

Б.В. АВ. 02. 08

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО  
Учебно-методическим советом  
«31» августа 2021 г.,  
протокол № 10

Проректор по учебной работе,  
председатель учебно-методического совета  
профессор  
Орел В.И.



### РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине \_\_\_\_\_ «Хирургии сосудов и ангиологии»  
(наименование дисциплины)

Для специальности \_\_\_\_\_ «Педиатрия» 31.05.02  
(наименование и код специальности)

Факультет \_\_\_\_\_ «Педиатрический»  
(наименование факультета)

Кафедра \_\_\_\_\_ Хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова  
(наименование кафедры)

### Объем дисциплины и виды учебной работы

№№ п/п	Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
			9 с.
1	Общая трудоемкость дисциплины в часах	72	72
1.1	Общая трудоемкость дисциплины в зачетных единицах	2	2
2	Контактная работа, в том числе:	48	48
2.1	Лекции	12	12
2.2	Практические занятия	36	36
2.3	Семинары	-	-
3	Самостоятельная работа	24	24
4	Контроль	-	-
5	Вид итогового контроля	зачет	зачет

Рабочая программа учебной дисциплины «Хирургия сосудов и ангиология» по специальности 31.05.02 «Педиатрия» составлена на основании ФГОС ВО - специалитет по специальности 31.05.02 «Педиатрия», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «12» августа 2020 г. № 965, и учебного плана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Разработчики программы:

профессор, *д.м.н.*

(должность, ученое звание, степень)



А.В.Подкаменев

(расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры  
хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

название кафедры

« *31* » августа 2021 г., протокол заседания № *1*

Заведующий (ая) кафедрой

хирургических болезней детского возраста им.  
Г.А.Баирова

название кафедры

профессор, *д.м.н.*

(должность, ученое звание, степень)



А.В.Подкаменев

(расшифровка)

## 1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

**Цель** освоения дисциплины: формирование у обучающихся теоретических и практических навыков по специальности «Хирургия сосудов и ангиология».

**Задачи** изучения дисциплины:

- совершенствовать знания, навыки и умения, приобретенные в ходе изучения дисциплины «Хирургия сосудов и ангиология» в соответствии с программой и учебным планом подготовки;
- сформировать базисный запас знаний по изучаемой дисциплине на основе лекционного и методического материала;
- обеспечить владение всеми видами деятельности в профессиональной сфере на высоком языковом уровне;
- Обучить основной клинической симптоматологии наиболее распространенных заболеваний сосудистой системы и наиболее часто применяемым методам диагностики этих заболеваний.
- обучение студентов умению выделить ведущие симптомы и синдромы заболеваний сосудистой системы;
- обучение студентов оказанию первой медицинской помощи при возникновении неотложных состояний при сосудистой патологии;
- освоить основные практические навыки, необходимые при обследовании и курации больных хирургического профиля, правил писания историй болезни.
- предоставить научную, практическую информацию, направленную на ускорение приобретения самостоятельных практических лечебных и диагностических навыков.
- обучить основным методам лечения пациентов с сосудистой патологией.
- развивать навыки публичной речи для проведения мероприятий, направленных на профилактику патологии сосудистой системы.

Обучающийся должен знать:

- строение и функции сосудистой системы, строение кровеносных сосудов и их функциональные различия;
- строение и топографию сердца и других органов в соответствии с разделами предмета;
- строение клапанарного аппарата;
- фазы работы сердца;
- работу большого и малого кругов кровообращения;
- основную терминологию предмета.

Обучающийся должен уметь:

- планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;
- участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи населению с учетом его социально-профессиональной (включая профессиональные занятия спортом) и возрастно-половой структуры;
- определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента
- и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);
- оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;
- установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хрониче-

ским заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов;

- оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, семейные, социальные факторы риска (безработица, насилие, болезнь и смерть родственников и пр.); поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
- определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной полости, гидропневмоторакса;
- подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация;
- сформулировать клинический диагноз;
- разработать план хирургических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения;
- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
- применять различные способы введения лекарственных препаратов; поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;
- наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
- проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти;
- перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле, надеть стерильную хирургическую маску, надеть или сменить стерильные перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры;
- заполнять историю болезни, выписать рецепт;
- применить правовые и медицинские аспекты констатации смерти человека, констатировать биологическую и клиническую смерть, проводить осмотр трупа на месте его обнаружения, выявлять вещественные доказательства биологического происхождения и организовывать их направление на экспертизу;

Обучающийся должен владеть:

- правильным ведением медицинской документации;
  - оценками состояния общественного здоровья;
  - методами общеклинического обследования;
  - интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики;
  - алгоритмом развернутого клинического диагноза;
  - алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту;
- основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

## 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП СПЕЦИАЛИТЕТА КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

## Входные требования для дисциплины (модуля)

№ п/п	Наименование дисциплины (модуля), практики	Необходимый объём знаний, умений, навыков
1.	ССХ	<p>Обучающийся должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях;</li> <li>• показатели здоровья населения, факторы, формирующие здоровье человека (экологические, профессиональные, природно-климатические, эндемические, социальные, эпидемиологические, психоэмоциональные, профессиональные, генетические);</li> <li>• заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием климатических и социальных факторов;</li> <li>• основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения;</li> <li>• современную классификацию заболеваний;</li> <li>• клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у различных возрастных групп;</li> <li>• методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ультразвуковую диагностику);</li> <li>• основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных, основы организации медицинского обеспечения занимающихся физической культурой;</li> <li>• критерии диагноза различных заболеваний;</li> <li>• особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации больных;</li> <li>• методы лечения и показания к их применению; механизм лечебного действия лечебной физкультуры и физиотерапии, показания и противопоказания к их назначению, особенности их проведения;</li> <li>• клинические проявления основных хирургических синдромов;</li> <li>• виды и методы современной общей анестезии (масочный, эндотрахеальный, внутривенный), способы и методы профилактики послеоперационных легочных осложнений, особенности ведения больных, находящихся в коматозном состоянии, интенсивную терапию пациентам, перенесшим критическое состояние;</li> <li>• типы наследования заболеваний и клинические проявления наследственной патологии, общие характеристики болезней с наследственным предрасположением, общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний, причины происхождения и диагностическую значимость морфогенетических вариантов болезней; врожденные аномалии.</li> </ul> <p>Обучающийся должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;</li> <li>• участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической помощи населению с учетом его социально-профессиональной (включая профессиональные занятия спортом) и возрастно-половой структуры;</li> <li>• определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления, определение свойств артериального пульса и т.п.);</li> <li>• оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;</li> <li>• установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (терминальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием, состояние с инфекционным заболеванием, инвалидность, гериатрические проблемы, состояние душевнобольных пациентов;</li> <li>• оценить социальные факторы, влияющие на состояние физического и психологического здоровья пациента: культурные, этнические, религиозные, индивидуальные, семейные, социальные факторы риска (безработица, насилие, болезнь и смерть родственников и пр.);</li> <li>• поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих;</li> <li>• наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;</li> <li>• определить по рентгенограмме наличие перелома и вывиха, свободного газа в брюшной</li> </ul>

		<p>полости, гидропневмоторакса; • подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация; • сформулировать клинический диагноз; • разработать план хирургических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; • сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; • применять различные способы введения лекарственных препаратов; поставить предварительный диагноз - синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих; • наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; • проводить реанимационные мероприятия при возникновении клинической смерти; • перед операцией и хирургическими манипуляциями обработать руки, операционное поле, надеть стерильную хирургическую маску, надеть или сменить стерильные перчатки, стерильный халат самостоятельно и с помощью операционной сестры; • заполнять историю болезни, выписать рецепт; • применить правовые и медицинские аспекты констатации смерти человека, констатировать биологическую и клиническую смерть, проводить осмотр трупа на месте его обнаружения, выявлять вещественные доказательства биологического происхождения и организовывать их направление на экспертизу.</p> <p>Обучающийся должен владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• правильным ведением медицинской документации; • оценками состояния общественного здоровья; • методами общеклинического обследования; • интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • алгоритмом развернутого клинического диагноза; • алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; • основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.</li> </ul>
2.	Медицинская реабилитация	<p>Обучающийся должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• организационно-методические основы медицинской реабилитации и особенности ее реализации в различных лечебно-профилактических учреждениях; • основные принципы оценки функциональных резервов организма человека и реабилитационного потенциала пациентов; • основные средства и методы медицинской реабилитации; • медицинские показания и противопоказания для медицинской реабилитации пациентов; • особенности медицинской реабилитации пациентов с различными заболеваниями. Обучающийся должен уметь:</li> <li>• оценить функциональное состояние пациентов для проведения реабилитационных мероприятий с использованием лечебной физкультуры, физиотерапии, нетрадиционных методов терапии (рефлексотерапии, фитотерапии, гомеопатии и др.) и основных курортных факторов; • определить у пациента наличие показаний для медицинской реабилитации и отсутствие противопоказаний для ее осуществления с последующим направлением к врачу-специалисту по восстановительной медицине, по медицинской реабилитации; • вести истории болезни больных; • самостоятельно работать с учебной, научной, нормативной и справочной литературой по медицинской реабилитации - вести поиск, превращать прочитанное в средство для решения профессиональных задач; • реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, медицинскими сестрами и младшим персоналом, родственниками пациента. Обучающийся должен владеть:</li> <li>• методами работы с учебной и учебно-методической литературой; • методами анализа результатов обследования функциональных резервов организма человека (резервометрия, функциональные нагрузочные пробы и др.) и дополнительной информации о состоянии больных; • алгоритмом определения у пациента показаний и противопоказаний для медицинской реабилитации с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; • умениями и навыками использования основных методов и средств медицинской реабилитации у больных с хроническими заболеваниями, у пациентов, перенесших острое заболевание, травму или оперативное вмешательство.</li> </ul>

### 3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

3.1. Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование (и развитие) у обучающихся следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1.	ОПК-4	Способен определять стратегию и проблематику исследований, выбирать оптимальные способы их решения, проводить системный анализ объектов исследования, отвечать за правильность и обоснованность выводов, внедрение полученных результатов в практическое здравоохранение	основные принципы и процедуры научного исследования; методы критического анализа и оценки научных достижений и исследований; методы критического анализа и оценки научных достижений и исследований; экспериментальные и теоретические методы научно-исследовательской деятельности; основные этапы планирования и реализации научного исследования; технологии социального проектирования, моделирования и прогнозирования; методы математической статистики	анализировать методы научных исследований в целях решения исследовательских и практических задач; разрабатывать методологически обоснованную программу научного исследования; организовывать научное исследование; применять методы математической статистики для исследований в профессиональной деятельности; умеет обрабатывать данные и их интерпретировать; осуществлять подготовку обзоров, аннотаций, отчетов, аналитических записок, профессиональных публикаций, информационных материалов по результатам исследовательских работ в области профессиональной деятельности; представлять результаты исследовательских работ; выступать с сообщениями и докладами АО тематике проводимых исследований	Осуществлением обоснованного выбора методов для проведения научного исследования; разработкой программ научно-исследовательской работы; опытом проведения научного исследования в профессиональной деятельности; современными технологиями организации сбора, обработки данных; основными принципами проведения научных исследований в области педагогики	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации
2.	ОПК-7	Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами	руководящие принципы, методологические подходы, методики и эффективные практики обучения взрослых, индивидуального наставничества, повышения эффективности командного	наблюдать и оценивать эффективность деятельности специалиста, правильность выполнения процедур и методов в соответствии с принятыми (действующими) стандартами, регла-	основами обеспечения взаимодействия с педагогами и другими специалистами образовательной организации по вопросам развития обучающихся в ведущей для возраста деятель-	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации

			взаимодействия, профилактики профессионального выгорания	ментами и организационными требованиями; применять на практике методы обучения взрослых, کوچинга, повышения эффективности командного взаимодействия, профилактики профессионального выгорания и т.д.; развивать и поддерживать обмен профессиональными знаниями реабилитационными организациями разного вида	ности; методами индивидуальных и групповых консультаций участников образовательных отношений, методами командного образования	
3.	ПК-1	Исследование и оценка состояния функции внешнего дыхания	медицинские показания и противопоказания к проведению исследования функции внешнего дыхания методом спирометрии; анатомию и физиологию дыхательной системы; патогенез заболеваний органов дыхания; клинические, инструментальные, лабораторные методы диагностики заболеваний органов дыхания; функциональные методы исследования органов дыхания, диагностические возможности и методики их проведения; принципы работы медицинского оборудования, на котором проводится исследование функции внешнего дыхания, правила его эксплуатации; методику проведения спирометрии, подготовки пациента; бронходилатационные тесты: методику их выполнения, оценку результатов; основные	определять медицинские показания и противопоказания к проведению исследования функции внешнего дыхания методом спирометрии; собирать анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализировать полученную от пациентов (их законных представителей) информацию; подготавливать пациента к спирометрическому исследованию, проводить подробный инструктаж; выполнять функциональные спирометрические пробы; выявлять синдромы нарушений биомеханики дыхания, общие и специфические признаки заболевания органов дыхания; проводить исследование функции внешнего дыхания с применением лекарственных тестов; интерпретировать полученные результаты, в том числе с использо-	определением медицинских показаний и противопоказаний к проведению исследования функции внешнего дыхания методом спирометрии; сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, анализ полученной от пациентов (их законных представителей) информации; подготовкой пациента к спирометрическому исследованию, проведение подробного инструктажа; проведением функционального исследования функции внешнего дыхания методом спирометрии; выявлением синдромов нарушений биомеханики дыхания, общих и специфических признаков заболеваний органов дыхания; проведением бронходилатационных тестов и интерпретация полу-	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации

			<p>клинические проявления заболеваний органов дыхания; особенности результатов спирометрического исследования у отдельных категорий пациентов; международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)</p>	<p>ванием программного обеспечения; оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; консультировать врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>ченных результатов; расшифровкой, описанием и интерпретацией спирограммы, в том числе с использованием программного обеспечения; оформлением медицинской документации, в том числе в электронном виде; определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; консультированием врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
4.	ПК-2	Проведение функциональной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы	<p>медицинские показания и противопоказания к проведению электрокардиографического исследования, холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма; анатомию и нормальную физиологию сердца; принципы формирования нормальных данных при проведении электрокардиографического исследования, особенности формирования</p>	<p>определять медицинские показания и противопоказания к проведению функциональной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы методом проведения электрокардиографического исследования; собирать анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализировать полученную от пациентов (их законных представителей) информацию; подготавливать пациента к</p>	<p>определением медицинских показаний и противопоказаний к проведению функциональной диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы методом проведения электрокардиографического исследования; сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, анализом полученной от пациентов (их законных представителей) информации; подготовкой</p>	<p>Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации</p>

			<p>зубцов и интервалов, их нормальные величины; особенности результатов электрокардиографического исследования у отдельных категорий пациентов; виды функциональных и клинических методов исследования состояния сердечно-сосудистой системы, диагностические возможности и методика их проведения; принципы работы медицинского оборудования, на котором проводится исследование сердечно-сосудистой системы, правила его эксплуатации; методики проведения электрокардиографических исследований, холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма; правила подготовки пациента к проведению электрокардиографических исследований, холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма;</p> <p>виды и методики проведения электрокардиографии с физической нагрузкой, с применением лекарственных препаратов, методика оценки их результатов; основные клинические проявления сердечно-сосудистых забо-</p>	<p>электрокардиографическому исследованию, проводить подробный инструктаж; проводить электрокардиографическое исследование пациента, выявлять общие и специфические признаки заболеваний сердечно-сосудистой системы; выполнять холтеровское мониторирование артериального давления и холтеровское мониторирование сердечного ритма; расшифровывать, описывать, интерпретировать данные электрокардиографических исследований, в том числе с использованием программного обеспечения; проводить электрокардиографию с физической нагрузкой и с применением лекарственных препаратов; выявлять синдромы нарушений биоэлектрической активности и сократительной функции миокарда, внутрисердечной, центральной и периферической гемодинамики; давать заключение по данным функциональных кривых, результатам холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма, электрокардиографии с физической нагрузкой и с применением лекарственных препара-</p>	<p>пациента к электрокардиографическому исследованию, проведение подробного инструктажа; проведением электрокардиографического исследования, регистрацией основных и дополнительных отведений; выполнением холтеровского мониторирования артериального давления и холтеровского мониторирования сердечного ритма; расшифровкой, описанием и интерпретацией электрокардиограммы, в том числе с использованием программного обеспечения; проведением электрокардиографического исследования с физической нагрузкой и с применением лекарственных препаратов; выявлением синдромов нарушений биоэлектрической активности и сократительной функции миокарда, внутрисердечной, центральной и периферической гемодинамики; оформлением медицинской документации, в том числе в электронном виде; определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; консультирова-</p>	
--	--	--	---	---	--	--

			леваний	тов; оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; консультировать врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	нием врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	
5.	ПК-3	Исследование и оценка функционального состояния нервной системы	медицинские показания и противопоказания к проведению исследования функционального состояния нервной системы методом электроэнцефалографии; анатомию и нормальную физиологию центральной нервной системы; принципы метода и диагностические возможности электроэнцефалографического исследования; особенности результатов электроэнцефалографического исследования у отдельных категорий пациентов; электроэнцефалографию с нагрузочными пробами, методику оценки ее результатов; принципы работы медицинского оборудования, на котором проводится электроэнцефалографиче-	определять медицинские показания и противопоказания к проведению исследования функционального состояния нервной системы методом электроэнцефалографии; собирать анамнез заболевания и анамнез жизни пациента, анализировать полученную от пациентов (их законных представителей) информацию; подготавливать пациента к электроэнцефалографическому исследованию, проводить подробный инструктаж; проводить электроэнцефалографическое исследование, выявлять общие и специфические признаки заболеваний нервной системы; проводить электроэнцефалографию с нагрузочными про-	определением медицинских показаний и противопоказаний к проведению исследования функционального состояния нервной системы методом электроэнцефалографии; сбором жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, анализ полученной от пациентов (их законных представителей) информации; подготовкой пациента к электроэнцефалографическому исследованию, проведение подробного инструктажа; проведением электроэнцефалографического исследования; проведением электроэнцефалографии с нагрузочными пробами; расшифровкой, опи-	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации

			ское исследование, правила его эксплуатации; правила подготовки пациента к электроэнцефалографическому исследованию; основные клинические проявления заболеваний центральной нервной системы; МКБ	бами; расшифровывать, описывать и интерпретировать данные электроэнцефалографического исследования, в том числе с использованием программного обеспечения; оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; консультировать врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	претацией данных электроэнцефалографического исследования, в том числе с использованием программного обеспечения; оформлением медицинской документации, в том числе в электронном виде; определением медицинских показаний для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; консультированием врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	
6.	ПК-4	Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения с целью формирования здорового образа жизни	нормативные правовые документы, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения; дифференциацию групп населения по уровню здоровья и виды профилактики; принципы диспансерного наблюдения за пациентами с неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития в соответствии с нормативными правовыми акта-	осуществлять санитарно-гигиеническое просвещение пациентов (их законных представителей) с целью формирования здорового образа жизни; готовить предложения для формирования программы здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ;	проведением санитарно-гигиенического просвещения пациентов (их законных представителей) с целью формирования здорового образа жизни; формированием совместно с другими специалистами программми здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттестации

			ми; формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ; основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний; профилактические мероприятия с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи	оценивать физическое развитие и функциональное состояние организма пациента; проводить обучение пациентов (их законных представителей) принципам здорового образа жизни и отказа от вредных привычек; проводить медицинские осмотры, диспансеризации, в том числе диспансеризации взрослого населения, с целью раннего выявления хронических инфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами; проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими инфекционными заболеваниями	средств и психотропных веществ; формированием у пациентов (их законных представителей) мотивации к ведению здорового образа жизни и отказу от вредных привычек; формированием у пациентов (их законных представителей) позитивного поведения, направленного на сохранение и повышение уровня здоровья; оценкой физического развития и функционального состояния организма пациента; осуществлять медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе диспансеризацию взрослого населения, с целью раннего выявления хронических инфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами; проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими инфекционными заболеваниями; оценкой эффективности профилактической работы с пациентами	
7.	ПК-5	Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицин-	правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде; нормативные пра-	заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; работать с персональными	ведением медицинской документации, в том числе в электронном виде; составлением	Тестовые задания, вопросы промежуточной аттеста-

		ского персонала	новые документы, регламентирующие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; требования охраны труда, меры пожарной безопасности, порядок действий при чрезвычайных ситуациях	данными пациентами и сведениями, составляющими врачебную тайну; составлять план работы и отчет о работе врача функциональной диагностики; использовать информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"; контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала (в рамках функциональных обязанностей, установленных руководителем подразделения); обеспечивать внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	плана работы и отчета о работе врача функциональной диагностики; контролем выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала (в рамках функциональных обязанностей, установленных руководителем подразделения); обеспечением внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	ции
--	--	-----------------	--	---	--	-----

#### 4. ОБЪЕМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТ

Вид учебной работы	Всего часов/ зачетных единиц	Семестр
		9
		часов
1	2	3
Аудиторные занятия (всего), в том числе:	48	48
Лекции (Л)	12	12
Практические занятия (ПЗ),	36	36
Семинары (С)	-	-
Лабораторные работы (ЛР)	-	-
Самостоятельная работа (СР), в том числе:	24	24
История болезни (ИБ)	4	4
Курсовая работа (КР)	-	-
Тестовые и ситуационные задачи	4	4
Расчетно-графические работы (РГР)	8	8

Подготовка к занятиям (ПЗ)		8	8
Подготовка к текущему контролю (ПТК) Подготовка к промежуточному контролю (ППК) Вид промежуточной аттестации	-	-	-
	<b>ЗАЧЕТ ( 3 )</b>	<b>зачет</b>	<b>зачет</b>
	час.	-	-
	ЗЕТ	2	2

