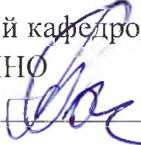


Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 04.03.2026 20:41:33  
Уникальный программный ключ:  
45c319b8a032ab3637134215abd1c475354767f4

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Курский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании кафедры хирургических  
болезней ИНО  
протокол № 6 от «26» ноября 2025 г.  
заведующий кафедрой хирургических  
болезней ИНО  
профессор  В.А. Лазаренко

**УТВЕРЖДЕНО**

на заседании ученого совета  
Института непрерывного образования  
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.  
председатель ученого совета  
Института непрерывного образования  
доцент  Л. Квачахия



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ  
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ**

*31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия*

**Разработчики рабочей программы:**

Заведующий кафедрой хирургических болезней ИНО, д.м.н., профессор Лазаренко В.А.  
Профессор кафедры хирургических болезней ИНО, д.м.н., доцент Бобровская Е.А.

Курск – 2025

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия

**1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА)** является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по специальности 31.08.63 Сердечно-сосудистая хирургия, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов с сердечно-сосудистой патологией, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

## **2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация обучающихся, согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры, проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

## **3. Программа государственного экзамена**

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов.

Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет,

примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

#### **Критерии оценки результатов государственного экзамена**

<b>Оценка в баллах</b>	<b>Содержание ответа</b>
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и

#### **4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.**

##### 4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. История развития сердечно-сосудистой хирургии. Роль отечественных ученых в становлении и развитии сердечно-сосудистой хирургии.
2. Особенности и формы организации хирургической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями в специализированных стационарах. Организация экстренной хирургической помощи больным с острыми заболеваниями и травмами сердца и сосудов.
3. Хирургическая анатомия грудной клетки. Переднее средостение. Заднее средостение. Топография корня легких. Кровоснабжение, лимфатический отток, иннервация.
4. Хирургическая анатомия сердца: топография сердца, перикард, оболочки сердца, мышечные слои сердца, правое предсердие, левое предсердие, топография межпредсердной перегородки, правый желудочек, топография межжелудочковой перегородки. Хирургическая анатомия сосудов сердца.
5. Хирургическая анатомия грудной и брюшной аорты и их ветвей.
6. Хирургическая анатомия артерий верхних конечностей.
7. Хирургическая анатомия артерий нижних конечностей
8. Хирургическая анатомия венозной системы верхних конечностей.
9. Хирургическая анатомия венозной системы нижних конечностей.
10. Оперативные доступы к сердцу и его магистральным сосудам.
11. Искусственное кровообращения: техника, показания, профилактика осложнений.
12. Коронарная хирургия в условиях работающего сердца: техника, преимущества и недостатки, осложнения.
13. Функциональные методы диагностики заболеваний сердца и сосудов. ЭКГ в диагностике заболеваний сердца. Велоэргометрическая проба. Методика проведения, показания, противопоказания, критерии оценки.
14. Рентгенологический метод диагностики заболеваний сердца и сосудов.
15. Ангиографическая диагностика заболеваний сердца, аорты и ее ветвей.
16. Методы исследования артериальных сосудов (ультразвуковые методы исследования, спиральная КТ, МРТ-ангиография, ангиография, радионуклидные методы исследования).
17. Методы исследования венозных сосудов (ультразвуковые методы исследования, флебография, сцинтиграфия, функциональные пробы, рентгеноконтрастные методы исследования).
18. Реконструктивные операции на клапанах сердца. Показания и противопоказания. Протезы клапанов сердца.
19. Врожденные пороки сердца. Классификация. Этиопатогенез и патофизиология. Степени легочной гипертензии. Методы диагностики. Рентгенэндоваскулярные методы лечения.
20. Открытый артериальный проток. Клиника, диагностика, лечение.
21. Врожденный дефект межжелудочковой и межпредсердной перегородок. Клиника, диагностика, лечение.
22. Изолированный стеноз легочной артерии. Клиника, диагностика, лечение.
23. Транспозиция магистральных сосудов. Клиника, диагностика, лечение.
24. Пороки группы Фалло. Аномалия Эбштейна. Этиопатогенез и патофизиология. Клиника, диагностика, лечение.

25. Хроническая ишемическая болезнь сердца. Клиника, методы диагностики. Коронарография. Коронарная ангиопластика. Аортокоронарное шунтирование.
26. Нарушения ритма сердца. Хирургическое лечение брадиаритмий. Виды искусственных водителей ритма.
27. Хирургическое лечение тахиаритмий.
28. Митральный стеноз. Недостаточность митрального клапана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургической коррекции.
29. Стеноз устья аорты. Недостаточность аортального клапана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургической коррекции.
30. Пороки трикуспидального клапана. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургической коррекции.
31. Приобретенные пороки сердца. Сочетанные поражения клапанов. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы хирургической коррекции.
30. Миокардиопатии. Классификация, клиника, диагностика. Методы оперативного лечения. Трансплантация сердца.
31. Опухоли сердца. Классификация, патоморфология, диагностика, клинические проявления, лечение.
32. Перикардиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Методы хирургической коррекции.
33. Хирургическое лечение ИБС. Аутовенозное аортокоронарное шунтирование. Аутоартериальное аортокоронарное шунтирование. Маммарокоронарный анастомоз. Показания, противопоказания, опасности и осложнения операционного периода.
34. Постинфарктные аневризмы сердца. Патогенез, течение и прогноз. Классификация, клиника и диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы хирургической коррекции. Ошибки и осложнения.
35. Методы оперативного лечения заболевания артерий (эмболэктомия, эндартерэктомия, шунтирование, протезирование, методы непрямого ревазуляризации). Показания, осложнения. Инструментарий, сосудистый шов, сосудистые протезы.
36. Методы рентгенэндоваскулярных вмешательств на артериях. Показания, современные возможности, осложнения, медикаментозное сопровождение.
37. Коарктация аорты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
38. Врожденные артериовенозные свищи. Клиника, диагностика, лечение.
39. Травматическое поражение сосудов. Патофизиология, клиника, диагностика, лечение.
40. Тромбоэмболия терминального отдела аорты и ее ветвей. Причины, клиника, стадии острой ишемии нижних конечностей, лечебная тактика.
41. Тромбоз артерий нижних конечностей. Причины, клинические проявления, классификация острой ишемии. Консервативное лечение. Хирургическая тактика.
42. Острое нарушение мезентериального кровообращения (тромбоз, эмболия). Этиология, клиника, диагностика, лечение.
43. Аневризма корня аорты и восходящего отдела. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
44. Аневризмы грудного отдела аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
45. Аневризма брюшного отдела аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
46. Аневризмы периферических артерий. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
47. Хронические облитерирующие заболевания аорты и периферических артерий. Мультифокальный атеросклероз. Факторы риска. Клиническая картина. Принципы консервативного и хирургического лечения.
48. Неспецифический аортоартериит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
49. Синдром Лериша. Клиника, диагностика, оперативное лечение.

