

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины
имени Н.В. Склифосовского
Кафедра госпитальной хирургии
Кафедра госпитальной хирургии №2

Методические материалы по дисциплине:

Госпитальная хирургия

основная профессиональная образовательная программа высшего
профессионального образования – программа специалитета

310000 клиническая медицина

310501 лечебное дело

Тестовые задания для прохождения ЦТ

1. У СТАБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ СЛЕДУЮЩЕГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО МЕТОДА, ЕСЛИ ТАКОВОЙ ДОСТУПЕН
 - A. КТ/МРТ+
 - B. Чреспищеводная эхокардиография
 - C. аортография
 - D. рентгенография груди
2. РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ ЗАХВАТЫВАЕТ КОРЕНЬ И ВОСХОДЯЩУЮ АОРТУ. КАКОЙ ЭТО ТИП РАССЛОЕНИЯ ПО ДЕ БЕЙКИ?
 - A. тип 1+
 - B. тип 2
 - C. тип 3
 - D. такого типа в данной классификации нет
3. ВОВЛЕЧЕНИЕ В РАССЛОЕНИЕ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ СООТВЕТСТВУЕТ ТИПУ ПО СТЭНФОРДУ
 - A. b +
 - B. a
 - C. c
 - D. d
4. ПРИ КАКОМ ТИПА РАССЛОЕНИЯ ПО СТЭНФОРДУ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ АОРТАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ?
 - A. a +
 - B. b
 - C. c
 - D. d
5. КАКАЯ ИЗ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ ТИПА А?
 - A. операция Дэвида +
 - B. операция Никайдо
 - C. операция Рашкина
 - D. протезирование брюшной аорты
6. КАКАЯ ИЗ ОПЕРАЦИЙ МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ ТИПА В?
 - A. TEVAR +
 - B. операция Якуба
 - C. операция Бенталла
 - D. супракоронарное протезирование восходящей аорты
7. РАССТРОЙСТВО АКТА ГЛОТАНИЯ, ПРЕПЯТСТВУЮЩЕЕ ПРОДВИЖЕНИЮ ЖИДКОСТИ, ТВЕРДОЙ ПИЩИ ИЛИ ОДНОВРЕМЕННО И ТОГО, И ДРУГОГО ОТ ГЛОТКИ ДО ЖЕЛУДКА НАЗЫВАЕТСЯ
 - A. Дисфагия +
 - B. Афагия
 - C. Дистония
 - D. Афония
8. НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ДИСФАГИИ
 - A. Орофагингеальная, эзофагеальная и сочетанная +
 - B. Полная, средняя и неполная
 - C. Глоточная
 - D. Пищеводная
9. СРЕДИ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ДИСФАГИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ВЫДЕЛЯЮТ
 - A. Ахалазия +
 - B. Рак пищевода-желудочного перехода

- С. Терминальная стадия рака выходного отдела желудка
D. Бронхо-пульмональный свищ
10. СИМПТОМ «ДИСФАГИЯ» ОБОЗНАЧАЕТ:
A. **Ощущение затруднения при прохождении пищи +**
B. Охриплость голоса
C. Чувство жжения за грудиной
D. Боль при глотании и прохождении пищи по пищеводу
11. ПО УРОВНЮ ЛОКАЛИЗАЦИИ ДИСФАГИЮ МОЖНО РАЗДЕЛИТЬ НА:
A. **Ротоглоточную и пищеводную**
B. Верхнюю, среднюю и нижнюю
C. Глоточную, грудную и абдоминальную
D. Пищеводную и желудочную
12. ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ ДИСФАГИЯ ДЕЛИТСЯ НА:
A. **Постоянную, интермиттирующую и прогрессирующую +**
B. Постоянную и непостоянную
C. Впервые выявленную и постоянную
D. Вяло текущую и прогрессирующую
13. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ДИСФАГИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СЧИТАЕТСЯ:
A. **Воспалительные заболевания мышц, наличие соединительнотканых мембран и кольцевидных образований +**
B. Расстройства центральной нервной системы (ЦНС)
C. Инсульт
D. Болезнь Паркинсона
14. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ДИСФАГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СЧИТАЕТСЯ:
A. **Расстройства ЦНС, включая инсульт, болезнь Паркинсона и старческую деменцию+**
B. Миозиты
C. Аневризма аорты;
D. Ахалазия кардии.
15. ОСТРЫЙ ЖИВОТ – ЭТО ОСТРО ВОЗНИКШЕЕ СОСТОЯНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ПАТОЛОГИЕЙ ИЛИ ПОВРЕЖДЕНИЕМ:
A. **органов брюшной полости+**
B. органов брюшной полости и забрюшинного пространства
C. органов живота
D. органов живота и полости малого таза
16. ОСТРЫЙ ЖИВОТ – ЭТО ОСТРО ВОЗНИКШЕЕ СОСТОЯНИЕ, ЗНАМЕНУЮЩЕЕСЯ ВНЕЗАПНОЙ ИЛИ ПОСТЕПЕННО РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ:
A. **болью в животе+**
B. напряжением мышц брюшного пресса
C. вздутием живота
D. общей слабостью
17. ОСТРЫЙ ЖИВОТ – ЭТО ОСТРО ВОЗНИКШЕЕ СОСТОЯНИЕ, НЕ ИМЕЮЩЕЕ ЧЕТКОЙ ...
A. **клинической картины+**
B. локализации
C. периодичности
D. хронологии развития
18. ОСТРЫЙ ЖИВОТ – ЭТО ОСТРО ВОЗНИКШЕЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИВОДЯЩЕЕ К ...
A. угрожающим жизни процессам в организме человека
B. разнообразным осложнениям
C. инвалидности
D. хронизации патологии органов брюшной полости
19. ОСТРЫЙ ЖИВОТ – ЭТО ОСТРО ВОЗНИКШЕЕ СОСТОЯНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ...
A. **экстренной госпитализации+**

- В. срочного обращения в поликлинику
 - С. тщательного обследования
 - Д. безотлагательной симптоматической терапии
20. ОСТРЫЙ ЖИВОТ – ЭТО ОСТРО ВОЗНИКШЕЕ СОСТОЯНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ВЫПОЛНЕНИЯ:
- А. хирургического вмешательства для устранения причины заболевания+**
 - В. полного обследования, включая КТ и МРТ
 - С. своевременных назначений лекарственных препаратов для купирования жалоб
 - Д. инфузионных и инъекционных процедур
21. КАКОЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ В ТРУДНЫХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СЛУЧАЯХ (ВОСПАЛЕНИЕ, ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА)?
- А. диагностическая лапароскопия+**
 - В. ультразвуковая диагностика
 - С. МРТ с контрастированием
 - Д. компьютерная томография
22. ХИРУРГУ ПРИХОДИТСЯ ПРИМЕНЯТЬ СВОИ ЗНАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ:
- А. пограничных с хирургией заболеваний+**
 - В. сопутствующей патологии
 - С. психологического состояния пациентов
 - Д. последствий профессиональных вредностей
23. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИЧИНАМИ «ОСТРОГО ЖИВОТА» ЯВЛЯЮТСЯ ОСТРЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:
- А. воспалительного характера+**
 - В. спастической этиологии
 - С. инфекционной этиологии
 - Д. вследствие нарушения кровообращения
24. РАЗДЕЛЕНИЕ ПО ОБЛАСТЯМ (В ВЕРХНЕЙ, СРЕДНЕЙ ИЛИ НИЖНЕЙ ЧАСТИ ЖИВОТА) ПРИ СИНДРОМЕ БОЛЕЙ В ЖИВОТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. Неспецифическим+**
 - В. обязательным
 - С. селективным
 - Д. избирательным
25. АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМ НАЧИНАЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ПРИ:
- А. Повышение внутрибрюшного давления более 7 мм рт. ст.+**
 - В. Повышение внутрибрюшного давления более 2 мм рт. ст.
 - С. Повышение внутриплеврального давления 6 мм рт. ст.
 - Д. Повышение давления внутри кишечной трубки
26. АБДОМИНАЛЬНОЕ ПЕРФУЗИОННОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ НЕ МЕНЕЕ:
- А. 60 мм рт. ст.+**
 - В. 50 мм рт. ст.
 - С. 100 мм рт. ст.
 - Д. 30 мм рт. ст.
27. ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ ИЗМЕРЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ:
- А. Внутримочепузырное измерение+**
 - В. Измерение с помощью внутривенного катетера установленного в нижней полой вене
 - С. С помощью катетера желудочного зонда
 - Д. С помощью силиконового дренажа установленного в брюшной полости
28. ОСНОВНЫМ ПРЕДИКТОРОМ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А. Снижение абдоминального перфузионного давления ниже 60 мм рт. ст.+**
 - В. Повышение абдоминального перфузионного давления выше 60 мм рт. ст.
 - С. Повышение внутримочепузырного давления более 5 мм. рт. ст.
 - Д. Снижение внутричерепного давления ниже 10 мм рт. ст.
29. ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМЕ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- A. **Высокое стояние купола диафрагмы, ателектазы нижних долей легких+**
 - B. Воспалительная инфильтрация верхних долей легких
 - C. Левосторонний гидроторакс
 - D. Тотальное затенение легочных полей
30. ПОКАЗАНИЕМ К НАЛОЖЕНИЮ ДЕКОМПРЕССИОННОЙ ЛАПАРОСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ БОЛЕЕ:
- A. **Внутрибрюшное давление более 25 мм рт. ст. и стойкая полиорганная дисфункция+**
 - B. Полиорганная дисфункция
 - C. Сильное вздутие живота и отсутствие перистальтических шумов
 - D. Напряженный асцит
31. ОСНОВНЫМ, НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКОМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТА, ОСЛОЖНИВШЕГО РАЗВИТИЕМ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМА, ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. **Лапаротомия с последующей санацией брюшной полости, наложением лапаростомы с вакуумно-аспирационной системой+**
 - B. Лапаротомия с последующей санацией, дренированием брюшной полости и послойным ушиванием раны передней брюшной стенки
 - C. Видеолапароскопия с ревизией брюшной полости и последующим дренированием 3-мя дренажами под визуальным контролем
32. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА АБДОМИНАЛЬНЫЙ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМ И НАЛИЧИЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ ИЛИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ИЗМЕРИТЬ ВНУТРИБРЮШНОЕ ДАВЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНИТЬ:
- A. **Диагностическую лапаротомию+**
 - B. Наложить цистостому с последующим измерением внутрибрюшного давления через мочевого пузыря
 - C. Диагностическую видеолапароскопию
 - D. Диагностическую видеолапароскопию с последующим переходом в лапаротомию
33. ПЕРВЫМ ШАГОМ В ЛЕЧЕНИЕ АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМА НЕОБХОДИМО:
- A. **Установка назогастрального зонда, газоотводной трубки, устранение внешней компрессии живота и назначение прокинетиков+**
 - B. Выполнить КТ брюшной полости
 - C. Назначить мышечные релаксанты и полностью отменить энтеральное питание
 - D. Назначить вазопрессоры с целью поддержки абдоминального перфузионного давления
34. В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО ПРОИСХОДИТ РАЗВИТИЕ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМЕ:
- A. **Уменьшение дыхательного объема из-за высокого стояния купола диафрагмы за счет вздутия петель кишечника, уменьшения экскурсии грудной и функционирующих альвеол+**
 - B. Угнетение дыхательного центра
 - C. Двухсторонней внутрибольничной полисегментарной пневмонии
 - D. Резкого снижения абдоминального перфузионного давления
35. КАКАЯ ФОРМА ГЕМОРРОЯ ОТСУТСТВУЕТ В КЛАССИФИКАЦИИ:
- A. **Сочетанный+**
 - B. Внутренний
 - C. Наружный
 - D. Комбинированный
36. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ТЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ БЫВАЕТ:
- A. **Хроническое+**
 - B. Подострое
 - C. Обострение
 - D. Рецидивирующее
37. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ С ТРОМБОЗОМ УЗЛОВ БЕЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ:
- A. **1+**

- В. 2
С. 3
D. 4
38. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ С ТРОМБОЗОВ УЗЛОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ:
A. 2+
В. 1
С. 3
D. 4
39. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ОСТРОГО ГЕМОРРОЯ С ТРОМБОЗОВ УЗЛОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И ПЕРЕХОДОМ НА ПОДКОЖНУЮ КЛЕТЧАТКУ:
A. 3+
В. 4
С. 1
D. 2
40. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ БЕЗ ВЫПАДЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ:
A. 1+
В. 2
С. 3
D. 4
41. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ И ИХ САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ ВПРАВЛЕНИЕМ:
A. 2+
В. 1
С. 3
D. 4
42. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ИХ РУЧНОГО ВПРАВЛЕНИЯ:
A. 3+
В. 1
С. 2
D. 4
43. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С ПОСТОЯННЫМ ВЫПАДЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ГЕМОРРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ И НЕВОЗМОЖНОСТЬЮ ИХ ВПРАВЛЕНИЯ:
A. 4+
В. 1
С. 2
D. 3
44. КАКАЯ ЖАЛОБА НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ГЕМОРРОЯ:
A. Лихорадка+
В. Зуд
С. Кровотечение
D. Боль в анальной области
45. ФОРМИРОВАНИЕ ИСТИННОГО И ЛОЖНОГО ПРОСВЕТА АОРТЫ ПРИ ОСТРОМ АОРТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО СОСТОЯНИЯ
A. расслоение аорты+
В. интрамуральная гематома
С. пенетрирующая аортальная язва
D. разрыв аорты
46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОСТРОМ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ
A. резкая и сильная боль в груди+
В. гипотония
С. обмороки

- D. шок
47. **НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ФАКТОРОМ РИСКА РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ**
- A. артериальная гипертензия+**
- B. курение
- C. возраст
- D. физические нагрузки
48. **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ СЛОЙ АОРТЫ, КОТОРЫЙ ВОВЛЕКАЕТСЯ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОМ АОРТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ**
- A. Медиа+**
- B. интима
- C. адвентиция
- D. все кроме адвентиции
49. **ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ДИСФАГИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- A. Скопление пищи во рту, невозможность ее проглотить;+**
- B. Неприятные ощущения за грудиной или в области мечевидного отростка;
- C. Чувство тяжести в эпигастральной области;
- D. Боли в грудной клетке, иррадиирующие в левую руку.
50. **ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПИЩЕВОДНОЙ ДИСФАГИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- A. Ощущение затрудненного прохождения пищи с ретростернальной локализацией или в области мечевидного отростка;+**
- B. Опоясывающие боли в области эпигастрия;
- C. Изжога;
- D. Ночной кашель.
51. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИСФАГИИ ЛУЗОРИЯ (LUSORIA) ЯВЛЯЕТСЯ:**
- A. Сдавлением пищевода аномально расположенным сосудом (добавочной правой подключичной артерией, отходящей слева от дуги аорты);+**
- B. Инородное тело пищевода;
- C. Эктопией слизистой желудка в шейном отделе пищевода;
- D. Переломом подъязычной кости.
52. **ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ЭТО:**
- A. состояние организма, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава артериальной крови+**
- B. ощущение пациентом одышки, нехватки воздуха
- C. состояние организма, всегда требующее проведения искусственной вентиляции легких
- D. симптомокомплекс, проявляющийся одышкой, кашлем, шумным дыханием, кровохарканьем
53. **ПАРЦИАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ КИСЛОРОДА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:**
- A. 80-95 мм рт.ст.+**
- B. 35-45 мм рт.ст.
- C. 95-100 мм рт.ст.
- D. 45-65 мм рт.ст.
54. **ПАРЦИАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ УГЛЕКИСЛОГО ГАЗА В АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:**
- A. 35-45 мм рт.ст.+**
- B. 95-100 мм рт.ст.
- C. 45-65 мм рт.ст.
- D. 25-45 мм рт.ст.
55. **К ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ:**
- A. Гидроторакс+**
- B. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- C. Периферический рак легкого
- D. Тромб в ушке левого предсердия

56. К РЕСТРИКТИВНОЙ ПРИЧИНЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ОТНОСИТСЯ:
- A. Гигантская опухоль гемиторакса+
 - B. ТЭЛА
 - C. Хроническая обструктивная болезнь легких
 - D. Бронхоспазм
57. ПО ПАТОГЕНЕЗЫ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА:
- A. Гипоксическую и гиперкапническую+
 - B. Острую и хроническую
 - C. Гипокапническую и гиперкапническую
 - D. Гипоксическую и ацидотическую
58. НОРМАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ НАСЫЩЕНИЯ КРОВИ КИСЛОРОДОМ СОСТАВЛЯЕТ:
- A. 95-100%+
 - B. 94-100%
 - C. 92-99%
 - D. 92-100%
59. ПРИ ВНЕШНЕМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА СИМПТОМОВ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ДЫХАТЕЛЬНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. Вынужденное положение +
 - B. Сатурация менее 90%
 - C. Повышенное артериальное давление
 - D. Наличие трахеостомической трубки
60. УКАЖИТЕ НОРМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ pH КРОВИ:
- A. 7,38+
 - B. 7,52
 - C. 7,34
 - D. 7,5
61. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА pH 7,32 и P_{aCO_2} 47 мм рт. ст., ТО У ПАЦИЕНТА:
- A. Дыхательный ацидоз+
 - B. Дыхательный алкалоз
 - C. Метаболический ацидоз
 - D. Метаболический алкалоз
62. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ
63. ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ?
- A. Тромбоз +
 - B. Эмболия,
 - C. Травма сосуда,
 - D. Спазм сосуда.
64. ИСТОЧНИКОМ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ, ЧТО?
- A. Заболевания сердца,+
 - B. Заболевания легких,
 - C. Заболевания печени,
 - D. Заболевания сосудов.
65. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЭМБОЛИИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ?
- A. Острое, внезапное появление болей,+
 - B. Постепенное развитие болей,
 - C. Рецидивирующие боли,
 - D. Отсутствие болей.
66. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ГОВОРIT О ПЛОХОМ ПРОГНОЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ?
- A. Развитие субфасциального отека,+
 - B. Бледность кожных покровов,
 - C. Отсутствие пульсации периферических артерий,
 - D. Парез конечности.

