД - 160/100 мм рт. ст.

При осмотре общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание частое (26 в минуту). Перкуторно над всеми полями грудной клетки лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс одинаков на обеих руках, 120 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 90/70 мм рт.ст.

Перкуторно левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Аускультативно тоны сердца глухие. Акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Задание:

- Ваш предварительный диагноз?
- Назначьте необходимые информативные методы исследования.
- Ваша лечебная тактика.

Задача 3.

Больную А. В течение 3 лет беспокоили кратковременные боли в левой половине грудной клетке, с иррадиацией в шею. Накануне возникли очень интенсивные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, руку, живот, продолжительностью 30 минут. Поднялась температура до 37⁰ С. Тоны сердца ослаблены. Лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ /л. АСТ - 40 U/L (норма до 31), КФК – 150 U/L (норма до 170). На ЭКГ зубец Т в отведениях III и aVF отрицательный, остроконечный. Через 3 дня ЭКГ нормализовалась.

Задание:

- Ваш диагноз?
- Назначьте необходимые дополнительные исследования при поступлении больного в стационар и при выписке.

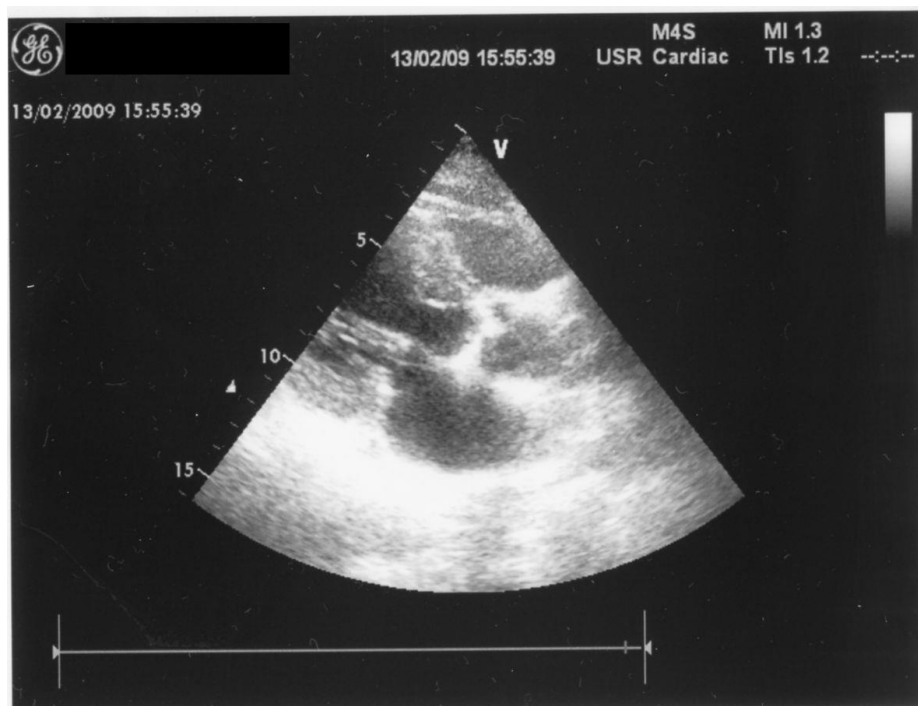
Задача 4.

Больной 65 лет поступил с жалобами на боли за грудиной при подъеме на 1 этаж, одышку. Подобные жалобы в течении года. В покое болей и одышки нет, отеков на ногах, вынужденного положения нет. При обследовании: АД 120/80 мм.рт.ст., ЧСС 82 в 1 минуту, в

легких изменений нет. Верхушечный толчок несколько смещен и отклонен влево и незначительно усилен, ритм галопа. При аускультации выслушивается справа от грудины мягкий систолический шум, иррадиирующий на сонные артерии и к верхушке сердца.

Задание:

- Опишите эхокардиограммы
- Необходимые методы обследования больного
- Возможный диагноз
- Варианты лечения



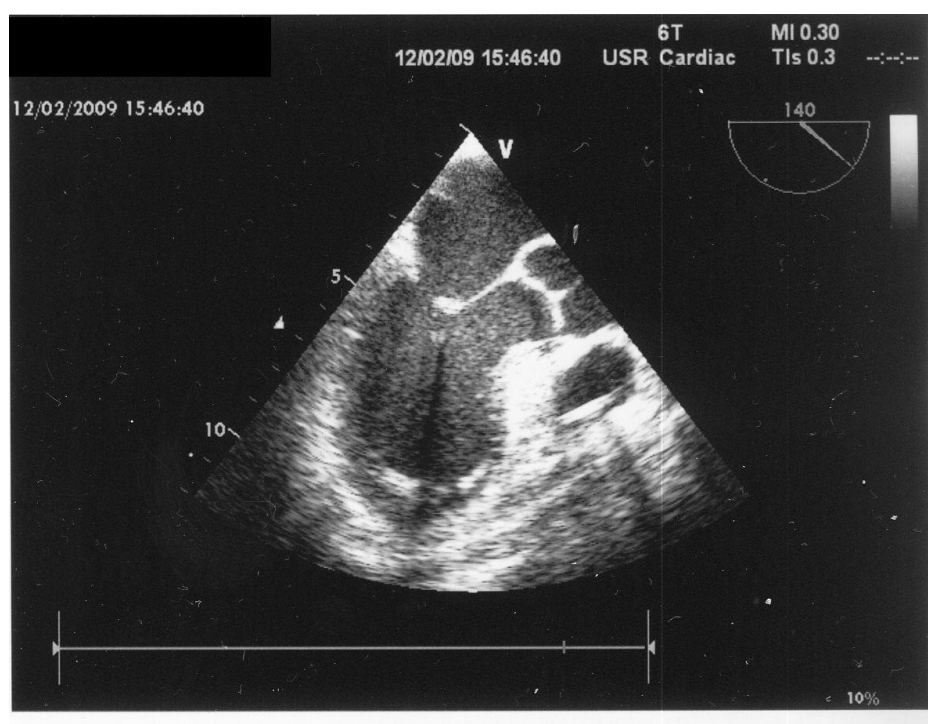
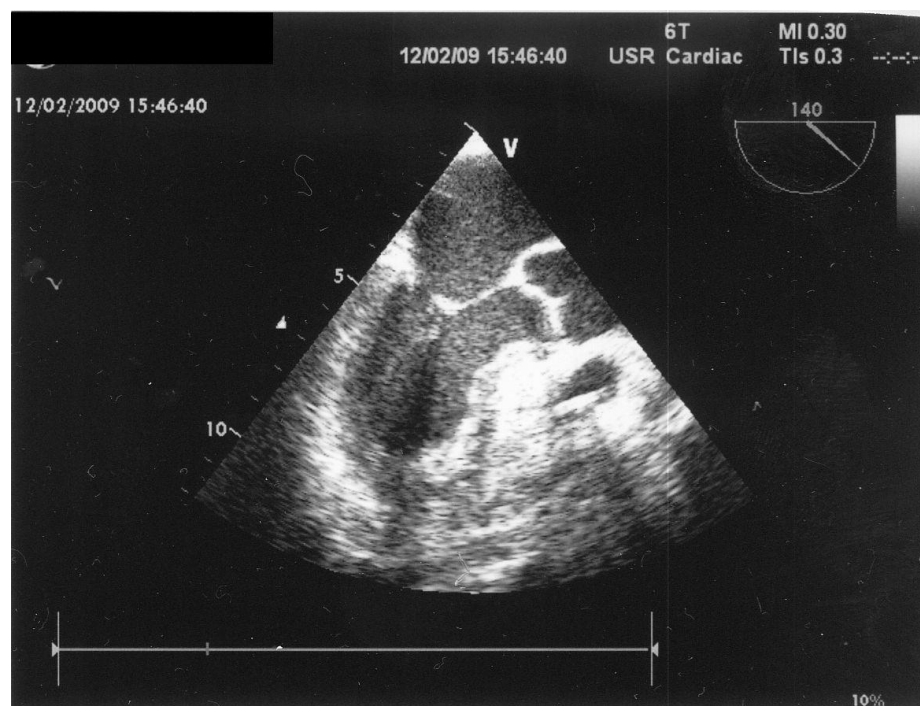
Задача 5.