50. Хирургическое лечение экстракраниальной патологии брахиоцефальных артерий. Причины. Клиника. Диагностика. Методы хирургического лечения. Выбор анестезиологического пособия.
51. Хроническая ишемия верхних конечностей. Этиология, диагностика, методы оперативного лечения.
52. Хроническая ишемия органов пищеварения. Клиника, диагностика, и лечение.
53. Вазоренальная гипертензия. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
54. Хроническая ишемия нижних конечностей. Причины, клиника, стадии ишемии нижних конечностей. Преимущественная локализация стенозов и окклюзий.
55. Облитерирующий эндартериит артерий нижних конечностей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, консервативное и оперативное лечение.
56. Эндovasкулярное лечение окклюзионно-стенотической патологии периферических артерий. Показания, достоинства, осложнения.
57. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Распространенность. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация варикозной болезни и хронической венозной недостаточности.
58. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Клиника, методы диагностики, профилактика.
59. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Консервативное лечение: компрессионная терапия, группы лекарственных препаратов.
60. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Современные методы оперативного лечения. Показания, осложнения, ведение послеоперационного периода.
61. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Миниинвазивные методы лечения. Показания, противопоказания, осложнения.
62. Тромбозы системы верхней полой вены. Этиология, факторы риска, методы диагностики, профилактика.
63. Тромбозы системы нижней полой вены. Этиология, факторы риска, методы диагностики, профилактика.
64. Илиофemorальный тромбоз. Клиника, диагностика, оперативное и консервативное лечение. Осложнения.
65. Тромбоз подколенной вены и глубоких вен голени. Клиника, диагностика, лечение.
66. Осложнения тромбоза глубоких вен нижних конечностей: белая болевая флегмазия, венозная гангрена. Причины, клиника, лечение. Дифференциальная диагностика.
67. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей. Этиология, клиника, диагностика. Тактика.
68. Посттромбофлебитическая болезнь. Этиология, классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
69. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, факторы риска. Гемодинамические и вентиляционные нарушения.
70. Тромбоэмболия легочной артерии. Диагностические задачи, скрининговые методы исследования, исследования по показаниям. Дифференциальная диагностика.
71. Тромбоэмболия легочной артерии. Антикоагулянтная терапия. Показания и противопоказания, препараты, дозы, способы введения.
72. Тромбоэмболия легочной артерии. Тромболитическая терапия. Показания и противопоказания, препараты, дозы, способы введения.
73. Тромбоэмболия легочной артерии. Методы профилактики. Факторы и группы риска.
74. Тромбоэмболия легочной артерии. Хирургические методы профилактики. Показания и противопоказания к имплантации кава-фильтра.
75. Лимфедема. Классификация. Клиника. Методы диагностики и лечения.

#### 4.2. Ситуационные задачи

### **Ситуационная задача № 1**

Больной Н., 68 лет поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на интенсивные боли в левой стопе, беспокоящие преимущественно в ночное время, не купирующиеся приемом ненаркотических анальгетиков. Считает себя больным около 5 лет, когда стал отмечать боли в икроножных мышцах при ходьбе. За медицинской помощью не обращался. Последние 7 месяцев отмечает появление болей в левой стопе в покое. Три месяца назад поранил первый палец левой стопы ножницами. Сформировалась незаживающая рана, распространившаяся на весь палец, затем на этом месте образовался сухой некроз. Обратился к хирургу по месту жительства. Была рекомендована госпитализация в отделение сосудистой хирургии. Из анамнеза страдает артериальной гипертонией. АД 150/90 мм рт ст. Курит с 18 лет по одной пачке в день. Хронические заболевания отрицает.

На момент осмотра: цвет кожи нижних конечностей бледный, волосяной покров обеднен, пульсация определяется на бедренной артерии с обеих сторон. На подколенной артерии и артериях стопы пульсации нет. На I пальце левой стопы отмечается сухой некроз.

На момент поступления общий холестерин 8,43 ммоль/л, глюкоза крови 5,1 ммоль/л.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Как проводить определение лодыжечно-плечевого индекса и о чем свидетельствует его результат?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Определите методы лечения данного заболевания.
5. Укажите группы необходимых лекарственных препаратов для лечения данного больного.

### **Ситуационная задача № 2**

Больной 35 лет, страдающий комбинированным пороком сердца, поступил в клинику с жалобами на острые боли в правой нижней конечности. Последняя мраморно-цианотичной окраски, холодная на ощупь до средней трети бедра. Икроножные мышцы отечны и резко болезненны при пальпации. Стопа отвисает. Активные движения в пальцах и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Определяется пульсация на правой бедренной артерии. Контралатеральная конечность без патологии.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Укажите степень ишемии конечности.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Определите тактику лечения данного заболевания.