67. КАКОЙ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СКРИНИНГОВЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ?
- А. Ультразвуковое ангиосканирование,+**
В. КТ – ангиография,
С. МР – ангиография,
D. Инвазивная рентгенконтрастная ангиография.
68. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 2А СТАДИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ (ЗАТЕВАХИНА И.И.)?
- А. Парез конечности,+**
В. Паралич конечности,
С. Наличие субфасциального отека,
D. Дистальная контрактура конечности.
69. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 2Б СТАДИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ (ЗАТЕВАХИНА И.И.)?
- А. Паралич конечности,+**
В. Парез конечности,
С. Наличие субфасциального отека,
D. Полная контрактура конечности.
70. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ 2В СТАДИИ ОСТРОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ (ЗАТЕВАХИНА И.И.)?
- А. Наличие субфасциального отека,+**
В. Паралич конечности,
С. Парез конечности,
D. Полная контрактура конечности.
71. КЛЕТЧАТКА, ЗАМЕЩАЮЩАЯ ВИЛОЧКОВУЮ ЖЕЛЕЗУ У ВЗРОСЛЫХ, НАХОДИТСЯ:
- А. Верхнем средостении+**
В. Переднем средостении
С. Среднем средостении
D. Заднем средостении
72. ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПИЩЕВОДА ИМЕЕТ РАСПОЛОЖЕНИЕ:
- А. В заднем средостении+**
В. В среднем средостении
С. В переднем средостении
D. Во всех перечисленных отделах средостения
73. ДИАФРАГМА ИМЕЕТ СУХОЖИЛЬНЫЙ ЦЕНТР, ЧЕРЕЗ КОТОРЫЙ ПРОХОДИТ:
- А. Нижняя полая вена, аорта+**
В. Грудной проток
С. Пищевод
D. Непарная вена
74. НАДГОРТАННИКОМ ЗАКРЫВАЕТСЯ:
- А. Вход в гортань+**
В. Вход в пищевод
С. Вход в трахею
D. Вход в носоглотку
75. В НОРМЕ ДЛЯ АКТА ДЫХАНИЯ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ДАВЛЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ:
- А. меньше атмосферного +**
В. больше атмосферного
С. равно атмосферному
D. нет верного ответа
76. В ПОКОЕ ВДОХ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПОМОЩИ МЫШЦ:
- А. диафрагмы и наружных межреберных мышц+**
В. лестничных мышц
С. внутренних межреберных мышц

- D. мышц живота
77. К МЕДАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ КОРНЯ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО СЗАДИ ПРИЛЕЖИТ:
- A. Грудной отдел аорты +**
- B. Грудной отдел пищевода
- C. Грудной проток
- D. Непарная вена
78. МАГИСТРАЛЬНЫЕ ЛЁГОЧНЫЕ СОСУДЫ И БРОНХ ВОРОТАХ ПРАВОГО ЛЁГКОГО ПРИ НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ РАСПОЛАГАЮТСЯ СВЕРХУ-ВНИЗ (ОТ ГОЛОВЫ К НОГАМ):
- A. Бронх, артерия, вены +**
- B. Артерия, бронх, вены
- C. Вены, бронх, артерия
- D. Нет правильного ответа
79. МАГИСТРАЛЬНЫЕ ЛЁГОЧНЫЕ СОСУДЫ И БРОНХ ВОРОТАХ ЛЕВОГО ЛЁГКОГО ПРИ НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ РАСПОЛАГАЮТСЯ СВЕРХУ-ВНИЗ (ОТ ГОЛОВЫ К НОГАМ):
- A. Артерия, бронх, вены +**
- B. Бронх, артерия, вены
- C. Вены, бронх, артерия
- D. Нет правильного ответа
80. ЧАЩЕ ВСЕГО ЖИДКОСТНОЕ СОДЕРЖИМОЕ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВОЗМОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ В:
- A. Рёберно-диафрагмальном+**
- B. Рёберно-медиастинальном
- C. Позвоночно-медиастинальном
- D. Позвоночно-реберном
81. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЯЕТ ТЕЧЕНИЕ:
- A. бронхоэктатической болезни +**
- B. пневмонии
- C. хронического бронхита
- D. абсцесса легкого
82. НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ И СТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. введение этамзилата натрия +**
- B. введение сердечных гликозидов
- C. введение седативных препаратов
- D. установка зонда Блэкмора
83. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. пенистая кровь алого цвета +**
- B. выделение «ржавой» мокроты
- C. выделение крови темно-красного цвета
- D. длительный статус курения в анамнезе
84. ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ЭТО:
- A. излияние крови в просвет трахеобронхиального дерева в результате патологического процесса, затрагивающего бронхолегочные структуры+**
- B. воспаление легких, вызванное бактериями, вирусами или грибами
- C. необратимые морфологические изменения (расширение, деформация) и функциональная неполноценность бронхов, приводящие к хроническому нагноительному заболеванию легких
- D. скопление крови в плевральной полости, которое может быть вызвано кровотечением из сосудов, располагающихся в легких
85. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ПОЛОСТИ РТА ПОКАЗАНА КОНСУЛЬТАЦИЯ:
- A. ЛОР-врача+**

- В. невролога
 - С. челюстно-лицевого хирурга
 - Д. стоматолога
86. ПРИ IА СТЕПЕНИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ СОСТАВЛЯЕТ:
- А. 50 мл/сутки +**
 - В. 200-500 мл/сутки
 - С. 100 мл/сутки
 - Д. 1000 мл/сутки
87. ПРИ IБ СТЕПЕНИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ СОСТАВЛЯЕТ:
- А. 50-200 мл/сутки +**
 - В. 200-500 мл/сутки
 - С. 100 мл/сутки
 - Д. 1000 мл/сутки
88. ПРИ IВ СТЕПЕНИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ СОСТАВЛЯЕТ :
- А. 200-500 мл/сутки +**
 - В. 100 мл/сутки
 - С. 1000 мл/сутки
 - Д. 50 мл/сутки
89. ПРИ IIА СТЕПЕНИ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ОБЪЕМ КРОВОПОТЕРИ СОСТАВЛЯЕТ:
- А. 30-200 мл/час+**
 - В. 5 мл/час
 - С. 1000 мл/час
 - Д. 50 мл/сутки
90. ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ:
- А. IIБ степени+**
 - В. IБ степени
 - С. IВ степени
 - Д. IIА степени
91. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОКРАШИВАНИЕ В ЖЁЛТЫЙ ЦВЕТ КОЖИ, СКЛЕР И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ:
- А. непроходимости желчевыводящих протоков+**
 - В. тромбоза воротной вены
 - С. хронической сердечной недостаточности
 - Д. гемолиза эритроцитов
92. ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОКРАШИВАНИЕ В ЖЁЛТЫЙ ЦВЕТ КОЖИ, СКЛЕР И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК ПРОИСХОДИТ ВСЛЕДСТВИЕ:
- А. Гипербилирубинемии+**
 - В. ферментемии
 - С. гипергликемии
 - Д. гиперхолестеринемии
 - Е. гиперазотемии
93. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ВОЗНИКАЕТ ПРИ БЛОКЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ НА РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ, ПРЕПЯТСТВУЮЩЕМ:
- А. оттоку желчи+**
 - В. оттоку крови
 - С. выделению секрета поджелудочной железы
 - Д. току лимфы по висцеральным лимфоузлам
94. В ОСНОВЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ ЛЕЖИТ МЕХАНИЧЕСКОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ ОТТОКУ ЖЕЛЧИ ИЗ:
- А. Печени+**
 - В. желчного пузыря
 - С. поджелудочной железы

- D. правильно все
95. В ОСНОВЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ ЛЕЖИТ МЕХАНИЧЕСКОЕ ПРЕПЯТСТВИЕ ОТТОКУ ЖЕЛЧИ В:
- A. двенадцатиперстную кишку+**
- B. желудок
- C. тощую кишку
- D. желчный пузырь
96. УЧИТЫВАЯ ЗАМЕДЛЕНИЕ ИЛИ ПРЕКРАЩЕНИЕ ПАССАЖА ЖЕЛЧИ ПО ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИМ ПУТЯМ, КАКОЙ СИНОНИМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ СООТВЕТСТВУЕТ ЕЕ ПАТОГЕНЕЗУ?
- A. Застойная+**
- B. печеночная
- C. гемолитическая
- D. холангиогенная
97. К КАКОМУ ВИДУ ЖЕЛТУХИ ОТНОСИТСЯ МЕХАНИЧЕСКАЯ В СООТВЕТСТВИИ С ОБЩЕПРИНЯТОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРЕПЯТСТВИЯ ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЮ?
- A. Подпеченочная+**
- B. печеночная
- C. надпеченочная
- D. интермиттирующая
98. КАКОЙ ВИД МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ, КРОМЕ ПОЛНОЙ И НЕПОЛНОЙ?
- A. интермиттирующая +**
- B. подпеченочная
- C. печеночная
- D. надпеченочная
99. КАКУЮ ВЫДЕЛЯЮТ МЕХАНИЧЕСКУЮ ЖЕЛТУХУ, С УЧЕТОМ ЕЕ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА, ПОМИМО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ?
- A. Злокачественная+**
- B. паренхиматозная
- C. острая
- D. хроническая
100. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ БИЛИРУБИНА ЧЕРЕЗ ГЕМАТОЭНЦЕФАЛИЧЕСКИЙ БАРЬЕР У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ?
- A. печеночная энцефалопатия+**
- B. гидроцефалия
- C. серозный менингит
- D. энцефалит
101. НАИБОЛЬШЕЕ ТОКСИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ БИЛИРУБИН ОКАЗЫВАЕТ НА КЛЕТКИ:
- A. центральной нервной системы+**
- B. альвеол
- C. желудка
- D. кожных покровов и слизистых
102. ТРУДНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОБУСЛОВЛЕННЫ ТЯЖЕЛЫМ ИСХОДНЫМ СОСТОЯНИЕМ БОЛЬНЫХ, ПОСКОЛЬКУ ХОЛЕСТАЗ, ЖЕЛЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И РАЗВИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ЭТОМ СИМПТОМОКОМПЛЕКС ХОЛЕМИЯ ВЫЗЫВАЮТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К БЫСТРОМУ РАЗВИТИЮ:
- A. печеночной недостаточности+**
- B. надпочечниковой недостаточности
- C. легочной недостаточности
- D. сердечной недостаточности

103. ИССЛЕДОВАНИЕ КАКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ИМЕЕТ НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПРОБ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ?

- А. уровень билирубина+**
- В. уровень амилазы
- С. уровень С-реактивного белка
- Д. уровень глюкозы

104. В НАРУШЕНИИ ЭКСКРЕЦИИ КАКОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНЫЙ ТРАКТ СОСТОИТ МЕХАНИЗМ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ?

- А. Прямой+**
- В. непрямой
- С. общий
- Д. все перечисленное

105. ПОВЫШЕНИЕ КАКОЙ ФРАКЦИИ БИЛИРУБИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ КАК ОПУХОЛЕВОГО, ТАК И ДРУГОГО ГЕНЕЗА?

- А. Конъюгированной+**
- В. неконъюгированной
- С. общей
- Д. все перечисленное

106. ГРАНИЦЕЙ МЕЖДУ ВЕРХНИМИ И НИЖНИМИ ДЫХАТЕЛЬНЫМИ ПУТЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. Голосовые складки+**
- В. Надгортанник
- С. Киль трахеи
- Д. Перстнещитовидная мембрана

107. К КРУПНЫМ ДЫХАТЕЛЬНЫМ ПУТЯМ ОТНОСЯТСЯ:

- А. Глотка, трахея, долевые бронхи+**
- В. Гортань, трахея, субсегментарные бронхи
- С. Ротовая полость, трахея, легкие
- Д. Гортань, трахеи, долевые бронхи, альвеолы

108. ПОЗАДИ ТРАХЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ:

- А. Пищевод+**
- В. Аорта
- С. Позвоночник
- Д. Гортань

109. СПЕРЕДИ НА ШЕЕ ТРАХЕЯ ПРИКРЫТА:

- А. Щитовидной железой+**
- В. Аортой
- С. Плечеголовным стволом
- Д. Грудино-ключично-сосцевидной мышцей

110. ПОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ПЬЕРА-МАРИ-БАМБЕРГЕРА ПРИ ОПУХОЛИ, ПРОРАСТАЮЩЕЙ ТРАХЕЮ, СВЯЗАН С:

- А. Продуцированием раковыми клетками биологически активных веществ+**
- В. Сдавлением дыхательных путей
- С. Наличием стридора
- Д. Парезом гортани

111. В ТРИАДУ КЛОД-БЕРНАРА-ГОРНЕРА ВХОДЯТ:

- А. Птоз, миоз, энофтальм+**
- В. Птоз, миоз, экзофтальм
- С. Птоз, мидриаз, экзофтальм
- Д. Правильного ответа нет

112. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОГУТ ПРИВЕСТИ К ОБСТРУКЦИИ КРУПНЫХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ:

- А. Рак гортани, рак щитовидной железы, грануляции трахеи+**

- В. Периферический рак легкого, перелом хрящей гортани, рак кардиального отдела желудка
 С. Узловой зоб, новообразование заднего средостения, гидроторакс
 D. Бронхиальная астма, рак трахеи, рак пищевода
113. СИНДРОМ МЕНДЕЛЬСОНА ПОДРАЗУМЕВАЕТ
- A. Аспирацию рвотными массами+**
 В. Аспирацию кровью
 С. Аспирацию пищей
 D. Любой аспирационный синдром
114. У ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ЧЕРЕЗ ТРАХЕОСТОМИЧЕСКУЮ ТРУБКУ ПО ПОВОДУ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ И ПРИЕМА ПИЩИ ПОЯВИЛИСЬ ПОПЕРХИВАНИЕ И КАШЕЛЬ. ВЕРОЯТНАЯ ПРИЧИНА:
- A. Трахеопищеводный свищ+**
 В. Рубцовый стеноз трахеи
 С. Парез голосовых складок
 D. Дисфункция надгортанника
115. ЧАЩЕ ВСЕГО ПАРЕЗ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОВ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ:
- A. Тиреоидэктомии+**
 В. Гемитиреоидэктомия справа
 С. Циркулярная резекция трахеи
 D. Рак трахеи
116. ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:
- A. Видеоторакоскопия с хирургическим плевродезом+**
 В. Декорткация легкого с плеврэктомией
 С. Торакоцентеза с активным дренированием
 D. Повторных пункций с химическим плевродезом
117. ПАРАДОКСАЛЬНОЕ ДЫХАНИЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:
- A. Пневмотораксе+**
 В. Пневмонии
 С. Ларингоспазме
 D. Эмфиземе легких
118. ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СПОНТАННОЙ ПНЕВМОТОРАКСА МОЖНО НАЗВАТЬ:
- A. Буллезную болезнь легких+**
 В. Закрытую травму груди
 С. Пункции подключичной вены
 D. Острую бактериальную деструкцию легких
119. У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОТОРАКСОМ ПРИ ПЕРКУССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ НАБЛЮДАЕТСЯ:
- A. Тимпанит+**
 В. Звонкий перкуторный звук
 С. Ясный легочный звук
 D. Коробочный звук
120. У ПАЦИЕНТА 20 ЛЕТ ПОСЛЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ПОЯВИЛАСЬ НАРАСТАЮЩАЯ ОДЫШКА, НЕ ПРОХОДЯЩАЯ В ТЕЧЕНИЕ 2 ДНЕЙ, ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ОТМЕЧЕНО ОТСТАВАНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ДЫХАНИИ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ БУДЕТ:
- A. Спонтанный пневмоторакс+**
 В. ТЭЛА
 С. Межреберная невралгия
 D. Острый бронхит
121. ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЭКССУДАТ
- A. Встречается редко, серозный+**
 В. Встречается часто, серозно-геморрагический
 С. Встречается редко, гнойный
 D. Встречается часто, мутный, с хлопьями фибрина

122. НАПРЯЖЕННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС СОПРОВОЖДАЕТСЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
- A. Признаками смещения средостения в здоровую сторону+**
 - В. Признаками эмфиземы средостения и тканей груди
 - С. Признаками подкожной эмфиземы
 - Д. Полным коллапсом легкого
123. РЕНТГЕН КАРТИНА ПРИ СМЕЩЕНИИ ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ В ЗДОРОВУЮ СТОРОНУ МОЖЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ
- A. Напряжённому пневмотораксу+**
 - В. Ателектазу легкого
 - С. ТЭЛА
 - Д. Тотальной пневмонии
124. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. Пункция, дренирование плевральной полости+**
 - В. Наблюдение, лечение основного заболевания
 - С. Анальгетическая терапия
 - Д. Инфузионная терапия
125. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСА:
- A. Пункция, дренирование плевральной полости с аспирацией+**
 - В. Торакотомия, ушивание легкого
 - С. Дренирование средостения
 - Д. Пункция перикарда
126. ПРИЗНАКОМ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ЭКГ У МУЖЧИН СТАРШЕ 40 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ ОТКЛОНЕНИЕ СЕГМЕНТА ST ОТ ИЗОЛИНИИ В ОТВЕЛЕНИЯХ V2-V4 НА
- A. 2 мм+**
 - В. 1 мм
 - С. 5 мм
 - Д. 8 мм
127. К ПРОКСИМАЛЬНЫМ СТЕНОЗАМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ОТНОСИТСЯ
- A. Стеноз ПМЖА+**
 - В. Стеноз ПКА
 - С. Стеноз ДВ
 - Д. Стеноз ВТК
128. ПОКАЗАНИЕМ К КОРОНАРНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ СТЕНОЗЕ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ СТЕНОЗ
- A. 50%+**
 - В. 75%
 - С. 30%
 - Д. 90%
129. КРИТИЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ СТЕНОЗ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ БОЛЕЕ
- A. 90%+**
 - В. 75%
 - С. 65%
 - Д. 80%
130. К КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НЕ ОТНОСИТСЯ
- A. Стентирование ПМЖА+**
 - В. Маммаро-коронарное шунтирование
 - С. Аортокоронарное шунтирование
 - Д. Секвенциальное шунтирование
131. ВАРИАНТ КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА MIDCAB ВКЛЮЧАЕТ
- A. Коронарное шунтирование через мини-доступ на работающем сердце без использования аппарата искусственного кровообращения+**
 - В. Коронарное шунтирование на работающем сердце без использования аппарата искусственного кровообращения

- C. Аортокоронарное шунтирование с использованием аппаратом искусственного кровообращения
- D. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце без использования аппарата искусственного кровообращения

132.ВАРИАНТ КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОРСАВ ВКЛЮЧАЕТ

- A. Коронарное шунтирование на работающем сердце без использования аппарата искусственного кровообращения+**
- B. Аортокоронарное шунтирование с использованием аппарата искусственного кровообращения
- C. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения
- D. Секвенциальное коронарное шунтирование

133.СЕКВЕНЦИАЛЬНОЕ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ – ЭТО

- A. Вариант реваскуляризации миокарда, при котором посредством одного кондуита путем формирования промежуточных анастомозов кровотока может быть восстановлен в двух и более коронарных артериях+**
- B. Двустороннее маммаро-коронарное шунтирование
- C. Аортокоронарное шунтирование с использованием аппарата искусственного кровообращения
- D. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения

134.ПРИ МАММАРО-КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- A. Левую внутреннюю грудную артерию+**
- B. Правую лучевую артерию
- C. Правую желудочно-сальниковую артерию
- D. Большую подкожную вену

135.ПРИ АОРТО-КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- A. Левую внутреннюю грудную артерию+**
- B. Правую лучевую артерию
- C. Правую желудочно-сальниковую артерию
- D. Большую подкожную вену

136.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОРОНАРОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТ

- A. Трансрадиальный доступ+**
- B. Трансфеморальный доступ
- C. Трансаортальный доступ
- D. Транскардиальный доступ

137.ВАРИАНТ ГИБРИДНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВКЛЮЧАЕТ

- A. MIDCAB и чрескожное коронарное вмешательство+**
- B. Аортокоронарное шунтирование с использованием аппарата искусственного кровообращения
- C. Аортокоронарное шунтирование на работающем сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения
- D. Секвенциальное коронарное шунтирование

138.ПОЯВЛЕНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДИ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ ЗАТЕМНЕНИЯ С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМ УРОВНЕМ ОБУСЛОВЛЕНО:

- A. Гидротораксом+**
- B. Пневмонией
- C. Абсцессом
- D. Ателектазом

139.НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ СПОСОБОМ ЭВАКУАЦИИ ГИДРОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. Плевральная пункция+**
- B. Торакостомия
- C. Торакотомия
- D. Торакоскопия

140. НАЛИЧИЕ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ИЛИ ТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСЛОВИЕ ДЛЯ РАЗВИТИЯ:

A. Эмпиемы плевры+

B. Гемоторакса

C. Хилоторакса

D. Пневмоторакса

141. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАЗВИВАЮЩЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА ОТНОСЯТСЯ:

A. притупление перкуторного звука, ослабление дыхания при аускультации, прогрессирующее падение АД+

B. шум трения плевры, боль при дыхании

C. крепитацию при надавливании на кожу грудной клетки, затрудненное дыхание

D. нарастание одышки, отсутствие дыхания при аускультации, перкуторно - коробочный звук

142. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ У БОЛЬНОГО ВЫЯВЛЕН СВЕРНУВШИЙСЯ ГЕМОТОРАКС. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОН РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:

A. Травме грудной клетки+

B. Дренировании плевральной полости

C. Эмпиеме плевры

D. Постановке ЦВК

143. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЕГКОГО: А) ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ; Б) ПИОПНЕВМОТОРАКС; В) ФЛЕГМОНА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ; Г) АМИЛОИДОЗ; Д) АБСЦЕСС ГОЛОВНОГО МОЗГА; Е) ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ:

A. А,Б,Е+

B. А,В

C. Г,Д,Е

D. Все ответы верны

144. У ПАЦИЕНТА ВЫЯВЛЕНА ОСТРАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ. КАКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТУ?

A. Дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого+

B. Плевральная пункция

C. Торакостомия

D. Торакотомия

145. ДВУСТОРОННЕЕ СКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЧАЩЕ БЫВАЕТ ПРИ:

A. Системной красной волчанке+

B. Пневмонии

C. Раке легкого

D. Туберкулезе легких

146. ПЕРКУТОРНО ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ ЕГО ОБЪЕМЕ НЕ МЕНЕЕ:

A. 500 мл+

B. 100мл

C. 1000мл

D. 300мл

147. ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ЭКССУДАТ НАИБОЛЕЕ РЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ:

A. при туберкулезе легкого +

B. при раке легкого

C. при тромбоэмболии легочной артерии

D. при мезотелиоме плевры

148. ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТА ХАРАКТЕРНО:

A. постепенное накопление серозного экссудата, преимущественно лимфоцитарного по клеточному составу, на фоне умеренного синдрома интоксикации+

- В. быстрое накопление геморрагического экссудата
С. накопление гнойного экссудата на фоне выраженного синдрома интоксикации
D. прогрессирующая картина двустороннего гидроторакса на фоне выраженной одышки в покое, формирования периферических отеков
149. **НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ НЕБОЛЬШОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- A. Компьютерная томография+**
В. Рентгенография
С. Рентгеноскопия
D. УЗИ плевральных полостей
150. **ПРИ МАССИВНОМ ВЫПОТНОМ ПЛЕВРИТЕ БОЛЬНОЙ ПРЕДПОЧИТАЕТ ЛЕЖАТЬ:**
- A. На больном боку+**
В. На здоровом боку
С. На спине
D. С приподнятым головным концом
151. **ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ: ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ - ...**
- A. Патологическое состояние, обусловленное внезапным снижением кровотока по брыжеечным артериям, венам или микроциркуляторному руслу, что приводит к ишемии и инфаркту пораженного участка кишечника.+**
В. Патологическое состояние, обусловленное внезапным снижением кровотока по брыжеечным артериям, венам или микроциркуляторному руслу, которое приводит к спастическим болям кровоснабжаемого участка кишечника.
С. Хроническое нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей, что приводит к возникновению боли, функциональных, органических и морфологических изменений в кровоснабжении.
D. Хроническое нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне грудной аорты и ее ветвей, что приводит к возникновению интермиттирующих болей, функциональных, органических и морфологических изменений в кровоснабжении.
152. **ВЫБЕРИТЕ ВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ: АБДОМИНАЛЬНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ - ...**
- A. Хроническое нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей, что приводит к возникновению боли, функциональных, органических и морфологических изменений в кровоснабжении.+**
В. Патологическое состояние, обусловленное внезапным снижением кровотока по брыжеечным артериям, венам или микроциркуляторному руслу, которое приводит к спастическим болям кровоснабжаемого участка кишечника.
С. Хроническое нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне грудной аорты и ее ветвей, что приводит к возникновению интермиттирующих болей, функциональных, органических и морфологических изменений в кровоснабжении.
D. Патологическое состояние, обусловленное внезапным снижением кровотока по брыжеечным артериям, венам или микроциркуляторному руслу, что приводит к ишемии и инфаркту пораженного участка кишечника.
153. **СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ:**
- A. Ангинозные боли в животе после приема пищи, дисфункцию кишечника и снижение веса.+**
В. Боли в грудной клетке.
С. Боли в правом подреберье после приема пищи.
D. Дисфункцию кишечника, примесь крови в кале.
154. **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- A. Жалобы на боли в животе, похудание и наличие стенозов или окклюзий висцеральных артерий.+**
В. Прогрессирование снижения массы тела.
С. Боли в животе после приема пищи.

- D. Тошнота и чувство тяжести.
155. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ОТНОСЯТ:
- A. Симптомы хронической ишемии при стенозе *truncus coeliacus* или *a.mesenterica sup.* более 70%.+
- B. Изолированные поражения *truncus coeliacus* менее 70%.
- C. Асимптомный, диагностически верифицированный, стеноз одной из *aa.mesentericae* более 50%
- D. Асимптомный, диагностически верифицированный, стеноз обеих *aa.mesentericae* менее 50%
156. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. Атеросклероз.+
- B. Неспецифический аортоартериит.
- C. Экстравазальная компрессия.
- D. Этиология не ясна.
157. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ЭНТЕРОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО ИНФАРКТА ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. Обструкция артерии тромбом или эмболом.+
- B. Тромбоз мезентериальных вен.
- C. Сдавление сосудов извне.
- D. Дегидратация и гиповолемия.
158. НАРУШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ СОХРАННОМ МАГИСТРАЛЬНОМ КРОВОТОКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:
- A. Неокклюзионной формы мезентериальной ишемии (НОМИ).+
- B. Обтурационной кишечной непроходимости.
- C. Артериальной формы мезентериальной ишемии.
- D. Венозной формы мезентериальной ишемии.
159. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. Острая (тромботическая или тромбоэмболическая) окклюзия верхней брыжеечной артерии.+
- B. Острая тромбоэмболическая окклюзия нижней брыжеечной артерии.
- C. Стеноз чревного ствола менее 50%.
- D. Незначительный стеноз нижней брыжеечной артерии.
160. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ САВЕЛЬЕВЫМ В.С. И СОАВТ. В 2014Г, ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (ОНМК) ПО МЕХАНИЗМУ РАЗВИТИЯ ДЕЛЯТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ:
- A. Окклюзионная и неокклюзионная.+
- B. Компенсированная и субкомпенсированная.
- C. Компенсированная, субкомпенсированная и декомпенсированная.
- D. Ишемическая и геморрагическая.
161. У БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СТРАДАЮЩЕЙ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, НЕДЕЛЮ НАЗАД ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ ПО ХОДУ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ЛЕВОЙ ГОЛЕНИ. НА ВНУТРЕННЕЙ ЕЕ ПОВЕРХНОСТИ ПО ХОДУ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПАЛЬПИРУЕТСЯ БОЛЕЗНЕННЫЙ ТЯЖ И ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ НАД НИМ ДО СРЕДНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА, АРТЕРИАЛЬНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ КОНЕЧНОСТИ СОХРАНЕНА. ИСХОДЯ ИЗ ХАРАКТЕРА ОПИСАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, БОЛЬНОЙ ПОКАЗАНО СЛЕДУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:
- A. Операция Троянова-Тренделенбурга (крессэктомия)+
- B. Селективная тромболитическая терапия
- C. Гирудотерапия и эластическая компрессия нижних конечностей
- D. Флеботоники и постельный режим

162. КАКИЕ ИЗ ПАТОЛОГИЙ СПОСОБСТВУЮТ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ:
- A. Нарушение клапанного аппарата вен +**
 - B. Нарушение свертывания крови
 - C. Ишемия в конечности
 - D. ИБС
163. КАКИЕ ИЗ ПАТОЛОГИЙ СПОСОБСТВУЮТ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ:
- A. Ожирение +**
 - B. Почечная недостаточность
 - C. Гипотиреоз
 - D. ИБС
164. ЧТО СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ АМБУЛАТОРНОМУ ХИРУРГУ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ:
- A. Эластическая компрессия +**
 - B. Диклофенак натрия
 - C. Ацетилсалициловая кислота 100 мг
 - D. Возвышенное положение конечности
165. ЧТО СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ АМБУЛАТОРНОМУ ХИРУРГУ ПРИ ОСТРОМ ТРОМБОФЛЕБИТЕ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ:
- A. Прямые антикоагулянты, эластическая компрессия +**
 - B. Дезагреганты, эластическая компрессия
 - C. НПВС, постельный режим
 - D. Эластическая компрессия, возвышенное положение конечности
166. ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН
- A. Беременность +**
 - B. Гипертиреоз
 - C. Артериальная гипертензия
167. Пневмония
168. ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН
- A. Тромбофилия +**
 - B. Гемофилия
 - C. Болезнь Рейно
 - D. Аортоартериит
169. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН
- A. Болезненность и гипертермия конечности +**
 - B. Болезненность, похолодание и цианоз конечности с нарушенной чувствительностью
 - C. Выступление поверхностных вен, исчезающих при подъеме конечности
 - D. Теплая, безболезненная, отечная, побелевшая конечность
170. ОСЛОЖНЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
- A. Тромбоз +**
 - B. Ишемия
 - C. Гиперкератоз
 - D. Нейропатия
171. ОСЛОЖНЕНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
- A. Трофическая язва по медиальной поверхности голени +**
 - B. Трофическая язва пальцев стопы
 - C. Сухая гангрена конечности
 - D. Абсцесс
172. ОБЫЧНО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ
- A. 1 % этоксисклерол +**
 - B. Тромбин
 - C. 5 % фенол
 - D. 2 % формалин
173. ФАКТОРЫ РИСКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН

- A. Прием контрацептивов+**
В. Прием аспирина
С. Прием антикоагулянтов
D. Прием противовирусных препаратов
174. НАЗОВИТЕ ФОРМЫ СТЕНОКАРДИИ:
A. оба варианта верны +
В. стенокардия покоя, стабильная форма
С. нестабильная форма, стенокардия напряжения
D. нет верного ответа
175. НАЗОВИТЕ ФОРМЫ СТЕНОКАРДИИ:
A. стенокардия напряжения+
В. кардиомиопатия
С. пароксизм фибрилляции предсердий
D. нет верного ответа
176. ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ НАСТУПАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИШЕМИИ МИОКАРДА, КОТОРАЯ ДЛИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:
A. 0 - 6 часов +
В. 12 часов
С. 18 часов
D. 24 часа
- ЧЕРЕЗ КАКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ПРИСТУПА ОСТРОЙ ИШЕМИИ ЗОНА ИНФАРКТА МИОКАРДА СТАНОВИТСЯ РАЗЛИЧИМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ:
A. 18 - 24 часа+
В. 6 - 12 часов
С. 4-6 часов
D. нет верного ответа
177. ЧТО ТАКОЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА:
A. форма острой ИБС +
В. форма хронической ИБС
С. кардиомиопатия
D. пароксизм фибрилляции предсердий
178. ЧТО ТАКОЕ ИНФАРКТ МИОКАРДА:
A. ишемический некроз миокарда +
В. диффузный кардиосклероз
С. кардиомиопатия
D. пароксизм фибрилляции предсердий
179. ПРИЧИНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА:
A. спазм коронарной артерии +
В. нарушение венозного оттока
С. мерцательная аритмия
D. гипертрофия миокарда
180. ПРИЧИНЫ ИНФАРКТА МИОКАРДА:
A. тромбоз коронарной артерии +
В. нарушение венозного оттока
С. мерцательная аритмия
D. гипертрофия миокарда
181. КАКИЕ МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС:
A. оба варианта верны +
В. жировые пятна и полосы
С. микроаневризмы, фиброзные бляшки
D. нет верного ответа
182. КАКИЕ МАКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ У БОЛЬНЫХ ИБС:
A. атеросклеротическая бляшка +
В. коронароспазм

С. оба варианта верны

Д. нет верного ответа

183. БОЛЬНОЙ ПОСТУПАЕТ В КЛИНИКУ С ПРИСТУПОМ СТЕНОКАРДИИ И ЧЕРЕЗ 15 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ПРИСТУПА УМИРАЕТ ОТ АСИСТОЛИИ. КАКОЕ ЭТО ЗАБОЛЕВАНИЕ И ЕГО ФОРМА:

А. острая ИБС, внезапная сердечная смерть +

В. хроническая ИБС

С. пароксизм фибрилляции предсердий

Д. острая очаговая ишемическая дистрофия миокарда

184. ИНФАРКТ МИОКАРДА В ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОКОЛО ВЕРХУШКИ ОБУСЛОВЛЕН ПОРАЖЕНИЯМИ В БАССЕЙНЕ:

А. межжелудочковой ветви левой коронарной артерии +

В. огибающей ветви левой коронарной артерии

С. левой подключичной артерии

Д. внутренней грудной артерии

185. ВРЕМЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТИНФАРКТНОГО РУБЦА ОТ МОМЕНТА ПРИСТУПА ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ФОНЕ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ:

А. 4 недели +

В. 2 недели

С. 6 недель

Д. 1 неделя

186. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?

А. Атеросклероз артерий, +

В. Тромбоз артерий,

С. Эмболия артерий,

Д. Фибромускулярная дисплазия артерий.

187. КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОТНОСИТСЯ К РЕДКИМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ВЗРОСЛЫХ?

А. Синдром Вильямса, +

В. Атеросклероз почечных артерий,

С. Тромбоз почечных артерий,

Д. Нейрофиброматоз I типа.

188. КАКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ?

А. Рефрактерная к лекарственной терапии или злокачественная, +

В. Доброкачественная,

С. Быстро корригируемая лекарственными препаратами,

Д. Лабильная артериальная гипертензия.

189. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?

А. Снижение почечной функции, +

В. Повышение почечной функции,

С. Сохранение почечной функции,

Д. Вначале заболевания повышение почечной функции, в конце - снижение.

190. КАКОЙ МЕТОД ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИ СЧИТАЕТСЯ “ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ” В ДИАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ?

А. Почечная ангиография, +

В. Ультразвуковое ангиосканирование почечных сосудов,

С. МР-ангиография,

Д. КТ-ангиография.

191. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ЭНДОВАСКУЛЯРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ?

А. Баллонная ангиопластика и стентирование почечной артерии, +

В. Протезирование почечной артерии,

С. Шунтирование почечной артерии,

D. Эндартерэктомия.

192. ИЗ КАКИХ КЛЕТОК РАЗВИВАЕТСЯ ФЕОХРОМОЦИТОМА?

A. **Хромаффинных клеток надпочечников,+**

B. Нехромаффинных клеток парасимпатических ганглиев,

C. Клеток коркового слоя надпочечников,

D. Клеток сетчатого слоя надпочечников.

193. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ФЕОХРОМОЦИТОМА?

A. **Между 20-40 годами,+**

B. В любом возрасте,

C. В подростковом возрасте,

D. В старческом возрасте.

194. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ?

A. **Кризовое течение,+**

B. Лабильное течение,

C. Рефрактерное течение,

D. Злокачественное течение.

195. ЧЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВОЦИРОВАН ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗ У БОЛЬНЫХ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ?

A. **Физической нагрузкой,+**

B. Употреблением спиртных напитков,

C. Высоким содержанием соли в питании,

D. Психозомоциональным стрессом.

196. КАКОЙ АНАЛИЗ КРОВИ СЧИТАЕТСЯ “ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ” ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕОХРОМОЦИТОМЫ?

A. **Определение метанефрина и норметанефрина в плазме крови,+**

B. Определение хромогранина А в крови,

C. Определение свободных катехоламинов в крови,

D. Определение адреналина и норадреналина в крови.

197. КАКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА БОЛЬНЫМ С ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ?

A. **Лапароскопическая адреналэктомия,+**

B. Резекция надпочечника,

C. Энуклеация опухоли,

D. Удаление надпочечника и почки.

198. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА?

A. **Опухоль гипофиза,+**

B. Опухоль надпочечника,

C. Опухоль коркового слоя надпочечника,

D. Опухоль мозгового слоя надпочечника.

199. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА?

A. **Артериальная гипертензия, стрии на животе, гирсутизм,+**

B. Ожирение, снижение полового влечения, сахарный диабет,

C. Ожирение, избыточная потливость, гнойничковые заболевания,

D. Ожирение, участки гиперпигментации на коже, тремор рук.

200. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

A. **высокие физические нагрузки+**

B. сахарный диабет

C. атеросклероз коронарных артерий

D. прием кардиотоксичных препаратов

201. СОГЛАСНО ФРАМИНГЕМСКИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДАННОГО ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО:

A. **наличие 2-х больших или 1-го большого и 2-х малых критериев+**

B. наличие 2-х больших и 1-го малого критерия

C. наличие 3-х больших критериев

D. наличие 1-го большого и 3 малых критериев

202. ОСНОВНОЙ ЭТИОЛОГИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СЕГОДНЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. поражение коронарных артерий+**
 - B. инфаркт миокарда
 - C. кардиомиопатии
 - D. сахарный диабет
203. ПРИ КАКОМ ПРИОБРЕТЕННОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ПЕРВИЧНО ПРОИСХОДИТ ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ПОВЫШЕННАЯ НАГРУЗКА НА ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК
- A. недостаточность аортального клапана+**
 - B. недостаточность митрального клапана
 - C. аортальный стеноз
 - D. митральный стеноз
204. ЧТО ЗНАЧИТ НИЗКИЙ КОНТРАКТИЛЬНЫЙ РЕЗЕРВ МИОКАРДА?
- A. невозможность повышения фракции выброса на физической нагрузке более чем на 20%+**
 - B. невозможность повышения фракции выброса на фармакологической нагрузке более чем на 20%
 - C. снижение инотропной функции миокарда по данным эхокардиографии
 - D. отсутствие адекватного сердечного выброса в покое
205. КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
- A. Гепатомегалия+**
 - B. кашель
 - C. цианоз
 - D. обмороки
206. КАКОЙ СИМПТОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:
- A. периферические отеки+**
 - B. одышка при выраженной физической нагрузке
 - C. персистирующий кашель
 - D. акцент 2 тона на клапане легочной артерии
207. НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЧИТАЕТСЯ ФРАКЦИЯ:
- A. менее 40%+**
 - B. менее 30%
 - C. менее 35%
 - D. менее 45%
208. АДАПТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ:
- A. стимуляция нейроэндокринной системы+**
 - B. активация орнитинового цикла в кардиомиоцитах
 - C. рефлекс Эйлера-Лильестранда
 - D. анаэробный гликолиз
209. ЕСЛИ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ПЛОЩАДЬ ОТВЕРСТИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА РАВНА 1,1 КВ.СМ. И МАКСИМАЛЬНУЮ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА 3 М/С, ТО СТЕПЕНЬ СТЕНОЗА В ДАННОМ СЛУЧАЕ:
- A. Умеренная+**
 - B. низкая
 - C. тяжелая
 - D. правильного ответа нет
210. ПОРТОКАВАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ НЕТ:
- A. в печени+**
 - B. в желудке
 - C. в прямой кишке
 - D. в пищеводе
211. ДАВЛЕНИЕ В ПОРТАЛЬНОЙ СИСТЕМЕ В НОРМЕ НЕ ПРЕВЫШАЕТ:
- A. 5-10 мм.рт.ст.+**

- В. 15-20 мм.рт.ст.
- С. 25-30 мм.рт.ст.
- Д. 50-100 мм.рт.ст.