## 5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### 5.1. Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	Компетенции	Раздел дисциплины	Содержание раздела
1.	ОПК-4,7 ПК-1,2,3,4,5	Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы	Строение кровеносных сосудов. Функциональные различия. Строение и топография сердца. Строение стенки сердца. Клапанный аппарат. Коронарные сосуды. Проводящая система сердца. Сердечный цикл. Малый круг кровообращения. Артерии большого круга кровообращения. Артерии дуги аорты. Ветви грудной и брюшной аорты. Особенности кровотока в почке – «чудесная артериальная сеть». Система общей подвздошной артерии. Вены большого круга кровообращения. Система верхней полых вен. Система нижней полых вен. Система воротной вены печени. Особенности кровотока в печени – «чудесная венозная сеть». Система общей подвздошной вены Лимфатическая система. Органы лимфатической системы. Лимфоэпителиальные органы
2.	ОПК-4,7 ПК-1,2,3,4,5	Ишемическая болезнь сердца.	<p>1.Методы диагностики в кардиохирургии Основные клинические синдромы коронарной патологии. Осмотр пациента с коронарной патологией. ЭКГ, рентгенодиагностика. Ангиографическое исследование. Радионуклидные методы исследования. Инструментальные методы. Ультразвуковые методы исследования. Лабораторная диагностика коронарных заболеваний.</p> <p>2.Нормальная физиология коронарного кровотока. Клиническая анатомия и физиология коронарных артерий. Типы кровоснабжения миокарда. Проводящая система сердца.</p> <p>3.Врожденные пороки и аномалии коронарных артерий. Эмбриология пороков развития коронарных артерий. Аномалия коронарных артерий: аномалии количества, аномалии размера, аномалии положения, аномалии взаимоотношения, аномалии структуры.</p> <p>4.Патофизиология коронарного кровообращения. Влияние стенозирования коронарных артерий на перфузию миокарда. Кислородный запрос миокарда. Понятие «критический стеноз» коронарных артерий. Перфузионное давление при отсутствии стенозов в коронарных артериях. Коронарное сопротивление. Патофизиология коронарного кровотока после коронарного шунтирования. Интраоперационная флуометрия. Пульсовой индекс. Средняя объемная скорость. Доля ретроградного объемного кровотока.</p> <p>5.Ишемическая болезнь сердца. Этиология и патогенез ишемической болезни сердца. Клиника и диагностика ИБС. Факторы риска. Факторы, уменьшающие развития ИБС. Патогенез. Клиника. Стабильная и нестабильная стенокардия. Клинические осложнения (Q – инфаркт миокарда, не Q – инфаркт миокарда, кардиогенный шок, аневризмы и разрывы стенок сердца). Острая и хроническая сердечная недостаточность. Диагностика ишемической болезни сердца: анамнез, осмотр, лабораторная диагностика, инвазивные и неинвазивные методы исследования. Оценка гомеостаза миокарда (станинг, гомеостаз). Лечение больных с</p>

			ишемической болезнью сердца. Оперативное лечение: экстренные и плановые операции. Результаты лечения. Показания к выполнению операций. Консервативное лечение (диетотерапия, медикаментозное лечение, диспансерное наблюдение).
3.	ОПК-4,7 ПК-1,2,3,4,5	Клиническая ангиология. История. Методы диагностики и лечения.	История развития методик хирургического лечения сосудистой патологии. Мировой опыт. История развития сосудистой хирургии в России. Семиотика сосудистых заболеваний. Анатомия и физиология сосудистой системы. Эмбриогенез сосудистой системы. Хирургическая анатомия артериальной и венозной сосудистых систем. Атерогенез. Общие вопросы хирургического лечения заболеваний сосудов. Классификация и терминология реконструктивных операций на аорте. Сосудистый шов, принципы сосудистой реконструкции. Сосудистые трансплантаты. Интраоперационный контроль качества сосудистых реконструкций. Диагностика заболеваний сосудистой системы. Общая симптоматика. КТ, МРТ, Ангиографические методы. УЗИ. Заболевания грудной аорты и ее ветвей. Заболевания брюшного отдела аорты и ее ветвей Неотложная патология сосудов. Повреждения магистральных сосудов. Огнестрельные ранения и повреждения сосудов конечностей. Острая артериальная непроходимость. Тромбозы и эмболии артерий верхних конечностей. Острые окклюзии почечных сосудов. Атероэмболия. ТЭЛА. Заболевания венозной и лимфатической систем. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Острые венозные тромбозы. Посттромбофлебитический синдром. Клиника и диагностика посттромбофлебитического синдрома глубоких вен нижних конечностей. Хирургическое лечение больных с посттромбофлебитическим синдромом глубоких вен нижних конечностей. Синдром Педжета — Шреттера. Синдром верхней полой вены. Подвздошно-бедренный Посттромбофлебитический синдром. Синдром нижней полой вены. Хирургическое лечение больных с локализацией посттромбофлебитического синдрома в венах крупного калибра. Заболевания периферических артерий. Рентгенэндоваскулярные лечебные вмешательства на сосудах. Консервативное лечение заболеваний сосудов.

5.2. Разделы учебной дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы контроля.

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ		СР	Всего часов
			в т.ч. ТП (теоретическая подготовка)	в т.ч. ПП (практическая подготовка)		
1	2	3	4	5	6	7
1.	Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы	2	2	2	2	8
2.	Ишемическая болезнь сердца.	2	4	4	2	12
3.	Клиническая ангиология. История. Методы диагностики и лечения.	8	12	12	20	52
ВСЕГО:		12	18	18	24	72

При изучении дисциплины предусматривается применение инновационных форм учебных занятий, развивающих у обучающихся навыки работы в команде,

межличностной коммуникации, принятия решений, лидерские качества: интерактивные лекции, дискуссии, диспуты, имитационные игры, кейс-метод, работа в малых группах.

### 5.2.1 Интерактивные формы проведения учебных занятий

№ п/п	Тема занятия	Вид занятия	Используемые интерактивные формы проведения занятий
1.	См. табл. 5.3	Лекция	Интерактивная лекция, диспут
2.	См. табл. 5.4	Практические занятия	Работа в малых группах, имитационные игры, дискуссия, кейс-метод

### 5.3. Название тем лекций и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

№ п/п	Название тем лекций учебной дисциплины (модуля)	семестр
		9
1	2	3
1.	Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы. Ишемическая болезнь сердца. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. История развития методик хирургического лечения сосудистой патологии. Мировой опыт. История развития сосудистой хирургии в России. Семиотика сосудистых заболеваний.	2
2.	Диагностика заболеваний сосудистой системы.	2
3.	Заболевания грудной аорты и ее ветвей.	2
4.	Заболевания брюшного отдела аорты и ее ветвей	2
5.	Неотложная патология сосудов.	2
6.	Заболевания венозной и лимфатической систем.	2
ИТОГО:		12

### 5.4. Название тем практических занятий и количество часов по семестрам изучения учебной дисциплины (модуля)

№ п/п	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	семестр
		9
1	2	3
1.	Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы Тест.	4
2.	Ишемическая болезнь сердца. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. Тест.	6
3.	Заболевания грудной аорты и ее ветвей. Тест.	6
4.	Заболевания брюшного отдела аорты и ее ветвей Тест.	4
5.	Неотложная патология сосудов. Задачи	4
6.	Тромбоэмболии легочных артерий Опрос	4

7.	Заболевания венозной системы. Опрос	4
8.	Заболевания лимфатической системы. тестирование	4
ИТОГО:		36

5.5. Распределение лабораторных практикумов по семестрам:  
НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО.

5.6. Распределение тем семинарских занятий по семестрам:  
НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО.

5.7. Распределение тем клинических практических занятий по семестрам:  
НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО.

5.8. Распределение самостоятельной работы обучающихся (СРО) по видам и семестрам

№	Наименование вида СРО	Семестр
		9
1.	Написание курсовой работы	
2.	Подготовка мультимедийных презентаций	
3.	Подготовка к участию в занятиях в интерактивной форме (дискуссии, ролевые игры, игровое проектирование)	
4.	Самостоятельное решение ситуационных задач	
5.	Работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными на сайте <a href="http://www.historymed.ru">http://www.historymed.ru</a>	24
ИТОГО в часах:		24

## 6. ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Лекции, практические занятия, самостоятельная работа, интерактивная работа обучающихся

## 7. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ И ПРОГРАММНЫЕ СРЕДСТВА

Использование мультимедийного комплекса в сочетании с лекциями и практическими занятиями, решение ситуационных задач, обсуждение рефератов, сбор «портфолио». Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 30 % от аудиторных занятий.

Информационные технологии, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю) включают программное обеспечение и информационные справочных системы.

Информационные технологии, используемые в учебном процессе:

[http://www.historymed.ru/training\\_aids/presentations/](http://www.historymed.ru/training_aids/presentations/)

Визуализированные лекции

Конспекты лекций в сети Интернет

Ролевые игры

Кейс – ситуации

Дискуссии

Видеофильмы

Программное обеспечение

Для повышения качества подготовки и оценки полученных компетенций часть занятий проводится с использованием программного обеспечения:

Операционная система Microsoft Windows

Пакет прикладных программ Microsoft Office: PowerPoint, Word

## 8. ФОРМЫ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

Коллоквиум, контрольная работа, тестовые задания, ситуационные задачи.

## 9. ФОРМА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Зачет.

## 10. РАЗДЕЛЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ С ДИСЦИПЛИНАМИ

№ п/п	Название последующих дисциплин	Разделы данной дисциплины, необходимые для изучения последующих дисциплин							
		Раздел №1	Раздел №2	Раздел №3	Раздел №4	Раздел №5	Раздел №6	Раздел №7	Раздел №8
1.	ХИРУРГИЧЕСКИЕ ИНФЕКЦИИ	-	+	+	+	+	+	+	+
2.	КСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ХИРУГИЯ	+	+	+	+	+	+	+	+
3.	ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КИБЕРНЕТИКА	+	+	+	+	+	+	+	+
4.	ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ	+	+	+	+	+	+	+	+
5.	ПЕДИТАРИЯ	+	+	+	+	+	+	+	+
6.	МЕДИЦИНСКИЕ БИОТЕХНОЛОГИИ	+	+	+	+	+	+	+	+

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ  
за 2022 /2023 учебный год

В рабочую программу по дисциплине:

Дисциплина «Хирургия судов и ангиология»  
(наименование дисциплины)

Для  
специальности Педиатрия, 31.05.02  
(наименование и код специальности)

Изменения и дополнения в рабочей программе в 2022/2023 учебном году:

Составитель:

Зав. кафедрой

профессор, д.м.н.

\_\_\_\_\_ М.И.Комиссаров

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ  
на 2021 – 2022 учебный год

По дисциплине

«Хирургия сосудов и ангиология»

(наименование дисциплины)

Для

специальности

Педиатрия, 31.05.02

(наименование и код специальности)

Код направления подготовки	Курс	Семестр	Число студентов	Список литературы	Кол-во экземпляров	Кол-во экз. на одного обучающегося		
30.05.02	5	9	461	Основная литература: Хирургические болезни: учебник / Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. - В 2-х т. Том 1. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 400 с. Детская хирургия: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с. Хирургические болезни у детей: учеб. пособие. - 2-е изд., перераб и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с. Основы ангиологии: учебное пособие / Р. Е. Калинин [и др.]; под ред. Р. Е. Калинина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 112 с.	ЭБС Конс. студ.			
				Всего студентов	461	Всего экземпляров		
						Дополнительная литература: Практикум по оперативной хирургии: учеб. пособие / Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 400 с. Современные хирургические инструменты: справочник / С. С. Дыдыкин, Е. В. Блинова, А. Н. Щербюк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Ультразвуковая диагностика болезней вен / Д.А. Чуриков, А.И. Кириенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Литтерра, 2016. - 176 с. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ СОСУДОВ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ / А.В. Гераськин, В.В. Шафранов -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. Неотложная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / М. П. Разин [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с. Операции на сосудах: учебное пособие / под ред. Р. Е. Калинина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 120 с.: ил.	ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ. ЭБС Конс. студ.	

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

ПЕРЕЧЕНЬ ЛИЦЕНЗИОННОГО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ  
на 2021 – 2022 учебный год

По дисциплине	<u>«Хирургия сосудов и ангиология»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> (наименование и код специальности)

1. Windows Sarver Standard 2012 Russian OLP NL Academic Edition 2 Proc;
2. Windows Remote Desktop Services CAL 2012 Russian OLP NL Academic Edition Device CAL (10 шт.);
3. Desktop School ALNG Lic SAPk MVL A Faculty (300 шт.);
4. Dream Spark Premium Electronic Software Delivery (1 year) Renewal (1 шт.);
5. Dr. Web Desktop Security Suite Комплексная защита с централизованным управлением – 450 лицензий;
6. Dr. Web Desktop Security Suite Антивирус с централизованным управлением – 15 серверных лицензий;
7. Lync Server 2013 Russian OLP NL Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
8. Lync Server Enterprise CAL 2013 Single OLP NL Academic Edition Device Cal (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
9. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
10. ABBYY Fine Reader 11 Professional Edition Full Academic (20 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
11. ABBYY Fine Reader 12 Professional Edition Full Academic (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
12. Chem Office Professional Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
13. Chem Craft Windows Academic license (10 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
14. Chem Bio Office Ultra Academic Edition. Срок действия лицензии: бессрочно;
15. Statistica Base for Windows v.12 English / v. 10 Russian Academic (25 шт.). Срок действия лицензии: бессрочно;
16. Программный продукт «Система автоматизации библиотек ИРБИС 64» Срок действия лицензии: бессрочно;
17. Программное обеспечение «АнтиПлагиат» с 07.07.2021 г. по 06.07.2022 г.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

### ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

По дисциплине	<u>«Хирургия сосудов и ангиология»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> (наименование и код специальности)

Основные положения:

Контролирующая тестовая программа или тест достижений – это подготовленный специальным образом набор тестовых заданий (ТЗ), обладающий валидностью, надежностью (воспроизводимостью), объективностью.

Банк контрольных заданий в тестовой форме (БЗТ) по дисциплине «Хирургия сосудов и ангиология» является дисциплиной вариативной части профессионального цикла - дисциплиной по выбору - специальности 31.05.02 «Педиатрия» квалификация «специалист» и предназначен для проведения контроля качества образовательной деятельности.

Для осуществления текущего контроля единый БЗТ состоит из достаточно обособленных составных частей, которые могут самостоятельно использоваться для контроля знаний по отдельным темам.

БЗТ – это логически упорядоченная структура программно-дидактических тестовых заданий, позволяющих автоматически генерировать множество тестов.

Критерии оценки БЗТ – это доброкачественность результатов измерения (валидность содержательная и функциональная), надежность, объективность.

Экспертиза теста проходит по:

Экспертизе каждого отдельного тестового задания

Экспертизе теста в целом на соответствие требованиям валидности, объективности и надежности – минимальные погрешности.

Требования к тестовым заданиям (ТЗ):

Структур ТЗ можно изобразить следующим образом:

ТЗ = смысловое содержание задания + способ выполнения + эталон + дистракторы.

Дистракторы – это помехи: неправильные ответы, неполные ответы, среди которых надо выбрать эталон. Количество дистракторов может варьировать от 0 до 4. При отсутствии дистракторов – тестовые задания называются открытыми. Тестовые задания с дистракторами – называются закрытыми.

Требования, которым придерживались при разработке ТЗ, это:

Однозначность и простота:

- тестовые задания должны быть по возможности краткими, без лишних слов и пояснений;
- если задание в форме вопроса получается короче, чем в форме утверждения, предпочтительнее форма вопроса и наоборот;
- в тестовых заданиях должна отсутствовать двусмысленность;
- в задании должен рассматриваться только один признак, объект или действие.

Использование только эффективных дистракторов, т.е. таких, которые могут привлечь внимание испытуемых.

Отсутствие абсурдных, очевидно неправильных ответов.

Отсутствие намеков на правильный ответ. Например, правильный ответ (эталон) не должен быть самым длинным или самым точным по сравнению с дистракторами.

Отсутствие оборотов с отрицанием «не», которые вводят в измерение систематические ошибки.

Использование наглядных форм информации (рисунок, график, формула, результаты лабораторных исследований и т.д.) в соответствии с особенностями конкретной врачебной специальности.

Отсутствие заданий, выполнение которых требует воспроизведения по памяти данных, характерных для справочной литературы.

Доступная трудность:

- задания, которые успешно выполняет вся группа испытуемых, считаются слишком легкими и должны быть переделаны;

- задания, которые не выполняет вся группа (или убедительное большинство) считаются слишком трудными и должны быть переделаны;

- задачи-головоломки не должны использоваться в тестах достижений, так как они скорее предназначены для измерения способностей, а не уровня подготовки.

Соответствие источникам информации, которыми пользуются испытуемые.

Использование одинаково понятных всем испытуемым терминов, способов и индексации обозначений.

Грамматическое и логическое соответствие ответов заданию.

Соответствие единой форме в пределах одного блока.

Основные этапы разработки бланка тестовых заданий:

Для разработки БЗТ по учебному циклу заведующий кафедрой назначает разработчика (или коллектив разработчиков).

Можно выделить следующие основные этапы разработки и внедрения в учебный процесс БЗТ дисциплины (учебного цикла):

- разработка спецификации БЗТ и ее утверждение на заседании кафедры;

- разработка ЗТ в соответствии со спецификацией БЗТ;

- проведение пробного тестирования с целью установления показателей валидности;

- подготовка заключения кафедры о возможности использования БЗТ в учебном процессе;

- регистрации БЗТ в единой базе данных СПбГПМУ.

Разработка заданий в тестовых формах отвечает требованиям унифицированной программы и представлено в форме краткого суждения.

Тема: Хирургическая анатомия, патофизиология сердечно-сосудистой системы.

Примечание: (на каждое задание, выбирается один правильный или наиболее полный ответ из числа предложенных ниже (А, Б, В, Г или Д):

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

А. внутренняя яремная вена – общая сонная артерия – блуждающий нерв

Б. общая сонная артерия – внутренняя яремная вена – блуждающий нерв

В. внутренняя яремная вена – блуждающий нерв – общая сонная артерия

Г. блуждающий нерв – общая сонная артерия – внутренняя яремная вена

1.2. При оперативном доступе к общей сонной артерии линия кожного разреза проходит:

А. от угла нижней челюсти

Б. от уровня верхнего края щитовидного хряща

В. по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы

Г. любой из перечисленных

1.3. При окклюзии устья общей сонной артерии внеторакальный доступ к артерии характеризуется всем перечисленным, кроме:

- А. проведения разреза на 1 см выше и параллельно ключице
- Б. проведения разреза на 1 см ниже и параллельно ключице
- В. проксимальный конец разреза заходит за грудино-ключично-сосцевидную мышцу
- Г. латеральный конец разреза доходит до середины ключицы

1.4. Прямая имплантация общей сонной артерии при окклюзии ее устья осуществляется в:

- А. дугу аорты
- Б. верхнюю полуокружность подключичной артерии дистальнее устья позвоночной артерии
- В. верхнюю полуокружность подключичной артерии проксимальнее устья позвоночной артерии

1.5. При тромбэндартеризэктомии из устья позвоночной артерии основные принципы операции включают:

- А. надключичный доступ
- Б. подключичный доступ
- В. продольное вскрытие позвоночной артерии в области ее устья
- Г. продольное или дугообразное вскрытие подключичной артерии вблизи от устья позвоночной артерии
- Д. правильно А и Г

1.6. При имплантации левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию в предлестничном пространстве на передней лестничной мышце располагается:

- А. левый блуждающий нерв
- Б. левый диафрагмальный нерв
- В. левый возвратный нерв
- Г. все перечисленное

1.7. Подключичная вена при доступе к ней в шейном отделе располагается в:

- А. межлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и плечевым сплетением
- Б. предлестничном пространстве вместе с подключичной артерией и лопаточно-подъязычной мышцей
- В. предлестничном пространстве между грудино-щитовидной и грудино-подъязычной мышцами спереди и передней лестничной мышцей сзади

1.8. Терминальный участок шейного отдела грудного протока чаще всего впадает в:

- А. левую подключичную вену
- Б. левую внутреннюю яремную вену
- В. левый венозный угол по его передней поверхности
- Г. левый венозный угол по его задней поверхности

1.9. 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

1.10. При доступе к плечевой вене проекция ее соответствует проекции:

- А. срединного нерва
- Б. плечевой артерии
- В. лучевого нерва
- Г. локтевого нерва

1.11. Внутренняя грудная артерия по задней поверхности грудной стенки проходит:

- А. на 1,5 – 2 см латеральнее от наружного края грудины
- Б. за грудиной
- В. к грудной стенке не прилежит

1.12. При операции субаортальной перикардэктомии по отношению к отделам сердца иссечение перикарда осуществляется в следующей последовательности:

- А. от устья полых вен к правому предсердию, правому желудочку, далее к устьям

- аорты и легочного ствола, к левому желудочку
  - Б. от левого желудочка к устьям легочного ствола и аорты, правому желудочку, правому предсердию и далее к устьям полых вен
  - В. принципиального значения не имеет
- 1.13. Для пункции сердечной сорочки, непосредственно прилежащим к передней стенке является:
- А. передний верхний карман перикарда
  - Б. передний нижний карман перикарда
  - В. задний верхний карман перикарда
  - Г. задний нижний карман перикарда
- 1.14. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке:
- А. правая общая сонная артерия – правая подключичная артерия – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
  - Б. правый плечеголовной ствол – левый плечеголовной ствол
  - В. плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
  - Г. легочный ствол – плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
- 1.15. Симпатическая иннервация сердца осуществляется постганглионарными волокнами из:
- А. верхнего шейного симпатического узла
  - Б. среднего шейного симпатического узла
  - В. нижнего шейного симпатического узла
  - Г. верхнего, среднего и нижнего шейных симпатических узлов
- 1.16. Блуждающий нерв несет к сердцу:
- А. симпатические волокна
  - Б. парасимпатические волокна
  - В. парасимпатические и симпатические волокна
- 1.17. Парасимпатическая иннервация сердца осуществляется:
- А. языкоглоточным нервом
  - Б. диафрагмальным нервом
  - В. блуждающим нервом
  - Г. подъязычным нервом
- 1.18. В правое предсердие впадают все перечисленные сосуды, кроме:
- А. верхней поллой вены
  - Б. нижней поллой вены
  - В. венозного сердечного коронарного синуса
  - Г. непарной вены
  - Д. небольших вен сердца
- 1.19. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:
- А. передних 2/3 межжелудочковой перегородки
  - Б. части передней стенки правого желудочка
  - В. межпредсердной перегородки
  - Г. левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка
- 1.20. На передней поверхности сердца границей между правым и левым желудочком является продольная борозда, где проходят:
- А. нисходящая ветвь левой венечной артерии
  - Б. правая венечная артерия
  - В. большая вена сердца
  - Г. правильно А и В
  - Д. правильно А и Б
- 1.21. Задняя продольная борозда с проходящими здесь задней нисходящей ветвью правой венечной артерии и конечной частью левой венечной артерии располагается на:
- А. передней поверхности сердца
  - Б. нижней поверхности сердца
  - В. задней поверхности сердца

- 1.22. Венечные артерии при анатомической коррекции транспозиции аорты и легочной артерии по Жатене:  
А. не перемещаются с трансформированными сосудами  
Б. перемещаются во вновь созданную аорту  
В. значения не имеет
- 1.23. При операции протезирования аортального клапана и супракоронарного протезирования восходящей части аорты:  
А. устья венечных артерий остаются интактными  
Б. венечные артерии шунтируются аутовенозными трансплантатами  
В. венечные артерии реимплантируются
- 1.24. Синусно-предсердный узел Кис – Флека расположен:  
А. в миокарде правого предсердия слева от места впадения нижней полой вены  
Б. под эпикардом в стенке правого предсердия между правым ушком и верхней полой веной  
В. в межпредсердной перегородке  
Г. в устье правого ушка
- 1.25. Предсердно-желудочковый узел (Ашоф – Тавара) расположен:  
А. в миокарде левого предсердия  
Б. в миокарде правого желудочка  
В. в задненижнем отделе предсердной перегородки над устьем венечной пазухи  
Г. дорзальнее правого желудочно-предсердного отверстия
- 1.26. Проекция предсердно-желудочкового пучка перед отхождением его левой ножки располагается ниже прикрепления:  
А. правой полулунной заслонки к стенке аорты  
Б. левой полулунной заслонки к стенке аорты  
В. задней полулунной заслонки к стенке аорты
- 1.27. Опасная зона фиброзного кольца трехстворчатого клапана, где проходит предсердно-желудочковый пучок, проецируется в области:  
А. передней створки  
Б. перегородочной (медиальной) створки  
В. задней створки
- 1.28. Сухожильные хорды папиллярных мышц крепятся к предсердно-желудочковым клапанам со стороны:  
А. желудочков  
Б. предсердий  
В. предсердий и желудочков
- 1.29. При подключично-легочном анастомозе по Блелок – Тауссиг анастомоз накладывается между:  
А. подключичной артерией проксимальнее отхождения ветвей  
Б. подключичной артерией дистальнее долевых ветвей  
В. легочной артерией проксимальнее долевых ветвей  
Г. верхней долевой ветвью легочной артерии  
Д. правильно А и В
- 1.30. Закрытие дефекта аортолегочной перегородки I типа (локализация на медиальной стенке проксимального отдела восходящей части аорты) проводится:  
А. через поперечное вскрытие аорты  
Б. через поперечное вскрытие легочного ствола  
В. возможны оба подхода  
Г. ни один из перечисленных
- 1.31. При аортолегочном анастомозе по Ватерстоуну – Кули анастомоз накладывается:  
А. между восходящей частью аорты и правой ветвью легочной артерии  
Б. между дугой аорты и левой ветвью легочной артерии  
В. между дугой аорты и правой ветвью легочной артерии
- 1.32. Канюлирование аорты выполняется:  
А. чаще всего в восходящей части аорты  
Б. с наложением одного кисетного шва  
В. с наложением двух кисетных швов, проходящих через наружные слои аорты

Г. правильно А и В

1.33. При перевязке открытого артериального протока через левостороннюю боковую торакотомию по четвертому межреберью вскрытие медиастинальной плевры осуществляется:

- А. в проекции левого диафрагмального и блуждающего нервов
- Б. в пределах проекции аортального протока
- В. по линии, проходящей от устья левой подключичной артерии вниз по аорте на 2 см ниже протока
- Г. правильно А и В

1.34. При перевязке открытого артериального протока сначала перевязывается:

- А. легочный конец протока, а затем аортальный конец протока
- Б. аортальный конец протока, а затем осуществляется перевязка легочного конца протока
- В. возможны оба варианта

1.35. При оперативном вмешательстве по поводу коарктации аорты необходимо выполнение всех перечисленных этапов операции, кроме:

- А. перевязки крупных артериальных коллатералей в грудной стенке
- Б. широкого вскрытия медиастинальной плевры от левой подключичной артерии до уровня на 5 – 7 см ниже места сужения аорты
- В. пересечения артериальной связки, перевязки 2 – 3 пар межреберных артерий
- Г. артериальная связка и межреберье артерии не перевязываются и не пересекаются
- Д. верно Б и В

1.36. По отношению к брюшной аорте нижняя полая вена располагается:

- А. слева от аорты
- Б. спереди от аорты
- В. сзади от аорты
- Г. справа от аорты

1.37. По отношению к брюшной аорте левый симпатический ствол располагается:

- А. справа от аорты
- Б. слева от аорты
- В. спереди от аорты
- Г. сзади от аорты

1.38. Бифуркация брюшной аорты проходит на уровне:

- А. у поясничного позвоночника
- Б. крестцово-подвздошного сочленения
- В. большого седалищного отверстия

1.39. Мочеточник по отношению к подвздошным сосудам на уровне терминальной линии располагается:

- А. сзади от сосудов
- Б. впереди от сосудов
- В. латерально от сосудов
- Г. медиально от сосудов

1.40. Глубокая артерия бедра при отхождении от задненаружной полуокружности бедренной артерии располагается:

- А. вдоль задней стенки бедренной артерии, кнаружи от нее и далее от глубокой вены бедра
- Б. между бедренными сосудами и позади них, затем смещается кнаружи и выступает из-под бедренной артерии у вершины бедренного треугольника
- В. ни то, ни другое

1.41. Топография элементов нервно-сосудистого пучка в подколенной ямке по направлению спереди назад и латерально соответствует следующему порядку:

- А. подколенная вена – подколенная артерия – большеберцовый нерв
- Б. большеберцовый нерв – подколенная вена – подколенная артерия
- В. подколенная артерия – подколенная вена – большеберцовый нерв

1.42. Доступ к передней большеберцовой артерии в верхней половине голени осуществляется по проекционной линии, расположенной:

- А. между головкой большеберцовой кости и наружной лодыжкой

- Б. между головкой большеберцовой кости и внутренней лодыжкой  
 В. от середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками
- 1.43. При доступе к бедренной вене используют косовертикальный разрез по проекционной линии, идущей в пределах скарповского треугольника:  
 А. вдоль медиального края протяжной мышцы  
 Б. вдоль латерального края длинной приводящей мышцы  
 В. от середины паховой связки вдоль бедренной артерии
- 1.44. В верхнем отделе скарповского треугольника бедренная вена, по отношению к бедренной артерии, располагается:  
 А. под артерией  
 Б. медиально от артерии  
 В. впереди от артерии  
 Г. латерально от артерии

### Правильные ответы

1.1. В	1.23. В
1.2. В	1.24. Б
1.3. Б	1.25. В
1.4. Б	1.26. А
1.5. Д	1.27. Б
1.6. Б	1.28. А
1.7. В	1.29. Д
1.8. В	1.30. В
1.9. А	1.31. А
1.10. Б	1.32. Г
1.11. А	1.33. В
1.12. Б	1.34. Б
1.13. Б	1.35. Д
1.14. В	1.36. Г
1.15. Г	1.37. Б
1.16. Б	1.38. А
1.17. В	1.39. А
1.18. Г	1.40. Б
1.19. Б	1.41. В
1.20. Г	1.42. В
1.21. Б	1.43. А
1.22. Б	1.44. Б

### Тема: «Врожденные пороки сердца»

*Примечание: (на каждое задание, выбирается один правильный или наиболее полный ответ из числа предложенных ниже (А, Б, В, Г или Д):*

- 5.1. Врожденный порок сердца формируется в течение:  
 А. первого месяца эмбриогенеза  
 Б. первых двух месяцев эмбриогенеза  
 В. всего периода развития плода  
 Г. формирование порока происходит после рождения
- 5.2. На развитие врожденного порока сердца влияют только:

- А. генетические факторы
  - Б. физические и химические факторы
  - В. генетические факторы и окружающая среда
  - Г. все перечисленное
  - Д. ни один из перечисленных
- 5.3. Из генетических факторов врожденных пороков сердца чаще встречаются:
- А. единый мутантный ген
  - Б. хромосомные нарушения
  - В. мультифакториальное наследование
  - Г. правильно А и Б
- 5.4. При развитии врожденного порока имеет значение прием:
- А. медикаментов
  - Б. наркотиков
  - В. гормонов
  - Г. контрацептивов
  - Д. всего перечисленного в определенный период развития
- 5.5. Врожденный порок сердца чаще всего встречается в виде синдрома при:
- А. едином мутантном гене
  - Б. хромосомных aberrациях
  - В. мультифакториальном наследовании
  - Г. обычной популяции
  - Д. правильного ответа нет
  - Е. правильно А и Б
- 5.6. Высокая гипертензия малого круга приводит к:
- А. гипертрофии средней оболочки мелких мышечных артерий
  - Б. клеточной пролиферации интимы сосудов
  - В. склерозу внутренней оболочки мелких сосудов
  - Г. истончению средней оболочки
  - Д. всему перечисленному
- 5.7. Легочная гипертензия является следствием:
- А. гиповолемии малого круга кровообращения
  - Б. гиперволемии малого круга кровообращения
  - В. гиперволемии большого круга кровообращения
  - Г. гиповолемии большого круга кровообращения
- 5.8. При подготовке больного к операции по поводу врожденного порока сердца необходимо выполнить все перечисленное, кроме:
- А. санации носоглотки
  - Б. устранение кариеса
  - В. лечение пиелонефрита
  - Г. купирования сердечной недостаточности
- 5.9. При операциях на открытом сердце чаще применяются:
- А. продольная стернотомия
  - Б. боковая торакотомия слева
  - В. поперечная стернотомия
  - Г. боковая торакотомия справа
  - Д. двухплевральных доступ
- 5.10. 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
- 5.11. Первая операция по поводу открытого артериального протока была произведена в нашей стране в:
- А. 1938 году
  - Б. 1948 году
  - В. 1950 году

Г. 1958 году  
Д. 1968 году

- 5.12. Открытый артериальный проток приводит к:
- А. гиповолемии малого круга кровообращения
  - Б. гиповолемии малого круга кровообращения
  - В. гипертензии малого круга кровообращения
  - Г. правильно А и В
  - Д. все перечисленное
- 5.13. Открытый артериальный проток с большим артериовенозным сбросом крови приводит к:
- А. диастолической перегрузке правого желудочка
  - Б. диастолической перегрузке левого желудочка
  - В. систолической перегрузке левого желудочка
  - Г. систолической перегрузке правого желудочка
  - Д. диастолической перегрузке обоих желудочков
- 5.14. Открытый артериальный проток с высокой легочной гипертензией приводит к:
- А. диастолической перегрузке правого желудочка
  - Б. систолической перегрузке правого желудочка
  - В. систолической перегрузке левого желудочка
  - Г. диастолической перегрузке левого желудочка
  - Д. систолической перегрузке правого и диастолической перегрузке левого желудочков
- 5.15. Широкий открытый артериальный проток чаще осложняется:
- А. бактериальным эндокардитом
  - Б. нарушением ритма сердца
  - В. легочной гипертензией
  - Г. недостаточностью кровообращения
  - Д. правильно В и Г
- 5.16. Для открытого артериального протока с большим артериовенозным сбросом характерна следующая аускультативная картина:
- А. систолический шум
  - Б. систолодиастолический шум
  - В. диастолический шум
  - Г. отсутствие шума
  - Д. шум Грехем Стила
- 5.17. При открытом артериальном протоке с высокой легочной гипертензией отмечается при аускультации второго тона на легочной артерии:
- А. расщепление второго тона
  - Б. акцент второго тона
  - В. второй тон ослаблен
  - Г. второй тон не изменен
  - Д. все из выше перечисленных признаков
- 5.18. Наиболее ценным диагностическим методом при открытом артериальном протоке является:
- А. катетеризация правых отделов сердца
  - Б. ангиокардиография из правых отделов сердца
  - В. катетеризация левых отделов сердца
  - Г. аортография
  - Д. левая вентрикулография
- 5.19. При диаметре открытого артериального протока более 10 мм показана операция:
- А. перевязки протока
  - Б. пересечения с ушиванием концов
  - В. механического прошивания протока
  - Г. перевязки с прошиванием
  - Д. любой из указанных методов
- 5.20. Срочное хирургическое вмешательство в ближайшем послеоперационном периоде после перевязки открытого артериального протока требуется в случае:

- А. синдрома Горнера
  - Б. появления подкожной эмфиземы
  - В. обильного поступления крови по дренажам
  - Г. напряженного пневмоторакса
  - Д. правильно В и Г
- 5.21. Наиболее информативным методом диагностики дефекта аортолегочной перегородки является:
- А. аускультация
  - Б. электрокардиография
  - В. рентгенологическое обследование
  - Г. катетеризация сердца
  - Д. аортография
- 5.22. Дефект аортолегочной перегородки отличается от общего артериального ствола наличием:
- А. дефекта межжелудочковой перегородки
  - Б. аортальной недостаточности
  - В. двух изолированных полулунных клапанов
  - Г. стеноза аорты
- 5.23. При дефекте аортолегочной перегородки маленького диаметра аускультативно определяется:
- А. систолический шум
  - Б. диастолический шум
  - В. систолодиастолический шум
  - Г. шум не определяется
- 5.24. При большом дефекте аортолегочной перегородки второй тон на легочной артерии:
- А. не изменен
  - Б. ослаблен
  - В. расщеплен
  - Г. акцентирован
- 5.25. При дефекте аортолегочной перегородки наилучшим методом диагностики является:
- А. катетеризация сердца
  - Б. венозная вентрикулография
  - В. аортография
  - Г. левая вентрикулография
- 5.26. Для дефекта межжелудочковой перегородки с артериовенозным сбросом отмечается преимущественная перегрузка:
- А. правого желудочка
  - Б. левого желудочка
  - В. обоих желудочков
  - Г. правого предсердия
  - Д. левого предсердия
- 5.27. При дефекте межжелудочковой перегородки с артериовенозным сбросом крови имеет место:
- А. систолическая перегрузка левого желудочка
  - Б. диастолическая перегрузка левого желудочка
  - В. комбинированная перегрузка левого желудочка
  - Г. отсутствие перегрузок
- 5.28. Самопроизвольное закрытие дефекта межжелудочковой перегородки возможно преимущественно в возрасте:
- А. до 1 года
  - Б. до 4 лет
  - В. после 4 лет
  - Г. самопроизвольно не закрывается
- 5.29. Дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с аортальной недостаточностью следует дифференцировать с:
- А. открытым артериальным протоком
  - Б. изолированным стенозом легочной артерии
  - В. прорывом аневризмы синуса Вальсальвы
  - Г. тетрадой Фалло

Д. правильно А и В

- 5.30. При прорыве аневризмы синуса Вальсальвы аускультативная картина близка к картине:
- А. дефекта межпредсердной перегородки
  - Б. стеноза легочной артерии
  - В. тетрады Фалло
  - Г. открытого артериального протока
- 5.31. Дефект межжелудочковой перегородки является обязательным компонентом следующих пороков:
- А. открытого артериального протока
  - Б. дефекта аортолегочной перегородки
  - В. прорыва аневризмы синуса Вальсальвы в правый желудочек
  - Г. общего артериального ствола
  - Д. стеноза устья легочной артерии
- 5.32. Наиболее характерным симптомом изолированного стеноза легочной артерии являются:
- А. боли в области сердца
  - Б. тахикардия
  - В. цианоз
  - Г. раннее появление одышки
  - Д. недостаточность кровообращения
- 5.33. Наиболее часто изолированный стеноз легочной артерии встречается следующей формы:
- А. надклапанный
  - Б. клапанный
  - В. подклапанный
  - Г. комбинированный
- 5.34. Цианоз губ у больных с дефектом межжелудочковой перегородки появляется в:
- А. 1 группе
  - Б. 2 группе
  - В. 3-а группе
  - Г. 3-б и 4 группе
  - Д. только в 4 группе
- 5.35. Выбухание в области сердца (сердечный горб) при дефекте межжелудочковой перегородки на легочной гипертензии образуется за счет:
- А. левого желудочка
  - Б. левого предсердия
  - В. правого желудочка
  - Г. правого предсердия
  - Д. всех перечисленных отделов
- 5.36. У больных с дефектом межжелудочковой перегородки расщепление второго тона на основании сердца встречается при:
- А. высокой легочной гипертензии
  - Б. большом артериовенозном сбросе крови
  - В. обратном сбросе крови
  - Г. уравновешенном сбросе
  - Д. не зависит от степени легочной гипертензии
- 5.37. Акцент второго тона на легочной артерии является признаком:
- А. большого артериовенозного сброса крови
  - Б. веноартериального сброса крови
  - В. высокой легочной гипертензии
  - Г. уравновешенного сброса крови
  - Д. не связан ни с одним из факторов
- 5.38. Мезодиастолический шум над областью сердца при дефекте межжелудочковой перегородки имеется в:
- А. первой гемодинамической группе
  - Б. второй гемодинамической группе
  - В. третьей «а» гемодинамической группе
  - Г. третьей «б» гемодинамической группе
  - Д. правильно Б и В

- 5.39. Дефект межжелудочковой перегородки может быть афоничным в случае:
- А. небольшого артериовенозного сброса крови
  - Б. веноартериального сброса крови
  - В. большого артериовенозного сброса
  - Г. ни при одном из перечисленных факторов
- 5.40. Показанием к хирургической коррекции дефекта межжелудочковой перегородки у ребенка до одного года является:
- А. большой сброс крови через дефект
  - Б. нарастающая легочная гипертензия
  - В. недостаточность кровообращения
  - Г. частые респираторные заболевания
  - Д. гипотрофия
  - Е. все перечисленное
- 5.41. Доступ к перимембранозному субтрикуспидальному дефекту межжелудочковой перегородки с высокой легочной гипертензией предпочтителен через:
- А. правый желудочек
  - Б. правое предсердие
  - В. ствол легочной артерии
  - Г. левый желудочек
  - Д. аорту
- 5.42. Нарушение развития первичной предсердной перегородки приводит к развитию:
- А. вторичного центрального дефекта межпредсердной перегородки
  - Б. нижнезаднего дефекта
  - В. первичного дефекта
  - Г. высокого дефекта межпредсердной перегородки
- 5.43. Расщепление створок атриовентрикулярных клапанов характерно для:
- А. высокорасположенного дефекта межпредсердной перегородки
  - Б. вторичного дефекта межпредсердной перегородки
  - В. первичного дефекта межпредсердной перегородки
  - Г. нижнезаднего дефекта межпредсердной перегородки
- 5.44. Наиболее часто аномальный дренаж легочных вен сопровождается:
- А. первичный ДМПП
  - Б. центральный ДМПП
  - В. высокий ДМПП
  - Г. нижнезадний ДМПП
  - Д. общее предсердие
- 5.45. Одним из критериев противопоказания для закрытия дефекта межжелудочковой перегородки являются следующие изменения ЭКГ:
- А. нормальное положение электрической оси сердца с диастолической перегрузкой левого желудочка
  - Б. отклонение электрической оси сердца влево
  - В. нормальное положение электрической оси сердца с перегрузкой обоих желудочков
  - Г. отклонение электрической оси сердца вправо с систолической перегрузкой правого желудочка
  - Д. отклонение электрической оси сердца вправо с систолической перегрузкой правого и диастолической перегрузкой левого желудочков
- 5.46. Улучшение общего состояния больного с дефектом межжелудочковой перегородки может происходить вследствие:
- А. уменьшения размеров дефекта или его закрытия
  - Б. развития высокой легочной гипертензии
  - В. формирования стеноза устья легочной артерии
  - Г. всего перечисленного
- 5.47. Из дефектов межжелудочковой перегородки чаще всего самопроизвольно закрываются:
- А. небольшие мышечные дефекты

- Б. перимембранозные субтрикуспидальные
- В. подаортальные дефекты
- Г. подлегочные дефекты
- Д. ни один из перечисленных

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

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

5.49. Чреспредсердный доступ при закрытии дефекта межжелудочковой перегородки предпочтителен при расположениях дефектов в:

- А. мышечной (приточной) части перегородки
- Б. подаортальной части перегородки
- В. перимембранозной субтрикуспидальной части перегородки
- Г. мышечной отточной части перегородки
- Д. ни одной из них

5.50. При частичном открытом атриовентрикулярном канале легочный кровоток:

- А. обеднен
- Б. нормальный
- В. усилен по артериальному типу
- Г. имеются признаки высокой легочной гипертензии
- Д. представлен расширенными коллатеральными сосудами

5.51. При частичном открытом атриовентрикулярном канале имеет место вся следующая аускультативная картина, за исключением:

- А. расщепления второго тона на основании сердца
- Б. акцента второго тона
- В. систолического шума во втором – третьем межреберье слева от грудины
- Г. диастолического шума в третьем – четвертом межреберье по левому краю грудины
- Д. систолического шума на верхушке

5.52. Для предотвращения повреждения пучка Гиса при коррекции неполной формы атриовентрикулярной коммуникации заплата при закрытии дефекта межпредсердной перегородки подшивается:

- А. за фиброзное кольцо трикуспидального клапана
- Б. за основание передней створки митрального клапана
- В. за основание перегородочной створки трикуспидального клапана
- Г. снаружи от коронарного синуса
- Д. кнутри от коронарного синуса
- Е. правильно В и Г

5.53. Наиболее характерным ангиокардиографическим признаком частично открытого атриовентрикулярного канала является:

- А. контрастирование правого предсердия из левого желудочка
- Б. поступление контрастного вещества из левого желудочка в правый
- В. сужение выводного отдела правого желудочка
- Г. сужение путей оттока из левого желудочка
- Д. повторное контрастирование легочной артерии

5.54. Для диагностики частично открытого атриовентрикулярного канала контрастное вещество при ангиокардиографии следует вводить в:

- А. правое предсердие
- Б. левое предсердие
- В. правый желудочек
- Г. левый желудочек
- Д. аорту

- 5.55. При катетеризации правых отделов сердца у больных с атриовентрикулярным каналом наиболее высокие цифры содержания кислорода выявляются в:
- А. верхней полой вене
  - Б. правом предсердии
  - В. правом желудочке
  - Г. легочной артерии
  - Д. нижней полой вене
- 5.56. Коррекция общего атриовентрикулярного канала состоит в:
- А. восстановлении целостности передней створки митрального клапана
  - Б. восстановлении целостности перегородочной створки трикуспидального клапана
  - В. пластике предсердно-желудочкового сообщения
  - Г. разделении общего атриовентрикулярного отверстия на артериальные и венозные
  - Д. все перечисленное
- 5.57. Анатомически частично открытый атриовентрикулярный канал характеризуется наличием:
- А. вторичного дефекта межпредсердной перегородки
  - Б. открытого овального окна
  - В. первичного дефекта межпредсердной перегородки с нарушением развития атриовентрикулярных клапанов
  - Г. дефекта межжелудочковой перегородки
- 5.58. Исходя из клинико-гемодинамической классификации изолированного стеноза легочной артерии, операция не показана:
- А. 1 группе (давление в правом желудочке до 60 мм рт.ст.)
  - Б. 2 группе (давление 61 – 100 мм рт.ст.)
  - В. 3 группе (давление более 100 мм рт.ст.)
  - Г. 4 группе при выраженной недостаточности кровообращения
  - Д. в градиенте систолического давления между правым желудочком и легочной артерией менее 40 мм рт.ст. за исключением баллонной дилатации
  - Е. правильно А и Д
- 5.59. Операции при изолированном стенозе легочной артерии могут быть выполнены всеми перечисленными методами, однако предпочтение следует отдать:
- А. умеренной гипотермии
  - Б. нормальной температуре (закрытая методика)
  - В. искусственному кровообращению
  - Г. гипербарической оксигенации
  - Д. баллонной дилатации при катетеризации сердца
  - Е. правильно В и Д
- 5.60. Аускультативная картина двойного отхождения аорты и легочной артерии характеризуется наличием:
- А. акцента второго тона на легочной артерии
  - Б. систолического шума в третьем – четвертом межреберье по левому краю грудины
  - В. мезодиастолического шума на верхушке сердца
  - Г. третьего тона
  - Д. всего перечисленного
- 5.61. Уменьшение путей притока в желудочки (преимущественно правый) при неизменных размерах выводных отделов встречается при:
- А. дефекте межпредсердной перегородки
  - Б. открытом атриовентрикулярном канале
  - В. дефекте межжелудочковой перегородки
  - Г. атрезии трехстворчатого клапана
  - Д. гипоплазии правого желудочка
  - Д. правильно Г и Д
- 5.62. Показанием к хирургической коррекции дефекта межжелудочковой перегородки в возрасте до одного года является все, ниже перечисленного, кроме:
- А. большого артериовенозного сброса крови
  - Б. нарастающей легочной гипертензии
  - В. недостаточности кровообращения

- Г. частых респираторных заболеваний
  - Д. цианоза
- 5.63. Для полной формы общего атриовентрикулярного канала присущи все перечисленные признаки, кроме:
- А. сообщения на уровне предсердий
  - Б. сообщения на уровне желудочков
  - В. фиброзные кольца атриовентрикулярных отверстий сформированы правильно
  - Г. расщепления створки митрального и трикуспидального клапанов формируют вентральную и дорзальную створки
- 5.64. При изолированном стенозе легочной артерии имеется:
- А. диастолическая перегрузка правого желудочка
  - Б. диастолическая перегрузка левого желудочка
  - В. систолическая перегрузка правого желудочка
  - Г. диастолическая перегрузка обоих желудочков
- 5.65. Аускультативная картина стеноза легочной артерии характеризуется всеми перечисленными признаками, за исключением:
- А. грубого систолического шума
  - Б. усиления первого тона
  - В. усиления второго тона на основании сердца
  - Г. ослабления и отсутствие второго тона во втором межреберье слева от грудины
  - Д. систолического тона изгнания
- 5.66. Ангиокардиографически при изолированном клапанном стенозе легочной артерии выявляются все следующие признаки, за исключением:
- А. постстенотического расширения ствола легочной артерии
  - Б. сужения выводящего отдела правого желудочка в систолу
  - В. расширения выводящего отдела в диастолу
  - Г. регургитации контрастного вещества в правое предсердие
  - Д. сужение восходящей аорты
- 5.67. При надклапанном стенозе легочной артерии второй тон во втором межреберье слева от грудины:
- А. не изменен
  - Б. ослаблен
  - В. усилен
  - Г. отсутствует
  - Д. возможно все перечисленное
- 5.68. При комбинированном стенозе устья легочной артерии используется любой из перечисленных оперативных доступов, кроме:
- А. ствола легочной артерии
  - Б. выводящего отдела правого желудочка
  - В. трансанулярного, через правый желудочек и легочную артерию
  - Г. правого предсердия
- 5.69. Двойное отхождение аорты и легочной артерии от правого желудочка характеризуется:
- А. наличием обоих сосудов, отходящих от правого желудочка
  - Б. наличием дефекта межжелудочковой перегородки
  - В. отсутствием митрального полулунного контакта
  - Г. наличием высокой легочной гипертензии или стеноза легочной артерии
  - Д. всего перечисленного
- 5.70. Электрокардиографически двойное отхождение аорты и легочной артерии характеризуется:
- А. правограммой
  - Б. перегрузкой правого желудочка
  - В. блокадой правой ножки пучка Гиса
  - Г. перегрузкой левого желудочка
  - Д. всем перечисленным
- 5.71. Топическая диагностика двойного отхождения аорты и легочной артерии от правого желудочка при ангиокардиографии выявляется введением контрастного вещества в:
- А. правое предсердие

- Б. правый желудочек
- В. легочную артерию
- Г. левый желудочек
- Д. аорту

5.72. Хирургическое лечение двойного отхождения аорты и легочной артерии от правого желудочка включает все перечисленное, кроме:

- А. закрытия дефекта межжелудочковой перегородки
- Б. перемещения аорты в левый желудочек
- В. устранения стеноза легочной артерии (при его наличии)
- Г. создания сообщения между аортой и левым желудочком через дефект межжелудочковой перегородки
- Д. расширения дефекта межжелудочковой перегородки при рестриктивных дефектах

5.73. При изолированном стенозе легочной артерии имеется:

- А. систолическая перегрузка правого желудочка
- Б. диастолическая перегрузка левого желудочка
- В. диастолическая перегрузка правого желудочка
- Г. комбинированная перегрузка обоих желудочков

5.74. Радикальная коррекция при двойном отхождении аорты и легочной артерии от правого желудочка со стенозом легочной артерии включает:

- А. закрытие дефекта межжелудочковой перегородки
- Б. перемещение аорты в левый желудочек
- В. устранение стеноза устья легочной артерии
- Г. создание внутри правого желудочка тоннеля между дефектом межжелудочковой перегородки и устьем аорты
- Д. правильно В и Г

5.75. При эхокардиографии у больных с двойным отхождением от правого желудочка выявляется:

- А. наличие дефекта межжелудочковой перегородки
- Б. отсутствие митрального полулунного контакта
- В. не визуализируются сосуды, отходящие от левого желудочка
- Г. оба магистральных сосуда располагаются спереди от межжелудочковой перегородки
- Д. все перечисленное

5.76. При единственном желудочке с усиленным легочным кровотоком наиболее часто имеется грубый систолический шум во втором межреберье слева, который обусловлен:

- А. стенозом легочной артерии
- Б. стенозом устья аорты
- В. митральной недостаточностью
- Г. трикуспидальной недостаточностью
- Д. прохождением крови через бульбовентрикулярное отверстие (выпускник)

5.77. Наиболее частым вариантом единственного желудочка является:

- А. тип А (левый желудочек)
- Б. тип В (правый желудочек)
- В. тип С (отсутствие межжелудочковой перегородки)
- Г. тип D (представлен инфундибулярным отделом)
- Д. все типы встречаются приблизительно в равной частоте

5.78. Наиболее частой аномалией сердца, сочетающейся с болезнью Дауна, является:

- А. стеноз легочной артерии
- Б. коарктация аорты
- В. дефект межжелудочковой перегородки
- Г. дефект эндокардиальных подушечек (атриовентрикулярная коммуникация)
- Д. атрезия легочной артерии

5.79. Клиническая картина легочного стеноза включает все перечисленное, кроме:

- А. дети обычно хорошо развиты
- Б. у 1/3 обнаруживается явный цианоз
- В. дрожание в области ягулярной ямки

- Г. сердечный толчок мощный и разлитой  
Д. в 3/4 случаев обнаруживается выбухание грудной клетки слева
- 5.80. Дифференциальная диагностика легочного стеноза с интактной межжелудочковой перегородкой обычно связана со следующими пороками:
- А. коарктацией аорты
  - Б. тетрадой Фалло
  - В. дефектом межжелудочковой перегородки
  - Г. дефектом эндокардиальной подушки
  - Д. митральным стенозом
- 5.81. Наиболее частым врожденным пороком сердца с цианозом у детей, переживших младенческий возраст, является:
- А. стеноз легочной артерии
  - Б. тетрада Фалло
  - В. коарктация аорты
  - Г. незарощенный боталлов проток
  - Д. первичная легочная гипертензия
- 5.82. Для клинической картины тетрады Фалло у детей не является характерным:
- А. симптомы у большинства больных отсутствуют
  - Б. вынужденное положение
  - В. одышка при напряжении
  - Г. приступы тяжелого цианоза
  - Д. «барабанные палочки»
- 5.83. Катетеризация сердца у детей при тетраде Фалло обычно выявляет все перечисленное, за исключением:
- А. нормального давления в правом предсердии
  - Б. высокой резистентности легочного клапана
  - В. нормального показателя системного кровотока
  - Г. снижения насыщения кислородом системного артериального кровотока
  - Д. как правило сброс справа налево
- 5.84. Атрезию трехстворчатого клапана труднее всего спутать:
- А. общим артериальным стволом
  - Б. легочной атрезией с интактной межжелудочковой перегородкой
  - В. дефектом межжелудочковой перегородки
  - Г. атриовентрикулярной коммуникацией
  - Д. всеми перечисленными пороками
- 5.85. «Идеальный» больной с единственным желудочком сердца, подлежащий гемодинамической коррекции типа Фонтена, должен быть:
- А. старше 4 лет
  - Б. с синусовым ритмом по ЭКГ
  - В. с общелегочным сопротивлением менее 4 ЕД/кв.м
  - Г. диаметр легочной артерии более 0,75 от диаметра аорты
  - Д. все перечисленное
- 5.86. Оптимальным для имплантации перегородки при единственном желудочке сердца является возраст:
- А. до 1 года
  - Б. от 2 до 3 лет
  - В. от 3 до 5 лет
  - Г. от 5 до 10 лет
  - Д. от 10 до 13 лет
- 5.87. Радикальная коррекция при единственном желудочке сердца выполняется, как правило, при следующем его типе:
- А. единый желудочек образован инфундибулярным отделом правого желудочка
  - Б. сердце Лямбера
  - В. при едином левом желудочке с синистропозицией аорты
  - Г. неразделенном желудочке с нормальным положением сосудов
  - Д. правильно В и Г

- 5.88. Для тетрады Фалло характерно все перечисленное, за исключением:
- А. смещения конусовой перегородки вперед и влево
  - Б. нарушения развития структур правого желудочка
  - В. сужения выходного отдела правого желудочка
  - Г. рестриктивного дефекта межжелудочковой перегородки
  - Д. декстропозиции аорты
- 5.89. Сужение выводного тракта правого желудочка при тетраде Фалло происходит за счет всех следующих нарушений, за исключением:
- А. удлинения конусовой перегородки
  - Б. высокого отхождения «модераторного тяжа»
  - В. гипертрофии переднекраевой трабекулы
  - Г. декстропозиции аорты
  - Д. низкого внедрения конусовой перегородки
- 5.90. При тетраде Фалло тяжесть гемодинамических нарушений, преимущественно, обусловлена наличием:
- А. декстропозиции аорты
  - Б. дефекта межжелудочковой перегородки
  - В. сужения устья легочной артерии
  - Г. гипертрофии правого желудочка
  - Д. гипоплазии левого желудочка
- 5.91. Тетрада Фалло характеризуется следующим положением дефекта межжелудочковой перегородки:
- А. межтрабекулярным в мышечной части перегородки
  - Б. субтрикуспидальным
  - В. подлегочным
  - Г. субаортальным
  - Д. ни одним из перечисленных
- 5.92. Предсердно-желудочковый пучок Гиса при тетраде Фалло располагается, по отношению к краю дефекта (если представить циферблат часов), на:
- А. 3 – 6 часах
  - Б. 6 – 9 часах
  - В. 9 – 12 часах
  - Г. не принадлежит к дефекту
- 5.93. Гемодинамика малого круга кровообращения при тетраде Фалло характеризуется:
- А. нормальным легочным кровотоком
  - Б. усиленным легочным кровотоком
  - В. гипертензионным легочным кровотоком
  - Г. обедненным легочным кровотоком
  - Д. коллатеральным легочным кровотоком
- 5.94. Катетеризация сердца при тетраде Фалло выявляет все перечисленное, за исключением:
- А. проведения катетера из правого желудочка в аорту
  - Б. трудного проведения катетера в легочную артерию
  - В. снижения систолического давления в легочной артерии
  - Г. систолического давления в правом желудочке значительно выше левого
  - Д. наличия систолического градиента между правым желудочком и легочной артерией
- 5.95. В дифференциальной диагностике изолированного стеноза легочной артерии с тетрадой Фалло следует обратить внимание при катетеризации сердца на:
- А. повышенное систолическое давление в правом желудочке
  - Б. снижение давления в легочной артерии
  - В. повышение давления в правом предсердии
  - Г. разное давление в правом и левом желудочках или периферической артерии
  - Д. систолический градиент между правым желудочком и стволом легочной артерии
- 5.96. При рентгенологическом исследовании больного с тетрадой Фалло во фронтальной проекции сосудистой пучок расширен за счет всего перечисленного, исключая:
- А. ствол легочной артерии
  - Б. восходящую аорту
  - В. верхнюю полую вену

- Г. добавочную верхнюю полую вену
- 5.97. Эхокардиографическое исследование при тетраде Фалло выявляет все перечисленное, за исключением:
- расширения выходящей аорты
  - смещения аорты вправо, располагающейся над межжелудочковой перегородкой
  - отсутствия митрального полулунного фиброзного продолжения
  - сужения артериального конуса правого желудочка
  - большого дефекта межжелудочковой перегородки
- 5.98. Аускультативно тетрада Фалло характеризуется всем перечисленным, за исключением:
- ослабленного второго тона на легочной артерии
  - усиленного второго тона на аорте
  - систолического шума, обусловленного стенозом устья легочной артерии
  - систолического шума вследствие сброса крови через дефект
  - усиления первого тона на верхушке
- 5.99. Электрокардиографически при тетраде Фалло выявляются все следующие изменения, кроме:
- отклонения электрической оси сердца вправо
  - в отведении V1 соотношение зубцов R/S более 1,0
    - в отведении V2 соотношение зубцов R/S равно или менее 1,0, симптом Кац – Вахтеля
  - в отведении V5 зубцы R больше зубцов S
  - в отведении V6 соотношение зубцов R/S менее 1,0
- 5.100. Аномалия Эбштейна характеризуется всеми следующими анатомическими изменениями, за исключением:
- смещения створок трикуспидального клапана в правый желудочек сердца
  - укорочение хорд и гипоплазии папиллярных мышц трехстворчатого клапана
  - вторичного дефекта межпредсердной перегородки или открытого овального окна
  - увеличения правых отделов сердца
  - аномалии впадения легочных вен
- 5.101. Гемодинамика при аномалии Эбштейна характеризуется всеми следующими изменениями, за исключением:
- регургитации на трикуспидальном клапане
  - веноартериального сброса на уровне предсердий
  - умеренной или выраженной гипоксемии
  - недостаточности митрального клапана
  - умеренной гиповолемии по малому кругу
- 5.102. Коарктация аорты – это сегментарное сужение аорты в:
- типичном месте (область перешейка на аорте)
  - любом месте восходящей и нисходящей аорты
  - сужение дистальнее левой подключичной артерии выше, ниже или напротив артериальной связки
  - правильно А и В
  - правильно все
- 5.103. Коарктация располагается дистальнее отхождения левой подключичной артерии:
- преддуктальная, ОАП ниже сужения (детский тип)
  - постдуктальная, ОАП выше сужения (взрослый тип)
  - юкстадуктальная, напротив ОАП
  - правильно все

### Правильные ответы

5.1. Б	5.27. Б	5.53. Г	5.79. Б
5.2. Г	5.28. Б	5.54. Г	5.80. Б
5.3. Б	5.29. Д	5.55. В	5.81. Б
5.4. Д	5.30. Г	5.56. Д	5.82. А
5.5. Е	5.31. Г	5.57. В	5.83. А
5.6. Д	5.32. Г	5.58. Е	5.84. Д

5.7. Б	5.33. Б	5.59. Е	5.85. Д
5.8. Г	5.34. Г	5.60. Д	5.86. Г
5.9. А	5.35. В	5.61. Е	5.87. Д
5.10. А	5.36. Б	5.62. Д	5.88. Г
5.11. Б	5.37. В	5.63. В	5.89. Г
5.12. Г	5.38. Д	5.64. Г	5.90. В
5.13. Б	5.39. Б	5.65. В	5.91. Г
5.14. Б	5.40. Е	5.66. Д	5.92. Б
5.15. Д	5.41. Б	5.67. В	5.93. Г
5.16. Б	5.42. В	5.68. Г	5.94. Г
5.17. Б	5.43. В	5.69. Д	5.95. Г
5.18. Г	5.44. В	5.70. Д	5.96. А
5.19. Б	5.45. Г	5.71. Г	5.97. В
5.20. Д	5.46. Г	5.72. А	5.98. Г
5.21. Д	5.47. А	5.73. А	5.99. Д
5.22. В	5.48. Д	5.74. Г	5.100.Д
5.23. В	5.49. В	5.75. Д	5.101.Г
5.24. Г	5.50. В	5.76. Д	5.102.Г
5.25. В	5.51. Б	5.77. А	5.103.Г
5.26. В	5.52. Е	5.78. Г	

**Тема: «Приобретенные пороки сердца»**

*Примечание: (на каждое задание, выбирается один правильный или наиболее полный ответ из числа предложенных ниже (А, Б, В, Г или Д):*

1. Митральный стеноз, чаще всего, формируется вследствие:

- А. миокардита
- Б. ревматизма
- В. инфекционного эндокардита
- Г. всего перечисленного

2. Симптомы нарушения кровообращения при митральном стенозе появляются при уменьшении площади митрального отверстия:

- А. до 3 – 3,5 кв.см.
- Б. до 2 – 2,5 кв.см.
- В. до 1 кв.см.
- Г. менее 1 кв.см.