### **Ситуационная задача № 3**

Больная 37 лет, беременность 24 недели, поступила в стационар с жалобами на интенсивные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры тела. Считает себя больной в течение 3 суток. Заболевание началось с появления судорожных сокращений икроножных мышц, на следующие сутки появились выше описанные боли, а еще через сутки – отек голени. Объективно: общее состояние удовлетворительное; со стороны внутренних органов патологии не выявлено, температура тела – 37,4°C. Локальный статус: кожные покровы правой стопы и голени гиперемированы, напряжены, лоснятся. Усилен рисунок под-

кожных вен. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Пальпация резко болезненна, особенно по ходу сосудистого пучка вплоть до подколенной ямки. Активные движения сохранены, но ограничены из-за выраженной болезненности. Контралатеральная конечность без особенностей.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие специфические симптомы необходимо проверить для его подтверждения?
3. Какие лабораторные методы исследования необходимо выполнить.
4. Составьте план обследования больной для подтверждения диагноза.
5. Определите метод лечения данного заболевания, обоснуйте назначение режима, диеты и лекарственных препаратов.
6. Какие препараты необходимо выбрать для продленной профилактики.

#### **Ситуационная задача № 4**

Больной А., 46 лет поступил с жалобами на боли, чувство онемения, похолодания левой стопы и голени. Заболел остро, около 6 часов назад, когда внезапно отметил появление болей в левой нижней конечности, чувства онемения, зябкости левой стопы. Из анамнеза выявлено: страдает митральным пороком сердца с преобладанием стеноза митрального клапана ревматического генеза. При осмотре больной в сознании. Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 102 в минуту, аритмичен. Живот мягкий, безболезненный, симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Левая стопа и голень бледные, прохладные на ощупь. Поверхностная, глубокая чувствительность, движения сохранены. Пульсация слева на артериях стопы, подколенной и бедренной артериях отсутствует. При пальпации мышцы голени безболезненны. На правой нижней конечности пульсация сохранена на всех уровнях. При аускультации шумы над магистральными сосудами не прослушиваются.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным? О чем может свидетельствовать безболезненность мышц голени?
2. Охарактеризуйте степень ишемии конечности.
3. Каков этиопатогенез заболевания у данного больного?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза? Виды и показания к ангиографии.
5. Определите метод лечения данного заболевания и укажите группы необходимых лекарственных препаратов.

#### **Ситуационная задача № 5**

У больного 30 лет, заядлого курильщика, 3 месяца назад появилась хромота: через каждые 300-400 метров он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 метров, стали возникать боли в голених и стопах в покое, появились боли в I пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Ногти сухие, ломкие, волосяной покров отсутствует. Пульсация на подколенных артериях ослаблена, на артериях стопы отсутствует.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Дайте определение понятия «критическая ишемия».
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Кажите методы выполнения ангиографии.

5. Определите метод лечения данного заболевания, назовите необходимые группы лекарственных препаратов.
6. Перечислите варианты оперативного лечения при локализации патологического процесса в периферическом сегменте.

### **Ситуационная задача № 6**

Больная О., 36 лет, поступила с жалобами на отечность правой голени и стопы, боли распирающего характера в мышцах правой голени, особенно после физической нагрузки, повышенную утомляемость нижних конечностей. 12 лет назад после родов больная перенесла илеофemorальный флeботромбоз. После этого стали беспокоить выше перечисленные жалобы. Объективно: правая голень умеренно дилатирована, варикозного расширения вен нет, в нижней трети голени отмечается индурация подкожной клетчатки и гиперпигментация кожных покровов.

1. Назовите основные причины ХВН.
2. Поставьте предварительный диагноз и назовите пробы, характеризующие проходимость глубоких вен нижних конечностей.
3. Составьте план инструментального обследования больного.
4. Назовите ультразвуковые признаки заболевания.
5. Выберите лечебную тактику, укажите принципы консервативного лечения, назначьте конкретные лекарственные средства и определите прогноз заболевания в данном случае.

### **Ситуационная задача № 7**

Больной 60 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в икроножных мышцах, ягодицах, возникающие при ходьбе на расстояние 100-150 метров. Считает себя больным в течение 2-х лет. В анамнезе ишемический инсульт 2 месяца назад. Объективно: кожные покровы нижних конечностей цвета "слоновой кости", волосистой покров обеднен. Пульсация на артериях нижних конечностей не определяется. Положительные результаты проб Оппеля, Гольдфлама, Алексеева.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Как проводить определение лодыжечно-плечевого индекса и о чем свидетельствует его результат?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Перечислите виды оперативных вмешательств данного заболевания и укажите группы необходимых лекарственных препаратов.

### **Ситуационная задача № 8**

Больной 20 лет, поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах, возникающие при прохождении 150-200 метров, зябкость, онемение конечностей. Заболел 1 год тому назад. За лечебной помощью не обращался.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. Изменений со стороны внутренних органов нет. Кожные покровы стоп бледной окраски, кончики пальцев стоп багрово-цианотичные. Ногтевые пластинки тусклые. Пульсация отчетливая на бедренных и подколенных артериях, на артериях стоп резко ослабленная. Положительные результаты проб Оппеля, Гольдфлама, Ленъель-Лавостина.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Какова концепция лечения данного заболевания?

### **Ситуационная задача № 9**

Больной 52 лет поступил с жалобами на зябкость, парестезии, перемежающуюся хромоту через 150—200 метров. Заболел около 2 лет тому назад. За медицинской помощью не обращался. Объективно: состояние удовлетворительное; выглядит старше своих лет; сердечные тоны ритмичные, акцент второго тона на аорте; АД 160-90 мм рт. ст. Кожные покровы нижних конечностей бледноватые, трофических расстройств нет. Пульсация на левой бедренной артерии ослаблена, на правой бедренной артерии удовлетворительная; на подколенных и артериях стоп пульс не определяется. Проба Оппеля отрицательная; пробы Ратшова и Гольдфлама дают положительные результаты.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какова классификация стадий нарушения кровообращения в нижних конечностях по А.В. Покровскому?
3. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. При каком проценте редукции просвета стеноз артерии становится гемодинамически значимым?
5. Определите метод лечения данного заболевания.