212.ГОЛОВА МЕДУЗЫ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАСШИРЕНИЯ:

- А. подкожных вен в области пупка+**
- В. верхней брыжеечной вены
- С. верхней поллой вены
- Д. селезеночной вены

213.В СИСТЕМУ ПОРТАЛЬНОЙ ВЕНЫ КРОВЬ ПОСТУПАЕТ ОТ:

- А. Желудка+**
- В. почек
- С. легких
- Д. яичников

214.ГИПЕРСПЛЕНИЗМ – ЭТО:

- А. усиленная деструкция в синусоидах селезенки форменных элементов крови+**
- В. увеличение селезенки
- С. повышение уровня кальция в крови
- Д. опухоль селезенки

215.ЗОНД БЛЭКМОРА СОСТОИТ ИЗ:

- А. трехканального зонда и 2 баллонов+**
- В. двухканального зонда и 3 баллонов
- С. зонда с каналом для аспирации
- Д. Т-образного дренажа

216.ПРИ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ ПРОБЫ, КРОМЕ:

- А. определение антиэритроцитарных антител+**
- В. определение группы крови донора и реципиента на плоскости с использованием цоликлонов анти- А и анти-В
- С. проба на индивидуальную совместимость
- Д. биологическая проба

217.СТЕНТ ДАНИША ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ:

- А. кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода+**
- В. сдавления пищевода извне
- С. печеночной энцефалопатии
- Д. печеночной недостаточности

218.ОПЕРАЦИЯ ПАЦИОРЫ ОТНОСИТСЯ К:

- А. операции азигопортального разобщения+**
- В. трансюгулярному интрапеченочному стентированию
- С. эндоваскулярной окклюзии артерий пищевода
- Д. эндоскопическому гемостазу

219.ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЮТ ВСЕ, КРОМЕ:

- А. Фамотидин+**
- В. ремистип
- С. сандостатин
- Д. нитроглицерин

220.ПРИЧИНОЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. тромбоз воротной вены+**
- В. цирроз печени
- С. вирусный гепатит С
- Д. тромбоз печеночных вен

221.СПОНТАННЫЙ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- А. Асците+**
- В. остром аппендиците
- С. остром холецистите
- Д. остром гепатите

223.ВЕТВЬЮ ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. Ветвь тупого края+**
 - B. Задняя межжелудочковая артерия
 - C. Ветвь синусового узла
 - D. Ветвь острого края
- 224.ТИП КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ ПО ОТХОЖДЕНИЮ
- A. Задненисходящей артерии+**
 - B. Передней межжелудочковой артерии
 - C. Огибающей артерии
 - D. Диагональной артерии
- 225.СМЕШАННЫЙ ТИП КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- A. В кровоснабжении задней межжелудочковой борозды участвуют и левая, и правая коронарные артерии+**
 - B. Задненисходящая артерия отходит от правой коронарной артерии
 - C. Задненисходящая артерия отходит от огибающей артерии
 - D. Задненисходящая артерия отходит от синуса Вальсальвы
- 226.ПРАВЫЙ ТИП КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- A. Задненисходящая артерия отходит от правой коронарной артерии+**
 - B. В кровоснабжении задней межжелудочковой борозды участвуют и левая, и правая коронарные артерии
 - C. Задненисходящая артерия отходит от огибающей артерии
 - D. Задненисходящая артерия отходит от синуса Вальсальвы
- 227.ЛЕВЫЙ ТИП КОРОНАРНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- A. Задненисходящая артерия отходит от огибающей артерии+**
 - B. В кровоснабжении задней межжелудочковой борозды участвуют и левая, и правая коронарные артерии
 - C. Задненисходящая артерия отходит от правой коронарной артерии
 - D. Задненисходящая артерия отходит от синуса Вальсальвы
- 228.САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КОРОНАРОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. Аритмия+**
 - B. Инфаркт миокарда
 - C. Острое нарушение мозгового кровообращения
 - D. Кровотечение
- 229.ЧРЕСКОЖНОЕ КОРОНАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО AD NOS - ЭТО
- A. Лечебная интервенционная процедура, выполняемая немедленно после диагностической коронарографии+**
 - B. Отсроченная реваскуляризация
 - C. Реваскуляризация нескольких артерий одновременно
 - D. Гибридное коронарное вмешательство
- 230.ШКАЛА TIMI БЫЛА РАЗРАБОТАНА ДЛЯ
- A. Оценки перфузии коронарных артерий после окклюзии при коронарографии+**
 - B. Для оценки степени стеноза
 - C. Для прогнозирования риска кровотечения
 - D. Для определения показаний к стентированию коронарных артерий
- 231.ШКАЛЕ TIMI 3 ПОСЛЕ СТЕНИРОВАНИЯ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СООТВЕТСТВУЕТ
- A. Нормальный кровоток+**
 - B. Частичное просачивание контраста ниже точки окклюзии
 - C. Контрастирование сосуда с замедленным наполнением дистального русла
 - D. Отсутствие антеградного кровотока. Контраст за местом окклюзии не визуализируется
- 232.ШКАЛЕ TIMI 2 ПОСЛЕ СТЕНИРОВАНИЯ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СООТВЕТСТВУЕТ
- A. Контрастирование сосуда с замедленным наполнением дистального русла+**
 - B. Нормальный кровоток
 - C. Частичное просачивание контраста ниже точки окклюзии
 - D. Отсутствие антеградного кровотока. Контраст за местом окклюзии не визуализируется

233. ШКАЛЕ TIMI 0 ПОСЛЕ СТЕНИРОВАНИЯ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СООТВЕТСТВУЕТ
- A. Отсутствие антеградного кровотока. Контраст за местом окклюзии не визуализируется+**
 - B. Нормальный кровоток
 - C. Частичное просачивание контраста ниже точки окклюзии
 - D. Контрастирование сосуда с замедленным наполнением дистального русла
234. ШКАЛЕ TIMI 1 ПОСЛЕ СТЕНИРОВАНИЯ КРОНАРНОЙ АРТЕРИИ СООТВЕТСТВУЕТ
- A. Частичное просачивание контраста ниже точки окклюзии+**
 - B. Нормальный кровоток
 - C. Контрастирование сосуда с замедленным наполнением дистального русла
 - D. Отсутствие антеградного кровотока. Контраст за местом окклюзии не визуализируется
235. ДЛЯ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ПРИМЕНЯЮТ
- A. Перфузионную сцинтиграфию+**
 - B. ЭКГ
 - C. МСКТ
 - D. МРТ сердца
236. ДЛЯ СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮТ ШКАЛУ
- A. GRACE+**
 - B. SOFA
 - C. CHA2DS2-VASc
 - D. CHARLSON
237. ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКЕ ПОСЛЕ ЧКВ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ
- A. Внутриаортальной баллонной контрапульсации+**
 - B. Системного тромболизиса
 - C. Гепаринотерапии
 - D. Экстренного аорто-короноарного шунтирования
238. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К АОРТО-КРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. Многососудистое поражение коронарных артерий со стенозом ствола ЛКА более 50%+**
 - B. Изолированный стеноз ОА 75%
 - C. Стенозы ДВ 50%
 - D. Стеноз ПМЖА 30%
239. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХСН НЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
- A. блокаторы кальциевых каналов+**
 - B. бета-блокаторы
 - C. диуретики
 - D. ингибиторы неприлизина
240. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ ПАЦИЕНТАМ 2 КЛАССА ПО NYHA С ФВ=30%, НЕСМОТРИ НА АДЕКВАТНУЮ МЕДИКАМЕНТОЗНУЮ ТЕРАПИЮ ПОКАЗАНО:
- A. установка имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора+**
 - B. установка электрокардиостимулятора
 - C. трансплантация сердца
 - D. смена схемы фармакологической терапии
241. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ТРАНСКАТЕТЕРНОМУ ПРОТЕЗИРОВАНИЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ:
- A. очень малый размер (менее 18 мм) клапанного кольца+**
 - B. двухстворчатый аортальный клапан
 - C. пожилой возраст
 - D. фракция выброса менее 20%
242. АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ В ВИДЕ ОСЛАБЛЕННОГО 1 ТОНА,

УСИЛЕННОГО 3 ТОНА И СИСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА
ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО УКАЗЫВАЕТ НА:

- A. митральную недостаточность +**
- B. митральный стеноз
- C. трикуспидальную недостаточность
- D. трикуспидальный стеноз

243. ВЫРАЖЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ПУЛЬСАЦИЯ НА ШЕЕ («ПЛЯСКА КАРОТИД») ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

- A. аортальной недостаточности +**
- B. аортального стеноза
- C. митральной недостаточности
- D. трикуспидальной недостаточности

244. РАЗВИТИЕ ОТЕКОВ И ГЕПАТОМЕГАЛИИ, ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ВЕННЫЙ ПУЛЬС ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ТАКОГО КЛАПАННОГО ПОРОКА СЕРДЦА КАК:

- A. трикуспидальная недостаточность +**
- B. трикуспидальный стеноз
- C. митральная недостаточность
- D. аортальная недостаточность

245. КАКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА В АНАЛИЗЕ КРОВИ (BNP) ГОВОРIT О ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- A. > 35 пг/мл +**
- B. > 45 пг/мл
- C. > 60 пг/мл
- D. > 10 пг/мл

246. КЛЮЧЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ И ВЫЯВЛЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- A. Эхокардиография +**
- B. рентгенография органов средостения
- C. компьютерная томография
- D. сцинтиграфия миокарда

247. ГРУБЫЙ, НИЗКОЧАСТОТНЫЙ, РОМБОВИДНЫЙ, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ВО 2 М/Р СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПОРОКА СЕРДЦА

- A. аортальный стеноз +**
- B. трикуспидальный стеноз
- C. аортальная недостаточность
- D. митральная недостаточность

248. КАК НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМ ПРИ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПРИ КОТОРОМ ВИДНА ПУЛЬСАЦИЯ НОГТЕВОГО ЛОЖА ПРИ НАДАВЛИВАНИИ

- A. симптом Квинке +**
- B. симптом Мюссе
- C. симптом Траубе
- D. симптом Дюрозье

249. СРОК АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕХАНИЧЕСКИМ ПРОТЕЗОМ

- A. Пожизненно +**
- B. в течение 6 месяцев после операции
- C. в течение 12 месяцев после операции
- D. схема терапии подбирается индивидуально

250. ПРИЧИНА РЕВМАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА

- A. стрептококк группы А +**
- B. стрептококк группы В
- C. стафилококк
- D. нет правильного ответа

251. СГЛАЖЕННУЮ ЛЕВУЮ ГРАНИЦУ СЕРДЦА ИЗ-ЗА РАСШИРЕНИЯ УШКА ЛП И

СГЛАЖЕННУЮ ТАЛИЮ СЕРДЦА С ПРИЗНАКАМИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОГРАФИИ ГРУДИ НАБЛЮДАЮТ ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ ПОРОКЕ

А. митральная недостаточность+

В. аортальный стеноз

С. недостаточность клапана легочной артерии

Д. трикуспидальная недостаточность

252. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ ГОРИЗОНТАЛЬНЫЕ ЛИНИИ В НИЖНИХ ЗАДНИХ ЛЕГОЧНЫХ ПОЛЯХ (ЛИНИИ КЕРЛИ) НА РЕНТГЕНОГРАММЕ

А. признак интерстициального отека+

В. признак воспаления легочной паренхимы

С. редукция кровотока на данном участке

Д. очаги фиброзных изменений

253. КАКОЙ ТИП ИСКУССТВЕННОГО КЛАПАНА ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

А. Механический+

В. тканевой

С. одинаково эффективны тканевой и механический

Д. биологический

254. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ПРИЧИНАМ ВТОРИЧНОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. инфаркт миокарда+

В. ревматическая лихорадка

С. пролапс митрального клапана

Д. врожденные аномалии створок клапана

255. ОДНА ИЗ ВАЖНЕЙШИХ ЗАДАЧ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ МАКСИМАЛЬНО БЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА И ЭФФЕКТИВНОСТИ

А. сохранение собственного клапана и его структур+

В. использование биологических протезов

С. использование механических протезов

Д. устранение сопутствующей патологии сердца и его клапанов

256. ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА НЕ ХАРАКТЕРНО

А. систолический шум над аортой+

В. ослабление 1 тона на верхушке сердца

С. протодиастолический шум над аортой

Д. высокое пульсовое давление

257. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

А. ослабление II тона+

В. акцент II тона

С. акцент II тона на легочной артерии

Д. диастолический шум на верхушке

258. ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНЫ

А. правограмма +

В. P-pulmonale

С. гипертрофия левого желудочка

Д. левограмма сердца

259. ШУМ ФЛИНТА ОБУСЛОВЛЕН

А. относительным митральным стенозом+

В. высокой легочной гипертензией

С. относительной недостаточностью клапана легочной артерии

Д. стенозом устья легочной артерии

260. МАКСИМАЛЬНАЯ ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

А. стенозе устья аорты+

В. митральной недостаточности

- С. аортальной недостаточности.
D. трикуспидальной недостаточности
261. ДЛЯ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО
A. набухание шейных вен+
B. систолический шум проводящийся на сосуды шеи
C. стенокардия
D. обмороки
262. МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ
A. сахарном диабете +
B. инфаркте миокарда
C. травме грудной клетки
D. дилатационной кардиомиопатии
263. ПРЕСИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
A. митрального стеноза +
B. митральной недостаточности
C. аортальной недостаточности
D. аортального стеноза
264. БОЛЬШОЕ ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ, ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ, ШУМ ДЮРОЗЬЕ НА СОСУДАХ, БЫСТРЫЙ И ВЫСОКИЙ ПУЛЬС И СИМПТОМ МЮССИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
A. недостаточности аортального клапана+
B. стеноза устья аорты
C. недостаточности трехстворчатого клапана
D. дефекта межжелудочковой перегородки
265. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО
A. набухание шейных вен+
B. одышка
C. стенокардия
D. обмороки
266. НОРМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ ОТКРЫТИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА
A. от 4 до 5 см²+
B. от 3 до 4 см²
C. от 5 до 6 см²
D. от 2 до 4 см²
267. КАК ДОЛГО НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ АНТИКОАГУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ПРИ БИОПРОТЕЗНОМ МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНАХ?
A. 3-6 месяцев+
B. 12 месяцев
C. Пожизненно
D. Не требуется
268. АНАЛИЗ ЭКГ ВЫЯВИЛ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ЗАОСТРЕННЫЙ ЗУБЕЦ R В НИЖНИХ ОТВЕДЕНИЯХ И V1. КАКОЙ ПОРОК СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ?
A. Трикуспидальный стеноз+
B. Трикуспидальная недостаточность
C. Аортальный стеноз
D. Митральный стеноз
269. О КАКОЙ СТЕПЕНИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПЛОЩАДЬ ОТВЕРСТИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕНЕЕ 1 см²
A. Тяжелой+
B. Мягкой
C. Умеренной
D. Критической
270. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОРАЖЕННЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ЗАМЕНЯЮТ СОБСТВЕННЫМ КЛАПАНОМ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ?
A. Операция Росса+

- В. Операция Дэвида
 - С. Хобот слона
 - Д. Операция Бенталла
271. СГЛАЖЕННАЯ ЛЕВАЯ ГРАНИЦА СЕРДЦА ИЗ-ЗА РАСШИРЕНИЯ УШКА ЛП И СГЛАЖЕННАЯ ТАЛИЯ СЕРДЦА ПО РЕНТГЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ПОРОКА
- А. Митральный стеноз+**
 - В. Митральная недостаточность
 - С. Трикуспидальный стеноз
 - Д. Коарктация аорты
272. ДЛЯ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ
- А. Ортопноэ+**
 - В. набухание шейных вен
 - С. асцит
 - Д. увеличение печени
273. ДЛЯ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ
- А. приступы сердечной астмы +**
 - В. набухание шейных вен
 - С. асцит
 - Д. эпигастральная пульсация
274. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЗРАСТНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА ЯВЛЯЕТСЯ
- А. TAVI+**
 - В. Балонная комиссуротомия
 - С. Хирургическое лечение противопоказано
 - Д. Открытая комиссуротомия
275. ПАЦИЕНТУ 55 ЛЕТ ПОКАЗАНО ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ПОВОДУ ВЫРАЖЕННОГО СТЕНОЗА, ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НЕТ. КАКОЙ КЛАПАН ОПТИМАЛЕН В ДАННОМ СЛУЧАЕ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ?
- А. Механический+**
 - В. Тканевой
 - С. Биологический
 - Д. Любой
276. КАКАЯ ИЗ ЭТИХ ОПЕРАЦИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КЛАПАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ
- А. Операция Бенталла+**
 - В. Операция Якуба
 - С. Операция Дэвида
 - Д. Все перечисленные
277. КАКОЙ ТИП РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ МОЖЕТ ПОДВЕРГАТЬСЯ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ?
- А. В+**
 - В. а
 - С. b и a
 - Д. никакой
278. ПО ДАННЫМ КТ ОБНАРУЖЕНО СКОПЛЕНИЕ КРОВИ В МЕДИИ АОРТЫ БЕЗ ИДЕНТИФИКАЦИИ РАЗРЫВА ИНТИМЫ И ЛОЖНОГО ПРОСВЕТА. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ДАННЫЙ ВАРИАНТ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА?
- А. интрамуральная гематома+**
 - В. расслоение аорты
 - С. пенетрирующая аортальная язва
 - Д. аневризма
279. РАСШИРЕНИЕ АОРТЫ ПРИ РАЗРУШЕНИИ ВСЕХ ЕЕ СЛОЕВ, КОТОРОЕ ОГРАНИЧИВАЕТСЯ ПЕРИАОРТАЛЬНОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНЬЮ

ИМЕНУЕТСЯ КАК

A. Псевдоаневризма+

B. аневризма

C. расслоение аорты

D. разрыв аорты

280. ГЛАВНЫМ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ ЗВЕНОМ В РАССЛОЕНИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

A. Воспаление+

B. дегенерация меди

C. разрушение эластина

D. разрушение коллагена

281. ОСНОВНАЯ ГРУППА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАССЛОЕНИИ АОРТЫ

A. бета-блокаторы+

B. ингибиторы апф

C. блокаторы кальциевых каналов

D. диуретики

282. КАКАЯ ИЗ ЭТИХ ОПЕРАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ГИБРИДНОЙ?

A. замороженный хобот слона+

B. операция Борста

C. операция Дэвида

D. TEVAR

283. ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ ПРИЗНАК ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ЛОЖНОГО ПРОСВЕТА АОРТЫ ПРИ КТ

A. «признак паутины»+

B. флотирующая интима

C. отсутствие кровотока

D. большой диаметр

284. САМЫМ ЛЕТАЛЬНЫМ СОБЫТИЕМ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

A. разрыв аневризмы грудной аорты+

B. интрамуральная гематома

C. расслоение аорты

D. пенетрирующая аортальная язва

285. У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАЗРЫВ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОЙ АОРТЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЭКСТРЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ

A. КТ-ангиографии+

B. МРТ

C. ЧП-ЭХОКГ

D. рентгенографии

286. САМАЯ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АОРТЫ ПРИ ДТП

A. корень аорты+

B. нисходящая грудная аорта

C. брюшная аорта

D. дуга аорты

287. В КЛАССИФИКАЦИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ АОРТЫ ТИП 4 СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕМУ СОСТОЯНИЮ

A. разрыв аорты+

B. разрыв интимы

C. интрамуральная гематома

D. пенетрирующая аортальная язва

288. ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ АОРТЫ У ПАЦИЕНТА ОБНАРУЖЕНА ИНТРАМУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА. КАКОЙ ТИП ПОВРЕЖДЕНИЯ НАЛИЧЕСТВУЕТ В ДАННОМ СЛУЧАЕ?