У больной 48 лет при амбулаторном обследовании выявлено образование в левом предсердии. Сделана ЭхоКГ.

Задание:

- Поставьте предварительный диагноз

- Предложите необходимые дополнительные методы обследования
- Предложите варианты лечения



Задача 6.

Пациенту 60-ти лет предстоит плановая лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ: хронического калькулезного холецистита. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад по поводу хронической ишемической болезни сердца больному выполнено стентирование. От момента стентирования до настоящего времени пациент принимает дезагрегант плавикс.

Результаты лабораторного обследования:

Клинический анализ крови:

Эритроциты 5 млн/мкл

Сегментоядерные 70%

Гемоглобин 150 г/л
Гематокрит 45%
Ретикулоциты 1%
Цветовой показатель 1
Лейкоциты 5000/мкл
Палочкоядерные 1%

Эозинофилы 3%
Базофилы 0%
Лимфоциты 23%
Моноциты 3%
Тромбоциты 200 тыс/мкл
СОЭ 8 мм/ч

Биохимический анализ крови

Белок общий 70 г/л
Альбумины 60%
Глобулины 40%
Мочевина 5 ммоль/л
Креатинин 80 мкмоль/л

Билирубин общий 10 мкмоль/л
Прямой 2 мкмоль/л
Непрямой 8 мкмоль/л
Калий 4,5 ммоль/л
Натрий 135 ммоль/л

Коагулограмма:

АЧТВ 24 секунды
МНО 1,1
Фибриноген 3,2 г/л
Время кровотечения 20 минут

Вопросы:

- По какой схеме следует проводить антитромботическую профилактику у данного пациента в периоперационном периоде.
- Какие лабораторные тесты следует использовать для оценки эффективности данной антитромботической профилактики?

Задача 7.

Больной 55 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу перемежающейся хромоты в бедрах и ягодицах с обеих сторон при ходьбе до 200 м, импотенцию. Болен в течение 3-х лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД– 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140\90.

Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голених. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий не определяется на всем протяжении.

Задание:

- Установите клинический диагноз, стадию артериальной недостаточности нижних конечностей.
- Методы обследования и тактика лечения.



Задача 8.

Больной 37 лет поступил в отделение сосудистой хирургии в плановом порядке с жалобами на пульсирующее опухолевидное образование в правой подколенной области. В анамнезе тупая травма правой подколенной области около 2-х лет назад, после чего появилось пульсирующее опухолевидное образование в подколенной ямке, которое постепенно увеличивалось в размерах.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧДД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 130/90 мм рт.ст.. Гемоглобин – 140 г/л.

Status localis: правая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на бедренной артерии отчетливая, в подколенной ямке определяется пульсирующее опухолевидное образование 4х5 см, кожа над ним не изменена, пульсация на артериях стопы несколько ослабленная. Левая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на всем протяжении отчетливая.

Задание:

- Установите диагноз. Методы обследования и тактика лечения.

Задача 9.

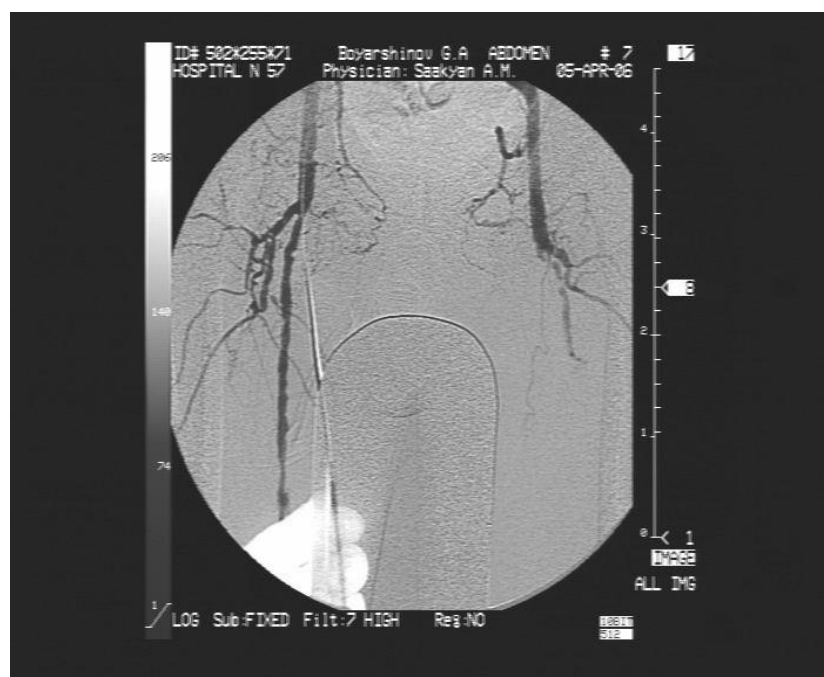
Больной 65 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу «перемежающей хромоты» в икроножных мышцах левой голени при ходьбе на расстояние до 10-20м, боли в покое в пальцах левой стопы. Болен в течение 5-ти лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД– 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140/90.

Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голених. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий определяется на всем протяжении справа, слева только на общей бедренной артерии.

Задание:

- Установите клинический диагноз, стадию артериальной недостаточности нижних конечностей.
- Методы обследования и тактика лечения.



Задача 10.

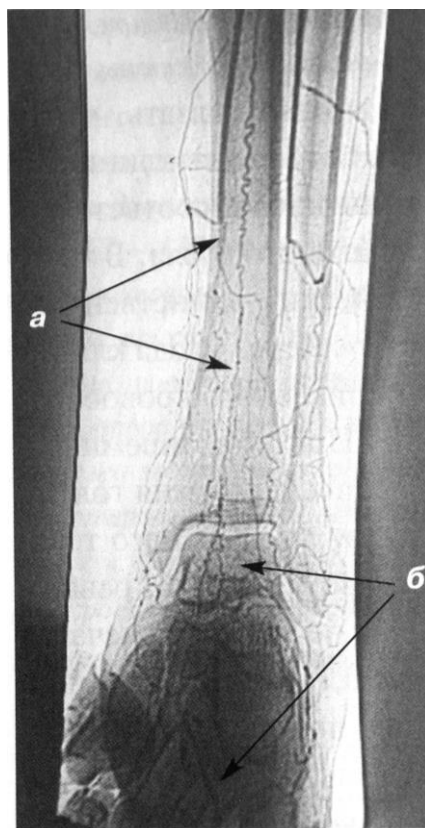
Больной 30 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли в левой стопе, некроз ногтевой фаланги V пальца. Болен в течение 1-го года, когда после эпизода сильного переохлаждения стоп появились явления мигрирующего флебита подкожных вен н\к, после чего стал отмечать боли в левой стопе при ходьбе. Проходимая дистанция постепенно сокращалась, последнее время беспокоят боли в покое, появился некроз ногтевой фаланги V пальца. Курит длительное время.