3. Гемодинамика малого круга кровообращения при митральном стенозе характеризуется:

- А. повышением легочно-капиллярного давления
- Б. гиперволемией
- В. гиповолемией
- Г. правильно А и Б
- Д. правильно А и В

4. Легочная гипертония наблюдается при всех перечисленных пороках, за исключением:

- А. порока митрального клапана
- Б. наличия сброса крови слева направо
- В. стеноза легочной артерии
- Г. эмболии легочной артерии

5. Критерием митрального стеноза при аускультации являются все перечисленные признаки, кроме:

- А. хлопающего первого тона
- Б. раздвоенного первого тона и акцента второго тона

- В. диастолического шума с пресистолическим усилением  
Г. систолического шума
6. Сформированный митральный стеноз характеризуется всеми перечисленными аускультативными феноменами, кроме:  
А. протодиастолического шума  
Б. раннего мезодиастолического и пресистолического шума  
В. раннего мезодиастолического шума  
Г. систолического шума, связанного с третьим тоном
7. Из перечисленных аритмий наиболее часто у больных с митральным стенозом встречаются:  
А. пароксизмальная предсердная тахикардия  
Б. трепетание предсердий  
В. синусовая брадикардия  
Г. левопредсердный ритм  
Д. мерцательная аритмия
8. Наиболее ранним симптомом митрального стеноза являются:  
А. периферические отеки  
Б. боли в брюшной полости вслед за увеличением печени  
В. сердцебиение вследствие предсердной аритмии  
Г. одышка  
Д. ортопноэ
9. Закрытая митральная комиссуротомия может быть выполнена при следующих морфологических вариантах митрального стеноза:  
А. фиброз и деформация створок  
Б. незначительное утолщение створок с укорочением подклапанных структур  
В. кальциноз клапана II степени  
Г. кальциноз клапана I степени  
Д. подклапанные структуры не изменены
10. Беременность у женщин, страдающих митральным стенозом, допустима при:  
А. пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности: наличие признаков активности ревматизма (I степени по Нестерову)  
Б. пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса  
В. декомпенсированном пороке сердца с признаками правожелудочковой недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (A-I степени), свежев возникшая мерцательная аритмия, легочная гипертензия (II стадия)  
Г. декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной недостаточности: наличие активной фазы ревматизма (A-II степени), атрио- или кардиомегалия, длительно существующая мерцательная аритмия с тромбоэмболическими проявлениями и легочной гипертензией (III стадия)  
Д. правильно А и Б
11. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются:  
А. застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока  
Б. мерцательная аритмия  
В. частота обострений ревматического процесса  
Г. длительность порока  
Д. правильно А и Б
12. Диастолический градиент давления между левым предсердием и левым желудочком возникает при:  
А. митральном стенозе  
Б. митральной недостаточности  
В. изолированном аортальном стенозе  
Г. изолированной аортальной недостаточности
13. Наиболее частой причиной формирования приобретенной митральной недостаточности является:  
А. инфекционный эндокардит  
Б. ревматизм  
В. инфаркт миокарда  
Г. травма

14. Наиболее типичными клиническими проявлениями митральной недостаточности являются:
- А. одышка
  - Б. тахикардия
  - В. боли в области сердца
  - Г. отек легких, кровохарканье
  - Д. правильно А и Б
15. Интенсивность систолического шума митральной недостаточности усиливается при:
- А. глубоком вдохе
  - Б. пробе Вальсальвы
  - В. задержке дыхания
  - Г. не увеличивается
  - Д. не зависит от дыхания
16. Пластическая операция при митральной недостаточности может быть выполнена при всех перечисленных состояниях клапана, за исключением:
- А. дилатации фиброзного кольца
  - Б. отрыва более 2/3 передней створки
  - В. удлинненных хордальных нитей
  - Г. отрыва одной хорды от передней створки
17. К осложнениям, специфичным для больных с протезами клапанов, относятся:
- А. тромбоз и системные эмболии
  - Б. парапротезные фистулы и нарушения функции протеза
  - В. инфекционный эндокардит
  - Г. геморрагические осложнения
  - Д. все перечисленное
18. Наиболее частой локализацией миксомы является:
- А. левый желудочек
  - Б. левое предсердие
  - В. правое предсердие
  - Г. правый желудочек
  - Д. левое и правое предсердия
19. При миксомах левого предсердия чаще всего наблюдается:
- А. стенозирование митрального отверстия
  - Б. недостаточность митрального клапана
  - В. стеноз и недостаточность левого атриовентрикулярного отверстия
20. Удаление миксомы следует производить вместе с:
- А. отсечением ножки с площадкой эндокарда (при прикреплении к стенке ЛП)
  - Б. иссечением части межпредсердной перегородки у основания ножки миксомы
  - В. правильно Б и В
21. Показанием к операции при митральной недостаточности является:
- А. изолированный систолический шум
  - Б. возникновение одышки при значительной физической нагрузке
  - В. одышка при незначительной физической нагрузке в сочетании с шумом на верхушке
22. Послеоперационное лечение после открытой коррекции митрального порока направлено на:
- А. лечение печеночно-почечной недостаточности
  - Б. профилактику инфекционных осложнений
  - В. профилактику геморрагических осложнений
  - Г. профилактику сердечной недостаточности
  - Д. правильно Б, В, Г
23. Наиболее частой причиной возникновения аортального стеноза является все перечисленное, кроме:
- А. ревматизма
  - Б. сифилиса
  - В. атеросклероза
  - Г. красной волчанки

- Д. инфекционного эндокардита
24. Аортальная недостаточность возникает вследствие:
- А. дилатации фиброзного кольца
  - Б. сращения створок по комиссурам
  - В. утолщение створок
  - Г. укорочение створок
  - Д. правильно А и Г
25. Расширение восходящего отдела аорты характерно для:
- А. митрального стеноза
  - Б. аортальной недостаточности
  - В. аортального стеноза
  - Г. митральной недостаточности
  - Д. митрально-аортального стеноза
26. Наиболее частой причиной смерти при аортальном стенозе являются:
- А. сердечная недостаточность
  - Б. нарушения внутрисердечной гемодинамики
  - В. нарушения ритма
  - Г. коронарная недостаточность
  - Д. отек легких
27. Высокое систолическое давление в левом желудочке характерно для:
- А. митральной недостаточности
  - Б. аортального стеноза
  - В. митрального стеноза
  - Г. аортальной недостаточности
28. Признаки застоя в малом круге кровообращения при аортальном стенозе появляются при:
- А. нарушениях ритма
  - Б. артериальной гипертензии
  - В. высоком левожелудочковом систолическом давлении
  - Г. гипертрофии левого желудочка
  - Д. повышении конечно-диастолического давления в левом желудочке выше 10 мм.рт.ст.
29. Стенокардия при отсутствии поражения коронарных артерий, чаще всего встречается при:
- А. митральном стенозе
  - Б. митральной недостаточности
  - В. стенозе легочной артерии
  - Г. стенозе устья аорты
  - Д. аортальной недостаточности
30. Второй тон слышится над легочной артерией громче, чем над аортой:
- А. в норме у молодых людей
  - Б. при легочной гипертензии
  - В. при митральном стенозе
  - Г. при множественных эмболиях ветвей легочной артерии
  - Д. при всех перечисленных случаях
31. Грубый систолический шум, хорошо выслушиваемый во втором, третьем межреберьях слева, связан с:
- А. легочной гипертензией
  - Б. стенозом легочной артерии
  - В. регургитацией крови на легочной артерии
  - Г. стенозом устья аорты
  - Д. недостаточностью клапанов аорты
32. Полную поперечную блокаду может вызвать все перечисленное ниже, кроме:
- А. приема дигоксина
  - Б. острого ревматизма
  - В. ишемической болезни сердца
  - Г. приема хинидина
  - Д. приема эфедрина

33. Артериальное давление при недостаточности аортального клапана:  
А. нормальное  
Б. низкое систолическое и повышенное диастолическое  
В. нормальное или повышенное систолическое и низкое диастолическое  
Г. высокое на руках и низкое на ногах
34. Раннее появление признаков правожелудочковой недостаточности характерно для:  
А. изолированного митрального стеноза  
Б. митральной недостаточности  
В. аортального порока  
Г. митрально-аортального порока  
Д. митрально-трикуспидального стеноза
35. Разлитой верхушечный толчок характерен для:  
А. митрального стеноза  
Б. аортальной недостаточности  
В. митральной недостаточности  
Г. аортального стеноза  
Д. правильно Б и В
36. При инфекционном эндокардите чаще всего поражается:  
А. митральный клапан  
Б. трикуспидальный клапан  
В. аортальный клапан  
Г. клапан легочной артерии
37. Аортальная недостаточность может быть следствием:  
А. расслаивающей аневризмы аорты  
Б. острого ревматизма  
В. бактериального эндокардита  
Г. злокачественной гипертензии  
Д. всех перечисленных причин
38. Для левожелудочковой острой сердечной недостаточности характерно:  
А. увеличение печени  
Б. периферические отеки  
В. отек легкого  
Г. асцит  
Д. олигурия
39. Первичными хроническими очагами при инфекционном эндокардите являются:  
А. хронические тонзиллиты, отиты, синуситы  
Б. зубные гранулемы  
В. альвеолярная пиорея  
Г. пиорея в желчных путях, мочевом пузыре, кишечнике, гениталиях, остеомиелиты  
Д. все перечисленное
40. Характерными изменениями в периферической крови при инфекционном эндокардите являются все перечисленные, кроме:  
А. анемии  
Б. лейкоцитоза  
В. лейкопении  
Г. увеличенной СОЭ  
Д. тромбоцитопении
41. Характерными клиническими симптомами инфекционного эндокардита являются все перечисленные, за исключением:  
А. лихорадки, ознобов, усиленного потоотделения, увеличения лимфоузлов, селезенки  
Б. увеличение печени  
В. образования порока сердца (чаще недостаточности аортального клапана)  
Г. петехий, кровоизлияний на слизистой нижних век  
Д. симптома Лукина – Либмана

42. Клиническими признаками у больных с инфекционным эндокардитом, требующих срочной госпитализации, являются:
- А. отсутствие эффекта от амбулаторного лечения
  - Б. наличие признаков активного процесса
  - В. тромбоэмболические осложнения
  - Г. появление шума при аускультации
  - Д. все перечисленное
43. Различают следующие клинические варианты клапанного инфекционного эндокардита, кроме:
- А. острого
  - Б. подострого
  - В. первичного хронического
  - Г. неактивной фазы
  - Д. ремиссии или обострения
44. При первичном эндокардите митрального клапана наиболее часто встречаются все перечисленные морфологические изменения клапана, за исключением:
- А. вегетаций
  - Б. отрыва хорд
  - В. перфорации
  - Г. разрыва створок
  - Д. стенозирования
45. Для диагностики инфекционного эндокардита в активной фазе наиболее достоверным является:
- А. гепатомегалия
  - Б. спленомегалия
  - В. ночные поты и ознобы
  - Г. судороги
  - Д. верно Б и В
46. Показаниями к операции при клапанном инфекционном эндокардите в активной фазе являются:
- А. некупируемая инфекция, бактериемия
  - Б. прогрессирующая сердечная недостаточность
  - В. эмболизация
  - Г. деструкция клапанов
  - Д. все перечисленное
47. При клапанном инфекционном эндокардите операцией выбора является:
- А. пластическая операция
  - Б. замещение клапана механическим протезом
  - В. замещение клапана биопротезом
  - Г. правильно Б и В
48. Наиболее достоверными признаками протезного эндокардита являются:
- А. лихорадка, лейкоцитоз
  - Б. признаки сердечной недостаточности, артериальные эмболии
  - В. положительные результаты посева крови
  - Г. спленомегалия, патологические шумы
  - Д. правильно все перечисленное
49. Наибольшую частоту тромбоэмболических осложнений вызывают следующие виды протезов клапанов сердца:
- А. биопротезы
  - Б. дисковые механические протезы
  - В. шаровые протезы без тканевого покрытия
  - Г. шаровые протезы с тканевым покрытием
  - Д. аллографты
50. Риск тромбоэмболических осложнений при протезировании клапанов сердца:
- А. зависит от мерцательной аритмии
  - Б. уменьшается при протромбиновом времени в терапевтическом диапазоне
  - В. не зависит от аортальной или митральной позиций
  - Г. снижается, если используется биологический протез, а также по мере удлинения сроков наблюдения
  - Д. все перечисленное

51. Отек легких при левожелудочковой недостаточности проявляется всем перечисленным, кроме:  
А. редкого пульса малого направления  
Б. глухих тонов сердца  
В. kloкочущего дыхания, пенистой мокроты розового цвета  
Г. обильных влажных хрипов на всем протяжении легких
52. Для клинической картины правожелудочковой недостаточности не характерно:  
А. набухание шейных вен  
Б. увеличение печени  
В. боль в области правого подреберья  
Г. тошнота, рвота, метеоризм  
Д. высокие цифры артериального давления
53. Острая тотальная сердечная недостаточность клинически проявляется всем перечисленным, кроме:  
А. внезапно и быстро развивающейся сердечной слабости  
Б. адинамии  
В. падения аортального и венозного давления  
Г. малого редкого пульса  
Д. высокого артериального давления
54. Показаниями к коронарографии у больных с клапанными пороками являются все перечисленные, кроме:  
А. типичных стенокардических болей  
Б. атипичного болевого синдрома или отсутствия болей в сердце  
В. рубцовых изменений в миокарде на ЭКГ  
Г. возраста больного старше 40 лет
55. Наиболее частой причиной развития аневризм восходящего отдела аорты являются:  
А. атеросклероз  
Б. гипертония  
В. сифилис  
Г. медианекроз  
Д. правильно А и Г
56. Изолированное расследование восходящего отдела аорты относится к  
А. I типу по Де Бейки  
Б. II типу по Де Бейку  
В. III типу по Де Бейки
57. Наиболее исчерпывающие данные о распространенности расслоения аорты могут быть получены при:  
А. обычном рентгенологическом исследовании  
Б. эхографии  
В. компьютерной томографии  
Г. ЯМР-томографии  
Д. аортографии
58. Показаниями к операции при аневризме восходящего отдела аорты служат:  
А. расширение аорты более 5 – 6 см в диаметре  
Б. аортальная недостаточность  
В. расслоение аорты  
Г. все перечисленное
59. Какой индекс протромбина необходимо поддерживать у больных с механическими протезами клапанов сердца:  
А. 40 – 50%  
Б. 30 – 40%  
В. выше 50%
60. Больные с механическими протезами клапанов сердца должны принимать антикоагулянты:  
А. периодически  
Б. пожизненно  
В. в течение 3 месяцев после операции

## Правильные ответы

- |           |       |
|-----------|-------|
| 1. Б      | 31. Б |
| 2. Б      | 32. Д |
| 3. Г      | 33. В |
| 4. В      | 34. Д |
| 5. Г      | 35. Б |
| 6. Г      | 36. В |
| 7. Б      | 37. Д |
| 8. Г      | 38. В |
| 9. Г      | 39. Д |
| 10. Б     | 40. Б |
| 11. Д     | 41. Б |
| 12. А     | 42. Д |
| 13. Б     | 43. В |
| 14. Д     | 44. Д |
| 15. Д     | 45. Д |
| 16. Б     | 46. Д |
| 17. Д     | 47. Б |
| 18. Б     | 48. Д |
| 19. А     | 49. В |
| 20. В     | 50. Д |
| 21. В     | 51. А |
| 22. Д     | 52. Г |
| 23. Б и Д | 53. Д |
| 24. Д     | 54. Б |
| 25. В     | 55. Д |
| 26. Г     | 56. Б |
| 27. Б     | 57. Д |
| 28. Д     | 58. Г |
| 29. Г     | 59. Б |
| 30. Д     | 60. Б |

### **Тема: «Ишемическая болезнь сердца. (диагностика)»**

*Примечание: (на каждое задание, выбирается один правильный или наиболее полный ответ из числа предложенных ниже (А, Б, В, Г или Д):*

1. Продолжительность зубца Р в норме составляет:
  - А. 0,02 с
  - Б. до 0,10 с
  - В. до 0,12 с
  - Г. до 0,13 с
2. Зубец Р в норме всегда отрицательный в отведении:
  - А. AVF
  - Б. AVL
  - В. AVR
  - Г. во всех перечисленных
3. Интервал PQ включает время проведения импульсов по:
  - А. правому предсердию
  - Б. атриовентрикулярному узлу
  - В. ножками пучка Гиса
  - Г. волокнами Пуркинье
  - Д. все ответы правильны
4. В норме интервал PQ равен:
  - А. 0,08 – 0,12 с
  - Б. 0,12 – 0,20 с
  - В. 0,10 – 0,22 с
  - Г. 0,12 – 0,22 с
5. Ширина комплекса QRS в норме в V1 – V6 не должна превышать:
  - А. 0,08

Б. 0,10

В. 0,12

Г. 0,16

6. К центрам автоматизма первого порядка относятся:

А. синусовый узел

Б. предсердные (эктопические) автоматические клетки

В. автоматические клетки в атриовентрикулярном соединении

Г. автоматические клетки в пучке Гиса и его ветвях

Д. автоматические клетки в волокнах Пуркинье

7. Под термином «центр автоматизма второго порядка» понимаются:

А. автоматические клетки в предсердиях

Б. верхняя и средняя часть атриовентрикулярного узла

В. нижняя часть АВ-узла и пучок Гиса

Г. ветви пучка Гиса

Д. правильно А и Б

8. Центр автоматизма третьего порядка – это:

А. АВ-узел

Б. атриовентрикулярное соединение

В. ветви пучка Гиса

Г. волокна Пуркинье в желудочках

Д. правильно В и Г

9. Критериями синусового ритма являются:

А. наличие зубцов Р перед QRS

Б. равенство интервалов Р-Р и R-R

В. наличие положительных зубцов Р в отведениях I, II, AVF, V2-V6

Г. наличие отрицательного зубца Р в отведении AVR и двухфазного зубца Р в отведении V1

Д. все перечисленное

Е. все кроме Б

10. При нормальном положении электрической оси сердца угол  $\alpha$  равен:

А. от 0 до 29°

Б. от 30 до 69°

В. от -1 до -90°

Г. от 70 до 90°

Д. от 91 до -150°

11. При отклонении электрической оси сердца влево угол  $\alpha$  равен:

А. от 0 до 29°

Б. от 30 до 69°

В. от -1 до -90°

Г. от 70 до 90°

Д. от 91 до -150°

12. При отклонении электрической оси сердца вправо угол  $\alpha$  равен:

А. от 0 до 29°

Б. от 30 до 69°

В. от 70 до 90°

Г. более 90°

Д. от -1 до -90°

13. Признаками гипертрофии правого предсердия на ЭКГ являются:

А. ширина зубца Р в пределах до 0,10 с

Б. увеличение амплитуды зубца Р в отведениях II, III, AVF

В. заостренная форма зубцов Р в V1 – V3

Г. все перечисленное

Д. ничего из перечисленного

14. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ являются:

А. увеличение (-) фазы зубца Р в отведении VI

Б. двугорбость зубца Р в I, AVL, V5, V6

- В. уширение зубца Р более 0,11 с  
 Г. все перечисленное  
 Д. ничего из перечисленного
15. К признакам гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой относятся:  
 А. увеличение высоты зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6  
 Б. увеличение глубины зубцов S в отведениях V1, V2  
 В. дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т по отношению к главному зубцу комплекса QRS  
 Г. все перечисленное  
 Д. ничего из перечисленного
16. Признаками гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) являются:  
 А. увеличение амплитуды зубцов R в отведениях AVL, I, V5, V6  
 Б. увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5, V6  
 В. увеличение высоты зубцов T в отведении V5, V6  
 Г. все перечисленное  
 Д. ничего из перечисленного
17. К признакам гипертрофии правого желудочка относятся:  
 А. отклонение электрической оси сердца вправо  
 Б. в отведении VI зубец R > зубца S, может быть комплекс QR, RSR  
 В. в отведении V6 зубец S > зубца R  
 Г. все перечисленное  
 Д. ничего из перечисленного
18. Для больных с диастолической перегрузкой правого желудочка (перегрузкой объемом) характерно наличие признаков гипертрофии правого желудочка в виде:  
 А. R-типа  
 Б. RSR-типа  
 В. S-типа  
 Г. увеличение амплитуды комплексов QRS в переходных отведениях
19. 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
20. Синоаурикулярная блокада – это:  
 А. уменьшение силы импульса синусового узла ниже порогового  
 Б. нарушение проводимости импульса от синусового узла к предсердиям  
 В. уменьшение возбудимости миокарда предсердий  
 Г. нарушение проводимости импульса от предсердий к желудочкам  
 Д. нарушение проводимости импульса в системе Гиса – Пуркинье
21. Атриовентрикулярная блокада I степени характеризуется:  
 А. полным прекращением проведения импульсов от синусового узла к желудочкам  
 Б. замедлением времени атриовентрикулярного проведения (увеличением PQ на ЭКГ)  
 В. периодической блокадой одного из предсердных импульсов  
 Г. правильные ответы А и Б  
 Д. правильные ответы Б и В
22. Атриовентрикулярная блокада II степени характеризуется:  
 А. только увеличением PQ на ЭКГ  
 Б. периодическим выпадением комплексов QRS + PQ удлиненные  
 В. полным прекращением проведения от предсердий к желудочкам  
 Г. правильного ответа нет
23. Атриовентрикулярная блокада III степени характеризуется:  
 А. блокадой каждого второго предсердного импульса  
 Б. блокадой нескольких подряд предсердных импульсов

- В. полным прекращением проведения предсердных импульсов с полной диссоциацией предсердного и желудочкового ритмов
  - Г. увеличением времени атриовентрикулярного проведения
24. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ:
- А. инверсии зубцов Т
  - Б. подъема сегмента ST
  - В. сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и (-) зубца Т
  - Г. увеличение амплитуды зубца Т
25. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:
- А. нет изменений комплекса QRS
  - Б. может быть депрессия сегмента ST
  - В. может быть инверсия зубцов Т, сохраняющаяся более 2 недель
  - Г. может быть кратковременный подъем сегмента ST
  - Д. возможны все перечисленные варианты
26. К формам нестабильной стенокардии относятся:
- А. впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию
  - Б. прогрессирующая стенокардия напряжения
  - В. постинфарктная стенокардия
  - Г. все ответы правильные (А, Б, В)
  - Д. правильного ответа нет
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

## Правильные варианты ответов на вопросы

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Б  | 16. Г |
| 2. В  | 17. Г |
| 3. Д  | 18. Б |
| 4. Б  | 19. А |
| 5. Б  | 20. Б |
| 6. А  | 21. Б |
| 7. Д  | 22. Б |
| 8. Д  | 23. В |
| 9. Е  | 24. В |
| 10. Б | 25. Д |
| 11. В | 26. Г |
| 12. Г | 27. А |
| 13. Г | 28. А |
| 14. Г | 29. А |
| 15. Г | 30. А |

### **Тема: «Клиническая ангиология»**

*Примечание: (на каждое задание, выбирается один правильный или наиболее полный ответ из числа предложенных ниже (А, Б, В, Г или Д):*