### **Ситуационная задача № 10**

Больной 38 лет, рыбак, поступил с жалобами на утомляемость нижних конечностей, боли, парестезии в голенях и перемежающуюся хромоту. Заболевание началось 3 года тому назад с тромбофлебита подкожных вен стоп. Затем отмечался тромбофлебит подкожных вен голеней. В течение последнего года стали беспокоить утомляемость и парестезии в нижних конечностях, отечность в надлодыжечных областях после ходьбы и стояния, неделю тому назад появилась перемежающаяся хромота 400-500 метров.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, со стороны внутренних органов патологии нет, на стопах и голенях имеются отдельные участки гиперпигментации кожи. Пульсация на бедренных и подколенных артериях удовлетворительная, на артериях стоп пульс не определяется.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите варианты течения данного заболевания?
3. Укажите методы функциональной диагностики.
4. Охарактеризуйте III стадию нарушения кровообращения при хронической артериальной недостаточности.
5. Определите схему лечения данного заболевания. Лабораторные показатели активности процесса.

### **Ситуационная задача № 11**

У больного, длительное время страдающего гипертонической болезнью, внезапно появились сильные боли за грудиной с иррадиацией в спину. При осмотре обращает внимание коллаптоидный вид больного, хотя АД 180 и 100 мм рт. ст.; движения и чувствительность нижних конечностей резко снижены. При ЭКГ острой коронарной патологии не выявлено.

1. О каком патологическом состоянии можно думать?
2. Какие инструментальные диагностические исследования нужно экстренно провести?
3. Каковы неотложные лечебные действия?

### **Ситуационная задача № 12**

Больная 36 лет, поступила с жалобами на слабость, боли и парестезии в правой руке, приступообразные головные боли, сопровождающиеся кратковременной слепотой правого глаза, левосторонним гемипарезом. Считает себя больной 3 года, когда стали отмечаться утомляемость, боли и парестезии в правой руке, а затем присоединились головные боли, ухудшение зрения на правый глаз, слабость левой руки и ноги при этих приступах.

Объективно: пульс на правой лучевой и правой сонной артерии ослаблен, артериальное давление крови на левой руке 140/85, на правой — 90/60 мм рт. ст.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Определите тактику лечения больного.
4. Укажите возможности миниинвазивной хирургии в этом клиническом случае.
5. Перечислите дезагрегантные препараты и какую схему лечения необходимо назначить пациенту.

### **Ситуационная задача № 13**

Больной 68 лет, страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей 6 лет, многократно лечился и обследовался в стационаре. Последние 3—4 месяца состояние ухудшилось: стали беспокоить боли в покое, ночные боли, перемежающаяся хромота через 5—10 метров в правой нижней конечности.

Объективно: конечность опущена с кровати; кожные покровы на правой стопе гиперемированы, холодные на ощупь, пульс на артериях правой стопы и на правой подколенной артерии не определяется, над правой бедренной — систолический шум; на артериях левой стопы пульс значительно ослаблен, на подколенной и бедренной артериях слева пульс удовлетворительный.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Укажите стадии нарушения кровообращения в нижних конечностях по А.В. Покровскому - Фонтейну.
3. Дайте определение понятия «критическая ишемия».
4. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Определите возможные хирургические и эндоваскулярные методы лечения данного заболевания.
6. Назовите препараты, эффективные при критической ишемии конечности.

### **Ситуационная задача № 14**

Больной Н., 45 лет, поступил в хирургическое отделение районной больницы с жалобами на постоянные боли в правой нижней конечности, которые усиливаются в ночное время; онемение пальцев левой стопы, чувство ползания мурашек в правой стопе, выраженную зябкость ног, особенно правой. Из анамнеза заболевания выявлено, что около 5 лет беспокоят боли в икроножных мышцах при ходьбе. Через 100-200 метров пути из-за болей вынужден останавливаться. Около суток назад появились нарастающие боли в правой ноге, онемение пальцев. Общее состояние средней тяжести, стонет от болей в конечности, пульс 85 в минуту, ритмичный, артериальное давление 135/80 мм рт. ст., сердце и легкие в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Правая нижняя конечность бледная, прохладная на ощупь. Активные движения в пальцах в полном объеме. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены. Пульс на всех артериях правой ноги не определяется. При аускультации прослушивается грубый систолический шум на подвздошных артериях с обеих сторон. Пальпация мышц голени безболезненная.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?

2. Охарактеризуйте II Б степень ишемии конечности при острой артериальной непроходимости.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Назовите методы лечения данного заболевания и назовите основные группы лекарственных препаратов.

### **Ситуационная задача № 15**

Больная 28 лет, обратилась к ангиохирургу, с жалобами на наличие расширенных и извитых подкожных вен по внутренней поверхности правого бедра и голени; транзиторные отеки нижней трети голени к концу рабочего дня с обеих сторон, исчезающие после ночного отдыха; периодические боли ноющего характера в области лодыжек правой голени после длительного пребывания на ногах; ночные судороги в икроножных мышцах. Считает себя больной на протяжении 5 лет, когда впервые, после родов, заметила появление расширения подкожных вен по внутренней поверхности правого бедра и голени, спустя несколько лет появились отеки. Больная работает парикмахером. Анамнез отягощен: у матери имеются похожие симптомы.

Объективно: общее состояние удовлетворительное; больная повышенного питания; со стороны внутренних органов без изменений.

Локальный статус: правая н/конечность не увеличена в объеме, кожные покровы не изменены. На бедре и голени определяются расширенные и извитые подкожные вены, больше по медиальной поверхности. Кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Отека стопы и голени нет. На контралатеральной конечности имеется ретикулярный варикоз.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите методы исследования, подтверждающие диагноз.
3. Охарактеризуйте степени хронической венозной недостаточности.
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Определите методы хирургического и послеоперационного лечения данного заболевания.

