

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Медичний
Кафедра Хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини,
терапії та онкології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард Бурячківський

« 2 » вересня 2024 р.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ
ДЛЯ ВНУТРІШНЬОГО КОНТРОЛЮ ЯКОСТІ ОСВІТИ

Факультет, курс Медичний 6 курс

Навчальна дисципліна Хірургія
(назва навчальної дисципліни)

ОДЕСА – 2024

Затверджено:

Засіданням кафедри: хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини, терапії та онкології

Протокол № 1 від "02" вересня 2024 р.

Завідувач кафедри



Володимир ГРУБНИК

Розробники: Проф., дмн. Міщенко В.В., доц. кмн. Поляк С. Д., ас. кмн. Доц. Воротинцева К. О доц., доц.кмн. Парфентьев Р.С., доц. Койчев Е.А., ас.Бургідзе З.Д., доц.кмн.Горчий В.В., ас.кмн. Дегтяренко С. П., ас. Канжо Н., ас. Кочовий Д. В., ас.Пономаренко А. В., ас. кмн. Грубник В. В., ас. Іщенко В. С., ас. кмн.Ільяшенко В. В., Ас. Слепов В.В.

Тести КРОК-2 до Теми 04 - Шок у хірургічних хворих

1. Хворий надійшов у клініку у важкому стані, зі скаргами на чорний кал протягом трьох діб, слабкість, непритомності. При огляді шкіра і видимий слизуваті – бліді, пульс – 105 уд. за хв., АТ 110/60 мм рт. ст. Живіт м'який, небагато хворобливий у епігастрії. При ЕГДФС у хворого виявлена виразка дванадцятипалої кишки, з наявністю фіксованого тромбу на дні виразки, що продовжується кровотечі немає. Гемоглобін – 100 г/л. Яка інфузійна і трансфузійна терапія показана хворому?

- А. Кристалоїди, колоїди, свіжозаморожена плазма
- В. Колоїди, свіжозаморожена плазма, еритроцитарна маса
- С. Цільна кров
- Д. Кріопреципітат
- Є. Тромбоцитарна зважся

2. Хворий звернувся в прийомне відділення з болями в животі. Зі слів хворого, біля години назад одержав травму живота. Пульс – 100 уд. за хв., АТ 110/60 мм рт. ст. Виконан лапароцентез – отримана кров з черевної порожнини. Виконана лапаротомія, під час операції виявлений розрив селезінки, у черевній порожнині близько 2 літрів крові. Хворий має потребу в трансфузійній терапії. Яка схема краща?

- А. Переливання сухої плазми, еритроцитарної маси, кристалоїди.
- В. Застосування «блакитної» крові (перфторан)
- С. Реінфузія крові з черевної порожнини, колоїдні кровозамісники, плазма
- Д. Пряме переливання крові від донора
- Є. Кровопускання

3. Хворий знаходиться в клініці з приводу шлунково-кишкової кишкової кровотечі виразкової етіології. У пацієнта є супутня гемофілія. Який препарат необхідно вводити в першу чергу з метою досягнення гемостазу?

- А. Суха плазма
- В. Кріопреципітат
- С. Свіжозаморожена плазма
- Д. Цільна кров
- Є. Свіжоцитратна кров

4. Хворий доставлений у прийомне відділення в стані геморагічного шоку, після отриманої травми, з великою крововтратою. Пошкоджена стегнова артерія. Кровотеча зупинена шляхом накладення джгута на нижню кінцівку. Зі слів хворого удалося з'ясувати, що в хворого перша група крові. З метою врятувати життя хворого лікар прийомного спокою прийняло рішення перелити кров хворому без перевірки групи крові. Чи може він це виконати?