- Предпосылками к развитию реконструктивной хирургии сосудов явились:
  - разработка техники сосудистого шва
  - создание синтетических протезов
  - синтез антикоагулянтов
  - все перечисленное
- Для операции эмболэктомии целесообразно использовать баллонный катетер:
  - Фогарти
  - «Дует»
  - катетер Рашкинда
  - любой баллонный катетер
- Условиями радикальной эмболэктомии являются:
  - восстановление хорошего центрального кровотока
  - восстановление хорошего ретроградного кровотока
  - полное удаление тромботических масс из дистального русла
  - все перечисленное
- Аутопластика артерий малого диаметра возможна за счет:
  - аутоартерии
  - аутоены
  - твердой мозговой оболочки
  - перикарда
  - правильно А и Б
- Наилучшим материалом для замещения артерий выше колена является:
  - аллотрансплантат
  - аутоотрансплантат
  - ксенотрансплантат
  - эксплантат
- Интраоперационная профилактика тромбоза после реконструкции достигается:
  - гепаринизацией
  - введением низкомолекулярных декстранов
  - адекватной реконструкцией и тщательным наложением сосудистых анастомозов

- Г. гемодилюцией
  - Д. все перечисленное
7. При сшивании эксплантата с артерией нужно использовать:
- А. шелковые швы
  - Б. лавсановые нити
  - В. крученые синтетические нити
  - Г. гладкие синтетические нити
  - Д. гладкие синтетические нити, где диаметр иглы равен диаметру нити
8. В сосудистой хирургии при наложении анастомоза для гемостаза используется:
- А. адаптация интимы к интимае
  - Б. гемостатическая губка
  - В. дополнительные швы
  - Г. обвивной шов
  - Д. все перечисленное
9. При сшивании эксплантата с артерией предпочтительнее:
- А. узловый шов
  - Б. непрерывный обвивной шов
  - В. матрацный шов
  - Г. П-образный шов
10. При выполнении эндартерэктомии основная проблема – это:
- А. сужение артерии
  - Б. гемостаз после эндартерэктомии
  - В. фиксация дистальной интимы
  - Г. расширение артерии
  - Д. все перечисленное
11. При эмболии бифуркации аорты целесообразнее использовать:
- А. лапаротомию
  - Б. левосторонний забрюшинный доступ
  - В. бедренный доступ со стороны наибольшей ишемии
  - Г. двухсторонний бедренный доступ
  - Д. двухсторонний забрюшинный доступ
12. При ранении артерии во время ее реконструкции адекватным гемостазом будет:
- А. перевязка артерии
  - Б. резекция артерии
  - В. наложение пристеночной лигатуры
  - Г. сосудистый шов
13. Неадекватно наложенный анастомоз может быть вызван:
- А. различными диаметрами сшиваемых сосудов
  - Б. неправильным сопоставлением стенок сосудов
  - В. неадекватным сосудистым швом:
  - Г. неадекватным шовным материалом
  - Д. всеми перечисленными причинами
14. К признакам неадекватного анастомоза после включения кровотока относятся:
- А. усиленная пульсация дистальнее анастомоза
  - Б. усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная – дистальнее
  - В. ишемия конечности или органа
15. Нерадикальная сосудистая реконструкция может быть связана:
- А. стенозами дистальнее реконструкции
  - Б. неадекватным центральным кровотоком
  - В. наличием второго «блока»
  - Г. неадекватными сосудистыми анастомозами
  - Д. всеми перечисленными причинами
16. Отслойка дистальной интимы, чаще всего, может произойти после:
- А. эндартерэктомии
  - Б. наложения неадекватного анастомоза

- В. эмболэктомии
  - Г. ангиографии
  - Д. все перечисленное
17. Регионарная ишемия органов может проявляться:
- А. изменением окраски
  - Б. отсутствием пульсации
  - В. изменением температуры
  - Г. изменением объема
  - Д. всем перечисленным
18. Интраоперационный тромбоз артерии проявляется:
- А. снижением пульсации дистальнее тромбоза
  - Б. артерия становится более плотной
  - В. усиленной пульсацией выше тромбоза
  - Г. прекращением кровотечения из артерии
  - Д. всеми перечисленными
19. Патологическая физиология при аневризмах грудной аорты связана с:
- А. аортальной недостаточностью
  - Б. нарушением пульсирующего кровотока по аорте
  - В. нарушением кровотока по коронарным артериям
  - Г. все перечисленное
20. В клинической картине аневризмы грудной аорты основной симптомокомплекс включает:
- А. боли в грудной клетке
  - Б. изменение формы грудной клетки
  - В. систолической шум над аортой
  - Г. все перечисленное
  - Д. ничего из перечисленного
21. Типичный синдром Морфана включает:
- А. высокий рост
  - Б. длинные конечности
  - В. подвывих хрусталика
  - Г. «паукообразные» пальцы
  - Д. все перечисленное
22. Рентгенологические признаки аневризмы грудной аорты включают:
- А. расширение тени сосудистого пучка вправо
  - Б. взбухание правой стенки восходящей аорты
  - В. кальциноз аорты
  - Г. смещение контрастированного пищевода
  - Д. все перечисленное
23. Эхокардиографическая диагностика аневризмы восходящей аорты включает:
- А. расширение аортального кольца
  - Б. оценку функции аортального клапана
  - В. оценку диаметра восходящей аорты
  - Г. все перечисленное
  - Д. только А и Б
24. Дифференциальный диагноз аневризм грудной аорты следует проводить с:
- А. опухолями и кистами средостения
  - Б. раком легкого
  - В. раком бронхов
  - Г. синдромом верхней полой вены
  - Д. всеми перечисленными заболеваниями
25. Противопоказаниями к хирургическому лечению больных с аневризмами грудной аорты являются:
- А. свежий инфаркт миокарда
  - Б. острые расстройства мозгового кровообращения
  - В. почечная недостаточность
  - Г. недостаточность кровообращения II Б-Ц ст.

- Д. все перечисленное
26. При аневризме восходящей аорты методом операции является:
- А. резекция аневризмы со швом аорты
  - Б. резекция аневризмы со швом аорты и протезированием аортального клапана
  - В. операция Каброля
  - Г. все перечисленное
27. Расслаивающая аневризма аорты на первом этапе имеет:
- А. острое течение
  - Б. подострое течение
  - В. хроническое течение
  - Г. возможны все варианты
28. По локализации аневризмы грудной аорты подразделяют на:
- А. аневризмы восходящей аорты
  - Б. аневризмы дуги аорты
  - В. аневризмы дуги и нисходящей аорты
  - Г. торакоабдоминальные аневризмы
  - Д. все перечисленные варианты
29. По виду аневризмы грудной аорты разделяют на:
- А. истинные
  - Б. ложные
  - В. расслаивающие
  - Г. все перечисленное
  - Д. только Б и В
30. По форме аневризмы грудной аорты могут быть:
- А. мешковидные
  - Б. диффузные
  - В. веретенообразные
  - Г. любые из перечисленных
  - Д. только Б и В
31. Ведущим в клинической картине расслаивающей аневризмы аорты являются:
- А. выраженные боли за грудиной
  - Б. повышение артериального давления
  - В. падение артериального давления
  - Г. аортальный стеноз
  - Д. аортальная недостаточность
32. В диагностике расслаивающих аневризм аорты ведущую роль играет:
- А. рентгенография грудной клетки
  - Б. ультразвуковое исследование
  - В. компьютерная томография
  - Г. эхокардиография
  - Д. аортография
  - Е. все перечисленное
33. В диагностике расслаивающих аневризм аорты наименее информативна:
- А. электрокардиограмма
  - Б. фонокардиография
  - В. эхокардиография
  - Г. радиоизотопная ангиография
  - Д. все перечисленное
34. Показанием к операции при расслаивающей аневризме аорты служит:
- А. выраженный болевой синдром
  - Б. гипотония
  - В. пожилой возраст
  - Г. 100%-ная летальность у больных с данной патологией
35. К интраоперационным осложнениям при расслаивающих аневризмах II типа относятся:
- А. кровотечение

- Б. гипотония
  - В. гипертензия при пережатии аорты
  - Г. все перечисленное
36. Осложнениями ближайшего послеоперационного периода при расщепляющей аневризме грудной аорты являются:
- А. эмболия в мозг
  - Б. спинальные нарушения
  - В. анурия
  - Г. эмболии в артерии нижних конечностей
  - Д. все перечисленное
37. Аневризма брюшной аорты – это расширение аорты:
- А. на 2 см
  - Б. в 2,5 раза
  - В. не менее, чем в 2 раза
  - Г. не менее, чем в 3 раза
38. Аневризма брюшной аорты размерами более 5 см является причиной гибели в срок до 5 лет в результате разрыва:
- А. 20% больных
  - Б. 50% больных
  - В. 70% больных
  - Г. 90% больных
39. В клинической картине аневризм брюшной аорты важную роль играют все перечисленные симптомы, за исключением:
- А. ноющих болей в животе
  - Б. чувства усиленной пульсации в животе
  - В. систолического шума над аневризмой
  - Г. снижение веса, запоров
  - Д. наличие опухолевидного образования в брюшной полости
40. Наиболее частой сопутствующей патологией при аневризмах брюшной аорты является:
- А. постинфарктный кардиосклероз
  - Б. ишемическая болезнь сердца
  - В. артериальная гипертензия
  - Г. атеросклероз артерий нижних конечностей
  - Д. все перечисленное
41. Рентгенологическое исследование при аневризме брюшной аорты включает:
- А. обзорную рентгенографию брюшной полости
  - Б. внутривенную пиелографию
  - В. рентгенографию грудной клетки
  - Г. все перечисленное
42. Патологическая физиология при коарктации аорты определяется:
- А. двумя режимами кровообращения
  - Б. ишемией нижней половины туловища и нижних конечностей
  - В. артериальной гипертензией
  - Г. всем перечисленным
43. При коарктации аорты пульсация на нижних конечностях:
- А. сохранена
  - Б. ослаблена
  - В. отсутствует
  - Г. ослаблена или отсутствует
44. При коарктации аорты пульсация межреберных артерий:
- А. усилена
  - Б. не определяется
  - В. ослаблена
45. Аускультативная картина при коарктации аорты включает:

- А. акцент второго тона над аортой
  - Б. систолический шум над областью сердца с распространением на межлопаточную область
  - В. шум по ходу внутренних грудных артерий
  - Г. все перечисленное
46. Показанием к оперативному лечению при коарктации аорты является:
- А. сам диагноз коарктации аорты
  - Б. коарктация аорты в раннем детском возрасте при наличии высокой гипертензии и частых приступов сердечной декомпенсации
  - В. диагноз коарктации аорты в третий период компенсации (6 – 7 лет)
  - Г. правильно Б и В
47. Операцией выбора при коарктации аорты является:
- А. резекция с анастомозом конец в конец
  - Б. резекция с протезированием эксплантатом
  - В. прямая истмопластика
  - Г. шунтирование эксплантатом
  - Д. зависит от возраста больного и вида КА
48. Показанием к использованию эксплантата при коарктации аорты является:
- А. длинный суженный сегмент аорты
  - Б. неадекватный диаметр верхнего сегмента аорты
  - В. аневризма грудной аорты
  - Г. технические осложнения
  - Д. все перечисленное
49. При врожденной извитости дуги аорты стенка аорты:
- А. имеет обычное строение
  - Б. имеет обычное строение, но истончена
  - В. мышечной слой замещен соединительной тканью, имеется кальциноз
  - Г. стенка аорты утолщена
50. В клинической картине врожденной извитости дуги аорты характерными жалобами являются:
- А. периодические сердцебиения
  - Б. головные боли
  - В. боли за грудиной и в левой половине грудной клетки
  - Г. затруднение проходимости пищи по пищеводу
  - Д. правильно А и В
51. По локализации среди окклюзий брюшной аорты следует различать:
- А. низкие
  - Б. средние
  - В. высокие
  - Г. все перечисленные
52. Критерием для определения показаний к оперативному лечению при окклюзии брюшной аорты является появление перемежающейся хромоты при ходьбе на расстояния:
- А. менее 1 км
  - Б. более 200 м
  - В. менее 200 м
  - Г. не более 25 м
53. Поражение висцеральных ветвей при атеросклерозе брюшной аорты лучше устанавливается при аортографии:
- А. в прямой проекции
  - Б. в боковой проекции
  - В. в косой проекции
  - Г. невозможно получить достоверное изображение
54. При рентгеноконтрастном исследовании аорты при синдроме Лериша достаточно получить информацию о:
- А. брюшной аорте до наружных подвздошных артерий
  - Б. брюшной аорте до бифуркации общих бедренных артерий

- В. брюшной аорте, включая почечные артерии, до подколенных артерий
  - Г. брюшной аорте, почечных артериях, ОБА, ГБА, подколенных артериях и артериях голени
55. Показанием к хирургическому лечению при поражении аорты и подвздошных артерий являются:
- А. жалобы на перемежающуюся хромоту
  - Б. угроза потери конечностей
  - В. отсутствие пульса на бедренных артериях
  - Г. перемежающаяся хромота менее 200 м при отсутствии противопоказаний со стороны жизненно важных органов
  - Д. перемежающаяся хромота менее 500 м
56. При тяжелой сопутствующей патологии у больных с поражением аорты, когда речь идет о спасении конечности, наиболее предпочтительным вариантом реконструкции является:
- А. аортобедренное шунтирование
  - Б. профундопластика
  - В. бедренно-подколенное шунтирование
  - Г. симпатэктомия
  - Д. экстраанатомическое шунтирование
  - Е. зависит от характера поражения
57. Наиболее частым вариантом реконструкции при поражении брюшной аорты является:
- А. аортобедренное шунтирование
  - Б. аортобедренное протезирование
  - В. экстраанатомическое шунтирование
  - Г. эндартерэктомия из аорты
  - Д. тромбозэктомия из аорты
58. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:
- А. резекция и протезирование
  - Б. шунтирование
  - В. эндарэктомия
  - Г. экстраанатомическое шунтирование
  - Д. тромбозэктомия
59. К осложнениям, собственно, оперативного периода при поражениях аорты не следует относить:
- А. кровотечение
  - Б. тромбоз протеза
  - В. перекручивание и перегибы протеза
  - Г. инфекцию
  - Д. ложную аневризму анастомоза
  - Е. лимфорею
60. В послеоперационном периоде после операций на брюшной аорте следует обращать внимание на:
- А. стабильное артериальное давление
  - Б. согревание больного
  - В. функцию протеза
  - Г. кислотно-щелочное состояние и уровень электролитов
  - Д. все перечисленное
61. К осложнениям послеоперационного периода при операциях на брюшной аорте относятся:
- А. тромбоз протеза
  - Б. кровотечение
  - В. эвентрация кишечника
  - Г. инфекция
  - Д. все перечисленное
  - Е. стойкий парез вследствие ишемии конечностей
62. Наиболее часто определяют поражение экстракраниальных артерий:
- А. атеросклероз
  - Б. неспецифический аортоартериит
  - В. экстравазальные компрессии
  - Г. сифилис
  - Д. все перечисленное

63. Атеросклеротическое поражение в бассейне сонной артерии чаще локализуется в:
- А. устье наружной сонной артерии
  - Б. интракраниальных отделах сонной артерии
  - В. проксимальном участке сонной артерии
  - Г. в области бифуркации общей сонной артерии
  - Д. правильно В и Г
64. Экстравазальная компрессия экстракраниальных артерий может происходить за счет: А. лестничных мышц
- Б. первого ребра
  - В. остеофитов при шейном остеохондрозе
  - Г. хемодектомы
  - Д. всех перечисленных факторов
65. В образовании внечерепного уровня коллатерального кровообращения головного мозга участвуют:
- А. общая сонная артерия
  - Б. наружная сонная артерия
  - В. подключичная артерия
  - Г. межреберные артерии
  - Д. правильно В и Б
66. Синдром подключичного обкрадывания связан с окклюзией:
- А. проксимального сегмента общей сонной артерии
  - Б. бифуркации сонной артерии
  - В. брахиоцефального ствола
  - Г. проксимального сегмента подключичной артерии
  - Д. всех перечисленных сосудов
67. При синдроме подключичного обкрадывания кровотоков направлен из бассейна:
- А. подключичной артерии в бассейн сонной артерии
  - Б. сонной артерии в бассейн контрлатеральной сонной артерии
  - В. сонной артерии в бассейн контрлатеральной подключичной артерии
  - Г. вертебральной артерии в бассейн сонной артерии
  - Д. вертебральной артерии в бассейн подключичной артерии
68. При синдроме подключичного обкрадывания, когда имеется нагрузка на верхнюю конечность, кровотоков:
- А. усиливается в сторону головного мозга
  - Б. не изменяется
  - В. усиливается в сторону верхней конечности
  - Г. усиливается в направлении бассейна сонной артерии
  - Д. направляется в сторону контрлатеральной подключичной артерии
69. Нарушения мозгового кровообращения могут происходить за счет:
- А. гипотензии менее 90 мм рт.ст.
  - Б. гипертензии выше 240 мм рт.ст.
  - В. поражения экстракраниальных артерий
  - Г. микроэмболов из сердца, из бляшки
  - Д. всего перечисленного
70. Транзиторная ишемическая атака – это:
- А. возникновение очаговой неврологической симптоматики после физической нагрузки
  - Б. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 2 недели после ее возникновения
  - В. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 1 неделю после ее возникновения
  - Г. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 24 часа после ее возникновения
  - Д. регресс неврологической симптоматики с незначительным дефицитом в сроки до 2 недель
71. В клинической симптоматике при поражении вертебробазилярного бассейна преобладают все перечисленные симптомы, за исключением:
- А. системных головокружений

- Б. диплопии
  - В. нарушения походки и статики
  - Г. переходящей слепоты на один глаз
  - Д. бульбарных нарушений
72. В клинической симптоматике при поражении сонных артерий преобладают:
- А. головная боль
  - Б. снижение интеллекта
  - В. монопарезы и гемипарезы
  - Г. головокружение
  - Д. все перечисленное
73. При ангиологическом исследовании больного с подозрением на поражение экстракраниальных артерий необходимо определять пульсацию:
- А. височных артерий
  - Б. сонных артерий
  - В. плечевых артерий
  - Г. лучевых артерий
  - Д. всех перечисленных артерий
74. Пробы с отведением верхней конечности необходимы в диагностике:
- А. поражения сонной артерии
  - Б. синдрома подключичного обкрадывания
  - В. патологической извитости позвоночных артерий
  - Г. синдрома выхода из грудной клетки
  - Д. всего перечисленного
75. В неинвазивной диагностике поражений экстракраниальных артерий ведущую роль играет:
- А. офтальмодинамометрия
  - Б. глазная плетизмография
  - В. сфигмография
  - Г. электроэнцефалография
  - Д. ультразвуковая доплерография
76. Среди неинвазивных методов диагностики поражений экстракраниальных артерий в настоящее время наиболее информативны:
- А. электроэнцефалография
  - Б. реоэнцефалография
  - В. компрессионный спектральный анализ электроэнцефалографии
  - Г. ультразвуковое сканирование
  - Д. ультразвуковая доплерография
77. Дуплексное сканирование экстракраниальных артерий позволяет:
- А. определить состояние стенки сонной артерии
  - Б. выявить наличие бляшки в области бифуркации сонной артерии
  - В. определить степень стеноза в области бифуркации сонной артерии отдельно для наружной и внутренней сонных артерий
  - Г. произвести запись спектра кровотока из любой точки сонной артерии и оценить объемный кровоток
  - Д. все перечисленное
78. При атеросклеротической окклюзии плечевого ствола предпочтительным является:
- А. эндартерэктомия
  - Б. шунтирование аутовеной
  - В. протезирование синтетическим протезом
  - Г. аорто-сонно-подключичное бифуркационное шунтирование
  - Д. все перечисленное
79. При синдроме выхода из грудной клетки адекватной является операция:
- А. скаленотомия
  - Б. шейная симпатэктомия
  - В. резекция первого ребра или добавочного шейного ребра
  - Г. скаленотомия, шейная симпатэктомия в резекции первого ребра или добавочного

шейного ребра

80. При сдавлении сонной артерии хемотомой операцией выбора является:
- А. резекция наружной сонной артерии
  - Б. резекция внутренней сонной артерии с протезированием
  - В. радикальное удаление хемотомы с скелетизацией сонных артерий и перевязкой артерии каротидного тельца
  - Г. радикальное удаление хемотомы
  - Д. все перечисленное
81. Результаты оперативного лечения ветвей дуги аорты указывают на то, что наилучшие результаты дает:
- А. операция шунтирования
  - Б. операция протезирования
  - В. эндартерэктомия с заплатой
  - Г. комбинация указанных вмешательств
  - Д. ни одно из перечисленных
82. Отдаленные результаты хирургического лечения атеросклероза ветвей дуги аорты:
- А. лучше, чем при неспецифическом аортоартериите
  - Б. хуже, чем при неспецифическом аортоартериите
  - В. сходные с результатами при неспецифическом аортоартериите
  - Г. отдаленные результаты при данных заболеваниях нельзя сравнивать
83. Синдром хронической абдоминальной ишемии включает:
- А. боли в грудной клетке
  - Б. боли в правом подреберье после приема пищи
  - В. ангинозные боли в животе после приема пищи, дисфункцию кишечника и снижение веса
  - Г. боли в животе схваткообразного характера, задержку стула и газов, вздутие живота
  - Д. дисфункцию кишечника, примесь крови в кале, снижении веса
84. Синдром хронической абдоминальной ишемии могут вызвать следующие заболевания висцеральных артерий:
- А. атеросклероз
  - Б. неспецифический аортоартериит
  - В. гипоплазия висцеральных артерий
  - Г. врожденные дисплазии
  - Д. все перечисленное
85. Показанием к оперативному лечению при синдроме хронической абдоминальной ишемии является:
- А. прогрессирующее снижение веса
  - Б. жалобы на боли в животе после приема пищи
  - В. ангиографическая картина поражения висцеральных артерий
  - Г. жалобы на боли в животе, снижение веса и наличие стенозов или окклюзий висцеральных артерий
  - Д. все перечисленное
86. Консервативное лечение синдрома хронической абдоминальной ишемии должно включать:
- А. ограничение приема пищи
  - Б. соблюдение диеты и прием пищи малыми порциями
  - В. прием спазмолитиков и сосудорасширяющих препаратов
  - Г. антикоагулянты
  - Д. все перечисленное
87. При органическом поражении чревного ствола оптимальным доступом является:
- А. срединная лапаротомия
  - Б. левосторонняя торакофренолюмботомия
  - В. правосторонняя торакофренолюмботомия
  - Г. левосторонняя люмботомия
  - Д. правильного ответа нет
88. При органическом поражении чревного ствола на небольшом протяжении показана:
- А. трансартериальная эндартерэктомия