### **Ситуационная задача № 16**

Больная 40 лет, доставлена в приемное отделение хирургической клиники бригадой скорой помощи с жалобами на интенсивные острые боли в левой нижней конечности и отсутствие движения в ней. Считает себя больной 48 часов, когда среди полного благополучия, внезапно появился выше описанный болевой синдром. Больная страдает комбинированным пороком сердца.

Локальный статус: кожные покровы левой нижней конечности мраморно-цианотичной окраски до коленного сустава, холодные; икроножные мышцы напряжены и резко болезненны при пальпации; подкожные вены запустевшие. Стопа отвисает. Активные движения в пальцах и голеностопном суставе отсутствуют. Пульсация определяется только на бедренной артерии. Правая нижняя конечность не изменена.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Охарактеризуйте степени ишемии при острой артериальной непроходимости.
3. Составьте план инструментального обследования больной для подтверждения диагноза.
4. Определите тактику лечения и методы оперативного лечения данного заболевания.
5. Перечислите низкомолекулярные гепарины и их лечебные дозы.

### **Ситуационная задача № 17**

Пациентка Х., 88 лет обратилась с жалобами на интенсивные боли в животе, частый жидкий стул. Заболела 4 ч назад, страдает мерцательной аритмией. При осмотре: стонет от болей, живот мягкий безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика усилена. Пальцевое исследование прямой кишки - кал типа «малинового желе».

1. Установите предварительный диагноз?
2. Перечислите основные заболевания с которыми следует проводить дифференциальную диагностику.
3. Укажите ведущие инструментальные методы для подтверждения диагноза.
4. Определите тактику лечения и методику лечения.

### **Ситуационная задача № 18**

У пациента К., 82 лет имеются признаки критической ишемии правой нижней конечности. В анамнезе - гипертоническая болезнь, ИБС, постинфарктный кардиосклероз. ХОБЛ. При контрастной рентгенангиографии выявлена окклюзия правой общей и наружной подвздошной артерии, хорошая проходимость других сосудистых сегментов, включая контралатеральную конечность.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Допустимо ли хирургическое лечение? Какой вид операции Вы выберете?
3. Перечислите возможные методы лечения данного заболевания и показания к их проведению?

### **Ситуационная задача № 19**

Больная 48 лет, поступила в хирургический стационар с жалобами на расширение вен правой нижней конечности, наличие язвы по медиальной поверхности нижней трети правой голени, отеки правой нижней конечности. Считает себя больной на протяжении 10 лет, когда перенесла перелом правой большеберцовой кости. Была прооперирована – выполнен металлоостеосинтез правой большеберцовой кости. Послеоперационный период сопровождался выраженной отечностью правой голени. Расширение вен правой нижней конечности появилось спустя 3 года после операции; трофическая язва – спустя 4 года; не заживает последние 2 года.

Локальный статус: при осмотре кожные покровы правой голени обычной окраски, имеются множественные очаги гиперпигментации и липодерматосклероза. Диаметр правой голени на 3см больше левой. Отмечается варикозное расширение ствола большой подкожной вены и его притоков на бедре и голени, ретикулярный варикоз. На медиальной поверхности нижней трети правой голени локализуется трофическая язва 3х2 см со скудным серозным отделяемым. Контралатеральная конечность не изменена.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план инструментального обследования больного.
3. Назовите виды флебографии, показания к ним, преимущества и недостатки рентгенконтрастного исследования и триплексного ангиосканирования вен. Какую информацию может дать дистальная флебография у данной больной?
4. Выберите лечебную тактику, выставьте показания к оперативному лечению.
5. Укажите принципы консервативного лечения, назначьте конкретные лекарственные средства и определите прогноз заболевания в данном случае.
6. Определите возможности миниинвазивной флебохирургии в лечении данного заболевания.

### **Ситуационная задача № 20**

Больной 48 лет, поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах, ягодицах, пояснице, возникающие при ходьбе на расстояние 20-30 м, импотенцию, неустойчивость стула. Считает себя больным в течение 9 месяцев. Два года тому назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Объективно: кожные покровы нижних конечностей цвета «слоновой кости», волосяной покров на голени отсутствует. Движения и чувствительность в полном объеме. Пульсация на артериях нижних конечностей не определяется. Положительные результаты проб Оппеля, Гольдфлама.

1. Назовите причины, приводящие к развитию хронической артериальной недостаточности нижних конечностей.
2. Поставьте предварительный диагноз и назовите пробы, характерные для периферического нарушения кровообращения.
3. Составьте план инструментального обследования больного.
4. Назовите виды ангиографии в зависимости от бассейна и методики проведения. Какую информацию можно получить от аортоартериографии у данного больного.
5. Выберите лечебную тактику, выставьте показания к оперативному лечению, укажите принципы консервативного лечения, назначьте конкретные лекарственные средства и определите прогноз заболевания в данном случае. Охарактеризуйте паллиативные операции при хронической артериальной недостаточности.

Пример решения ситуационных задач

### **Ситуационная задача № 1**

Больной Н., 68 лет поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на интенсивные боли в левой стопе, беспокоящие преимущественно в ночное время, не купирующиеся приемом ненаркотических анальгетиков. Считает себя больным около 5 лет, когда стал отмечать боли в икроножных мышцах при ходьбе. За медицинской помощью не обращался. Последние 7 месяцев отмечает появление болей в левой стопе в покое. Три месяца назад поранил первый палец левой стопы ножницами. Сформировалась незаживающая рана, распространившаяся на весь палец, затем на этом месте образовался сухой некроз. Обратился к хирургу по месту жительства. Была рекомендована госпитализация в отделение сосудистой хирургии. Из анамнеза страдает артериальной гипертонией. АД 150/90 мм рт ст. Курит с 18 лет по одной пачке в день. Хронические заболевания отрицает.