A. тип 2+

B. тип 1

С. тип 4

Д. тип 3

289.СТОЙКОЕ ЛОКАЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ АОРТЫ, ПРЕВЫШАЮЩЕЕ ЕЕ НОРМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР В ДАННОМ ОТДЕЛЕ КАК МИНИМУМ НА 50% ИМЕНУЕТСЯ КАК

А. аневризма истинная+

В. аневризма ложная

С. дилатация

Д. эктазия

290.РАСШИРЕНИЕ АОРТЫ СВЫШЕ НОРМАЛЬНЫХ ЗНАЧЕНИЙ, НО НЕ ДОСТИГШИХ КРИТЕРИЕВ АНЕВРИЗМЫ НАЗЫВАЮТ

А. Эктазией+

В. аневризмой ложной

С. аневризмой истинной

Д. норма

291.НОРМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР АОРТЫ НЕ ДОЛЖЕН ПРЕВЫШАТЬ

А. 4 см+

В. 5 см

С. 3 см

Д. 6 см

292.К КАКОМУ КЛАССУ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА ОТНОСИТСЯ ИНТРАМУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА?

А. 2+

В. 3

С. 1

Д. 4

293.К КЛАПАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ ОТНОСИТСЯ

А. операция дэвида+

В. операция бенталла

С. операция росса

Д. операция никайдо

294.ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕГОЧНОГО АУТОГРАФТА ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ КОРНЯ АОРТЫ У ПАЦИЕНТОВ С АНЕВРИЗМАТИЧЕСКИМ РАСШИРЕНИЕМ И ПАТОЛОГИЕЙ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А. операции росса+

В. операции дэвида

С. tevar

Д. операции борста

295.ПРИ АНЕВРИЗМАХ ДУГИ АОРТЫ МЕТОДОМ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

А. операция хобот слона+

В. операция росса

С. операция бенталла

Д. tevar

296.ЛОКАЛИЗОВАННОЕ ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ, ПРОНИКАЮЩЕЕ ЧЕРЕЗ ИНТИМУ АОРТЫ В СТЕНКУ ИМЕНУЕТСЯ КАК

А. пенетрирующая аортальная язва+

В. интрамуральная гематома

С. разрыв интимы

Д. расслоение

297.ТИП ИНТРАМУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ И ДУГИ АОРТЫ

А. А+

В. b

С. c

- D. d
- 298.ТИП ИНТРАМУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ НИСХОДЯЩЕЙ ГРУДНОЙ АОРТЫ
- A. B+
- B. c
- C. a
- D. d
- 299.ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К TEVAR ЯВЛЯЕТСЯ
- A. выраженная извитость подвздошных артерий +
- B. старческий возраст
- C. расслоение типа в
- D. противопоказаний нет
- 300.ЯЗВА В ОБЛАСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ АОРТЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗРЫВОМ БЛЯШКИ ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩЕМУ КЛАССУ ОАС
- A. 4+
- B. 5
- C. 1
- D. 2
- 301.КАКИЕ СЛОИ АОРТЫ РАЗРУШАЮТСЯ ПРИ ПСЕВДОАНЕВРИЗМЕ?
- A. Все+
- B. интима и медиа
- C. интима
- D. медиа
- 302.ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОРНЯ АОРТЫ С СОХРАНЕНИЕМ ВСЕГО АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ИМЕНУЕТСЯ КАК
- A. операция Дэвида+
- B. операция Росса
- C. операция Якуба
- D. TEVAR
- 303.ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОЙ ФАЗЫ РАССЛОЕНИЯ АОРТЫ
- A. 14 дней+
- B. 90 дней
- C. 30 дней
- D. 45 дней
- 304.ПЕНЕТРИРУЮЩАЯ АОРТАЛЬНАЯ ЯЗВА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ
- A. атеросклерозе аорты+
- B. аневризме аорты
- C. синдроме марфана
- D. травме аорты
- 305.РЕЗКОЕ СНИЖЕНИЕ АД, НАБУХАНИЕ ЯРЕМНЫХ ВЕН, ГЛУХИЕ СЕРДЕЧНЫЕ ТОНЫ ПРИ ТАМПОНАДЕ ПЕРИКАРДИАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ИМЕНУЕТСЯ КАК
- A. триада Бэка+
- B. триада Шарко
- C. триада де Бейки
- D. триада Вильямса
- 306.РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ ТИПА А ПО СТЭНФОРДУ СООТВЕТСТВУЕТ ТИПАМ РАССЛОЕНИЯ ПО ДЕБЕЙКИ
- A. 1 и 2+
- B. 1
- C. 2
- D. 3
- 307.ПОКАЗАНИЕ К TEVAR
- A. осложненное расслоение аорты типа b+
- B. неосложненное расслоение аорты типа b
- C. расслоение аорты типа a

- D. все варианты верны
308. АНЕВРИЗМА БРЮШНОЙ АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК РАСШИРЕНИЕ АОРТЫ ДИАМЕТРОМ
- A. более 30 мм+
- B. более 40 мм
- C. более 50 мм
- D. более 60 мм
309. ПАЦИЕНТУ С УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННОЙ КЛИНИКОЙ ОАС ПО ДАННЫМ КТ С КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ВЫЯВЛЕНО СЕРПОВИДНОЕ УТОЛЩЕНИЕ АОРТЫ БЕЗ ЗНАЧИМОГО СУЖЕНИЯ ПРОСВЕТА АОРТЫ, ЛОЖНЫЙ ПРОСВЕТ НЕ ОБНАРУЖЕН. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ?
- A. интрамуральная гематома+
- B. расслоение аорты
- C. пенетрирующая аортальная язва
- D. разрыв аорты
310. СЕГМЕНТ АОРТЫ ОТ СИНОТУБУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ ДО БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА
- A. восходящая аорта+
- B. корень аорты
- C. синотубулярное соединение
- D. дуга аорты
311. ПРИ НАТИВНОЙ КТ ОБНАРУЖЕНО ЛОКАЛИЗОВАННОЕ ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ, ПРОНИКАЮЩЕЕ ЧЕРЕЗ ИНТИМУ АОРТЫ В МЕДИЮ БЕЗ ПРИЗНАКОВ РАССЛОЕНИЯ. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ?
- A. пенетрирующая аортальная язва+
- B. разрыв аорты
- C. интрамуральная гематома
- D. разрыв интимы
312. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ОСТРОМУ АОРТАЛЬНОМУ СИНДРОМУ?
- A. аневризма аорты+
- B. интрамуральная гематома
- C. расслоение аорты
- D. пенетрирующая аортальная язва
313. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ
- A. Атеросклероз+
- B. заболевания соединительной ткани
- C. травма
- D. артериальная гипертензия
314. ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО АОРТАЛЬНОГО СИНДРОМА С РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ ТИПА А ПАЦИЕНТ ПЕРЕВОДИТСЯ В ГРУППУ
- A. пациентов с хроническим течением заболевания+
- B. здоровых
- C. инвалидов
- D. ни в одну из групп
315. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАССЛОЕНИЮ АОРТЫ?
- A. все перечисленное+
- B. интрамуральная гематома
- C. пенетрирующая аортальная язва
- D. ничего из перечисленного
316. РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ С ИСТИННЫМ И ЛОЖНЫМ ПРОСВЕТОМ ОТНОСИТСЯ К ОСТРОМУ АОРТАЛЬНОМУ СИНДРОМУ КЛАССА
- A. 1+
- B. 2
- C. 3
- D. 4
317. ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОЗРАСТНЫХ

ПАЦИЕНТОВ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТРАДИЦИОННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА ЯВЛЯЕТСЯ

A. TAVI+

B. Баллонная комиссуротомия

C. Хирургическое лечение противопоказано

D. Открытая комиссуротомия

318. ПАЦИЕНТУ 55 ЛЕТ ПОКАЗАНО ПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ПО ПОВОДУ ВЫРАЖЕННОГО СТЕНОЗА, ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ НЕТ. КАКОЙ КЛАПАН ОПТИМАЛЕН В ДАННОМ СЛУЧАЕ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ?

A. Механический+

B. Тканевой

C. Биологический

D. Любой

319. КАКАЯ ИЗ ЭТИХ ОПЕРАЦИЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КЛАПАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ

A. Операция Бенталла+

B. Операция Якуба

C. Операция Дэвида

D. Все перечисленные

320. ПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ БИОПСИИ ОБРАЗОВАНИЯ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

A. Недостаточный объем материала для патоморфологических исследований при ранее верифицированном образовании+

B. Верифицированное объемное образование легкого

C. Наличие отдаленных очагов в других органах

D. Метастатическое поражение костей скелета

321. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНИТЬ ТРАНСТОРАКАЛЬНУЮ БИОПСИЮ ОБРАЗОВАНИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

A. ВТС, атипичная резекция образования легкого+

B. Торакотомия атипичная резекция образования легкого

C. ВТС, лобэктомия

D. Торакотомия, пневмонэктомия

322. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МИНИМАЛЬНОГО ПРИСТЕНОЧНОГО ПНЕВМОТОРАКСА НА СТОРОНЕ РАНЕЕ ПРОИЗВЕДЁННОЙ ПУНКЦИИ ПОКАЗАНО

A. Динамическое наблюдение +

B. Дренирование плевральной полости

C. Видеоторакоскопия, ревизия, ушивание легкого

D. Торакотомия ревизия, ушивание легкого

323. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ МИНИМАЛЬНОГО ГЕМОТОРАКСА НА СТОРОНЕ РАНЕЕ ПРОИЗВЕДЁННОЙ ПУНКЦИИ ПОКАЗАНО

A. Динамическое наблюдение +

B. Дренирование плевральной полости

C. Видеоторакоскопия, ревизия, с перевязкой сосуда

D. Торакотомия ревизия, гемостаз

324. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛЬШОГО ГЕМОТОРАКСА (ОКОЛО 900 МЛ) НА СТОРОНЕ РАНЕЕ ПРОИЗВЕДЁННОЙ ПУНКЦИИ ПОКАЗАНО

A. Дренирование плевральной полости+

B. Динамическое наблюдение

C. Видеоторакоскопия, ревизия, с перевязкой сосуда

D. Торакотомия ревизия, гемостаз

325. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ БОЛЬШОГО ГЕМОТОРАКСА (ОКОЛО 900 МЛ) НА СТОРОНЕ РАНЕЕ ПРОИЗВЕДЁННОЙ ПУНКЦИИ, ВЫПОЛНЕНО ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, ОДНАКО ПРОДОЛЖАЕТСЯ ПОСТУПЛЕНИЕ КРОВИ ПО ДРЕНАЖУ СО СКОРОСТЬЮ 300 МЛ/Ч, ПОКАЗАНО

A. Видеоторакоскопия, ревизия, перевязка поврежденного сосуда+

- В. Дренирование плевральной полости
- С. Динамическое наблюдение
- Д. Торакотомия ревизия, гемостаз

326. КОЛИЧЕСТВО ДОЛЕЙ И СЕГМЕНТОВ В ЛЕВОМ ЛЕГКОМ:

- А. 2 доли и 10 сегментов+**
- В. 2 доли и 9 сегментов
- С. 3 доли и 9 сегментов
- Д. 3 доли и 10 сегментов

327. ПОЛУНЕПАРНАЯ ВЕНА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ВПАДАЕТ В:

- А. Непарную вену+**
- В. дуга аорты
- С. нижняя полая вена
- Д. подключичная артерия
- Е. плечеголовная вена справа

328. ПОЛУНЕПАРНАЯ ВЕНА НЕСЕТ КРОВЬ ОТ:

- А. Межреберных вен левой половины груди+**
- В. Межреберных вен правой половины груди
- С. Портальной вены
- Д. От венозных сплетений пищевода

329. ПРИ ЛЕГОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ 1А СТЕПЕНИ ПО Е.Г. ГРИГОРЬЕВУ ПОКАЗАНО:

- А. Динамическое наблюдение в хирургическом стационаре, консервативная гемостатическая терапия+**
- В. Амбулаторное наблюдение у терапевта по месту жительства
- С. Лечение у пульмонолога по месту жительства
- Д. Стационарное лечение в отделение реанимации и интенсивной терапии

330. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- А. МСКТ органов грудной клетки с внутривенным болюсным контрастированием+**
- В. Рентгенографию груди
- С. Пункцию плевральной полости
- Д. ЭХОкардиографию

331. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТРОМБОЭМБОЛИЮ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

- А. УЗДГ вен нижних конечностей+**
- В. Рентгенографию груди
- С. Пункцию плевральной полости
- Д. ЭХОкардиографию

332. КОЛИЧЕСТВО ДОЛЕЙ И СЕГМЕНТОВ В ПРАВОМ ЛЕГКОМ:

- А. 3 доли и 10 сегментов+**
- В. 2 доли и 10 сегментов
- С. 3 доли и 9 сегментов
- Д. 2 доли и 11 сегментов

333. ОДНИМ ИЗ САМЫХ БЕЗОПАСНЫХ МЕТОДОВ ПУНКЦИИ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Под УЗИ наведением+**
- В. Под рентгенологическим наведением
- С. Под КТ наведением
- Д. Под МРТ наведением

334. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ:

- А. Мультиспиральная компьютерная томография+**
- В. Магнитно-резонансная компьютерная томография
- С. Ультразвуковое исследование
- Д. Рентгеноскопия легких

335. КРУПНЫМ СОСУДОМ, РАСПОЛОЖЕННЫМ В КУПОЛЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- A. подключичная артерия+
 - B. подключичная вена
 - C. общая сонная артерия
 - D. нижняя щитовидная артерия
336. ДИАГНОСТИКА ДИВЕРТИКУЛА ПИЩЕВОДА ПОДРАЗУМЕВАЕТ:
- A. рентгенологическое исследование с пероральным контрастированием+
 - B. эзофагоманометрию
 - C. медиастиноскопию
 - D. УЗИ
337. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАРИАНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИНИЕЙ ДАМУАЗО:
- A. Рентгенологический признак пневмо-гидроторакса+
 - B. рентгенологический признак тотального пневмоторакса
 - C. рентгенологический признак экссудативного плеврита
 - D. признак ограниченного пневмоторакса
338. КАКАЯ СОСУДИСТАЯ СТРУКТУРА РАСПОЛАГАЕТСЯ СПЕРЕДИ ОТ ВЕРХНЕ-ГРУДНОГО ОТДЕЛА ТРАХЕИ:
- A. плечеголовной ствол+
 - B. левая подключичная артерия
 - C. правый блуждающий нерв
 - D. левый грудной лимфатический проток
339. ОПРЕДЕЛИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:
- A. рот – глотка – пищевод – желудок – кишечник +
 - B. рот – желудок – пищевод – кишечник – глотка
 - C. рот – пищевод – глотка – желудок – кишечник
 - D. глотка-рот-пищевод-желудок-кишечник
340. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ НЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ:
- A. Сужение пищевода опухолью средостения ниже уровня бифуркации трахеи+
 - B. Сужение на уровне глоточно-пищеводного перехода
 - C. Сужение на уровне бифуркации трахеи
 - D. Вышеперечисленные сужения являются физиологическими
341. НЕПАРНАЯ ВЕНА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ НЕСЕТ ВЕНОЗНУЮ КРОВЬ К:
- A. верхней полой вене+
 - B. дуга аорты
 - C. нижняя полая вена
 - D. подключичная артерия
342. СОСУДИСТО-НЕРВНЫЙ ПУЧОК МЕЖДУ РЕБЕР РАСПОЛОЖЕН :
- A. Между наружной и внутренней межрёберными мышцами+
 - B. Под грудной фасцией
 - C. В параплевральной клетчатке
 - D. Под поверхностной фасцией
343. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОСУДОВ И НЕРВОВ В МЕЖРЁБЕРНОМ СОСУДИСТО-НЕРВНОМ СВЕРХУ ВНИЗ:
- A. Вена, артерия, нерв+
 - B. Вена, нерв, артерия
 - C. Артерия, вена, нерв
 - D. Нерв, артерия, вена
344. КАКИЕ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ СРЕДИ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫДЕЛЯЮТ СИНУСЫ :
- A. Все перечисленные+
 - B. Рёберно-диафрагмальный
 - C. Рёберно-медиастинальный
 - D. Позвоночно-медиастинальный
345. КАКОЙ СОСУД ПРОХОДИТ ПО ВЕРХНЕМУ ПОЛЮСУ КОРНЯ ПРАВОГО ЛЁГКОГО:

A. Непарная вена+

B. Полунепарная вена

C. Верхняя полая вена

D. Дуга аорты

346. БРОНХИАЛЬНЫЕ АРТЕРИИ, КАК ПРАВИЛО БЕРУТ СВОЕ НАЧАЛО ИЗ:

A. Грудного отдела аорты и задних межреберных артерия+

B. Внутренних грудных артерий

C. Правой внутренней грудной артерии

D. Передних межрёберных артерий

347. В ПРАВОМ ЛЕГКОМ ВЫДЕЛЯЮТ СЕГМЕНТОВ:

A. Десять +

B. Восемь

C. Девять

D. Одиннадцать

E. Двенадцать

348. ПОЗАДИ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ СЕРДЦА НАХОДЯТСЯ 2 СТРУКТУРЫ СРЕДОСТЕНИЯ:

A. Грудной отдел аорты и пищевод+

B. Грудной проток и левая легочная вена

C. Непарная вена и полунепарная вена

D. Полунепарная вена и правая легочная артерия

349. ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО ПЕРЕКРЫВАЕТ:

A. Нижнедолевой бронх правого легкого +

B. Верхнедолевой бронх левого легкого

C. Среднедолевой бронх правого легкого

D. Нижнедолевой бронх левого легкого

350. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ХАРАКТЕРЕН “МАТРОНИЗМ”?

A. Болезни Иценко-Кушинга, +

B. Феохромоцитомы,

C. Коарктации аорты,

D. Первичного гиперальдостеронизма.

Ситуационные задачи для проведения экзамена

Ситуационная задача № 1

Больная А. 57 лет, повторно госпитализирована в стационар в связи с ухудшением течения основного заболевания и появлением эпизодов кровохарканья, возникающие как на фоне нагрузки, так и в покое. Курит более 20 лет по пачке в день, 7 лет назад диагностирован ХОБЛ, за последний год текущая госпитализация – третья. На момент поступления данных за легочное кровотечение нет.



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

1. Легочное кровотечение
2. Рентгенография груди, МСКТ ОГК с контрастом, диагностическая фибробронхоскопия, в плановом порядке ФБС + БАЛ, КЩС, общий анализ крови, биохимический анализ крови
3. Легочное кровотечение 1А степени по Е.Г. Григорьеву. Язвенный эндобронхит.
4. Консервативная терапия гемостатическая терапия (этамзилат 250 мг 2 раза в сутки в/м, транексамовая кислота 750-1000 мг в сутки на 500 мл 0,9% физиологического раствора). Эндоваскулярная эмболизация бронхиальных артерий.

Больной 50-ти лет доставлен в больницу. Со слов пациента, после непродолжительной тренировки возник сильный неукротимый кашель, через некоторое время присоединилась одышка. В мокроте прожилки крови. Из анамнеза известно, что 5 лет назад проходил лечение по поводу онкологического процесса. Объективно: дыхание везикулярное, ослаблено справа. Пульс-108 уд. в мин.