- Б. шунтирование чревного ствола аутовеной
  - В. шунтирование чревного ствола эксплантатом
  - Г. трансаортальная эндартерэктомия
  - Д. все перечисленное
89. При множественном атеросклеротическом поражении чревного ствола верхней брыжеечной артерии и левой почечной артерии операцией выбора является:
- А. протезирование артерий эксплантатами от аорты
  - Б. протезирование бифуркационным протезом и эндартерэктомия
  - В. трансартериальная эндартерэктомия из перечисленных артерий
  - Г. трансаортальная эндартерэктомия из устьев всех артерий с использованием единой аортотомии
  - Д. пластика заплатой из эксплантата аорты после эндартерэктомии из устьев артерий
90. Для восстановления кровотока по нижней брыжеечной артерии операцией выбора является:
- А. шунтирование аутовеной
  - Б. протезирование эксплантатом
  - В. эверсионная эндартерэктомия или реплантация в аорту
  - Г. пластика устья заплатой
  - Д. все перечисленное
91. Паллиативной операцией при синдроме хронической абдоминальной ишемии является:
- А. грудная симпатэктомия
  - Б. поясничная симпатэктомия
  - В. поддиафрагмальная спланхниканглионэктомия
  - Г. наддиафрагмальная спланхниканглионэктомия
  - Д. все перечисленное
92. При выявлении вазоренальной гипертензии у больных на амбулаторном приеме следует выполнять:
- А. тщательный сбор анамнеза
  - Б. измерение артериального давления на всех конечностях
  - В. исследование периферических артерий
  - Г. дигитальную субтракционную ангиографию
  - Д. все перечисленное
93. Из функциональных методов исследования почек наиболее информативны:
- А. внутривенная урография
  - Б. пневморетроперитонеография
  - В. ренография
  - Г. сцинтиграфия почек
  - Д. реоренография
94. Для вазоренальной гипертрофии характерны:
- А. эпизодические повышения артериального давления до 180/90 мм рт.ст.
  - Б. периодическое повышение артериального давления до 200/100 мм рт.ст. с хорошим эффектом консервативной терапии
  - В. стойкая выраженная гипертензия с отсутствием или незначительным эффектом консервативной терапии (неспецифической)
  - Г. артериальная гипертензия до 200/100 мм рт.ст. на верхних конечностях
  - Д. все перечисленное
95. При облитерирующем эндартериите (тромбангите) нижних конечностей характерно поражение:
- А. подвздошно-бедренного сегмента
  - Б. бедренно-подколенного сегмента
  - В. артерий голени и стопы
  - Г. всего артериального русла нижних конечностей
  - Д. наружной сонной артерии
96. Патологический процесс при облитерирующем эндартериите начинается в:
- А. интима артерий
  - Б. меди артерий
  - В. адвентиции артерий
  - Г. диффузно во всех слоях артерии

97. В клинической практике можно различать все следующие типы облитерирующего эндартериита, за исключением:
- А. акрального (дистального) типа
  - Б. проксимального типа
  - В. смешанного типа
  - Г. диффузного типа
98. Возможно следующее клиническое течение облитерирующего эндартериита:
- А. острое
  - Б. стадия ремиссии
  - В. хроническое течение
  - Г. все ответы правильные
  - Д. правильно А и Б
99. При физическом исследовании больного с облитерирующим эндартериитом следует обращать внимание на:
- А. рост волос и ногтей
  - Б. нарушение потливости
  - В. пульсацию периферических артерий
  - Г. окраску кожных покровов
  - Д. все перечисленное
100. Среди инструментальных методов исследования больных с облитерирующим эндартериитом следует отдавать предпочтение:
- А. реовазографии
  - Б. ультразвуковой доплерографии
  - В. капилляроскопии
  - Г. ультразвуковой доплерографии и радиоизотопному определению регионарного кровотока
  - Д. осциллографии
101. При производстве рентгеноконтрастной ангиографии у больного с облитерирующим эндартериитом необходимо исследование:
- А. бедренно-подколенного сегмента
  - Б. общей бедренной артерии, глубокой артерии бедра и подколенной артерии
  - В. аортоподвздошного сегмента, бедренно-подколенного сегмента и артерий стопы в двух проекциях
  - Г. подколенной артерии и всех артерий голени
  - Д. аортоподвздошно-бедренно-подколенного сегментов, артерий голени и стопы в двух проекциях в условиях «реактивной гиперемии»
102. Для уточнения степени поражения артерий голени у больного с эндартериитом, если при ангиографии все артерии поражены, целесообразно:
- А. ультразвуковая доплерография
  - Б. реовазография
  - В. интраоперационная ревизия и ангиография
  - Г. ультрасонография
  - Д. дальнейшее обследование нецелесообразно
103. Дифференциальную диагностику облитерирующего эндартериита следует проводить с:
- А. периферическим невритом
  - Б. облитерирующим атеросклерозом или неспецифическим аортоартериитом
  - В. врожденными артериовенозными дисплазиями
  - Г. поверхностным тромбофлебитом
  - Д. всем перечисленным
104. Консервативное лечение при облитерирующем эндартериите должно включать:
- А. сосудорасширяющие препараты
  - Б. сосудорасширяющие препараты, препараты, улучшающие микроциркуляцию
  - В. лазерное облучение крови
  - Г. гемосорбцию и плазмаферез
  - Д. сосудорасширяющие препараты, препараты, улучшающие микроциркуляцию, лазерное облучение крови, плазмаферез

105. Консервативное лечение больных с облитерирующим эндартериитом следует проводить:
- А. в течение одного месяца один раз в год
  - Б. круглогодично
  - В. в стадии обострения
  - Г. как правило, два раза в год курсами по одному месяцу в стационаре и поддерживающая терапия круглогодично
  - Д. сезонная терапия
106. Больному с облитерирующим эндартериитом IV стадии заболевания и невозможностью выполнить типичную реконструктивную операцию (изолированный сегмент подколенной артерии) показаны:
- А. ампутация конечности на уровне нижней трети бедра
  - Б. ампутация конечности на уровне верхней трети голени
  - В. попытка реваскуляризации конечности путем шунтирования и изолированный сегмент подколенной артерии
  - Г. поясничная реваскуляризация, консервативное лечение и местная некрэктомия
  - Д. метатарзальная ампутация стопы
107. Показанием к типичной реваскулярной операции у больного с облитерирующим эндартериитом является:
- А. перемежающаяся хромота более 500 м
  - Б. боли в покое
  - В. перемежающаяся хромота менее 200 м при наличии проходимой подколенной артерии и, хотя бы, одной артерии голени
  - Г. трофические язвы на стопе
  - Д. дисгидроз, похолодание конечности и перемежающаяся хромота
108. Для хирургической реваскуляризации и восстановления функции конечности у больного с облитерирующим эндартериитом достаточно:
- А. проходимой подколенной артерии из трех артерий голени
  - Б. проходимой подколенной артерии из двух артерий голени
  - В. проходимой подколенной артерии и одной артерии голени
  - Г. изолированного сегмента подколенной артерии
  - Д. одной артерии на голени с проходимой артериальной дугой на стопе
109. Наиболее часто у больных с облитерирующим эндартериитом выполняются следующие реконструктивные операции:
- А. бедренно-подколенное шунтирование
  - Б. реконструкция глубокой артерии бедра
  - В. эндартерэктомия из поверхности бедренной артерии
  - Г. бедренно-тибиальное шунтирование и симпатэктомия
  - Д. все перечисленное
110. Большинству больных с облитерирующим эндартериитом может быть выполнен следующий тип операции на симпатической нервной системе:
- А. грудная симпатэктомия
  - Б. периартериальная симпатэктомия
  - В. новокаиновая блокада поясничных симпатических ганглиев
  - Г. поясничная симпатэктомия
  - Д. вмешательство на симпатической нервной системе не показано
111. Ближайшие результаты после операций бедренно-подколенного и бедренно-тибиального шунтирования у больных с облитерирующим эндартериитом в сроки до 6 месяцев дают проходимость сосуда у:
- А. 100% больных
  - Б. 90% больных
  - В. 80% больных
  - Г. 50% больных
  - Д. данные операции неэффективны
112. Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангит) отличается от облитерирующего эндартериита:
- А. дистальным поражением артериального русла
  - Б. преимущественным поражением проксимального сегмента артерий нижних конечностей
  - В. диффузным поражением всего русла (артериального) нижних конечностей
  - Г. дистальным поражением артерий нижних конечностей в сочетании с

мигрирующим тромбофлебитом в поверхностных венах  
Д. принципиального отличия нет

113. В комплекс консервативного лечения при болезни Бюргера, как и при облитерирующем эндартериите, должны входить:

- А. гипербарическая оксигенация
- Б. гемосорбция
- В. лазерное облучение крови
- Г. плазмаферез
- Д. все перечисленное

114. Наилучшим действием при внутриартериальном введении в пораженную конечность у больного с облитерирующим эндартериитом обладает:

- А. новокаин
- Б. реополиглюкин
- В. раствор перекиси водорода
- Г. вазопростан
- Д. данный метод лечения неэффективен

115. Для болезни Рейно характерны:

- А. боли в нижних конечностях при понижении температуры
- Б. боли в нижних конечностях при ходьбе, преимущественно в пальцах
- В. боли, онемение в пальцах верхних конечностей
- Г. боли, онемения в пальцах верхних конечностей, которые провоцируются низкой температурой
- Д. все перечисленное

116. При болезни Рейно различают следующие стадии развития заболевания:

- А. спастическую
- Б. асфиксическую
- В. трофическую
- Г. все перечисленное
- Д. только Б и В

117. В диагностике болезни Рейно достаточно полную информацию можно получить при:

- А. реовазографии верхних конечностей
- Б. осциллографии верхних конечностей
- В. ультразвуковой доплерографии верхних конечностей
- Г. термографии верхних конечностей при холодной пробе
- Д. ультразвуковой доплерографии верхних конечностей с проведением нитроглицериновой пробы
- Е. транскутанном напряжении  $P_{O_2}$  кожи пальцев
- Ж. правильно Г и Е

#### Правильные ответы

1. Г	31. А	61. Е	91. В
2. Г	32. В	62. А	92. Д
3. Г	33. Д	63. Г	93. Г
4. Д	34. Г	64. Д	94. В
5. А	35. Г	65. Д	95. В
6. Д	36. Д	66. Г	96. В
7. Д	37. В	67. Д	97. Б
8. Д	38. Б	68. В	98. Г
9. Б	39. Г	69. Д	99. Д
10. Д	40. Б	70. Г	100. Г
11. Г	41. Г	71. Г	101. Д
12. Г	42. А	72. В	102. В
13. Д	43. Г	73. Д	103. Д

14. Б	44. А	74. Г	104. Д
15. Д	45. Г	75. Д	105. Г
16. Г	46. Г	76. Г	106. В
17. Д	47. Д	77. Д	107. В
18. Д	48. Д	78. В	108. Г
19. Г	49. В	79. Г	109. Г
20. Г	50. Д	80. Г	110. Г
21. Д	51. Г	81. Г	111. В
22. Д	52. В	82. А	112. Г
23. Г	53. Б	83. В	113. Д
24. Д	54. Г	84. Д	114. Г
25. Д	55. Г	85. Г	115. Б
26. В	56. Е	86. Д	116. Г
27. Г	57. А	87. Б	117. Ж
28. Д	58. А	88. Г	
29. Г	59. Д	89. Г	
30. Г	60. Д	90. В	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

### ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ЗАЧЕТ

По дисциплине	<u>«Хирургия сосудов и ангиология»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> (наименование и код специальности)

1. Положение сердца в грудной клетке, соотношение с органами средостения. Внешнее строение, отделы и борозды сердца.
2. Строение камер сердца. Границы и отделы камер сердца. Межпредсердная и желудочковая перегородка, их отделы. Строение клапанного аппарата сердца. Предсердно-желудочковое соединение и понятие о фиброзном каркасе сердца.
3. Проводящая система сердца: синусно-предсердный узел, предсердно-желудочковый узел, проводящий предсердно-желудочковый пучок (пучок Гиса) и правой и левой его ножки.
4. Венечные артерии. Тип коронарного кровообращения. Вены сердца.
5. «Опасные» зоны при манипуляции на сердце.
6. Поперечный диагональный синусы перикарда, их значение для хирурга.
7. Систола и диастола.
8. Функциональные возможности сердца.
9. Механизмы возбуждения и электромеханического сопряжения в сердце. Волокна рабочего миокарда. Волокна водителя ритма. Возникновение и распространение возбуждения.
10. Автоматизм. Геометрия распространения возбуждения в сердце. Соподчинение водителей ритма. Ионные процессы возбуждения. Период рефрактерности, его функциональное значение.
11. Зависимость длительности потенциала действия от частоты. Истинные и латентные водители ритма.
12. Вегетативная иннервация сердца. Основные механизмы действия медиаторов вегетативной нервной системы. Парасимпатическая иннервация сердца. Симпатическая иннервация. Хронотропия. Инотропия. Дронотропия. Батмотропия. Механизм действия медиаторов на сердце. Фармакологические механизмы действия медиаторов на сердце.
13. Аfferентные нервы сердца.
14. Электрокардиография. Волокно миокарда как диполь. Нормальная ЭКГ. Отведения ЭКГ.
15. Использование ЭКГ в диагностике. Некоторые патологические ритмы.
16. Электрическая дефибриляция.
17. Механическая работа сердца. Функция клапанов.
18. Сердечный цикл: изоволюметрическое сокращение, период изгнания, период изоволюметрического расслабления, период наполнения.
19. Геометрия сокращения желудочков.
20. Внешние проявления деятельности сердца (неинвазивные методы исследования). Верхушечный толчок. Тоны сердца. Фонокардиография. Сфигмограмма. Рентгенологическое исследование сердца. Эхокардиография.
21. Энергетика работы сердца. Потребление кислорода и питательных веществ. Факторы, влияющие на потребление кислорода.
22. Кровоснабжение миокарда. Регуляция коронарного кровотока (вегетативная иннервация, факторы эндотелиального происхождения). Резервы кровоснабжения сердца аноксия и реанимация.
23. Сердечная недостаточность «напряжения» и «покоя». Особенности недостаточности левого и правого желудочков.
24. Основные клинические синдромы у детей и взрослых с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
25. Осмотр пациента с сердечно-сосудистой патологией.
26. Обследование кардиохирургических пациентов.

27. Инструментальные методы исследования в сердечно-сосудистой хирургии: ультразвуковые методы диагностики болезней сердца и сосудов. Ангиографические исследования, коронарография. Показания к инвазивным методам исследования. Лабораторная семиотика сердечно-сосудистых заболеваний.
28. Искусственное кровообращение. История. Устройство аппарата искусственного кровообращения. Параметры АИК и скорость перфузии.
29. Защита миокарда. Виды кардиopleгии, методы инфузии. Гипотермия. Реперфузия сердца.
30. Эмбриология врожденных пороков сердца. Нормальный эмбриогенез сердца и сосудов. Понятие о формировании камер сердца и конотрункусе. Этиология ВПС.
31. Кровообращение плода и новорожденного.
32. Частота и структура врожденных пороков сердца, их естественное течение.
33. Алгоритмы и методы диагностики врожденных пороков сердца. Пренатальная диагностика.
34. Основные синдромы при врожденных пороках сердца у детей (артериальная гипоксемия, сердечная недостаточность); принципы терапии.
35. Классификация, анатомия, гемодинамика, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика наиболее часто встречающихся врожденных пороков сердца. Медикаментозное и хирургическое лечение
36. Дефект межжелудочковой перегородки
37. Дефект межпредсердной перегородки
38. Коарктация аорты
39. Тетрада Фалло
40. Атриовентрикулярный канал
41. Пороки развития легочной артерии
42. Пороки развития аорты
43. Аномалия Эбштейна
44. Аномалии митрального клапана
45. Открытый артериальный проток; открытый артериальный проток у недоношенных новорожденных.
46. Показания и противопоказания к хирургическому лечению врожденных пороков.
47. Хирургические доступы.
48. Виды оперативных вмешательств, при открытом артериальном протоке, дефектах межжелудочковой и межпредсердной перегородок сердца, коарктации аорты, тетраде и триаде Фалло, аномалии впадения легочных вен, сужении устья аорты, изолированном стенозе легочной артерии.
49. Особенности анестезии, искусственного кровообращения и кардиopleгии при хирургическом лечении ВПС.
50. Осложнения раннего послеоперационного периода и их лечение.
51. Врожденные пороки сердца, требующие экстренной хирургической коррекции в период новорожденности: Анатомия, гемодинамика, клиническая симптоматика, диагностика и пренатальная диагностика.
52. Транспозиция магистральных артерий
53. Синдром гипоплазии левых отделов сердца
54. Перерыв дуги аорты
55. Стеноз легочной артерии
56. Общий артериальный ствол
57. Тотальный аномальный дренаж легочных вен
58. Тактика ведения новорожденного в родильном доме и на этапе транспортировки в кардиохирургический стационар.
59. Способы хирургического и эндоваскулярного лечения.
60. Ведение пациентов в послеоперационном периоде.
61. Прогноз. Врожденные пороки сердца у взрослых.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

## ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ПРЕПОДАВАТЕЛЯМ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

По дисциплине	<u>«Хирургия сосудов и ангиология»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> (наименование и код специальности)

### САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

Задания для самостоятельной работы

Задания для самостоятельной работы включают: вопросы для самоконтроля; написание курсовой работы; подготовку типовых заданий для самопроверки и другие виды работ.

Контроль качества выполнения самостоятельной работы по дисциплине (модулю) включает опрос, тесты, оценку курсовой работы, зачет и представлен в разделе 8. «Оценка самостоятельной работы обучающихся».

Выполнение контрольных заданий и иных материалов проводится в соответствии с календарным графиком учебного процесса.

Методические указания по подготовке к самостоятельной работе

Для организации самостоятельного изучения тем (вопросов) дисциплины (модуля) создаются учебно-методические материалы.

Самостоятельная работа студентов обеспечивается следующими условиями:

- наличие и доступность необходимого учебно-методического и справочного материала;
- создание системы регулярного контроля качества выполненной самостоятельной работы;
- консультационная помощь преподавателя.

Методически самостоятельную работу студентов обеспечивают:

- графики самостоятельной работы, содержащие перечень форм и видов аудиторной и внеаудиторной самостоятельной работы студентов, цели и задачи каждого из них;
- сроки выполнения самостоятельной работы и формы контроля над ней;
- методические указания для самостоятельной работы обучающихся, содержащие целевую установку и мотивационную характеристику изучаемых тем, структурно-логические и графологические схемы по изучаемым темам, списки основной и дополнительной литературы для изучения всех тем дисциплины (модуля), вопросы для самоподготовки.

Методические указания разрабатываются для выполнения целевых видов деятельности при подготовке заданий, полученных на занятиях семинарского типа и др.

Методический материал для самостоятельной подготовки представляется в виде литературных источников.

В список учебно-методических материалов для самостоятельной работы обучающихся входит перечень библиотечных ресурсов учебного заведения и других материалов, к которым обучающийся имеет возможность доступа.

Оценка самостоятельной работы обучающихся.

1. Оценка самостоятельной работы – вид контактной внеаудиторной работы преподавателей и обучающихся по образовательной программе дисциплины (модуля). Контроль самостоятельной работы осуществляется преподавателем, ведущим занятия семинарского типа.

2. Оценка самостоятельной работы учитывается при промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) в период зачетно-экзаменационной сессии.

3.

Виды оценки результатов освоения программы дисциплины:

- текущий контроль,
- промежуточная аттестация (зачет).

Текущий контроль.

Предназначен для проверки индикаторов достижения компетенций, стимулирования учебной работы обучающихся и совершенствования методики освоения новых знаний.

Проводится в течение семестра по всем видам и разделам учебной дисциплины, охватывающим компетенции, формируемые дисциплиной: опросы, дискуссии, тестирование, доклады, рефераты, курсовые работы, другие виды самостоятельной и аудиторной работы.

Рабочая программа учебной дисциплины должна содержать описание шкалы количественных оценок с указанием соответствия баллов достигнутому уровню знаний для каждого вида и формы контроля.

В процессе текущего контроля в течение семестра могут проводиться рубежные аттестации.

Текущий контроль знаний студентов, их подготовки к семинарам осуществляется в устной форме на каждом занятии.

Промежуточная аттестация.

Предназначена для определения уровня освоения индикаторов достижения компетенций. Проводится в форме зачета после освоения обучающимся всех разделов дисциплины «Хирургия сосудов и ангиология» и учитывает результаты обучения по дисциплине по всем видам работы студента на протяжении всего курса

Время, отведенное для промежуточной аттестации, указывается в графиках учебного процесса как «Сессия» и относится ко времени самостоятельной работы обучающихся.

Промежуточная аттестация по дисциплинам, для которых не предусмотрены аттестационные испытания, может совпадать с расписанием учебного семестра.

4.

Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Хирургия сосудов и ангиология».

Перечень оценочных средств уровня освоения учебной дисциплины и достижения компетенций включает:

- 1) контрольные вопросы;
- 2) задания в тестовой форме;
- 3) ситуационные задачи;
- 4) контрольные задания;

5) практические задания.

Системы оценки освоения программы дисциплины.