Status localis: Левая нижняя конечность – обычной окраски, бедро теплое, голень и стопа прохладные на ощупь, отмечается снижение волосяного покрова на голени, движения и глубокая чувствительность в полном объеме, поверхностная чувствительность пальцев стопы снижена, имеется некроз дистальной фаланги V пальца стопы. Пульсация на бедренной и подколенной артериях отчетливая, на артериях стопы не определяется.

Правая нижняя конечность – теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на бедренной и подколенной артерии отчетливая, на артериях стопы несколько ослабленная.

Задание:

- Предположите наиболее вероятный диагноз.
- Какая стадия артериальной недостаточности у больного.
- Методы верификации и лечения заболевания.



Задача 11.

Больной 75 лет поступил с жалобами на боли, онемение и похолодание правой н\к. Длительное время страдает ишемической болезнью сердца, мерцательной аритмией, ведет малоактивный образ жизни, передвигается только по дому. Ранее не обследовался и не лечился. Сутки назад отметил внезапное появление онемения и похолодание левой голени и стопы, через некоторое время присоединились и стали нарастать боли в голени и стопе в связи с чем вызвал «скорую помощь» и госпитализирован в клинику.

При осмотре состояние больного средней тяжести, ЧДД-20 в мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, пульс 94 в мин, аритмичный, АД 190\100. Живот мягкий, безболезненный.

Status localis: левая нижняя конечность бледная, прохладная, подкожные вены спавшиеся, активные и пассивные движения в пальцах стопы сохранены, поверхностная чувствительность снижена, глубокая сохранена, пальпация икроножных мышц болезненна. Пульсация определяется на подколенной артерии, дистальнее отсутствует. Левая нижняя конечность обычной окраски, теплая, движения и чувствительность сохранены в полном объеме, пульсация отчетливая на артерии тыла стопы, на заднебольшеберцовой артерии отсутствует. Выполнена ангиография.

Задание:

- Установите диагноз на основании клинических данных.
- Тактика лечения.



Задача 12.

Пострадавшему с ножевым ранением подмышечной области в ЦРБ была выполнена перевязка подмышечной артерии с использованием лигатурной иглы Дешана. Больной отправлен в г. С. санавиацией. При осмотре сосудистым хирургом определяется пульсация лучевой артерии в точке Пирогова, верхняя конечность теплая на ощупь, несколько отечна, расширены латеральная и медиальная подкожные вены.

Задание:

1. Дайте топографо-анатомическое обоснование подобного состояния.
2. В чем причина расширения подкожных вен?

Задача 13.

В хирургическом отделении во время обхода у больного Ж., прооперированного накануне по поводу правосторонней бедренной грыжи, выявлены отечность правой нижней конечности, усиление рельефа подкожных вен.

Задание:

1. С чем связано увеличение в объеме правой нижней конечности?
 2. Какой способ пластики, скорее всего, был использован у этого больного?
- Обоснуйте.

Задача 14.

В межобластной центр микрохирургии из города У. доставлен больной С. травматической ампутацией верхней конечности на уровне нижней трети предплечья. Края раны ровные, после травмы прошло 4 часа. Отсеченная часть конечности находится в емкости с 0,25%-ным раствором формалина.

Задание:

1. Какая операция будет выполнена данному больному?
2. Перечислите условия, при соблюдении которых может быть произведена реплантация отсеченной конечности.

Задача 15.

В хирургическое отделение поступил больной с ножевым ранением грудной клетки. При обследовании выявлено раневое отверстие 2,5x1,0 см в IV межреберье слева по парастернальной линии. Больной жалуется на сжимающие боли за грудиной, несколько заторможен, бледный, пульс 115 в минуту, АД – 85/60 мм рт. ст., дыхание - 42 в минуту. Аускультативно справа – везикулярное дыхание, слева – дыхание не прослушивается. Тоны сердца приглушены, ритмичны.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие слои грудной клетки прошел ранящий предмет?

Ситуационная задача № 5. Больной К., 56 лет, поступил в кардиохирургический центр с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, чувство нехватки воздуха, возникающие при физической нагрузке (ходьба до 200 м, при подъёме по лестнице до 2 этажа), купирующиеся приёмом нитроглицерина через 1-2 минуты. Из анамнеза известно, что в течение 25 лет стало повышаться АД до 190/110 мм рт.ст. при рабочем 130/80 мм рт.ст. Лечился эналаприлом. В течение 3 лет стали беспокоить вышеописанные жалобы. Факторы риска: курение, мужской пол, возраст старше 55 лет, отягощённая наследственность по ССЗ (мать страдала ИБС), абдоминальное ожирение.

Объективно: состояние средней тяжести, телосложение гиперстеническое, питание

повышенное, развитие подкожно-жировой клетчатки избыточное. Рост 170 см. Вес 100 кг. ИМТ 34. Объем талии 120 см. расширение левой границы сердца, PS= 58 в мин., ЧСС = 58 в мин., АД 140/90 мм. рт. ст., в лёгких везикулярное дыхание, единичные мелкопузырчатые влажные хрипы ниже лопатки справа. ЧД 20 в мин.; отёков нет.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 16

Больной С., 58 лет, поступил в кардиохирургический центр с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической нагрузке (ходьба не более 200 м, подъёме по лестнице не выше 2 этажа), купирующиеся приёмом «Нитроспрея» через 1-2 минуты. 46 Из анамнеза: считает себя больным с мая 2009 г., когда после падения с высоты 3 метров у больного развился инфаркт миокарда, после которого стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. С этого же времени стало повышаться АД до 160/90 мм рт.ст. при рабочем 120/80 мм рт.ст. В ОКХЦ проведена коронарография: Тип кровоснабжения левосторонний. Ствол ЛКА- не изменён. ПМЖВ-стеноз в среднем сегменте 50-60%. ОВ-стеноз в среднем сегменте 40%. ПКА-неровности контуров, стеноз в среднем сегменте 80%. Факторы риска: мужской пол, возраст старше 55 лет, абдоминальное ожирение. Объективно: состояние средней тяжести, телосложение гиперстеническое, питание повышенное, развитие подкожно-жировой клетчатки избыточное. Рост: 174 см. Вес: 108 кг. ИМТ: 36. Объем талии: 122 см. расширение левой границы сердца, PS= 68 в мин., ЧСС = 68 в мин., АД 120/80 мм. рт. ст., в лёгких везикулярное дыхание, ЧД 17 в мин.; отёков нет.

Вопрос:

Ваш диагноз и тактика ведения больного?

Задача 17

У больного 26 лет, перенесшего 3 дня назад эмболэктомию из правой плечевой артерии с хорошим восстановлением кровотока, внезапно повторно возникли ишемия правой руки, ишемия 1Б степени. Анамнестических и клинических признаков заболеваний сердца не выявлено.