Общий анализ крови: гемоглобин 98г/л, лейкоциты $15,8 \times 10^9/\text{л}$, ПЯН 14%, Сегментоядерные 72%, Лимфоциты 8%, Моноциты 6%, СОЭ-32мм/час.

При выполнении КТ-ангиографии выявлена имбибиция верхней доли правого легкого, по шкале Хаунсфилда 60-90 HU.

Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

1. Легочное кровотечение

2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ артериальной крови на кислотно-основное состояние (КЩС), рентгенография груди, МСКТ ОГК с контрастом, диагностическая фибробронхоскопия, в плановом порядке ФБС + БАЛ.

3. Легочное кровотечение 1А степени (по Е.Г. Григорьеву), Анемия легкой степени.

4. Консервативная гемостатическая терапия (этамзилат 250 мг 2 раза в сутки в/м, транексамовая кислота 1000 мг на 100 мл 0,9% физиологического раствора в/в капельно), Цефтриаксон 1г 1 раз в день 5 дней в/м, в случае продолжающегося кровотечения-выполнение ангиографии и эндоваскулярной эмболизации.

Больной А. 45 лет, доставлен скорой помощью в приемное отделение хирургического стационара в тяжелом состоянии после автокатастрофы. При поступлении: кровохарканье, одышка (ЧДД – 35), парадоксальные движения правой половины грудной клетки. Сознание спутанное, кожные покровы цианотичные, влажные. АД 80/55 мм рт. ст., пульс 115 уд. / мин, слабого наполнения и напряжения. При клиническом и рентгенологическом обследовании выявлены «окончатые» переломы V, VI ребер со смещением отломков по правым среднеключичной и средней подмышечной линиям, гемопневмоторакс (количество жидкости примерно 700 мл). В приемном отделении выполнена плевральная пункция: в шприце сгустки крови, свободно попадает воздух.

Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

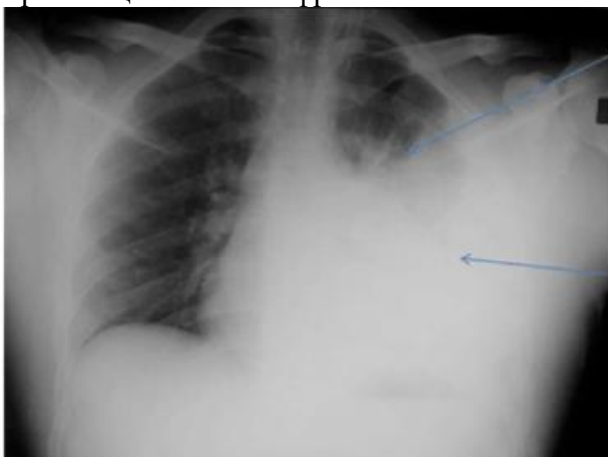
Ответ:

1. Правосторонний пневмо-гемоторакс
2. Рентгенография груди, УЗИ плевральных полостей, КЩС, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, пульсоксиметрия, МСКТ ОГК с внутривенным контрастированием
3. Закрытая травма груди. Флотирующие переломы 4-5 ребер справа. Левосторонний пневмо-гемоторакс.
4. Дренирование плевральной полости под УЗИ контролем, подключение дренажа к активной аспирации, гемотрансфузия эритроцитарной взвеси, плазмы, искусственная вентиляция легких (с положительным давлением выдоха), при продолжающемся внутриплевральном кровотечении или при обильном сбросе воздуха, по плевральному дренажу - ВТС/торакотомия справа, ревизия, ушивание раны легкого/источника кровотечения санация дренирование

В приемное отделение доставлена женщина 72 лет после падения в автобусе на спинку впередистоящего сидения при резком торможении.

Жалобы: боли в области грудной клетки, одышка. При осмотре: бледность кожных покровов, акроцианоз, холодный пот. Температура тела нормальная. Шумное, частое, прерывистое, поверхностное дыхание.

Больная занимает вынужденное положение (полусидит, наклоняясь в сторону поражения). Голосовое дрожание слева резко ослаблено. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, АД 70/50 мм рт. ст., ЧСС 120 уд./мин перкуторно определяется тимпанит, нижняя граница легких при дыхании не смещается, определяется смещение средостения и сердца в правую сторону. Аускультативно определяется значительное ослабление на левой стороне. Крепитация костных фрагментов в области 4-5 ребер слева.



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

1. Левосторонний пневмо-гемоторакс
2. Рентгенография груди, УЗИ плевральных полостей, КЩС, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, пульсоксиметрия
3. Закрытая травма груди. Переломы 4-5 ребер слева. Левосторонний пневмо-гемоторакс.
4. Дренирование плевральной полости под УЗИ контролем, гемотрансфузия эритроцитарной взвеси, плазмы, при продолжающемся кровотечении или при обильном сбросе воздуха, по плевральному дренажу - ВТС/торакотомия слева, ревизия, ушивание раны легкого/источника кровотечения санация дренирование

Больной 63 лет доставлен в приемное отделение бригадой скорой медицинской помощи с острыми болями в левой нижней конечности. При осмотре состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание жесткое, хрипов нет. АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 96-110 уд/в мин, неритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме.

Местный статус: левая нижняя конечность ниже коленного сустава бледная, холодная, с умеренным отеком мягких тканей, при пальпации умеренная болезненность. Активные и пассивные движения конечности сохранены. Пульсация артерий определяется только на бедренной артерии. Правая нижняя конечность теплая, пульсация артерий на всех уровнях сохранена.

Цифровая ангиография

**Вопрос:**

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: острая ишемия левой нижней конечности 1 степени. Оклюзия левой подколенной артерии.

Учитывая клинические симптомы и данные аортериографии необходимо проведение экстренной реваскуляризации - баллонной ангиопластики левой подколенной артерии с установкой стента. При невозможности проведения данной процедуры - бедренно-тибиальное шунтирование.

Консервативное лечение: отказ от курения, препараты из группы ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы (статины), антикоагулянтная терапия (ПОАК, аспирин/клопидогрель).

В приемное отделение больницы обратился больной **Ангиография:**

65 лет с жалобами на сильные боли и парестезии в правой нижней конечности. Около 2 часов назад отметил внезапное начало резких болей на уровне правого бедра, позже - жжение и покалывание на всем протяжении.

Из анамнеза жизни: 2 года назад перенес инфаркт миокарда, страдает мерцательной аритмией. Антикоагулянтную терапию не принимает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Дыхание жесткое, хрипов нет. АД 150/90 мм.рт.ст. Пульс 96 уд/мин, неритмичный. Живот без особенностей. Физиологические отправления не нарушены. Местный статус: правая нижняя конечность бледная, холодная, при пальпации безболезненная, активные и пассивные движения сохранены. Отмечается отсутствие артериальной пульсации на всех уровнях нижней конечности. Левая нижняя конечность без изменений



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: острая ишемия правой нижней конечности 1 степени. Окклюзия правой общей подвздошной артерии. Синдром Лериша.

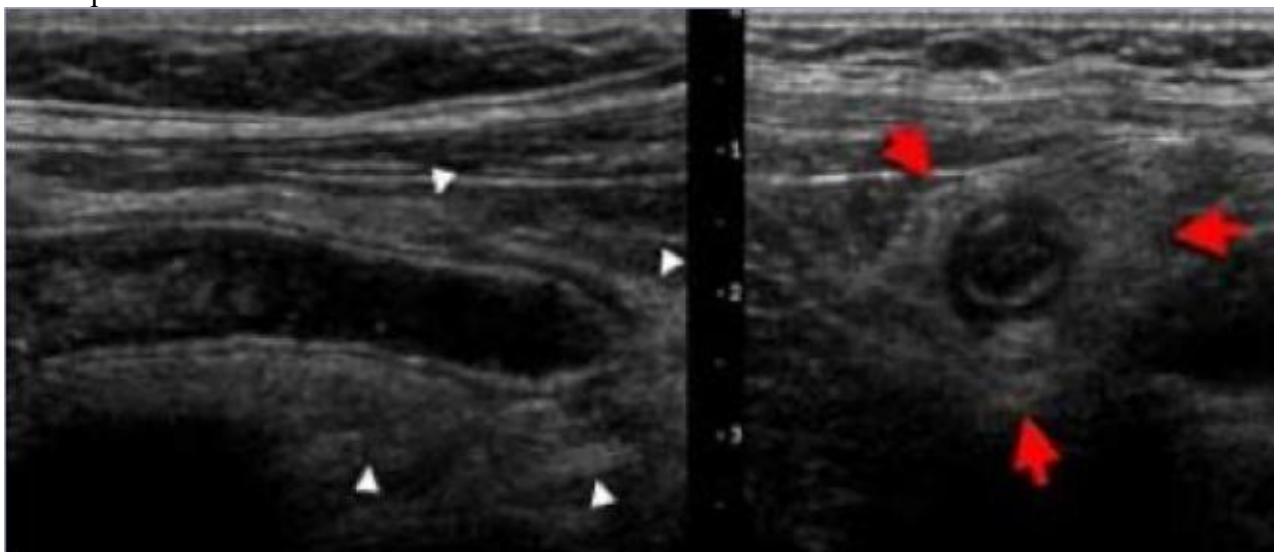
Учитывая клинические данные и уровень и протяженность поражения общей подвздошной артерии, необходимо проведение реваскуляризации в объеме протезирования ОПА либо аорто-бедренного шунтирования.

Консервативное лечение - статины, прием антиагрегантов в минимальных дозах пожизненно.

Пациент М. 26 лет госпитализирован в хирургический стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Из анамнеза: 4 дня назад на фоне полного здоровья появилась умеренная боль в эпигастральной области, которая спустя несколько часов сместилась в правую подвздошную область. Была тошнота и многократная рвота, подъем температуры до 37,9° С. Ночью при попытке лечь на правый бок в правой подвздошной области резко усилилась боль, после чего распространилась по всему животу. На момент поступления при физикальном осмотре язык сухой, пульс 120 уд/мин, живот в дыхании не участвует, при пальпации — напряжен и резко болезненный. Во всех отделах живота определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

УЗИ брюшной полости:



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

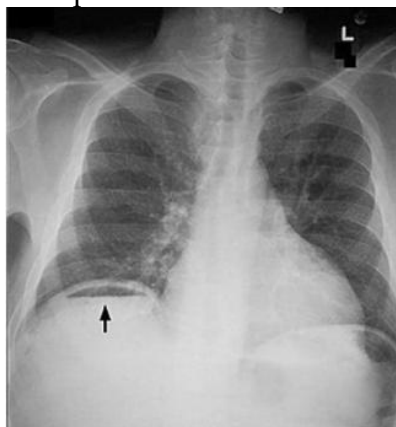
Ответ:

1. Перитонит (вследствие перфорации червеобразного отростка)
2. Обзорная рентгенография живота, УЗИ живота, общий анализ крови, биохимический анализ крови
3. Разлитой перитонит
4. Лечение - хирургическое, лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости

Мужчина 55 лет, госпитализирован бригадой СМП с жалобами на сильнейшую, распространенную боль в животе, появившуюся около 12 часов назад.

Из анамнеза: хронический гастрит, 2 года назад желудочно-кишечное кровотечение, последние 2 месяца на фоне стресса злоупотребляет алкоголем, нерегулярно питается. При осмотре: язык сухой, ЧСС 120 уд/мин, живот в дыхании не участвует, при пальпации — напряжен, резко болезненный. Во всех отделах живота определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Обзорный снимок живота



Общий анализ крови: Нб 105 г/л; лейкоциты $19 \cdot 10^9/\text{л}$; СРБ 210 мг/л.

УЗИ живота: в брюшной полости определяется около 400 мл неоднородного содержимого.

Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ

1. Перфорация язвы желудка. Перитонит (вследствие перфорации)
2. Обзорная рентгенография живота, УЗИ живота, общий анализ крови, биохимический анализ крови
3. Перфорация язвы желудка. Разлитой перитонит.
4. Лечение - хирургическое, лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости

Пациент 32 лет госпитализирован для планового хирургического лечения гигантской посттравматической грыжи правого купола диафрагмы. На 2-е сутки после операции (срединная лапаротомия, низведение органов брюшной полости, ушивание дефекта диафрагмы с пластикой сетчатым протезом) прогрессивное ухудшение состояния пациента. Снижение диуреза, нарастание дыхательной недостаточности и гипотензии, начата вазопрессорная поддержка. При осмотре: живот плотный, увеличен в размере, кожа на нем натянута и блестит, при аускультации отсутствие перистальтических шумов, экскурсия грудной клетки уменьшена, SpO₂ – 87%, АД 83/50 мм/рт.ст, внутрибрюшное давление 20 мм/рт.ст..

Общий анализ крови: Hb 98 г/л; лейкоциты 14 10⁹/л; СРБ 205 мг/л; мочевины 25 ммоль/л; креатинин – 150 мкмоль/л; альбумин – 21 г/л; общий белок – 35 г/л; натрий 140 ммоль/л; калий – 3,3 ммоль/л.

УЗИ живота

**Вопрос:**

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ

1. Абдоминальный компартмент синдром.
2. УЗИ живота, КТ живота с внутривенным контрастированием (если нет противопоказаний), измерение внутрибрюшного давления, измерение абдоминального перфузионного давления
3. Абдоминальный компартмент синдром. Парез кишечника.
4. Релапаротомия, ревизия, лапаростомия

Больной А., 37 лет, обратился в больницу с жалобами на зуд, жжение, боль в области анального отверстия, редкие кровотечения. Работает водителем, питается нерегулярно. Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. $T = 36.6^{\circ} \text{C}$. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 уд./в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, незначительно вздут в эпигастрии.

**Вопрос:**

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: Хронический геморрой 2-4 ст. (в зависимости от вправления узлов). Обследование: Осмотр аноректальной области, ректальное исследование, аноскопия, колоноскопия. Дифференциальный диагноз с анальной трещиной, парапроктитом, язвенным колитом, онкологическими заболеваниями прямой и толстой кишки. Лечение: консервативное - диета, купирование ведущего синдрома (болевого, кровотечения, лечение тромбоза); хирургическое - склеротерапия, лигирование, лазерная коагуляция, дезартеризация и мукопексия, геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, степлерная геморроидэктомия, LigaSure, UltraCision.

Больная М., 48 лет, обратилась в больницу с жалобами на острую, жгучую боль во время акта дефекации, хронические запоры. Лечилась самостоятельно мазью ауробин. Данные жалобы беспокоят уже больше 2-х недель. Объективно: состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. АД 110/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 74 уд./в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, незначительно вздут в эпигастрии.

При осмотре анальной области:



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: Острая анальная трещина (ровные края, чистое дно, не сторожевого бугорка, длительность 2 недели). Обследование: Пальцевое исследование, аноскопия, колоноскопия, исследование функции запирающего аппарата. Лечение: консервативное - диета, обезболивающая терапия, инъекции ботулотоксина, нитроглицериновая мазь, нифедипин; хирургическое - инфракрасная фотокоагуляция, иссечение трещины и релаксация внутреннего сфинктера прямой кишки, боковая подслизистая сфинктеротомия.

Больной А., 61 лет, обратился в больницу с жалобами на кашель, одышку при умеренной физической нагрузке, боль в грудной клетке справа, чувство тяжести в груди, ощущение вздутия после приема пищи. Из анамнеза: год назад выполнено протезирование восходящего отдела аорты, страдает ИБС, ГБ. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. $T = 36.6^{\circ}\text{C}$. Дыхание справа не выслушивается ниже III межреберья, слева везикулярное, проводится во все отделы. Перкуторно тупой перкуторный звук в нижних отделах справа, слева ясный легочный. SpO_2 92%, при нагрузке - 89%. АД 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Общий анализ крови: лейкоциты $5,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч, Hb 127 г/л, Hct 37,4 %. Биохимический анализ крови: креатинин 88 мкмоль/л, калий 4,3 ммоль/л, альфа-амилаза 35 ед/л.

Рентгенография органов грудной клетки:



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

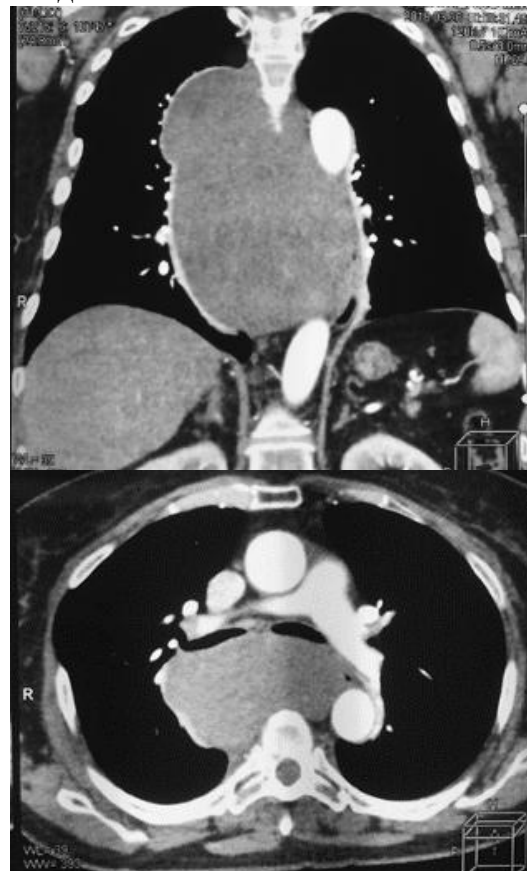
Ответ: Парез (релаксация) правого купола диафрагмы (вследствие повреждения правого диафрагмального нерва при предыдущей операции). Осложнение: хроническая дыхательная недостаточность 1-2 степени (нейромышечная). Обследование: МСКТ органов груди, МСКТ органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости, функция внешнего дыхания. Лечение: кислородотерапия; хирургическое - пластика правого купола диафрагмы (пликация или формирование дубликатуры) с подкреплением синтетическим протезом торакоскопическим или лапароскопическим доступом с возможным расширением до открытого доступа (зависит от спаечного процесса и возможности низведения органов в брюшную полость).

Больная М., 68 лет, поступила в больницу с жалобами на одышку при умеренной физической нагрузке, сухой кашель, ощущение тяжести и неполного вдоха, дискомфорт в грудной клетке, быструю утомляемость, слабость. Одышка появилась 6 месяцев назад, усилилась за последнюю неделю. Вредных привычек и сопутствующих заболеваний нет.

Из анамнеза известно: 5 лет назад оперирована по поводу невриномы заднего средостения. Объективно: состояние средней степени тяжести. В сознании, контакту доступна. Определяется цианоз. Дыхание справа ослаблено, слева везикулярное, проводится во все отделы. SpO₂ 88%. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД=105/70 мм.рт.ст. ЧСС 88 уд/в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин 132 г/л, лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л, гематокрит 37,5 %.