На момент осмотра: цвет кожи нижних конечностей бледный, волосяной покров обеднен, пульсация определяется на бедренной артерии с обеих сторон. На подколенной артерии и артериях стопы пульсации нет. На I пальце левой стопы отмечается сухой некроз.

На момент поступления общий холестерин 8,43 ммоль/л, глюкоза крови 5,1 ммоль/л.

1. Какой диагноз Вы считаете наиболее вероятным?
2. Как проводить определение лодыжечно-плечевого индекса и о чем свидетельствует его результат?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
4. Определите методы лечения данного заболевания.
5. Укажите группы необходимых лекарственных препаратов для лечения данного больного.

Ответ:

1. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, бедренно-подколенный сегмент с обеих сторон. ХАН IV ст. Сухой некроз I пальца левой стопы.
2. ЛПИ = САД на артерии тыла стопы и ЗББА в нижней трети голени/САД на плече. Свидетельствует о выраженности кровенаполнения тканей.

3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для постановки окончательного диагноза?
  4. Оперативное лечение (реконструктивные операции - АББШ, БПШ; рентгенэндоваскулярные методы лечения) в сочетании с консервативной терапией (реолитики, спазмолитики, антиагреганты, статины) и физиотерапией (ГБО, магнито-, лазеротерапия)
  5. Реолитики, антиагреганты, спазмолитики, статины.
- 

#### 4.3. Тестовые задания (пример 50)

- 1 Симптом «тройки» при коарктации аорты образуется:
  - А Престенотически и постстенотически расширенным отделом аорты
  - Б Дугой аорты и легочной артерией
  - В Дугой аорты и левой легочной артерией
  - Глевой подключичной артерией и стволом легочной артерии
  
- 2 К первичным антикоагулянтам относятся все, кроме:
  - А Ингибиторы плазминогена
  - Б Антитромбин III
  - В Протеин С
  - Г Протеин S
  
- 3 К компонентам фибринолиза не относят:
  - А Протеин С
  - Б Плазмин
  - В Плазминоген
  - Г Активаторы плазминогена
  
- 4 К стабильным производным простаглицлина не относится:
  - А Трентал
  - Б Илопрост
  - В Вазопростан
  - Г Берапрост
  
- 5 К блокаторам АДФ-рецепторов тромбоцитов относятся все, кроме:
  - А Курантил
  - Б Тиклопидин
  - В Клопидогрель
  - Г Плавикс
  
- 6 Прямая имплантация общей сонной артерии при окклюзии ее устья осуществляется в:
  - А Верхнюю полуокружность подключичной артерии дистальнее устья позвоночной артерии
  - Б Дугу аорты
  - В Верхнюю полуокружность подключичной артерии проксимальнее устья позвоночной артерии
  - Г Брахиоцефальный ствол
  
- 7 При тромбэндуартериектонии из устья позвоночной артерии основные принципы операции включают:

- А Надключичный доступ и продольное или дугообразное вскрытие подключичной артерии вблизи от устья позвоночной артерии  
Б Продольное вскрытие позвоночной артерии в области ее устья  
В Подключичный доступ  
Г Прямую тромбэктомию из позвоночной артерии
- 8 Подключичная вена при доступе к ней в шейном отделе располагается в:  
А Предлестничном пространстве между грудино-щитовидной и грудино-подъязычной мышцами спереди и передней лестничной мышцей сзади  
Б Предлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и лопаточно-подъязычной мышцей  
В Межлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и плечевым сплетением  
Г Подмышечной ямке
- 9 Терминальный участок шейного отдела грудного протока чаще всего впадает в:  
А Левый венозный угол по его передней поверхности  
Б Левую внутреннюю яремную вену  
В Левую подключичную вену  
Г Левый венозный угол по его задней поверхности
- 10 По проекционной линии плечевой артерии в верхней половине плеча взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка соответствуют:  
А Латерально срединному нерву, медиально от нерва - плечевой артерии с венами, кнутри от артерии располагается локтевой и медиальный кожный нерв предплечья  
Б Латерально плечевой артерии с венами, медиально от артерии - срединный нерв, еще более медиально располагается локтевой и медиальный кожный нерв предплечья  
В Латерально срединный, локтевой и медиальный кожный нерв предплечья, медиально проходят плечевая артерия и вены  
Г Медиально плечевой артерии с венами, медиально от артерии - срединный нерв, еще более медиально располагается локтевой и медиальный кожный нерв предплечья
- 11 Внутренняя грудная артерия по задней поверхности грудной стенки проходит:  
А На 1,5-2 см латерально от наружного края грудины  
Б За грудиной  
В К грудной стенке не прилежит  
Г По латеральному краю грудины
- 12 Блуждающий нерв несет к сердцу:  
А Парасимпатические волокна  
Б Симпатические волокна  
В Парасимпатические и симпатические волокна  
Г Двигательные порции нервных волокон
- 13 Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:  
А Части передней стенки правого желудочка  
Б Межпредсердной перегородки  
В Левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка  
Г Передних 2/3 межжелудочковой перегородки