Вопросы:

1. Что могло послужить причиной повторной артериальной эмболии?
2. Какие исследования нужно провести для выявления эмбологенного заболевания?

Задача 18

Больной 50 лет, перенесший год назад инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкую боль в левой ноге, появившуюся внезапно за сутки до поступления. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной артерии и артериях стопы – отсутствует. Вопрос: Какой метод дополнительного обследования целесообразно использовать? Ответ: Дуплексное сканирование сосудов. Ситуационная задача №5 Больной 63 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли в животе, поясничной области, слабость, головокружение. Заболел остро за 10 часов до поступления, когда внезапно появились резкие боли в животе, слабость, головокружение. Боль носила постоянный характер, иррадиировала в спину, бедро.

Тошноты и рвоты не было. Длительное время страдает гипертонической болезнью. Общее состояние тяжёлое, кожный покров бледный, покрыт холодным потом. Одышка - 32 в минуту. В лёгких рассеянные сухие и влажные хрипы. Пульс 120 в минуту, ритмичный. АД 90 и 40 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии, больше слева, где пальпируется опухолевидное образование размером 18 x 12 x 10 см, плотное, пульсирующее, неподвижное. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается. Нижние конечности тёплые. Пульсация артерий определяется на всём протяжении.

Вопрос:

Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 19

Мужчина, 28 лет, жалуется на одышку, быструю утомляемость при ходьбе. Считает себя больным с рождения, когда была установленная врожденная недостаточность аортального клапана. Физически развит удовлетворительно, кожные покровы бледные, слабый цианоз губ. Левая граница сердца расширена. ЧСС - 78 уд/мин, АД - 110/80 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Какой вид сердечной недостаточности по патогенезу у больного?
2. Раскройте механизмы интракардиальной адаптации.

Задача 20

Больная И., 48 лет поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами: на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, перебои в сердце, отеки нижних конечностей. Анамнез: Около 6 лет наблюдается у ревматолога по поводу ревматической болезни сердца. Регулярно обследовалась и лечилась по месту жительства. Последнее ухудшение 3 месяца назад, когда усилилась одышка при ходьбе, снизилась толерантность к физической нагрузке, появилась слабость. Стали возникать боли в области сердца, давящего характера, возникающие при небольшой физической нагрузке. Объективно: При поступлении состояние средней степени тяжести. Имеется выраженный систолический шум на основании сердца. Нормальное положение ЭОС. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. ЭХО-КГ: Ревматическая болезнь сердца. Комбинированный аортальный порок. Резкий аортальный стеноз с G118 мм рт.ст. Умеренная аортальная регургитация 2-3 степени. Врожденный двустворчатый клапан аорты: три комиссуры, сращены правая и некоронарная створки. Фиброз и кальциноз 3 степени аортального клапана. Умеренное расширение восходящей аорты. Небольшое расширение левого предсердия. Значительная гипертрофия стенок левого желудочка (до степени гипертрофической кардиомиопатии). Диастолическая функция левого желудочка: нарушена по псевдонормальному типу. Легочная гипертензия 1 степени. Давление в ПЖ 36 мм.рт.ст. Сократимость левого желудочка в пределах нормы. Фракция выброса левого желудочка: 74%. Рентгенография Легочный рисунок не изменен. Корни легких: структурные, нормальных размеров. Плевральные синусы свободные. Диафрагма обычно расположена. Сердце: Поперечник увеличен влево. Увеличена восходящая аорта. В проекции аортального клапана очаги средних размеров обызвествления. Гипертрофирован левый желудочек.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз; основное направление терапии у данного пациента;
2. Тактика хирургического лечения.

Задача 21

Больной К., 20 лет после автокатастрофы доставлен в реанимационное отделение с диагнозом: Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней степени тяжести, субарахноидальное кровоизлияние, ушиб сердца, легких и печени, закрытый перелом левого плеча и переломы VIII-IX ребер слева, травматический шок III степени тяжести. Объективно: При поступлении состояние крайне тяжелое. Выражена тахикардия, артериальная гипотензия. Границы сердца умеренно расширены влево и вверх. Тон над верхушкой приглушен и ослаблен, тон над легочной артерией акцентирован. Над областью сердца с максимумом над верхушкой выслушивается интенсивный систолический шум, "дующего" тембра, связанный с тоном и занимающий 1/2 систолы. Данные обследования: ЭКГ Атриовентрикулярная диссоциация, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, увеличение электрической активности левого желудочка. Депрессия сегмента ST, переходящая в "сглаженный", почти изоэлектрический зубец T, в отведениях V1-V3 выпуклый подъем сегмента ST с переходом в отрицательный зубец T. ЭХО-КГ Умеренное расширение левых полостей сердца, без гипертрофии его стенок. Гиперкинезия передней створки митрального клапана. Переднелатеральная папиллярная мышца выглядит "яркой". Выраженная митральная регургитация II-III степени. Вызван кардиохирург для консультации.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз;
2. Ваши рекомендации по дальнейшей тактике лечения.

Задача 22

Больная И., 48 лет поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами: на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, перебои в сердце, кашель с незначительной мокротой. Анамнез: Около 6 лет наблюдается у ревматолога по поводу ревматической болезни сердца. Регулярно обследовалась и лечилась по месту жительства. Последние ухудшение 3 месяца назад, когда усилилась одышка при ходьбе, снизилась толерантность к физической нагрузке, появилась слабость. Объективно: При поступлении состояние средней степени тяжести. Имеется резко очерченный цианотический румянец. Над верхушкой сердца выслушивается громкий (хлопающий) 4-й тон и низкочастотный протодиастолический шум с иррадиацией в подмышечную область. Перебои в области сердца, тахикардия. Данные обследования: ЭКГ Фибрилляция-трепетание предсердий с ЧСС 105 в 1 минуту, крупноволновая, тахисистолическая форма. Нормальное положение ЭОС. ЭХО-КГ Ревматическая болезнь сердца. Стеноз митрального клапана: выраженный. Митрального отверстия - 1,1 кв.см. Градиент давления пиковый: 19 мм Нг, средний 9 мм Нг; Митральная регургитация: небольшая. Значительная дилатация полости левого предсердия. ФВ 62 %. Тромб в полости левого предсердия. Рентгенография Легочный рисунок усилен по венозному руслу. Корни легких расширены за счет ветвей легочной артерии. Плевральные синусы свободные. Диафрагма обычно расположена. Сердце в прямой проекции увеличение дуги легочной артерии, левого желудочка. В I косой

проекции увеличение левого предсердия с отклонением контрастированного пищевода по дуге малого радиуса.

Задание:

1. Ваш клинический диагноз;
2. Основное направление терапии у данного пациента; тактика хирургического лечения.

Задача 23

Пациент А., 36 лет направлен в кардиохирургический центр для консультации из поликлиники. Пациент предъявляет жалобы на одышку, чувство тяжести в правом подреберье, отеки на нижних конечностях, покалывание в области сердца, частые приступы перебоев в работе сердца, общую слабость, повышение температуры в вечернее время до 38. Из анамнеза известно, что пациент на протяжении двух лет употребляет наркотики (кокаин, героин) ЭКГ, выявлено отклонение ЭОС вправо, полная блокада правой ножки п.Гиса, направлен на консультацию в кардиохирургический центр для уточнения диагноза. Тоны сердца ясные ритмичные систолический шум на основании сердца слева от грудины, акцент второго тона над лёгочной артерией.

