

Вопрос 1

При каком максимальном размере изолированной аневризмы дуги аорты у асимптомного пациента, без упоминания о наличие синдрома соединительнотканной дисплазии, должно рассматриваться хирургическое лечение?

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- | | |
|---|-------------|
| 1 | Более 55 мм |
| 2 | Более 40 мм |
| 3 | Более 45 мм |
| 4 | Более 50 мм |

В данном случае правильный ответ 1. Согласно рекомендациям по диагностике и лечению заболеваний аорты Европейского общества кардиологов (ЕОК) в 2014 году и рекомендация по диагностике и лечению пациентов с заболеваниями грудного отдела аорты Американского колледжа кардиологов (АКК) в 2010 году: Хирургическое лечение должно рассматриваться у пациентов, имеющих аневризму дуги аорты максимальным диаметром ≥ 55 мм или у больных с симптомами или признаками локальной компрессии. Нижние пороговые значения 40-45 мм могут рассматриваться у пациентов с дополнительными факторами риска, такими как доказанный синдром соединительнотканной дисплазии (синдром Марфана, синдром Элерса-Данло), семейный анамнез аневризм, расслоений аорты, артериальной гипертензии или увеличение диаметра аорты более 0,3 мм (согласно ЕОК) и/или более 0,5 мм (согласно АКК) за год.

Вопрос 2.

У пациента с диаметром аневризмы брюшного отдела аорты 40 мм должны быть рекомендованы следующие временные промежутки между визуализирующими исследованиями:

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | КТ каждый год |
| 2 | КТ каждые 2 года |
| 3 | КТ каждые 3 года |
| 4 | КТ через 6 месяцев |

В данном случае правильный ответ 2. На основе индивидуально-ориентированных мета-анализов трайлов и обсервационных исследований, представленных в рекомендациях по диагностике и лечению заболеваний аорты Европейского общества кардиологов (ЕОК) в 2014 году для аневризм брюшного отдела аорты диаметрами 30-39, 40-44 и 45-54 мм могут быть безопасно предложены интервалы обследования 3, 2 и 1 год, соответственно, в связи с низким риском разрыва у мужчин (<1%).

Вопрос 3.

Какой метод лечения предпочтителен для молодого пациента с синдромом соединительно-тканной

дисплазии (синдром Марфана) и наличием торакоабдоминальной аневризмы более 60 мм в диаметре?

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- 1 Протезирование всей нисходящей аорты с реплантацией ветвей
- 2 Эндопротезирование аорты с выполнением при необходимости дебринга
- 3 Наружное бандажирование расширенных участков аорты
- 4 Медикаментозная терапия

В данном случае правильный ответ 1. Согласно рекомендациям по диагностике и лечению заболеваний аорты Европейского общества кардиологов (ЕОК) в 2014 году, следует иметь в виду отсутствие информации о долгосрочных результатах эндоваскулярного лечения у молодых пациентов. В случаях синдрома Марфана операция более предпочтительна, чем TEVAR/эндоваскулярное лечение. Отсутствуют данные, поддерживающие использование TEVAR у пациентов с заболеваниями соединительной ткани, за исключением чрезвычайных ситуаций для достижения начальной стабилизации.

Вопрос 4.

Какие параметры соответствуют критериям “короткой” и “широкой” шейки для аневризмы нисходящего отдела аорты ? (соответственно):

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- 1 более 1,5см, менее 4,0см,
- 2 более 2,0см, более 4,0 см
- 3 менее 4,0 см, более 1,5 см
- 4 менее 1,5 см, более 4,0 см.

В данном случае правильный ответ 4. Согласно рекомендациям по лечению заболеваний нисходящего отдела аорты ЕОК в 2017 году, к критериям “короткой” и “широкой” шейки для аневризмы нисходящего отдела аорты относятся параметры менее 1,5 см в длину, более 4,0 см в ширину. При выявлении таких анатомических особенностей, рекомендуется отдавать предпочтение в пользу открытого хирургического лечения для конкретного пациента.

Вопрос 5.

“Золотым стандартом” в диагностике аневризм аорты любой локализации после скрининга является:

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- 1 прямая ангиография.
- 2 МРТ-грудного отдела в ангиорежиме

-
- 3 КТ-панаортография,
-
- 4 КТ-грудного отдела аорты
-

В данном случае это правильный ответ 3. Согласно всем опубликованным рекомендациям по лечению аневризм ЕОК и АКК, метод компьютерной томографии с введением контрастного вещества является наиболее специфичным и чувствительным в диагностике аневризм аорты различных локализаций, в основном с целью определения точных размеров аневризмы и планирования того или иного вида хирургического лечения. Кроме того, зачастую наличие аневризмы брюшного отдела аорты не исключает наличие расширения в грудном отделе, а при планировании эндоваскулярного вида лечения требуются параметры подвздошного сегмента в качестве доступов при имплантации стент-графта. В связи с этим, с целью уменьшения лучевой нагрузки и дозы вводимого контраста, рекомендуется выполнение компьютерной томографии сразу всей аорты.

Вопрос 6.

При наличии у пациента показаний к плановому открытому протезированию торакоабдоминальной аорты и гемодинамически значимых поражений коронарных артерий какую наиболее оптимальную стратегию лечения необходимо выбрать?

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

-
- 1 Реваскуляризация коронарных артерий перед хирургическим лечением аневризмы
-
- 2 Выполнить одномоментную операцию АКШ с резекцией аневризмы
-
- 3 Выполнение реконструкции аорты на оптимальной медикаментозной терапии
-

В данном случае правильный ответ 1. Согласно рекомендациям по лечению заболеваний нисходящего отдела аорты ЕОК в 2017 году пациенты с ишемической болезнью сердца (при наличии доказанного поражения коронарных артерий) должны рассматриваться на реваскуляризацию миокарда первым этапом (уровень и класс доказательности Па, С), в связи с высоким риском развития кардиальных осложнений

Вопрос 7.