- 14 Задняя продольная борозда с проходящими здесь задней нисходящей ветвью правой венечной артерии и конечной частью левой венечной артерии располагается на:
- А Нижней поверхности сердца
  - Б Передней поверхности сердца
  - В Задней поверхности сердца
  - Г По переднее-боковой поверхности сердца
- 15 Сухожильные хорды папиллярных мышц крепятся к предсердно-желудочковым клапанам со стороны:
- А Желудочков
  - Б Предсердий
  - В Предсердий и желудочков
  - Г Межжелудочковой перегородки
- 16 Рентгеноскопические признаки аневризмы левого желудочка:
- А Однонаправленные движения аневризмы и аорты
  - Б Разнонаправленные движения аневризмы и ствола легочной артерии
  - В Разнонаправленные движения аневризмы и аорты
  - Г Однонаправленные движения аневризмы и ствола легочной артерии
- 17 При подготовке больного к операции по поводу врожденного порока сердца необходимо выполнить все перечисленное, кроме:
- А Купирования сердечной недостаточности
  - Б Лечения пиелонефрита
  - В Устранения кариеса
  - Г Санации носоглотки
- 18 При операциях на открытом сердце чаще применяются:
- А Продольная стернотомия
  - Б Боковая торакотомия слева
  - В Поперечная стернотомия
  - Г Боковая торакотомия справа
- 19 У больных с высокой легочной гипертензией 3-а группы морфологические изменения легочных сосудов по Хиту - Эдварсу соответствуют следующим стадиям:
- А I-III
  - Б IV
  - В V
  - Г VI
- 20 Бифуркация брюшной аорты проходит на уровне:
- А Упоясничного позвоночника
  - Б Крестцово-подвздошного сочленения
  - В Большого седалищного отверстия
  - Г Мыса крестца
- 21 Топография элементов нервно-сосудистого пучка в подколенной ямке по направлению спереди назад и латерально соответствует следующему порядку:
- А Подколенная артерия - подколенная вена - больше-берцовый нерв
  - Б Большеберцовый нерв - подколенная вена - подколенная артерия
  - В Подколенная вена - подколенная артерия - больше-берцовый нерв
  - Г Подколенная артерия - подколенная вена - мало-берцовый нерв

- 22 Интервал PQ не включает время проведения импульсов по:  
А Левому предсердию  
Б Правому предсердию, атриовентрикулярному узлу  
В Ножками пучка Гиса  
Г Волокнами Пуркинье
- 23 Критериями синусового ритма не являются:  
А Равенство интервалов P-P и R-R  
Б Наличие зубцов P перед QRS  
В Наличие положительных зубцов P в отведениях I,2, AVF, V2-V6  
Г Наличие отрицательного зубца P в отведении AVR и двухфазного зубца P в отведении VI
- 24 К признакам гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой относятся все кроме:  
А Уширение зубца P более 0,11с  
Б Увеличение высоты зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6  
В Увеличение глубины зубцов S в отведениях VI, V2  
Г Дискордантное смещение сегмента ST и зубца T по отношению к главному зубцу комплекса QRS
- 25 Для больных с гипертрофией правого желудочка по механизму систолической перегрузки характерно появление на ЭКГ:  
А R или QR-типа  
Б RSR-типа  
В S-типа  
Г Характерных изменений нет
- 26 К формам нестабильной стенокардии не относят:  
А Стабильная стенокардия напряжения  
Б Впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию  
В Прогрессирующая стенокардия напряжения  
Г Постинфарктная стенокардия
- 27 I функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:  
А Латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках  
Б Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж  
В Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей  
Г Приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности
- 28 II функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:  
А Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей  
Б Латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках  
В Приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности  
Г Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж

- 29 III функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:
- А Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж
  - Б Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей
  - В Латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках
  - Г Приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности
- 30 IV функциональный класс стабильной стенокардии напряжения характеризуется:
- А Приступами стенокардии в покое или при незначительной физической активности
  - Б Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния от 100 до 500 м или при подъеме по лестнице на один этаж
  - В Возникновением болевого синдрома при ходьбе на расстояния более 500 м или при подъеме по лестнице на один и более этажей
  - Г Латентной стенокардией с редкими приступами при непривычных физических нагрузках
- 31 Верхняя полая вена в прямой проекции образует:
- А Верхнюю дугу по правому контуру сердечно-сосудистой тени
  - Б Верхнюю дугу по левому контуру сердечно-сосудистой тени
  - В Нижнюю дугу справа
  - Г Нижнюю дугу слева
- 32 Тень непарной вены в прямой проекции определяется:
- А В правом трахеобронхиальном углу
  - Б В левом трахеобронхиальном углу
  - В В области бифуркации
  - Г Может не определяться
- 33 Дуга аорты в прямой проекции образует:
- А Верхнюю дугу слева
  - Б Верхнюю дугу по правому контуру
  - В Вторую дугу слева
  - Г Вторую дугу справа
- 34 Рентгенофункциональный признак уменьшения ударного объема левого желудочка при митральном стенозе:
- А Уменьшение амплитуды пульсации аорты
  - Б Уменьшение амплитуды пульсации легочной артерии
  - В Увеличение амплитуды сокращения левого желудочка
  - Г Уменьшение амплитуды сокращения левого желудочка
- 35 При митрально-аортальном стенозе контрастированный пищевод на уровне левого предсердия в правой передней косой проекции:
- А Отклоняется кзади по дуге малого радиуса
  - Б По дуге большого радиуса
  - В Имеет прямолинейный ход
  - Г По дуге малого радиуса

- 36 При митрально-аортальной недостаточности контрастированный пищевод в правом переднем косом положении отклоняется кзади:
- А По дуге большого радиуса
  - Б По дуге малого радиуса
  - В Отклонения пищевода нет
  - Г Отклоняется кпереди
- 37 Дуга правого предсердия при митрально-трикуспидальном стенозе:
- А Закруглена
  - Б Удлинена, имеет пологое очертание
  - В Не изменена
  - Г Укорочена
- 38 Дуга правого предсердия при митрально-трикуспидальной недостаточности:
- А Удлинена, имеет пологое очертание
  - Б Закруглена
  - В Не изменена
  - Г Укорочена
- 39 Тень сосудистого пучка при экссудативном перикардите:
- А Укорачивается
  - Б Не изменяется
  - В Удлиняется
  - Г Увеличивается в поперечнике
- 40 Сердечно-диафрагмальные углы при экссудативном перикардите:
- А Острые
  - Б Тупые
  - В Правый - прямой, левый - тупой
  - Г Правый - тупой, левый - прямой
- 41 Форма грудной клетки при сдавливающем перикардите у детей:
- А Широкая, короткая
  - Б Узкая, длинная
  - В Длинная, широкая
  - Г Узкая, коротка
- 42 Миксома левого предсердия может симулировать рентгенологическую картину:
- А Митрального стеноза
  - Б Аортального стеноза
  - В Аортальной недостаточности
  - Г Митральной недостаточности
- 43 Миксома правого предсердия может симулировать рентгенологическую картину:
- А Стеноза трехстворчатого отверстия
  - Б Митральной недостаточности
  - В Митрального стеноза
  - Г Аортального стеноза
- 44 Миксома левого предсердия может вызвать:
- А Повышение легочно-капиллярного давления в малом круге кровообращения
  - Б Гиповолемию малого круга кровообращения