Оценка учебной работы обучающегося может осуществляться 1) по балльно-рейтинговой системе (БРС), которая является накопительной и оценивается суммой баллов, получаемых в процессе обучения по каждому виду деятельности, составляя в совокупности максимально 100 баллов; 2) по системе оценок ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System* – Европейской системы перевода и накопления кредитов) и 3) в системе оценок, принятых в РФ (по пятибалльной системе, включая зачет).

Соответствие баллов и оценок успеваемости в разных системах

<i>Баллы БРС (%)</i>	<i>Оценки ECTS</i>	<i>Оценки РФ</i>
100–95	A	5+
94–86	B	5
85–69	C	4
68–61	D	3+
60–51	E	3
50–31	Fx	2
30–0	F	Отчисление из вуза
Более 51 балла	Passed	Зачет

Студенты, получившие оценку Fx, зачета не имеют и направляются на повторное обучение. Студенту, не получившему зачет по дисциплине «Хирургия сосудов и ангиология», предоставляется возможность сдавать его повторно (в установленные деканатом сроки).

В традиционной системе оценок, принятых в РФ, критерием оценки является «зачет» или «не зачет» по итогам работы обучающегося на протяжении семестра.

Перечень учебно-методического обеспечения самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю), в том числе перечень учебной литературы и ресурсов информационно-коммуникационной сети «интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

5. При изучении дисциплины (модуля) обучающиеся могут использовать материалы лекции, учебника и учебно-методической литературы, интернет-ресурсы.

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ЛЕКЦИЙ

1. <i>Тема №1:</i>	Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы. Ишемическая болезнь сердца. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. История развития методик хирургического лечения сосудистой патологии. Мировой опыт. История развития сосудистой хирургии в России. Семиотика сосудистых заболеваний.	
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология	
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02	
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	2	
5. <i>Учебная цель:</i>	освоение теоретических знаний. Подготовка к практическим занятиям.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	5	
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	85	
7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Строение кровеносных сосудов. Функциональные различия.</li> <li>• Строение и топография сердца. Строение стенки сердца. Клапанный аппарат.</li> <li>• Коронарные сосуды. Проводящая система сердца. Сердечный цикл.</li> <li>• Малый круг кровообращения.</li> </ul>	

- Артерии большого круга кровообращения. Артерии дуги аорты. Ветви грудной и брюшной аорты.
- Особенности кровотока в почке – «чудесная артериальная сеть». Система общей подвздошной артерии. Вены большого круга кровообращения.
- Система верхней полой вены. Система нижней полой вены. Система воротной вены печени.
- Особенности кровотока в печени – «чудесная венозная сеть». Система общей подвздошной вены
- Лимфатическая система. Органы лимфатической системы. Лимфоэпителиальные органы
- Клиническая анатомия коронарных артерий
- Патология коронарного кровообращения
- Обследование больных с ИБС
- Особенности клинических проявлений ИБС
- Хирургическое лечение ИБС
- Введение в сосудистую хирургию
- Структура заболеваемости
- Классификация
- История развития сосудистой хирургии в России.

8. *Иллюстрационные материалы:* см. презентацию

9. *Литература для проработки:* см. карту обеспеченности научно-методической литературой

1. <i>Тема №2:</i>	Диагностика заболеваний сосудистой системы.	
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология	
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02	
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	2	
5. <i>Учебная цель:</i>	освоение теоретического материала. Определение алгоритма обследования пациентов, подготовки к хирургическому лечению.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	5	
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	85	
7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Общие принципы обследования пациентов.</li> <li>• Предоперационное обследование и оценка риска перед открытой операцией на сердце.</li> <li>• Факторы риска операционной летальности.</li> <li>• Физикальный осмотр.</li> <li>• Лабораторно-инструментальные методы исследования.</li> <li>• УЗИ</li> <li>• Рентгенография.</li> <li>• ЭКГ.</li> <li>• ЭХОКГ.</li> <li>• АКГ.</li> </ul>	
8. <i>Иллюстрационные материалы:</i>	см. презентацию	
9. <i>Литература для проработки:</i>	см. карту обеспеченности научно-методической литературой	
1. <i>Тема №3:</i>	Заболевания грудной аорты и ее ветвей.	
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология	
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02	
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	2 часа	
5. <i>Учебная цель:</i>	освоение теоретических знаний. Подготовка к практическим занятиям.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	5 минут	
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	85 минут	
7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром атипичной коарктации нисходящей части аорты</li> <li>• Аневризмы грудной части аорты.</li> <li>• Аневризмы брюшной части аорты</li> <li>• Расслаивающие аневризмы аорты.</li> <li>• Хроническая ишемия головного мозга</li> <li>• Хроническая ишемия верхних конечностей</li> </ul>	
8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> см. презентацию	
9. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	
1. <i>Тема №4:</i>	Заболевания брюшного отдела аорты и ее ветвей
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	2
5. <i>Учебная цель:</i> освоение теоретического материала. Подготовка к практическим занятиям	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	5
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	85
7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хроническая ишемия органов пищеварения</li> <li>• Вазоренальная гипертензия</li> <li>• Хроническая ишемия нижних конечностей</li> <li>• Острая артериальная недостаточность кровообращения конечностей</li> <li>• Острые эмболии и тромбозы бифуркации аорты и артерий конечностей</li> </ul>	
8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> см. презентацию	
9. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	
1. <i>Тема №5:</i>	Неотложная патология сосудов.
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	2
5. <i>Учебная цель:</i> освоение теоретического материала. Подготовка к практическим занятиям	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	5
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	85
7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Повреждения магистральных сосудов.</li> <li>• Огнестрельные ранения и повреждения сосудов конечностей.</li> <li>• Острая артериальная непроходимость.</li> <li>• Тромбозы и эмболии артерий верхних конечностей.</li> <li>• Острые окклюзии почечных сосудов.</li> </ul>	
8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> см. презентацию	
9. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	
1. <i>Тема №6:</i>	Заболевания венозной и лимфатической систем.
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	2
5. <i>Учебная цель:</i> освоение теоретического материала. Подготовка к практическим занятиям	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	5
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	85
7. <i>План лекции, последовательность ее изложения:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Введение во флебологию</li> <li>• Введение в лимфологию</li> </ul>	
8. <i>Иллюстрационные материалы:</i> см. презентацию	
9. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

### ПЕРЕЧЕНЬ МЕТОДИЧЕСКИХ УКАЗАНИЙ ОБУЧАЮЩИМСЯ ДЛЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

По дисциплине	<u>«Хирургия сосудов и ангиология»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> (наименование и код специальности)

#### 6.1. Методические указания к практическим занятиям

См. методические разработки к практическим занятиям.

#### 6.2. Формы и методика базисного, текущего и итогового контроля

Базисный контроль выполняется по разделам программы дисциплины «Хирургия сосудов и ангиология» для высших учебных заведений на первом практическом занятии путем проведения собеседования.

На основании полученных результатов определяются базовые знания обучающихся.

Текущий контроль выполняется путем:

- проведения и оценки устных или письменных опросов на лекциях и практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки выполнения самостоятельных и контрольных заданий на практических занятиях;
- проверки и оценки качества ведения конспектов.

Промежуточный контроль проводится по завершении раздела и осуществляется в форме тестового опроса. На основании процента правильных ответов определяется результат промежуточного контроля.

Итоговый контроль выполняется приемом недифференцированного зачета, на котором оценивается степень усвоения обучающимися содержания дисциплины в целом.

К зачету допускаются обучающиеся, выполнившие полностью учебную программу.

Зачет состоит трех частей:

- проверка уровня освоения дисциплины в виде тестирования;
- собеседование по теоретическому вопросу;
- выполнение практического задания.

Контролирующие задания в тестовой форме по циклу с указанием раздела приводятся в разделе «Банки контрольных заданий и вопросов (тестов) по отдельным темам и в целом по дисциплине».

### МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

1. Тема №1:	Анатомия и физиология сердечно-сосудистой системы.	
2. Дисциплина:	Хирургия сосудов и ангиология	
3. Специальность:	Педиатрия, 31.05.02	
4. Продолжительность занятий (в академических часах):		4
5. Учебная цель:	Изучение особенностей анатомии сердца и сосудов	
6. Объем повторной информации (в минутах):		20
Объем новой информации (в минутах):		70

<i>Практическая подготовка (в минутах):</i>		90
7. <i>Условия для проведения занятия:</i> аудитория кафедры, компьютер, мультимедийный проектор, раздаточный материал		
8. <i>Самостоятельная работа студента:</i> Изучение методического материала, работа с препаратами, клинические разборы.		
9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Дискуссия по результатам выполнения задания. Оценка знаний по итоговым тестам.		
10. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой		
1. <i>Тема №2,3:</i>	Ишемическая болезнь сердца. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. Заболевания грудной аорты и ее ветвей.	
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология	
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02	
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>		12
5. <i>Учебная цель:</i> Изучить основные принципы диагностики, лечения пациентов с ИБС. Изучить основные принципы диагностики и лечения патологии грудной аорты и ее ветвей.		
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>		40
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>		200
<i>Практическая подготовка (в минутах):</i>		300
7. <i>Условия для проведения занятия:</i> аудитория кафедры, компьютер, мультимедийный проектор		
8. <i>Самостоятельная работа студента:</i> Самостоятельное изучение методического материала. Решение ситуационных задач.		
9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Дискуссия по результатам выполненной работы. Оценка знаний по итоговым тестам.		
10. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой		
1. <i>Тема №4:</i>	Заболевания брюшного отдела аорты и ее ветвей	
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология	
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02	
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>		4
5. <i>Учебная цель:</i> Изучить основные принципы диагностики и лечения патологии брюшного отдела аорты и ее ветвей.		
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>		20
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>		70
<i>Практическая подготовка (в минутах):</i>		90
7. <i>Условия для проведения занятия:</i> аудитория кафедры, компьютер, мультимедийный проектор, раздаточный материал		
8. <i>Самостоятельная работа студента:</i> Изучение методического материала, работа с препаратами, клинические разборы.		
9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Дискуссия по результатам выполнения задания. Оценка знаний по итоговым тестам.		
10. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой		
1. <i>Тема №5:</i>	Неотложная патология сосудов.	
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология	
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02	
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>		4
5. <i>Учебная цель:</i> Изучение основных принципов неотложной хирургии сосудов		
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>		20
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>		70
<i>Практическая подготовка (в минутах):</i>		90
7. <i>Условия для проведения занятия:</i> аудитория кафедры, компьютер, мультимедийный проектор, раздаточный материал		

проектор, раздаточный материал	
8. <i>Самостоятельная работа студента:</i> Изучение методического материала, работа с препаратами, клинические разборы.	
9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Дискуссия по результатам выполнения задания. Оценка знаний по итоговым тестам.	
10. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	
1. <i>Тема №6:</i>	Тромбоэмболии легочных артерий.
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	4
5. <i>Учебная цель:</i> Изучить диагностику и принципы лечения ТЭЛА.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	20
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	70
<i>Практическая подготовка (в минутах):</i>	90
7. <i>Условия для проведения занятия:</i> аудитория кафедры, компьютер, мультимедийный проектор, раздаточный материал	
8. <i>Самостоятельная работа студента:</i> Изучение методического материала, работа с препаратами, клинические разборы.	
9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Дискуссия по результатам выполнения задания. Оценка знаний по итоговым тестам.	
10. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	
1. <i>Тема №7:</i>	Заболевания венозной системы.
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	4
5. <i>Учебная цель:</i> Изучение патологии вен, принципов лечения.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	20
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	70
<i>Практическая подготовка (в минутах):</i>	90
7. <i>Условия для проведения занятия:</i> аудитория кафедры, компьютер, мультимедийный проектор, раздаточный материал	
8. <i>Самостоятельная работа студента:</i> Изучение методического материала, работа с препаратами, клинические разборы.	
9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Дискуссия по результатам выполнения задания. Оценка знаний по итоговым тестам.	
10. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	
1. <i>Тема №8:</i>	Заболевания лимфатической системы.
2. <i>Дисциплина:</i>	Хирургия сосудов и ангиология
3. <i>Специальность:</i>	Педиатрия, 31.05.02
4. <i>Продолжительность занятий (в академических часах):</i>	4
5. <i>Учебная цель:</i> Изучение патологии лимфатической системы. Диагностика, лечение.	
6. <i>Объем повторной информации (в минутах):</i>	20
<i>Объем новой информации (в минутах):</i>	70
<i>Практическая подготовка (в минутах):</i>	90
7. <i>Условия для проведения занятия:</i> аудитория кафедры, компьютер, мультимедийный проектор, раздаточный материал	
8. <i>Самостоятельная работа студента:</i> Изучение методического материала, работа с препаратами, клинические разборы.	
9. <i>Методы контроля полученных знаний и навыков:</i> Дискуссия по результатам выполнения задания. Оценка знаний по итоговым тестам.	
10. <i>Литература для проработки:</i> см. карту обеспеченности научно-методической литературой	

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

### МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

По дисциплине «Хирургия сосудов и ангиология»  
(наименование дисциплины)

Для специальности Педиатрия, 31.05.02  
(наименование и код специальности)

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, практических занятий, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, помещение для самостоятельной работы, а также помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования кафедры сердечно-сосудистой хирургии, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Александра Матросова, 22, лит. А, КДЦ 3 этаж

Учебные аудитории (25 м<sup>2</sup>)

Оснащены мебелью:

столы учебные – 10,

стол преподавателя – 1,

стулья – 41,

доска – 1,

телевизор – 1

компьютер – 1, с выходом в интернет

Набор методических материалов для занятий (печатных и электронных).

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

### ИННОВАЦИИ В ПРЕПОДАВАНИИ

По дисциплине «Хирургия сосудов и ангиология»  
(наименование дисциплины)

Для специальности Педиатрия, 31.05.02  
(наименование и код специальности)

К инновациям в преподавании дисциплины «Хирургия сосудов и ангиология» относится педагогическая технология и методика обучения «Портфолио». «Портфолио» представляет собой комплект документов, представляющий совокупность индивидуальных достижений студента. Создание «портфолио» - творческий процесс, позволяющий учитывать результаты, достигнутые студентом в разнообразных видах деятельности (учебной, творческой, социальной, коммуникативной) за время изучения дисциплины «Хирургия сосудов и ангиология».

Основная цель «портфолио» - помощь обучающемуся в самореализации как личности, как будущему специалисту, владеющему профессиональными знаниями, умениями, навыками и способным творчески решать организационные задачи.

Функциями «портфолио» является: отслеживание процесса учения, поддержка высокой мотивации студентов, формирование и организационное упорядочивание учебных умений и навыков.

Структура «портфолио» должна включать:

1. Конспект лекций.
2. Выполнение практических занятий для самостоятельной работы
3. Решение ситуационных задач
4. Информацию об участии в предметных конференциях
5. Реферат.

Оценка осуществляется по каждому разделу «портфолио».

«Портфолио» позволяет решать важные педагогические задачи:

- поддержать высокую учебную мотивацию обучающегося;
- поощрять их активность и самостоятельность;
- расширять возможности обучения и самообучения;
- формировать умение учиться – ставить цели, планировать и организовывать собственную учебную деятельность;

- использование папки личных достижений обучающегося (портфолио) позволяет в условиях рынка труда обучить студента и самостоятельному решению технических, организационных и управленческих проблем, умение представить себя и результаты своего труда.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНИКОВ И УЧЕБНЫХ ПОСОБИЙ,  
ИЗДАНЫХ СОТРУДНИКАМИ КАФЕДРЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

По дисциплине «Хирургия сосудов и ангиология»  
(наименование дисциплины)

Для специальности Педиатрия, 31.05.02  
(наименование и код специальности)

№ п/п	Название (кол-во стр. или печ. лист.)	Автор(ы)	Год издания	Издательство	Гриф	Примечание
1.	Лечение пациентов кардиологического профиля. Современные хирургические возможности («кардиохирургия для кардиологов») Том 1. Современное состояние и возможности кардиохирургии в лечении заболеваний сердца и сердечной недостаточности.	Г.Г.Хубулава, С.П.Марченко	2011	ГУП «Типография «Наука» Спб.		Монография
2.	Лечение пациентов кардиологического профиля. Современные хирургические возможности («кардиохирургия для кардиологов») Том 2. Хирургическое лечение сердечной недостаточности, обусловленной наличием пороков сердца.	НН,Шихвердиев, Г.Г.Хубулава, С.П.Марченко,	2011	ГУП «Типография «Наука» Спб.		Монография
3.	Лечение пациентов кардиологического профиля. Современные хирургические возможности («кардиохирургия для кардиологов») Том 3. Ишемическая болезнь сердца и ее хирургическое лечение.	С.П.Марченко, Н.Н.Шихвердиев, Г.Г.Хубулава,	2011	ГУП «Типография «Наука» Спб.		Монография

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

## ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА

По дисциплине	<u>«Хирургия сосудов и ангиология»</u> (наименование дисциплины)
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> (наименование и код специальности)

Воспитательный процесс на кафедре организован на основе рабочей программы «Воспитательная работа» ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России и направлен на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающихся на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в российском обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства, формирование у обучающихся чувства патриотизма, гражданственности, уважения к закону и правопорядку, человеку труда и старшему поколению, взаимного уважения, бережного отношения к культурному наследию и традициям многонационального народа Российской Федерации, природе и окружающей среде.

Воспитательная работа осуществляется в соответствии с отечественными традициями высшей школы и является неотъемлемой частью процесса подготовки специалистов.

Воспитание в широком смысле представляется как «совокупность формирующего воздействия всех общественных институтов, обеспечивающих передачу из поколения в поколение накопленного социально-культурного опыта, нравственных норм и ценностей».

Целью воспитания обучающихся ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России является разностороннее развитие личности с высшим профессиональным образованием, обладающей высокой культурой, интеллигентностью, социальной активностью, качествами гражданина-патриота.

Основная задача в воспитательной работе с обучающимися - создание условий для раскрытия и развития творческих способностей, гражданского самоопределения и самореализации, гармонизации потребностей в интеллектуальном, нравственном, культурном и физическом развитии.

Наиболее актуальными являются следующие задачи воспитания:

1. Формирование высокой нравственной культуры.
2. Формирование активной гражданской позиции и патриотического сознания, правовой и политической культуры.
3. Формирование личностных качеств, необходимых для эффективной профессиональной деятельности.

4. Привитие умений и навыков управления коллективом в различных формах студенческого самоуправления.
5. Сохранение и приумножение историко-культурных традиций университета, преемственность в воспитании студенческой молодежи.
6. Укрепление и совершенствование физического состояния, стремление к здоровому образу жизни, воспитание нетерпимого отношения к курению, наркотикам, алкоголизму, антиобщественному поведению.

Решить эти задачи возможно, руководствуясь в работе принципами:

- гуманизма к субъектам воспитания;
- демократизма, предполагающего реализацию системы воспитания, основанной на взаимодействии, на педагогике сотрудничества преподавателя и студента;
- уважения к общечеловеческим отечественным ценностям, правам и свободам граждан, корректности, толерантности, соблюдения этических норм;
- преемственности поколений, сохранения, распространения и развития национальной культуры, воспитания уважительного отношения, любви к России, родной природе, чувства сопричастности и ответственности за дела в родном университете.

На кафедре созданы оптимальные условия для развития личности обучающегося, где студентам оказывается помощь в самовоспитании, самоопределении, нравственном самосовершенствовании, освоении широкого круга социального опыта.

федеральное бюджетное государственное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней детского возраста им. Г.А.Баирова

ДИСТАНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ  
В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ  
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

По дисциплине	<u>«Хирургия сосудов и ангиология»</u> <small>(наименование дисциплины)</small>
Для специальности	<u>Педиатрия, 31.05.02</u> <small>(наименование и код специальности)</small>

В целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-COV2, Университет по рекомендации и в соответствии с указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации временно реализует образовательную программу с применением дистанционных методик обучения.

В условиях, когда невозможно осуществлять образовательный процесс в традиционной форме и традиционными средствами, существуют альтернативы. Альтернативные формы, методы и средства обучения не могут заменить традиционные и они требуют оптимизации и доработки, но в условиях форс-мажорных обстоятельств могут быть реализованы. Время преподавания на кафедре с применением дистанционных методик регламентируется приказами ректора Университета, решениями Ученого совета и Учебным планом.

При реализации образовательных программ с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в организации, осуществляющей образовательную деятельность, в Университете созданы условия для функционирования электронной информационно-образовательной среды, включающей в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы, совокупность информационных технологий, телекоммуникационных технологий, соответствующих технологических средств и обеспечивающей освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. (Федеральный закон от 29 декабря 2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).

Дистанционные образовательные технологии – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или частично опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника (ГОСТ 52653- 2006).

Под дистанционным обучением понимают взаимодействие обучающегося и преподавателя между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемое специфичными средствами Интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность. В настоящее время существуют и другие варианты этого термина: дистантное образование, дистанционное образование. При дистанционном

обучении основным является принцип интерактивности во взаимодействии между обучающимися и преподавателем.

Структура дистанционного обучения представлена на рисунке 1:



Рис. 1 Структура дистанционного обучения

Преподаватель (субъект) должен выбрать средства обучения, которые соответствуют потребностям объекта, что полностью отражает структуру дистанционного взаимодействия.

Основные отличительные черты дистанционного образования от традиционного заключаются в следующем:

1. Важной отличительной чертой дистанционного обучения является «дальнодействие», т.е. обучающийся и преподаватель могут находиться на любом расстоянии;
2. Экономическая эффективность, т.е. отсутствие транспортных затрат и затрат на проживание и т.п.

Введение дистанционного обучения в Университете позволило определить средства, с помощью которых оно реализуется: Zoom, Discord, Whereby, Skype, Moodle (модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда) и другие.

Электронная образовательная среда Moodle (ЭОС Moodle) – бесплатная система электронного обучения, с простым и понятным интерфейсом, надежная, адаптированная под различные устройства с различными операционными системами, которая дает возможность проектировать и структурировать образовательные курсы на усмотрение Университета и кафедры.