По данным МСКТ:



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

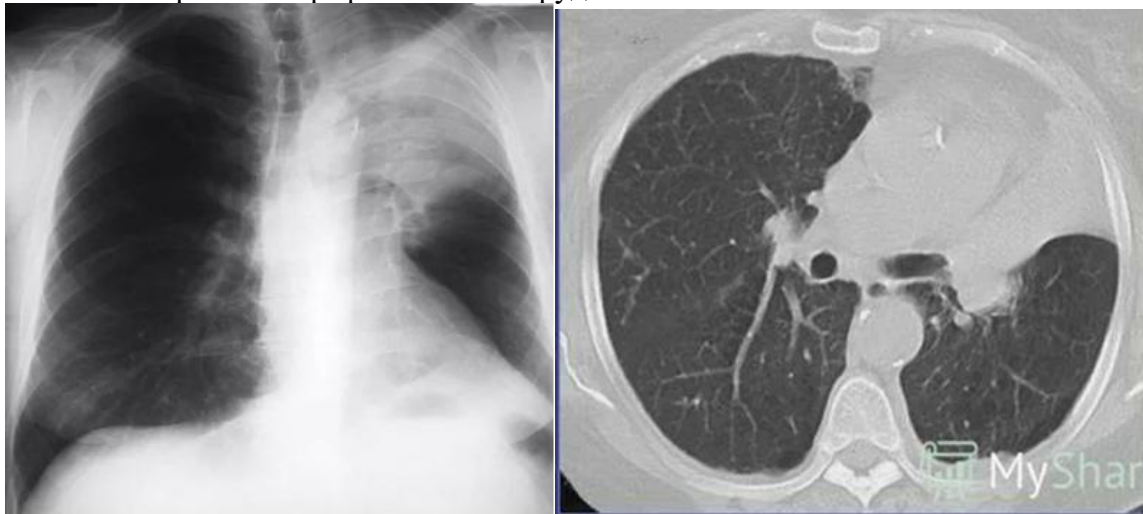
Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: опухоль заднего средостения (рецидив невриномы заднего средостения, окончательный диагноз после биопсии). Хроническая дыхательная недостаточность 2 степени (легочная рестриктивная). Обследование: МСКТ органов груди с внутривенным контрастированием (представлен снимок), рентгенография органов груди (сравнить до и после операции), функция внешнего дыхания, консультация кардиолога (для оценки кардиальной этиологии дыхательной недостаточности), ФТБС и ЭГДС (оценить проходимость трахеобронхиального дерева на предмет сдавления или прорастания опухолью). Лечение: хирургическое - удаление опухоли заднего средостения (реторакотомия справа или видеоторакоскопия справа).

Больной Д., 47 лет, обратился в больницу с жалобами на сухой кашель, одышку при умеренной физической нагрузке, эпизод кровохарканья. Из анамнеза известно: сухой кашель беспокоит в течение 2 лет, одышка появилась 1 месяц назад. Вредные привычки: курит 15 лет по 1 пачке в день. Объективно: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. ИМТ= 20 кг/м². Т= 36.6°C. Дыхание справа везикулярное, проводится во все отделы; слева ослаблено в верхних отделах, хрипов нет. АД 120/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 84 уд/в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

Общий анализ крови: лейкоциты $3,9 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 33 мм/ч, гемоглобин 137 г/л, гематокрит 42%. Биохимический анализ крови: креатинин 82 мкмоль/л, калий 4,1 ммоль/л, АЛТ 22 ЕД/л, АСТ 34 ЕД/л.

Выполнены рентгенография и МСКТ груди:



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

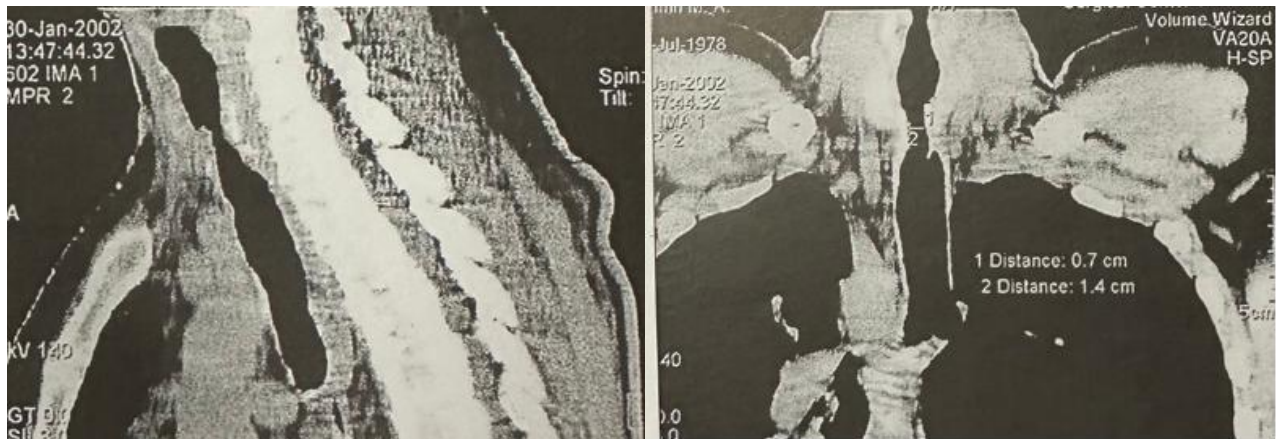
Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: Центральное новообразование верхнедолевого бронха слева, осложненное ателектазом верхней доли левого легкого, синдромом легочного кровотечения. Обследование: МСКТ органов груди с внутривенным контрастированием (оценить расположение опухоли относительно крупных сосудов), ФТБС (расположение опухоли в трахеобронхиальном дереве и БИОПСИЯ), ФВД, сатурация кислорода (оценить степень дыхательной недостаточности при наличии). Проведение онкопоиска (МРТ головного мозга с контрастированием, МСКТ органов брюшной полости с контрастированием, сцинтиграфия или ПЭТ-КТ+МРТ головного мозга с контрастированием). После получения результатов биопсии и стадирования онкологического процесса по TNM определение тактики: неоадьювантная химиотерапия + оперативное лечение или оперативное лечение + адьювантная химиотерапия.

Больная С., 37 лет, поступила в больницу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, сухой кашель, шумное дыхание в покое. Вдох затруднен. Одышка беспокоит последние 3 месяца. Заподозрена бронхиальная астма. На фоне приема глюкокортикостероидов временный положительный эффект. Из анамнеза: 9 мес назад перенесла тяжелую сочетанную травму в результате ДТП, проводилась ИВЛ в течение 17 суток. Объективно: состояние средней степени тяжести. В сознании, контакту доступна. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. Положение полусидя с упором на руки. Дыхание шумное. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца достаточной звучности, ритм синусовый, ЧСС 88 уд/в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный.

Общий анализ крови: гемоглобин 122 г/л, лейкоциты $7,9 \times 10^9/\text{л}$, гематокрит 34%.

Биохимический анализ крови: АЛТ 18 ЕД/л, АСТ 23 ЕД/л, общий белок 72 г/л, креатинин 70 мкмоль/л.



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

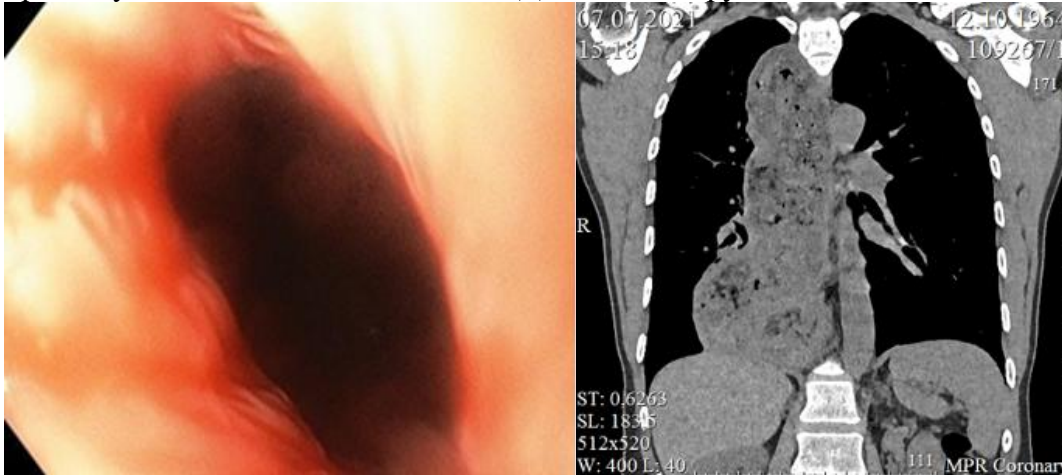
Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: Посттрахеостомический рубцовый стеноз шейного отдела трахеи 3 ст. по классификации М.И. Перельмана (посттрахеостомический в связи с длительностью проведения ИВЛ). Стридор. Обследование: МСКТ органов груди и шеи на вдохе и выдохе (для исключения трахеомалации при стабильном состоянии пациента), фибротрехеоскопия диагностическая с переходом в лечебную - ригидная трахеоскопия, бужирование трахеи. Далее тактики в зависимости от отсутствия противопоказаний и согласия пациента: 1-циркулярная резекция шейного отдела трахеи; 2-после бужирования стентирование трахеи; при наличии противопоказаний к циркулярной резекции трахеи - этапные реконструктивно-пластические операции на трахее. При развитии асфиксии - экстренная пункционно-дилатационная трахеостомия.

Больная Ж., 71 год, обратилась в клинику с жалобами на трудности при прохождении твердой и полужидкой пищи, похудание на 10 кг за год. Более 5 лет беспокоят периодическое затрудненное прохождение твердой пищи, отрыжка с неприятным запахом.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие. ИМТ= 17 кг/м². Т=36.6°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца достаточной звучности, ритм синусовый, ЧСС 75 уд/в мин. Язык влажный, обложен белым налетом.

Общий анализ крови: лейкоциты $2,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 55 мм/ч, гемоглобин 118 г/л, гематокрит 38%. Биохимический анализ крови: сывороточное железо 6,3 мкмоль/л, преальбумин 0,07 г/л. Выполнены ЭГДС и МСКТ груди:



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

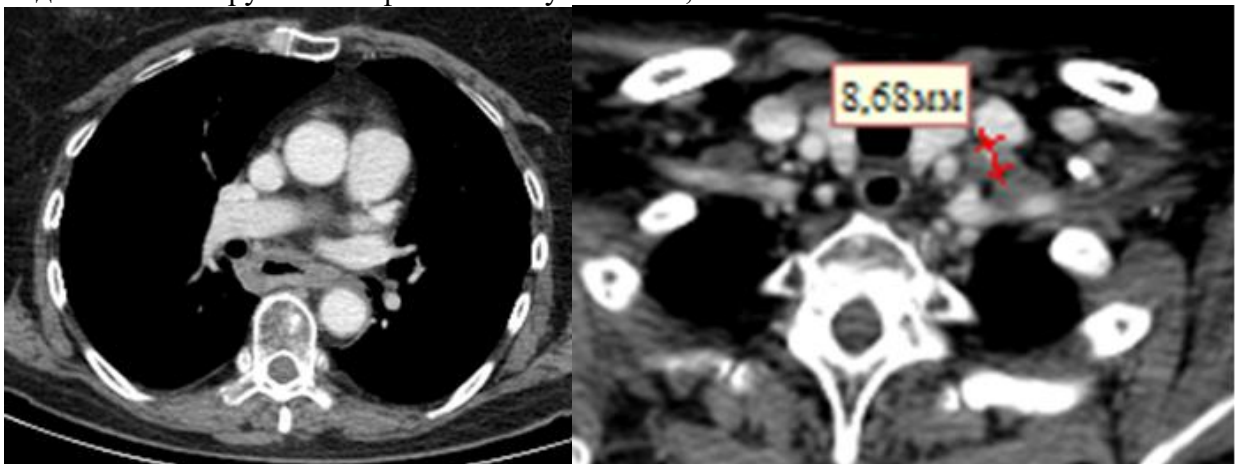
Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: Ахалазия кардии. В качестве обследования необходимо выполнить: ЭГДС, Rg-графию пищевода с бариевой взвесью, МСКТ органов грудной клетки и органов брюшной полости (для исключения дополнительного субстрата - пептическая или ожоговая стриктуры пищевода, опухоль пищеводно-желудочного перехода). Окончательный диагноз: Ахалазия кардии 3-4 ст, дисфагия 3ст. Учитывая стадию заболевания, жалобы пациентки на прогрессирующую дисфагию, похудание на 10 кг за последний год (в перспективе алиментарную недостаточность), данные лабораторных и инструментальных методов исследования, в качестве лечения рекомендовано хирургическое лечение в объеме: Экстирпация пищевода с пластикой желудочной трубкой. Консервативное лечение: симптоматическое, - в случае выявления алиментарной недостаточности, водно-электролитных нарушений по результатам анализов - их компенсация путем сбалансированной инфузионной терапии, установки назо-гастрального зонда - дополнительное энтеральное питание.

Больной С., 55 лет, обратился в клинику с жалобами на трудности при прохождении твердой пищи, чувство комка и боли за грудиной. Жалобы беспокоят около 3 месяцев. За последний месяц боли усилились, появились тошнота, слабость, быстрая утомляемость, похудел на 8 кг. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые, тургор снижен. При пальпации надключичные лимфоузлы увеличены, плотноэластической консистенции. ИМТ= 20 кг/м² T=37.0°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца достаточной звучности, ритм синусовый, ЧСС 93 уд/в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, не вздут, при пальпации безболезненный. Газы отходят, стул регулярный, патологических примесей нет.

Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}$, гемоглобин 112 г/л, Hct 39,5 %. СОЭ 58 мм/ч, Биохимический анализ крови: общий белок 55 г/л, альбумин 24,4 г/л, сывороточное железо 5,3 мкмоль/л, альбумин 28 г/л.

МСКТ груди: образование средней трети пищевода, увеличение в размере левой надключичной группы лимфатических узлов – 8,68 мм



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: Рак грудного отдела пищевода cT3N1M1 (метастаз в левый надключичный лимфатический узел). Для уточнения диагноза необходимо провести дообследование в объеме: ЭГДС с биопсированием подозрительных участков, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости с внутривенным контрастом, УЗИ мягких тканей шеи с целью динамической оценки размеров лимфатических узлов. Окончательный диагноз: Рак грудного отдела пищевода cT3N1M1 (метастаз в левый надключичный лимфатический узел). Дисфагия 1 ст. Лечение: при учете отсутствия дополнительной информации о данных выполненного патолого-анатомического исследования, учитывая объем, протяженность и стадию опухолевого поражения, наличие отдаленных метастазов - метастаз в левый надключичный лимфатический узел, лечение данного пациента должно быть комбинированным: предоперационное проведение курса ХЛТ с целью стабилизации процесса и частичной редукции опухолевого роста. После стабилизации состояния выполнение оперативного вмешательства в объеме: эзофагэктомия, ЛАЭ 2F, удаление левых надключичных лимфоузлов, эзофагопластика желудочной трубкой. Консервативное лечение: симптоматическое, при учете алиментарной недостаточности, водно-электролитных нарушений по результатам анализов, - их компенсация путем сбалансированной инфузионной терапии, комбинированной нутритивной поддержки в объеме: парентерального питания (периферического, при необходимости - центрального), энтерального питания при (при прогрессировании дисфагии - установка назогастрального зонда).

Больной 64 лет обратился с жалобами на задержку стула, слабость, периодически возникающую боль в животе. Из анамнеза: в течение четырех последних месяцев отмечает умеренные боли в правой подвздошной области, вздутие живота, сильное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. В последнее время появились запоры, сменяющиеся жидким стулом с примесью крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Объективно: Состояние средней тяжести, вялый, несколько заторможен. АД=140/90 мм.рт.ст. пульс 94 удара в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется опухолевидное образование. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника резонирующая. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости со скоплением газа над ними.



Вопрос:

Причина заболевания? Поставьте предварительный диагноз?

В чем состоит лечебная тактика хирурга?

Какова последовательность лечебных мероприятий?

Предложите алгоритм обследования для постановки клинического диагноза?

Ответ:

Механическая кишечная непроходимость. Рак сигмовидной кишки.

Коррекция нарушений гомеостаза в течение 2-4х часов.

Экстренная лапаротомия. Ликвидация непроходимости с выведением толстокишечной стомы.

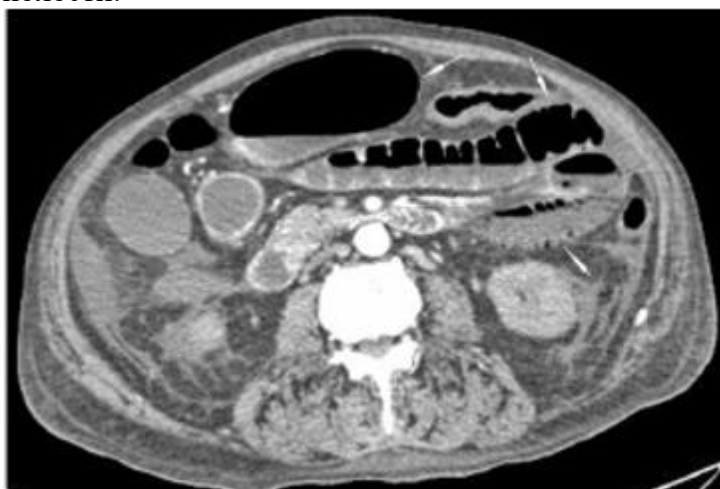
УЗИ органов брюшной полости. Фиброколоноскопия. МРТ брюшной полости.

Больной С., 45 лет, поступил на плановую операцию по поводу диагностированной аденокарциномы нисходящего отдела толстой кишки. На 6-е сутки после левосторонней гемиколэктомии появились боли в животе. Объективно: состояние средней тяжести. Беспокоен, мечется в постели. $T = 37,2^{\circ}\text{C}$. В лёгких дыхание везикулярное, ЧДД 20/в мин, АД 109/74 мм рт.ст., ЧСС 59 уд/мин., ритмичный. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот «подвздут», мягкий, симптомы раздражения брюшины сомнительные. Диурез самостоятельный, мочи мало, концентрирована. Газы не отходят. Стула не было. УЗИ органов брюшной полости: выраженный пневматоз петель кишки, межпетельно выпот.

Общий анализ крови лейкоциты $14,3 \times 10^9/\text{л}$, гранулоциты 92,5%, тромбоциты $206 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb 155 г/л.

Биохимический анализ крови: глюкоза 12,5 ммоль/л, мочевины 9,3 ммоль/л, креатинин 118 мкмоль/л.

По данным МСКТ живота: коло-колоанастомоз состоятелен. Петли тонкой кишки растянуты, с горизонтальными уровнями жидкости. Стенка кишки истончена, с пузырьками воздуха. Жидкость в брюшной полости.



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ: В данной ситуации дифференциальную диагностику необходимо проводить между кишечной непроходимостью и острым нарушением мезентериального кровообращения в бассейне верхней брыжеечной артерии. В качестве дообследования: учитывая данные выполненного УЗИ органов брюшной полости, по данным которого выраженный пневматоз петель кишки, межпетельно выпот, необходимо выполнить пункцию жидкости для оценки ее состава (сероза, гной, кишечной отделяемое и т.д.), Rg-графия при невозможности выполнить МСКТ, МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастом сопряженную по времени с КТ-ангиографией, с целью исключения субстрата для кишечной непроходимости, состоятельности ранее выполненного коло-колоанастомоза, оценки проходимости мезентериальных сосудов и определения возможного уровня поражения. Учитывая тяжесть состояния пациента, нарастающий интоксикационный синдром, данные анамнеза, физикального осмотра, данные полученные при выполнении вышеперечисленных инструментальных и лабораторных методов окончательный диагноз: Острый мезентериальный инфаркт, некроз стенки тонкой кишки. Перитонит. Лечение: учитывая тяжесть состояния пациента, в данном случае хирургическое лечение показано после короткого этапа консервативного лечения (предоперационной подготовки: оксигенотерапия, растворы кристаллоидов, системные антикоагулянты, антибиотики, избегать использование вазопрессоров), которое должно начаться с диагностической лапароскопии для оценки стадии инфаркта и объема поражения кишечника. После чего выполнение срединной лапаротомии, оценка жизнеспособности кишки (цвет, тургор, пульсация краевых сосудов, наличие

перистальтики), попытка реваскуляризации - при малых объемах поражения, резекция с “заботой” (принцип DCS) при обширном поражении.