Методом выбора лечения пациента с разрывом аневризмы нисходящего грудного отдела аорты без вовлечения ветвей дуги аорты является:

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

-
- 1 гибридное хирургическое лечение
-
- 2 технология PETTICOAT
-
- 3 TEVAR
-
- 4 открытое протезирование грудного отдела аорты
-

В данном случае правильный ответ 3. Согласно рекомендациям по лечению заболеваний нисходящего отдела аорты ЕОК в 2017 году для пациентов с разрывом аневризмы нисходящего отдела аорты

эндоваскулярное лечение должно рассматриваться в первую очередь (уровень и класс доказательности I B) в связи с меньшим риском летальности и развития осложнений.

Вопрос 8.

Какая считается наиболее оптимальная тактика при остром расслоении аорты типа B по Stanford, осложненном плохо контролируемым артериальным давлением?

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- 1 TEVAR + оптимальная медикаментозная терапия
- 2 Открытое протезирование нисходящего отдела аорты
- 3 Продолжение только оптимальной медикаментозной терапии
- 4 Только TEVAR

В данном случае правильный ответ 1. Согласно рекомендациям по лечению заболеваний нисходящего отдела аорты ЕОК в 2017 году медикаментозную терапию, направленную в основном на купирование болевого синдрома и снижение артериального давления, необходимо проводить всем пациентам с расслоением аорты (уровень и класс доказательности I C). При осложненном РА типа B рекомендуется выполнение TEVAR (уровень и класс доказательности I C), что способствует тромбозу ложного канала, стабилизации стенки аорты, предотвращая прогрессирование расслоения.

Вопрос 9.

При риске перекрытия стент-графтом левой подключичной артерии при аневризме дуги аорты в зоне 2 (по классификации Ishimaru) и недоступности браншированного/фенестрированного стент-графта какой вариант лечения следует выбрать?

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- 1 Проходимостью левой подключичной артерией возможно пренебречь
- 2 Предварительную транспозицию левой подключичной артерии в левую общую сонную артерию
- 3 Выполнение предварительного сонно-сонно-подключичного шунтирования синтетическим протезом
- 4 Следует рассмотреть открытое хирургическое лечение в описанном случае

В данном случае это правильный ответ 2. Согласно рекомендациям ЕОК по диагностике и лечению заболеваний аорты: транспозиция ветвей дуги аорты и TEVAR в определенных клинических ситуациях могут рассматриваться в качестве альтернативы традиционной хирургической операции, особенно когда нежелательно подвергать пациента гипотермическому циркуляторному аресту. А с целью увеличения проксимальной зоны фиксации целесообразно выполнение экстраанатомического шунтирования ветвей дуги аорты, придерживаясь зонального принципа (уровень и класс доказательности I C)

Вопрос 10 (Задача).

Мужчина 48 лет экстренно госпитализирован в реанимационное отделение с представлением об ОКС. Жалобы на боли в межлопаточной области с иррадиацией в поясницу и живот, онемение ступней. Из

истории заболевания известно, что боли развились остро на фоне физической нагрузки и высокого артериального давления (АД) (180/100 мм.рт.ст). В анамнезе некорригированная гипертоническая болезнь. «Рабочие» значения АД 160-170/100 мм.рт.ст. Бригадой скорой медицинской помощи купирована артериальная гипертензия, после чего отметил уменьшение выраженности болевого синдрома, доставлен в стационар. Из сопутствующей патологии, хроническая обструктивная болезнь легких, вне обострения, длительное течение сахарного диабета тип 2. Факторы риска: курение более 1,5 пачек в сутки, ожирение 2 ст, дислипидемия. Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. Видимые слизистые и кожные покровы без особенностей, бледные. Пульс 92/мин, ритмичный, симметричный, напряжён. АД 100/60 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом поколачивания по пояснице безболезненный. Стопы бледные холодные с замедленными сосудистыми реакциями. Чувствительность значительно снижена. Активные и пассивные движения в полном объёме. Пульсация артерий не определяется на всех уровнях справа и слева. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику у представленного пациента и какие первоочередные исследования необходимо выполнить?

Выберите наиболее верный ответ из предложенных.

Варианты

- 1 Острое расслоение аорты, ТЭЛА, инфаркт миокарда;
МСКТ-панаортография, ЭХО-кардиография
- 2 ТЭЛА, группа заболеваний “острый живот”, почечная колика;
МРТ органов брюшной полости, рентген органов грудной клетки
- 3 Инфаркт миокарда, ТЭЛА, острое нарушение мозгового кровообращения;
МРТ головного мозга, УЗДС брахиоцефальных артерий
- 4 Острое расслоение аорты, мезентериальный тромбоз, спонтанный пневмоторакс;
МСКТ-панаортография, рентген органов грудной клетки

Правильный ответ 1. При поступлении пациента в стационар с болевым синдромом неясной этиологии, развившимся резко на фоне физической нагрузки и высоких цифр артериальной гипертензии, необходимо в первую очередь исключать острое расслоение аорты, инфаркт миокарда и тромбоэмболию легочных артерий (при сопутствующих симптомах дыхательной недостаточности). Согласно рекомендациям по диагностике и лечению заболеваний аорты Европейского общества кардиологов (ЕОК) в 2014 году у стабильных пациентов с подозрением на острый аортальный синдром рекомендуется проведение следующих диагностических методов в соответствии с их доступностью и опытом специалистов: МСКТ панаортографии (I-C) и (ЧП)-ЭхоКГ (IIa-C).