- В Гиперволемию большого круга кровообращения  
Г Понижение легочно-капиллярного давления в малом круге кровообращения
- 45 Уменьшение минутного объема малого круга кровообращения (гиповолемии) характеризуется:  
А Уменьшением диаметра легочных сосудов  
Б Уменьшением правого желудочка  
В Выбуханием ствола легочной артерии  
Г Увеличением правого желудочка
- 46 Признак гиперволемии малого круга кровообращения при открытом артериальном протоке:  
А Выбухание ствола легочной артерии  
Б Западение ствола легочной артерии  
В Уменьшение диаметра корней легких  
Г Дилатацией левого желудочка
- 47 При частичном аномальном впадении легочных вен в верхнюю полую вену увеличивается:  
А Правое предсердие  
Б Левое предсердие  
В Левый желудочек  
Г Правый желудочек
- 48 Синдром «турецкой сабли» характерен для:  
А Аномального дренажа правых легочных вен в нижнюю полую вену  
Б Левожелудочкового правопредсердного сообщения  
В Аномального дренажа правых легочных вен в верхнюю полую вену  
Г Межжелудочкового сообщения
- 49 Симптом «снежной бабы» является рентгенологическим проявлением:  
А Тотального аномального дренажа легочных вен в верхнюю полую вену  
Б Частичного аномального дренажа легочных вен  
В Открытого общего атриовентрикулярного канала  
Г Аномального дренажа правых легочных вен в нижнюю полую вену
- 50 Гемодинамика малого круга кровообращения при коарктации аорты:  
А Не изменена  
Б Гипертензия  
В Гиповолемиа  
Г Гиперволемиа

## 5. Список рекомендуемой литературы.

### Основная литература

1. Савельев В.С., Сосудистая хирургия [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3441-3 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434413.html>

### Дополнительная литература

1. Калинин Р.Е., Эндотелиальная дисфункция и способы ее коррекции при облитерирующем атеросклерозе [Электронный ресурс] / Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, А. С. Пшенников - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-2864-1 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428641.html>

2. Коков Л.С., Интервенционная радиология [Электронный ресурс] / Под ред. проф. Л.С. Кокова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-0867-4 - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970408674.html>

3. Клиническая ангиология : рук. для врачей : в 2 т. / под ред. А. В. Покровского. - М. : Медицина, 2004. Т. 1. - 2004. - 804 с. : ил. (2 шт.)

4. Клиническая ангиология : рук. для врачей : в 2 т. / под ред. А. В. Покровского. - М. : Медицина, 2004. Т. 1. - 2004. - 887 с. : ил. (2 шт.)

5. Клиническая хирургия: учебное пособие для клинических ординаторов и врачей / под ред. проф. В.А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2017. – 924 с. (50 шт.)

6. Ускач Т.М., Тромбоэмболия легочной артерии: руководство [Электронный ресурс] / Ускач Т.М., Косицына И.В., Жиров И.В. и др. / Под ред. С.Н. Терещенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 96 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1620-4 - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416204.html>

7. Частная хирургия. Т. 1: Учебник для медицинских вузов / под ред. проф. Ю.Л. Шевченко. 3-е изд., испр. и доп. – М.: РАЕН, 2017. – 706 с.: ил. (40 шт.)

8. Частная хирургия. Т. 2: Учебник для медицинских вузов / под ред. проф. Ю.Л. Шевченко. 3-е изд., испр. и доп. – М.: РАЕН, 2017. – 808 с.: ил. (40 шт.)

#### **Периодические издания (журналы)**

1. Ангиология и сосудистая хирургии
2. Анналы хирургии
3. Антибиотики и химиотерапия
4. Вестник хирургии им. И.И. Грекова
5. Вестник экспериментальной и клинической хирургии
6. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия

#### **Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных**

1. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» <https://elibrary.ru/>
2. Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов» <http://общество-хирургов.рф>
3. Общество ангиологов и сосудистых хирургов <http://www.angiolsurgery.org>
4. Ассоциация сердечно-сосудистых хирургов России <https://racvs.ru>
5. Ассоциация флебологов России <http://phlebo-union.ru>
6. Национальная электронная библиотека (НЭБ) <http://нэб.рф/>
7. Консультант плюс [https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant\\_Plus](https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus)
8. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [http://www.rosmedlib.ru/cur\\_user.html](http://www.rosmedlib.ru/cur_user.html)
9. База данных международного индекса научного цитирования «WEB OF SCIENCE» <http://www.webofscience.com/>
10. Полнотекстовой базе данных «Medline Complete» <http://search.ebscohost.com/>
11. Федеральная электронная медицинская библиотека. <http://193.232.7.109/feml>
12. Полнотекстовая база данных «Polpred.com Обзор СМИ». <http://polpred.com/>
13. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» <https://cyberleninka.ru/>
14. Министерство здравоохранения Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/>
15. Стандарты первичной медико-санитарной помощи <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/1-standarty-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi>
16. Стандарты специализированной медицинской помощи

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/2-standarty-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi>

17. Стандарты скорой медицинской помощи

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983/3-standarty-skoroy-meditsinskoy-pomoschi>

18. Порядки оказания медицинской помощи населению Российской Федерации

<https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/4/stranitsa-857/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-naseleniyu-rossiyskoy-federatsii>

19. Клинические рекомендации МЗ РФ <https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/>

## **6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации**

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.