Ситуационная задача № 20

Пациентка С., 53 лет, поступила с жалобами на: постоянные боли в животе не связанные с приемом пищи, вздутие, жидкий стул. Из анамнеза: боли беспокоят 6 лет, после плановой ХЭ. Ежегодно проходит стационарное лечение без эффекта. С 2018 г ГБ 2 ст., ХСН 2А, ФК 2 (подъемы АД до 180/100 мм рт.ст.) - нормализация АД не достигнута. За последние полгода похудела на 8 кг. Объективно: состояние удовлетворительное, Тела $36,5^{\circ}$ С, кожные покровы бледные, акроцианоз, отеков нет. Аускультативно: тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 78 уд/мин., АД 190/100 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, ЧДД 18/мин. Язык обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный в эпигастриальной, правой подвздошной и околопупочной областях. Над брюшной аортой выслушивается грубый систолический шум. Мочеполовая и нервная системы — без особенностей.

Общий анализ крови: эритроциты $4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $9,9 \times 10^9/л$, тромбоциты $380 \times 10^9/л$
Биохимический анализ крови: холестерин общий 7,7 ммоль/л; ЛПНП 4,5 ммоль/л; триглицериды 2,5 ммоль/л, ЩФ 181 ЕД/л; креатинин 143 мкмоль/л; мочевина 12,4 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости и брюшного отдела аорты: Атеросклероз брюшного отдела аорты с гемодинамически значимым стенозом ВБА и чревного ствола (70-75%).



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

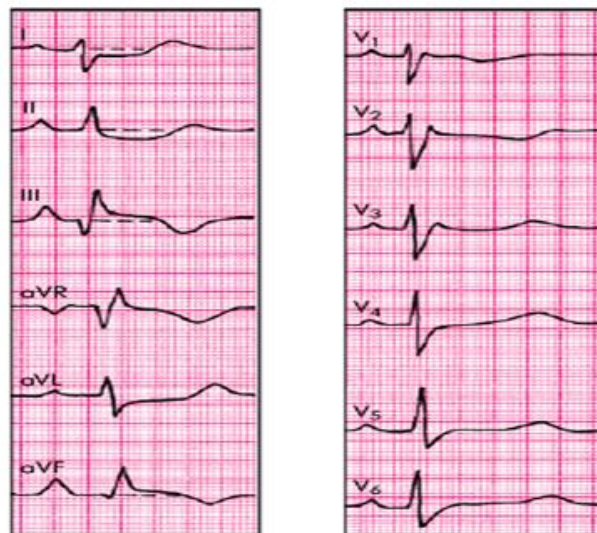
Предварительный диагноз: Хроническая абдоминальная ишемия чревная форма. Для верификации диагноза необходима лабораторная диагностика в объеме: ОАК, ОАМ, Бх крови, Липидограмма, Коагулограмма, Гормоны щитовидной железы. Для проведения дифференциальной диагностики объем инструментальных исследований должен включать в себя: ЭКГ(исключение ОКС, с учетом сопутствующей кардиологической патологии), Rg-графию ОГК и ОБП, УЗИ органов брюшной полости с доплеровским картированием, МСКТ ОБП с внутривенным контрастированием, сопряженную с брюшной аортографией для определения уровня и объема сосудистого поражения.

Окончательный диагноз: Атеросклероз брюшного отдела аорты с гемодинамически значимым стенозом ВБА и чревного ствола (70-75%). Синдром хронической абдоминальной ишемии чревная форма. Лечение: комбинирование симптоматической консервативной терапии и при ее неэффективности - оперативное лечение.

1. Консервативное лечение: диетотерапия, нитраты, антиагреганты, ИПП, статины, пульс-терапия высокими дозировками глюкокортикостероидов, плазмаферез при необходимости.
2. Учитывая гемодинамически значимый стеноз ВБА и чревного ствола, что может привести к ее окклюзии и как следствие острому мезентериальному инфаркту, в связи с чем рекомендована одна из реконструктивных операций: баллонная ангиопластика/стентирование/шунтирование.

Ситуационная задача № 21

У больного Р., 50 лет, на 7-й день после ЭКГ резекции сигмовидной кишки по поводу аденокарциномы во время подъема с постели внезапно появились боли за грудиной, одышка, сердцебиение. Состояние больного средней тяжести. При осмотре признаков тромбоза вен нижних конечностей нет. При аускультации сердца грубый систолический шум, расщепление II тона на легочной артерии. АД 105/75мм.рт.ст., ЧСС 88 в мин, ЧДД 18 в мин.

**Вопрос:**

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

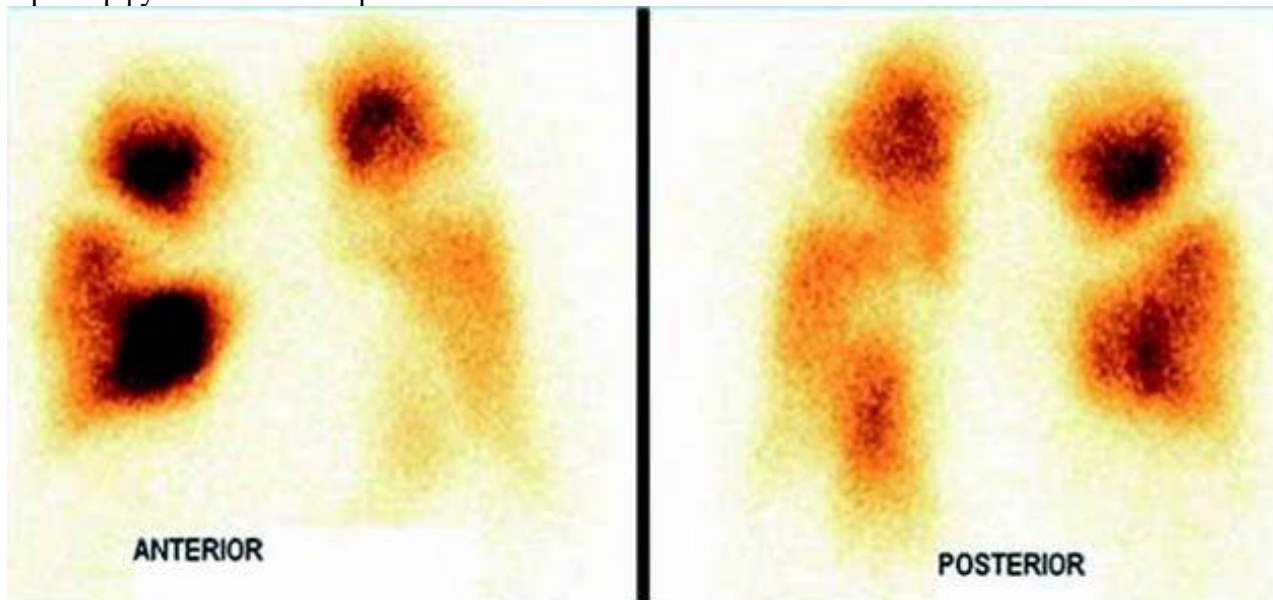
Тромбоэмболия легочной артерии

КТ-пульмонангиография, ЭхоКГ, Д-димер, сатурация кислорода

Полисегментарная тромбоэмболия легочной артерии

Хирургическое лечение не показано. Консервативное лечение: антикоагулянты: гепарин 10000Ед болюсно +450Ед/кг в сутки, инфузия кислорода

У больного Л., 65 лет на 8-е сутки после простатэктомии появилась одышка, боли за грудиной, кровохарканье. Состояние больного средней тяжести. В легких дыхание проводится во всех отделах, хрипов нет. Пульс 100 уд/мин, АД 115/75 мм рт. ст. SpO₂ 89% на воздухе. Тоны сердца приглушены, определяется акцент II тона на легочной артерии. Живот при пальпации во всех отделах мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Нижние конечности не изменены. При рентгенологическом исследовании грудной клетки патологических изменений найдено не было, на ЭКГ зарегистрирована блокада правой ножки пучка Гиса. При перфузионном сканировании легких:

**Вопрос:**

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

Тромбоэмболия легочной артерии

КТ-пульмонангиография, ЭхоКГ

Полисегментарная двусторонняя тромбоэмболия легочной артерии

Хирургическое лечение не показано. Консервативное лечение: антикоагулянты: гепарин 10000 Ед болюсно +450 Ед/кг в сутки, инфузия кислорода

У больного П., 47 лет на 6-й день после резекции желудка по поводу рака появились боли в правой голени. При осмотре состояние больного средней тяжести. АД 125/85 мм.рт.ст., ЧСС 78 ударов в минуту. ЧДД 16 в минуту. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный по ходу операционной раны. Левая нижняя конечность не изменена. Кожные покровы правой нижней конечности обычной окраски, отмечается отек стопы и голени. Движения в суставах конечности сохранены, чувствительность не нарушена. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетливая. При тыльном сгибании стопы отмечается появление болей в икроножных мышцах.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей: задние большеберцовые вены правой нижней конечности заполнены гипоехогенными (свежими) тромбомассами с распространением на подколенную вену без признаков флотации.

Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности

Диагноз верифицирован на основании данных ультразвукового исследования

Тромбоз глубоких вен правой нижней конечности

Хирургическое лечение не показано. Консервативное лечение: антикоагулянты эноксапарин натрия (клексан) 1,5 мг/кг х 2р в день подкожно, эластическая компрессия н/к.

У женщины 48 лет с варикозным расширением вен несколько месяцев назад образовалась трофическая язва левой голени диаметром около 3 см. Последние годы отмечается гиперпигментация кожных покровов.

Дуплексное сканирование вен нижних конечностей: глубокие вены полностью прокрашиваются в режиме ЦДК, регистрируется фазный кровоток. При проведении дыхательных и компрессионных проб признаков недостаточности клапанов глубоких вен не выявлено.

Слева: клапаны сафено-фemorального соустья (диаметр 12,0 мм), ствола и притоков большой подкожной вены не функционируют. Клапаны сафено-поплитеального соустья и ствола малой подкожной вены функционируют. На голених лоцируются перфорантные вены с признаками недостаточности клапанов диаметром до 5,5 мм.

Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

Варикозное расширение вен левой нижней конечности. Хроническая венозная недостаточность IIIст.

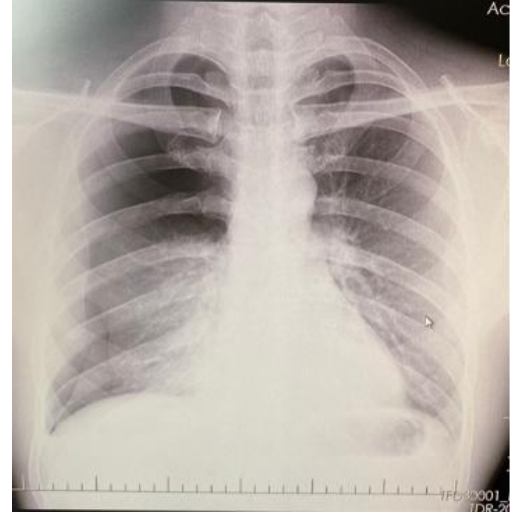
Диагноз верифицирован на основании данных ультразвукового исследования

Варикозное расширение вен левой нижней конечности. Хроническая венозная недостаточность IIIст.

Консервативное лечение: эластическая компрессия н/к, флеботоники, мазевые перевязки трофической язвы. Хирургическое лечение: флебэктомия на левой нижней конечности.

В приемное отделение бригадой скорой помощи доставлена женщина 26 лет. Предъявляет жалобы на резко появившуюся боль в правой половине груди, иррадиирующую в правое плечо, лопатку, одышку в покое, сердцебиение. Вышеперечисленные жалобы появились внезапно после приступообразного кашля. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, одышка в покое, ЧДД 22 в минуту, правая половина груди отстаёт в дыхании. При аускультации - справа дыхательные шумы не проводятся. Пульс ритмичный, ЧСС 110 уд/мин.

На обзорной рентгенограмме груди



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

1. Пневмоторакс
2. Рентгенография груди, КЩС, клинический анализ крови, пульсоксиметрия
3. Правосторонний первичный спонтанный пневмоторакс. Первый эпизод.
4. Дренирование правой плевральной полости по Бюлау во 2-м межреберье по средней подмышечной линии

В приемное отделение самостоятельно обратился мужчина 45 лет. Предъявляет жалобы на сильную боль в груди справа при кашле, движении, глубоком вдохе. Из анамнеза: 2 дня назад упал на улице с высоты собственного роста, ударился правой половиной груди о ступеньку. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, правая половина груди отстаёт в дыхание. При аускультации – справа в нижних отделах лёгкого дыхательные шумы резко ослаблены. При пальпации в проекции 6-8 ребер определяется крепитация. Пульс ритмичный, ЧСС – 90 в минуту. АД 120/75 мм. рт. ст.

Обзорная рентгенограмма груди

**Вопрос:**

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

1. Правосторонний гемоторакс
2. Рентгенография груди, УЗИ плевральных полостей, КЩС, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, пульсоксиметрия
3. Закрытая травма груди. Переломы 6-8 ребер справа. Правосторонний гемоторакс.
4. Дренирование плевральной полости под УЗИ контролем, МСКТ ОГК, при наличии свернувшейся гематомы ВТС справа, санация плевральной полости, дренирование

Бригадой СМП в приемное отделение доставлен мужчина 63 лет. Предъявляет жалобы на болезненность в груди справа, слабость, повышение температуры тела до 38°C в течение недели.

Из анамнеза: злоупотребляет алкоголем, около 3-х недель назад проходил лечение по поводу внебольничной нижнедолевой пневмонии слева, однократно выполнялась пункция левой плевральной полости по поводу гидроторакса (по результатам биохимического исследования – экссудат, при посеве на питательные среды роста микроорганизмов не получено).

Общий анализ крови: гемоглобин 105 г/л; лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$; СРБ 185 мг/л

УЗИ плевральных полостей: разобщение листков плевры слева 1 см, разобщение листков плевры справа 4 см, визуализируется утолщенная париетальная и висцеральная плевра, содержимое неоднородное, с нитями фибрина.



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз.

Составьте план обследования пациента для верификации диагноза.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Назначьте лечение (операция, консервативное лечение).

Ответ:

1. Эмпиема плевры слева
2. Рентгенография груди, УЗИ плевральных полостей, КЩС, клинический анализ крови, биохимический анализ крови, пульсоксиметрия, МСКТ ОГК
3. Парапневмоническая ограниченная эмпиема плевры слева
4. Дренирование плевральной полости под УЗИ контролем, биохимическое, цитологическое исследование полученной жидкости, посев. МСКТ ОГК, при наличии остаточной полости, не расправленного легкого, отграниченных жидкостных скоплений - ВТС слева санация плевральной полости, дренирование

Пациентка, 68 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, слабость в нижних конечностях. Боль резко усиливается при дыхании, кашле, чихании. Со слов пострадавшей, упала на лестнице в пешеходном переход и ударилась грудной клеткой о ступени.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. АД – 145/110 мм рт.ст., пульс – 106 ударов в мин., ритмичный. Дыхание поверхностное, 21 дыхательных движений в мин. Правая половина грудной клетки отстает в дыхании. Грудная клетка несколько ассиметрична. При пальпации резкая болезненность в области VI-VIII ребер по средней подмышечной линии. Сжатие грудной клетки в переднезаднем направлении усиливает боль. Акроцианоз.



Вопрос:

Поставьте предварительный диагноз у пострадавшей.

Определите алгоритм обследования для уточнения диагноза.

Назовите объем лечебных мероприятий в рамках первой врачебной помощи.

Ответ:

Тупая травма груди.

Закрытый перелом VI-VIII ребер. Болевой синдром. Пневмоторакс?

Рентгенография грудной клетки в 2х проекциях или КТ грудной клетки. ЭКГ. Консультация кардиолога.

Назначение анальгетиков, новокаиновая межреберная блокада, новокаиновая блокада места перелома.

При подтверждении диагноза «пневмоторакс» - дренирование плевральной полости.

В приемное отделение ЦРБ поступил пострадавший после падения с высоты. Ноги иммобилизованы шинами от стоп до ягодиц, другого лечения на этапе транспортировки не проводилось. Объективно: Состояние больного тяжелое. Вялый, заторможен. Лицо бледное. АД – 95/40 мм рт.ст., пульс – 126 ударов в мин., ритмичный. Дыхание поверхностное, 24 дыхательных движений в мин. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. Больной реагирует на пальпацию по передней и задней подмышечным линиям слева в области VI-IX ребер.



Вопрос:

С чем связано возникновение у пострадавшего описанных клинических проявлений? Определите фазу наблюдающегося у пострадавшего симптомокомплекса.

Определите алгоритм обследования для уточнения диагноза повреждения органов грудной клетки.

Составьте алгоритм оказания лечебных мероприятий с учетом тяжести жизнеугрожающих состояний?

Определите возможность экстренного остеосинтеза в данном случае.

Ответ:

Флотирующий перелом ребер. Дыхательная недостаточность. Травматический шок, торпидная фаза.

КТ грудной клетки. ЭКГ. Консультация кардиолога, нейрохирурга.

Противошоковая терапия. Коррекция нарушений гемодинамики. ИВЛ.

Противопоказана до стабилизации состояния пациента.

Пациент, 49 лет, поступила в приемный покой больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. Анамнез: 12 часов назад на работе после подъема тяжести почувствовал боли в животе, не очень сильные по своему характеру. Одновременно с болями отметил появление опухолевидного образования в правой паховой области. Боли не стихали. Больной обратился в поликлинику с жалобами на боли в животе. Ему были сделаны инъекции обезболивающих и спазмолитических препаратов и рекомендовано полежать. Боли в животе несколько стихли, но через 2 часа приняли схваткообразный характер, сопровождались тошнотой. Дома больной лег в постель, прикладывал холод к животу, но улучшения не наступало, появилась рвота. Бригада скорой помощи доставила больного с диагнозом «острая кишечная непроходимость».



Объективно: Состояние средней тяжести. Язык сухой. Живот мягкий, вздут. При пальпации в правой подвздошной области и около пупка резкая болезненность. Перитонеальных симптомов нет.

Вопрос: Поставьте клинический диагноз?

Имеются ли в действиях медперсонала ошибки?

Лечение?

Ответ: Ущемленная паховая грыжа.

В действиях медперсонала на здравпункте имеется грубая ошибка, так как при болях в животе были назначены обезболивающие и антиспастические препараты без осмотра живота. Врач скорой помощи неполностью собрал анамнез и не осмотрел детально больного, не обнаружив грыжи.

Оперативное лечение— грыжесечение с пластикой грыжевых ворот.

Больная, 45 лет, поступила с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе и рвоту. Из анамнеза: заболела накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали нестерпимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был за сутки до заболевания. Оперирована на поводу рака шейки матки 5 лет назад, выполнена экстирпация матки с придатками. Объективно: При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен, но определяется «шум плеска». Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой. Пульс 104 в минуту. В ОАК: лейкоцитоз $5,3 \cdot 10^9/\text{л}$, температура $36,8^\circ\text{C}$.

**Вопрос:**

Поставьте предварительный диагноз заболевания?

Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

Ответ: Острая спаечная кишечная непроходимость.

Обзорная рентгенография брюшной полости.

Острый аппендицит, острый панкреатит, язвенная болезнь желудка, осложненная стенозом привратника.