Задание:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Определите дальнейшую тактику.

Задача 24

Ребёнок А, 3 лет направлен в кардиохирургический центр для консультации из детской поликлиники. Со слов родителей отмечается одышка при физической нагрузке. Ребёнок от первой, желанной беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в первом триместре. При плановом медицинском осмотре перед школой педиатром выявлен систолический шум в III-IV межреберье слева, направлен в поликлинику по месту жительства. В поликлинике осмотрен кардиологом, выполнено ЭКГ, выявлено отклонение ЭОС вправо, полная блокада правой ножки п.Гиса. Рентгенограмма органов грудной полости: отмечается кардиомегалия, повышенная прозрачность легочных полей.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз и тактика лечения.

Задача 25

У больной 45 лет диагностированы ревматическая недостаточность митрального клапана 3 степени, выраженный кальциноз клапанных створок, атриомегалия.

Вопросы:

1. Нужно ли оперировать больную?
2. Если да, то нужно ли протезировать митральный клапан?
3. Если операция будет проведена, какие препараты больная должна будет постоянно принимать после операции?
4. Как контролировать такую терапию?

Задача 26

У больного 70 лет с жалобами на одышку и боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, выявлена аортальный стеноз, выраженный кальциноз клапана, критические стенозы передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

Вопросы:

1. Можно ли оперировать больных в таком возрасте на сердце?
2. Может ли помочь этому больному операция? Если да, то что следует сделать с аортальным клапаном? Нужно ли одновременно вмешиваться на коронарных артериях? Если да, то какая операция на коронарных сосудах может быть выполнена?
3. В каких условиях следует проводить операцию?
4. Потребуется ли после операции больному специфическое лечение?

Задача 27

В клинику для оперативного лечения поступила больная 30 лет с сочетанным ревматическим пороком сердца с преобладанием стеноза, осложнённого мерцательной аритмией. Площадь левого венозного отверстия, определённая с помощью ЭХО-КГ – 1 см². Кальциноза клапана нет. Отмечается митральная регургитация. В полости левого предсердия обнаружен тромб.

Вопросы:

1. В чём опасность такого порока сердца, кроме нарастания недостаточности кровообращения?
2. Какие виды оперативных вмешательств выполняют при митральных пороках?
3. Какая операция показана данной больной? В каких условиях она должна выполняться?

Задача 28

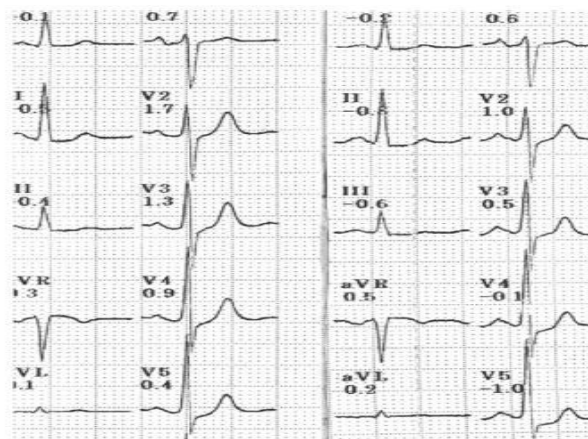
Девочка К., 11 лет, поступила в стационар с жалобами на одышку и цианоз, которые усиливаются при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что впервые шум в области сердца выслушан в роддоме. После 6 месяцев жизни появилась цианотичная окраска кожи и слизистых оболочек. При осмотре: кожные покровы и слизистые оболочки с цианотичным оттенком. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол". Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правой парастер-нальной линии, верхняя - II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС - 84 ударов в минуту. ЧД - 20 в минуту. Интенсивный продолжительный систолический шум жесткого тембра с эпицентром во II–III межреберье слева от грудины. II тон ослаблен во втором межреберье слева от грудины. В легких пузрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Какие синдромы и симптомы выявляются у ребенка и при каких заболеваниях они встречаются?
2. Проведите дифференциальный диагноз.

Задача 29.

Пациент 45 лет, инженер по профессии, обратился к врачу с жалобами на периодически наступающее онемение пальцев левой руки. Это состояние длится несколько минут и самопроизвольно проходит. Чаще онемение пальцев левой кисти наступает во время психо-эмоционального напряжения. Объективно: со стороны органов и систем патологических отклонений не обнаружено. Записана ЭКГ в покое и при нагрузке (рисунок).



Задание:

- Опишите патогенез описанного приступа.
- Предположительный диагноз?
- Назовите критерии положительной нагрузочной пробы.
- Какие провокационные тесты целесообразно использовать у данного больного?
- Наиболее предпочтительные препараты медикаментозного лечения больного.

Задача 30.

В приёмный покой доставлен скорой помощью больной 52 лет с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более двух часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.

Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Иногда отмечалось повышение АД до 200/120 мм рт.ст., постоянное АД - 160/100 мм рт. ст.

При осмотре общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание частое (26 в минуту). Перкуторно над всеми полями грудной клетки лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс одинаков на обеих руках, 120 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 90/70 мм рт.ст.

Перкуторно левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Аускультативно тоны сердца глухие. Акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

Задание:

- Ваш предварительный диагноз?
- Назначьте необходимые информативные методы исследования.
- Ваша лечебная тактика.

Задача 31.

Больную А. В течение 3 лет беспокоили кратковременные боли в левой половине грудной клетке, с иррадиацией в шею. Накануне возникли очень интенсивные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, руку, живот, продолжительностью 30 минут. Поднялась температура до 37⁰ С. Тоны сердца ослаблены. Лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ /л. АСТ - 40 U/L (норма до 31), КФК – 150 U/L (норма до 170). На ЭКГ зубец Т в отведениях III и aVF отрицательный, остроконечный. Через 3 дня ЭКГ нормализовалась.

Задание:

- Ваш диагноз?
- Назначьте необходимые дополнительные исследования при поступлении больного в стационар и при выписке.

Задача 32.

У больного 65 лет после операции по поводу аденомы предстательной железы на 6 день внезапно появились боль в правом боку и под лопаткой, кашель и кровохаркание, поднялась температура. Записана ЭКГ (рисунок 9). Врач диагностировал кровотечение и назначил больному для его остановки хлористый кальций и викасол.

Задание:

- Оцените тактику лечащего врача. Какое лечение назначили бы вы?

– Назовите хирургические методы лечения и профилактики данного заболевания.

Задача 33.

Больной 55 лет, с длительной гипертонической болезнью в анамнезе, находится в клинике в связи с передним распространенным инфарктом миокарда, развившимся в период очередного повышения АД до 200/100 мм рт.ст.

При осмотре состояние средней тяжести. Акроцианоз губ. В лёгких патологии нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона на аорте. ЧСС - 96 уд /мин. АД - 200/100 мм рт ст. Печень не увеличена. На 2-е сутки заболевания вновь развился затяжной ангинозный приступ боли в области сердца, в тот же день появился грубый систолический шум слева от грудины в IV межреберье. Увеличились размеры печени. При нарастающих явлениях острой недостаточности кровообращения больной скончался.

Задание:

- Какие изменения произошли в состоянии больного на 2-е сутки?
- Чем они обусловлены?
- Каков прогноз при данном осложнении? Возможны ли другие исходы?

Задача 34.

У больного 61 года, находящегося в клинике по поводу трансмурального переднего распространённого инфаркта миокарда, на 4-й неделе заболевания после выписки из стационара появились давящие боли в сердце, усиливающиеся при дыхании, одышка, боли в плечевых и правом голеностопном суставах, температура тела повысилась до 38⁰ С.

При осмотре: жёсткое дыхание и сухие влажные звонкие хрипы в лёгких справа под лопаткой. Над сердцем в области абсолютной тупости стал выслушиваться шум трения перикарда, который сохранялся в течение 2-3 дней. В крови: лейкоцитов 17,2 x 10⁹ /л, п-12%, э-8%, СОЭ - 32 мм/час.

Задание:

- Ваш предварительный диагноз.
- Укажите причины данного осложнения и причину кратковременности симптома шума трения перикарда.
- Назначьте лечение.

Задача 35.

Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на небольшую головную боль, повышенную общую возбудимость, беспокойство, суетливость, прерывистый сон, потливость, слабость, сердцебиение. Объективно: лицо гиперемированное, кожа эластичная, влажная. Питание - пониженное. Положительные симптомы Кохера, Мебиуса, тремор рук. Систолический шум на вершине и в точке выслушивания лёгочной артерии, пульс аритмичен, 110 уд/мин. АД - 170/40 мм рт.ст. По данным ЭКГ: левограмма, увеличение зубцов Т, отсутствие зубцов Р, комплексы QRS на различных расстояниях друг от друга. Кровь: Нб – 90 г/л, эр.- 3,7 10¹² /л, Л – 4,0 10⁹ /л, СОЭ - 30 мм в час. Э -3, п - 3, с- 42, л - 45, м - 7.

Задание:

- Назовите диагноз.
- Опишите патогенез и характер поражения сердечно-сосудистой системы при данном заболевании.
- Назначьте лечение.

Задача 36.

Больная 35 лет жалуется на головную боль. Объективно: больная тучная. Жир расположен главным образом на лице, шее, туловище. На коже рук, груди и бедрах имеются красноватые полосы. Сердце увеличено влево, сердечные тоны чистые. АД - 180/110 мм рт. ст. Анализ мочи: уд. вес 1020, следы белка, в осадке - единичные эритроциты и лейкоциты. Количество 17-оксикетостероидов и 17-кетостероидов в моче увеличено. Рентгенологически отмечается увеличение надпочечников.

Задание:

- Назначьте дополнительные методы исследования.
- Выделите ведущий синдром и проведите дифференциальную диагностику.
- Механизм повышения артериального давления при данной патологии.
- Назначьте лечение.

Задача 37.

Больной 40 лет поступил в клинику с жалобами на периодические боли в затылочной области, сопровождающиеся чувством страха, беспокойством и парестезией в конечностях. Отмечаются потливость, тошнота, рвота, повышение температуры до 37,5⁰ С. Такое состояние продолжается несколько часов, затем внезапно заканчивается. Впервые подобные приступы появились около 10 лет назад. Объективно: АД - 240/120 мм рт. ст. Пульс 120 уд/мин. Больной бледен, повышенная потливость, имеется ознобopodobное состояние, блеск глаз, расширение зрачков. Со стороны сердца: небольшое увеличение влево, тоны глухие, ритмичные, тахикардия, акцент II тона на аорте. Анализ крови: глюкоза – 7,1 ммоль/л, лейкоциты – 3,2 · 10⁹. Анализ мочи: уд. вес - 1015, белок - следы, единичные эритроциты, следы сахара. Глазное дно: артериальные сосуды сужены, вены расширены.

Задание:

- Обоснуйте план дополнительных методов исследования.
- Выделите ведущий синдром, проведите дифференциальную диагностику.
- Определите тактику медикаментозного и хирургического лечения данного заболевания.

Задача 38.

У больного В. 37 лет заболевание началось остро: появилась боль в горле, температура тела повысилась до 39⁰ С. Через 4 дня боли в горле исчезли, но вскоре появились отёки на лице, одышка, общая слабость, головная боль, боль в пояснице. Объективно: лицо отёчное, бледное, отёки по всей поверхности тела, особенно выраженные на лице по утрам. АД - 160/100 мм рт.ст.. В моче: белка 1,5‰, уд. вес - 1025, в осадке эритроциты, покрывают всё поле зрения, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Уд. вес мочи по пробе Зимницкого- 1012- 1023. Диурез дневной - 600 мл, ночной - 500 мл. Мочевина крови - 5,6 ммоль/л. Несмотря на лечение состояние прогрессивно ухудшается, отёки не уменьшаются. Через 6 месяцев СОЭ составило 55 мм в час. Уд. вес мочи по пробе Зимницкого стал равен 1010 -1012 при нормальном диурезе. Мочевина крови - 30 ммоль /л. Через 7 месяцев выявлено резкое похудание, кожные покровы сухие, шелушащиеся, бледные, лицо одутловатое. Появились рвота, носовые кровотечения. АД - 170/120 мм рт. ст. Уд. вес мочи 1008-1005. Мочевина крови - 50 ммоль/л, креатинин - 1000 мкмоль/л. Больной погибает.

Задание:

- Ваш диагноз?
- Ошибки в ведении больного.
- Обоснуйте правильное лечение
- Определить форму и течение основного заболевания.

Задача 39.

Больной П. 55 лет доставлен в клинику в коматозном состоянии. Со слов родственников болен много лет. В последнее время потерял аппетит, часто появляются тошнота, рвота и сонливость. В день госпитализации потерял сознание. Объективно: истощение, бледность. Язык сухой, запах мочевины изо рта. В лёгких - сухие хрипы. Сердце - систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. АД 220/140 мм рт. ст. Кровь: Hb - 80 г/л, эр. $2,9 \cdot 10^{12}$, лейкоциты – $12 \cdot 10^9$. Моча: уд. вес - 1007, протеинурия, в осадке единичные эритроциты, зернистые цилиндры.

Задание:

- Укажите ведущие синдромы.
- Проведите дифференциальную диагностику по одному из ведущих синдромов.
- Назовите лечебные мероприятия.
- Какой прогноз данного больного?

Задача 40.

Студент А. 21 года жалуется на быструю утомляемость, сердцебиение, неприятное ощущение в области сердца, субфебрильную температуру, потливость. Заболел остро через 8 дней после ангины. Объективно: кожные покровы нормального цвета, влажные, сердце - левая граница на 1 см влево от средне-ключичной линии. Тоны приглушены, систолический шум на верхушке без иррадиации. ЭКГ - синусовая аритмия, интервал PQ - 0,24 с. Кровь: СОЭ - 25 мм/час, лейкоциты $10 \cdot 10^9$. Через две недели состояние улучшилось. Нормализовались границы сердца и кровь, но систолический шум стал грубее.

Вопросы.

- Сформулируйте диагноз.
- Объясните причину изменения характера сердечного шума.
- Обоснуйте тактику ведения данного больного.

Задача 41.

Больная 20 лет жалуется на одышку при подъёме на лестницу и кровохарканье. Объективно: цианотический румянец, в лёгких - застойные явления. На левом боку пальпируется пресистолическое дрожание в области верхушки сердца. Границы сердца смещены вверх и вправо. ЧСС – 140 в мин, пульс – 120 уд/мин, аритмичный, хлопающий I тон и диастолический шум на верхушке. Печень увеличена, плотноватая, слегка болезненная. При контрастном рентгеноскопическом исследовании пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. СОЭ - 5 мм в час. Лейкоциты – $4,8 \cdot 10^9$, СРБ - отрицательный.

Задание:

- Опишите возможные изменения ЭКГ-картины. Объясните их причины.
- Выделите синдромы. Сформулируйте диагноз.
- Обоснуйте план лечебных мероприятий.

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов по каждому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получивший оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы	Количество экземпляров
1.	Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 1 / [А. А. Адамян и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 858 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
2.	Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 2 / [А. М. Шулутко и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 825 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
3.	Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : нац. рук. : в 3 т. Т. 3 / [Е. В. Кижасев и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1002 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
4.	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : [руководство : в 2 т.] Т. 1 / под ред. Э. Ашера ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 534 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru .	Удаленный доступ
5.	Сосудистая хирургия по Хаймовичу [Электронный ресурс] : [руководство : в 2 т.] : Т. 2 / под ред. Э. Ашера ; пер. с англ. под ред. А. В. Покровского. – Москва : БИНОМ. Лаб. знаний, 2015. – 644 с. - Режим доступа: http://ibooks.ru .	Удаленный доступ
6.	Болезни сердца по Браунвальду [Электронный ресурс] : рук. по сердеч.-сосудист. медицине : пер. с англ. : в 4 т. Т. 1 / под ред. П. Либби [и др.]. – Москва : Логосфера, 2010. – 624 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ

7.	Болезни сердца по Браунвальду [Электронный ресурс] : рук. по сердеч.-сосудист. медицине : пер. с англ. : в 4 т. Т. 2 / под ред. П. Либби [и др.]. – Москва : Логосфера, 2012. – 596 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
8.	Болезни сердца по Браунвальду [Электронный ресурс] : рук. по сердеч.-сосудист. медицине : пер. с англ. : в 4 т. Т. 3 / под ред. П. Либби [и др.]. – Москва : Логосфера, 2013. – 596 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
9.	Болезни сердца по Браунвальду [Электронный ресурс] : рук. по сердеч.-сосудист. медицине : пер. с англ. : в 4 т. Т. 4 / под ред. П. Либби [и др.]. – Москва : Логосфера, 2015. – 808 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
10.	Кардиология [Текст] : нац. руководство / Д. В. Абельдяев и др. ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008.	1
11.	Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / [Ю. Н. Беленков и др.] ; под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1232 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
12.	Руководство по кардиологии [Текст] : [учеб. пособие для мед. вузов и постдиплом.образования врачей] : в 3 т. / [М. М. Алшибая и др.] ; под ред. Г. И. Сторожакова, А. А. Горбаченкова. - Москва, 2008.	17
13.	Болезни клапанов сердца [Текст] / Сторожаков Г. И. - Москва : Практика, 2012. – 200 с. : [3] л. ил., ил. - (Современная российская медицина). - В кн. также : Международные и торговые названия лекарственных средств.	5
14.	Болезни клапанов сердца [Электронный ресурс] / Г. И. Сторожаков, Г. Е. Гендлин, О. А. Миллер. – Москва : Практика, 2015. – 200 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
15.	Кардиология [Текст] : справ. практ. врача / А. В. Тополянский ; под общ. ред. Р. С. Акчурина. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009. - 408 с., 8 л. ил.	5
16.	Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / Ю. Н. Беленков, С. К. Терновой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 975 с.	7
17.	Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст] / Белов Ю. В. - М. : МИА, 2011.	3
18.	Искусство коронарной хирургии [Текст] : для целеустремленных / Ю. В. Белов. - М. : МИА, 2009.	6
19.	Хирургическая анатомия сердца по Уилкоксу [Электронный ресурс] : пер. с англ. / Р. Г. Андерсон, Д. Е. Спайсер, Э. М. Хлавачек [и др.]. – Москва : Логосфера, 2015. – 456 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
20.	Дифференциальная диагностика шумов в сердце [Электронный ресурс] : все, что нужно знать практикующему врачу : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. ; [сост. : Е. В. Резник, Д. В. Пузенко, В. В. Лялина и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Посвящ. 80-летию Г. И. Сторожакова. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
21.	Эндоскопические методы в общехирургической практике [Текст] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. ; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2019. - 107 с. : ил. - Библиогр. : С. 107.	10
22.	Эндоскопические методы в общехирургической практике [Электронный ресурс] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. ; [Г. В. Родоман, А. А. Соколов, Л. А. Лаберко и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
23.	Стентирование венечных артерий при остром инфаркте миокарда - современное состояние вопроса [Текст] / Л. А. Бокерия, Б. Г. Алякян, Ю. И. Бузишвили и др. - М. : Медицина, 2007.	5
24.	Гемостаз при тромбгеморрагических осложнениях консервативного и хирургического лечения ишемической болезни сердца [Текст] / В. В. Крашутский, С. А. Белякин, А. Н. Пырьев. - Курск : Научком, 2010. - 423 с.	1
25.	Континуум ишемической болезни сердца [Текст] / А. Ю. Лазуткина, В. В. Горбунов. - Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2018. - 330 с. : ил.	1
26.	Кардиореноцереброваскулярный континуум [Текст] : (континуум хронических облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей & возвращение к внезапной сердечной смерти и хронической болезни почек) / А. Ю. Лазуткина. - Хабаровск : Издательство ДВГМУ, 2019. - 273 с. : ил.	1

27.	Континуум мозгового инсульта и резистентной артериальной гипертензии [Текст] / А. Ю. Лазуткина. - Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2019. - 186 с	1
28.	Инфаркт миокарда [Текст] : [руководство] / С. С. Якушин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.	1
29.	Экспериментальная хирургия [Текст] : [руководство] / Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев ; под ред. Ю. Л. Шевченко. - 2-е изд., доп. - М. : Династия, 2011.	10
30.	Хирургические болезни [Текст] : [учеб. для вузов] : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.	5
31.	Хирургические болезни [Текст] : [учеб. для вузов] : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.	5
32.	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 719 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
33.	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 684 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
34.	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. : ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
35.	80 лекций по хирургии [Текст] / [Абакумов М. М., Адамян А. А., Акчурин Р. С. и др.] ; под общей ред. С. В. Савельева ; ред.-сост. А. И. Кириенко. - М. : Литтерра, 2008.	1
36.	80 лекций по хирургии [Электронный ресурс] / [М. М. Абакумов, А. А. Адамян, Р. С. Акчурин и др.] ; под ред. С. В. Савельева ; ред.-сост. А. И. Кириенко. - Москва : Литтерра, 2008. - 910 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
37.	Старение сердечно-сосудистой системы [Текст] : монография / А. Ю. Лазуткина. - Хабаровск : ДВГМУ, 2020. - 297 с. : ил	1
38.	Хирургические болезни [Электронный ресурс] : [учеб.-метод. пособие для высш. проф. образования] / [А. И. Кириенко и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 184 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
39.	Неотложная кардиология [Текст] : рук. для врачей / В. В. Руксин. - 6-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Невский Диалект, 2007 ; Москва : БИНОМ. Лаб. знаний : ГЭОТАР-Медиа, 2007.	12
40.	Неотложная помощь в терапии и кардиологии [Текст] : учебное пособие для системы послевуз. проф. образования / Ю. И. Гринштейн и др. ; под ред. Ю. И. Гринштейна. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 213 с.	7
41.	Торакальная хирургия [Текст] : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [А. Ю. Разумовский, В. Е. Рачков, Е. В. Феоктистова и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.	5
42.	Клинические лекции по практической кардиологии [Текст] : [рук. для врачей] / Палкин М. Н. - М. : Миклош, 2011.	1
43.	Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система [Текст] : рук. для врачей / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. - М. : БИНОМ, 2007.	3
44.	Внутренние болезни [Электронный ресурс] : сердечно-сосудистая система : учеб. пособие / Г. Е. Ройтберг, А. В. Струтынский. - 4-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2016. - 904 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
45.	Тромбоэмболия легочной артерии [Электронный ресурс] : учебное пособие / [И. Г. Никитин, Е. В. Резник, О. А. Эттингер и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, гаф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Авт. указ. на обороте тит. л. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
46.	Избранные лекции [Текст] / Сторожаков Г. И. - Б. м. : Изд-во ОССН, 2009. - 135 с.	1
47.	Клапанные пороки [Текст] : митральные, аортальные, сердечная недостаточность / А. А. Горбаченков, Ю. М. Поздняков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 109 с.	4
48.	Лечение болезней внутренних органов [Текст] : руководство / А. Н. Окорочков. -	2

	Т. 3, кн. 1 : Лечение болезней сердца и сосудов. - М. : Мед. лит., 2007.	
49.	Пациент с трансплантированным сердцем [Текст] : руководство для врачей по ведению пациентов, перенесших трансплантацию сердца / С. В. Готье, А. О. Шевченко, В. Н. Попцов. - Москва : Триада, 2014. - 143 с.	1
50.	Трансплантация сердца [Текст] : руководство для врачей / [С. В. Готье, В. М. Захаревич, А. Я. Кормер и др.] ; под ред. С. В. Готье, В. Н. Попцова, А. О. Шевченко. - Москва ; Тверь : Триада, 2014. - 131 с.	1
51.	Уход в хирургической практике [Текст] : [руководство] / У. Кампахузен ; пер. с нем. М. Д. Дибирова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 469 с. : ил. - Пер. изд. : Klinikleitfaden Chirurgische Pflege / hrsgb. U. Kamphausen. (2. vol. uber. Aufl. Munchen: Jena : Elsevier : Urban und Fischer).	1
52.	Основы ухода за хирургическими больными [Электронный ресурс] : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И.- 2017.-288 с.- Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
Дополнительная литература		
1.	Кардиореабилитация [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. с англ. / под ред. Д. Нибауэра. - Москва : Логосфера, 2012. - 328 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
2.	Электрокардиография [Электронный ресурс] : [учеб. пособие для мед. вузов] / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. - 11-е изд. - Москва : МЕДпресс-информ, 2016. - 314 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ
3.	Метод ГРВ-биоэлектрографии в медицине [Текст] / Е. Г. Яковлева. - Москва : Менеджер здравоохранения, 2012. - 130 с. : ил. - (Менеджмент в здравоохранении). - Библиогр. в конце гл.	2
4.	Метод ГРВ-биоэлектрографии в медицине [Электронный ресурс] / Е. Г. Яковлева. - Электрон. дан. - Москва : Менеджер здравоохранения, 2012. - (Менеджмент в здравоохранении). - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
5.	Реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда. Ведение больных в поликлинике [Текст] : учебно-методическое пособие / [И. И. Чукаева, С. Н. Литвинова, Ф. Д. Ахматова] ; под ред. И. И. Чукаевой ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. терапии лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - 63 с. : ил. - Библиогр. : С. 61.	1
6.	Реабилитация после перенесенного инфаркта миокарда. Ведение больных в поликлинике [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / [И. И. Чукаева, С. Н. Литвинова, Ф. Д. Ахматова] ; под ред. И. И. Чукаевой ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. терапии лечеб. фак. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - 63 с. : ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
7.	Артериальная гипотензия в практике терапевта поликлиники [Текст] : учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов, аспирантов / Е. В. Кудина, В. Н. Ларина. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 22 с	6
8.	Артериальная гипотензия в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие для студентов, ординаторов, аспирантов / Е. В. Кудина, В. Н. Ларина. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 22 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
9.	Хроническая сердечная недостаточность в практике врача [Текст] : учебное пособие / В. Н. Ларина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 89 с.	6
10.	Хроническая сердечная недостаточность в практике врача [Электронный ресурс] : учебное пособие / В. Н. Ларина ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Москва : Изд-во РАМН, 2016. - 89 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
11.	Торакоабдоминальная компьютерная томография. Образы и симптомы [Электронный ресурс] : [учебное пособие] / Юдин А. Л. ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2012. - 103 с. : ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
12.	Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] / А. В. Епифанов, Е. Е. Ачкасов, В. А. Епифанов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020.- 736 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ

13.	Организация ухода за больными хирургического профиля [Текст] : учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. дет. хирургии ; [разраб. Т. Н. Кобзевой ; под ред. А. Ю. Разумовского]. - Москва : [б. и.], 2015. - 97 с. - Без тит. л.	1
14.	Организация ухода за больными хирургического профиля [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. дет. хирургии ; [разраб. Т. Н. Кобзевой ; под ред. А. Ю. Разумовского]. - Москва : [б. и.], 2015. - 97 с. - Без тит. л. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
15.	Трансплантация сердца [Текст] : руководство для врачей / [С. В. Готье, В. М. Захаревич, А. Я. Кормер и др.] ; под ред. С. В. Готье, В. Н. Попцова, А. О. Шевченко. - Москва ; Тверь : Триада, 2014. - 131 с.	1
16.	Хроническое легочное сердце в практике терапевта поликлиники [Электронный ресурс] : учебное пособие / [сост. Ларина В. Н., Вартанян Е. А., Барт Б. Я. и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. терапии лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
17.	Cardiology [Текст] / A. Churchhouse, J. Ormerod. - 4th ed. - Edinburgh etc. : Elsevier : Mosby, 2015. - XI, 232 p. : ill. - (Crash course / ser. ed. : D. Horton-Szar) (Study smart with Student Consult).	1
18.	Основы ангиологии [Электронный ресурс] / Р.Е. Калинин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 112 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ
19.	Кардиоренальный синдром у больных с сердечной недостаточностью [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е. В. Резник, И. Г. Никитин ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. госпит. терапии № 2 лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - Посвящено 80-летию Г. И. Сторожакова. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
20.	Митральные пороки сердца [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. Н. А. Шостак ; сост. : Н. А. Шостак, В. А. Аксенова, Е. В. Константинова [и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. факультет. терапии им. акад. А. И. Нестерова лечеб. фак. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
21.	Острые нарушения мезентериального кровообращения [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. А. И. Хрипуна ; [сост. : А. И. Хрипун, А. Н. Алимов, А. Д. Пряников [и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. хирургии и эндоскопии фак. доп. проф. образования. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ
22.	Cardiovascular System [Текст] / J. D. W. Evans. - 4th ed. - Eedinburg etc. : Elsevier : Mosby, 2015. - X, 154 p. - (Crash Course : ser. ed. : D. Horton-Szar) (Study smart with Student Consult).	1