- А. Можна, якщо в хворого буде паспорт, у якому зазначена група крові
- В. Можна, якщо в нього кров першої групи
- С. Можна, якщо в нього є кров четвертої групи

Д. В усіх випадках не можна

Є. Можна, якщо кров, що мається в лікаря тестована на предмет інфекцій, що передаються через кров

5. У хворого після початку переливання еритроцитарної маси погіршився стан, з'явилися інтенсивні болі в попереку, холодний, липкий піт, АТ 90/60 мм рт. ст., у сечі макрогематурія. Яке ускладнення можна запідозрити?

А. Алергійна реакція на кров

В. Анафілактичний шок

С. Післягеморагічний шок

Д. Гостра ниркова недостатність

Є. Гемотрансфузійний шок

6. У хворого важка післягеморагічна анемія, гемоглобін 44 г/л, загальний стан важке. Хворому поставлені показання до переливання еритроцитарної маси. При визначенні груп крові – повний збіг. При виконанні проби на резус сумісність виявлена аглютинація. Які повинні бути дії?

А. Відмовитися від переливання еритроцитарної маси

В. Переливати еритроцитарну масу дуже повільно, невеликими порціями

С. Узяти кров від іншого донора

Д. Виконати пробу на біологічну сумісність

Є. Підігріти еритроцитарну масу і переливати повільно

7. Хворий надійшов у реанімацію у важкому стані з кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу. Пульс 120 уд. за хв. АТ 90/60 мм рт. ст. Необхідно термінове переливання еритроцитарної маси. У зв'язку з терміновістю заходів, якими пробами при переливанні крові можна зневажити?

А. Дозволяється не виконувати біологічну пробу

В. Дозволяється не виконувати пробу на резус-сумісність

С. Можна не визначати групу крові на флаконі з донорською кров'ю

Д. Необхідно виконати всі проби власноручно до переливання крові

Є. Можна виконати всі проби після переливання крові

8. Хворий, 65 років, оперований із приводу защемленої післяопераційної грижі, з гангреною кишки. Виконано резекцію тонкої кишки, з анастомозом. Стан хворого в післяопераційному періоді важке. Гемоглобін 110 г/л, загальний білок 41 г/л. Які препарати крові в першу чергу необхідні хворому?

А. Еритроцитарна маса

В. Альбумін

С. Цільна кров

Д. Кріопреципітат

Є. Тромбоцитарна маса

9. Хворий надійшов у відділення гематології з явищами шкірно-геморагічного синдрому. При обстеженні поставлений діагноз: тромбоцитопенічна пурпура. Під час обстеження у хворого з'явилася печія, у зв'язку з чим виконана ЕГДФС, під час якої виявлена виразка дванадцятипалої кишки, з ознаками окультної кровотечі. Які препарати крові в першу чергу показані для лікування даного хворого?

- А. Пряме переливання крові
- В. Свіжозаморожена плазма
- С. Тромбоцитарна маса
- Д. Лейкоцитарна маса
- Є. Кріопреципітат

10. Хворого оперують із приводу розриву печінки. У черевній порожнині близько 2 літрів крові. Кров вирішено зібрати для реінфузії. Який препарат для консервації крові переважно використовувати?

- А. Гепарин
- В. Діцинон
- С. Хлористий кальцій
- Д. Цитрат натрію
- Є. Етамзилат натрію

11. Хворий готується до планової операції з приводу аневризми аорти. Вік – 55 років. Соматичний стан хворого задовільний. Інших захворювань серця та судин при обстеженні не виявлено. Гемоглобін 160 г/л. Передбачуваний обсяг крововтрати біля літра. Які заходи в передопераційному періоді переважно почати з метою підготовки до відшкодування крововтрати в післяопераційному періоді?

- А. Заготівля аутокрови, введення хворому еритропоетина, заготівля плазми, еритроцитарної маси
- В. Заготівля цільної донорської крові
- С. Заготівля альбуміну, сухої плазми, кріопреципітата
- Д. Призначення препаратів заліза, гемодилуція
- Є. Переливання донорської крові в передопераційному періоді, в об'ємі до половини ОЦК

12. Хворий знаходиться у відділенні реанімації з приводу шлунково-кишкової кровотечі, з приводу чого йому була виконана операція. Гемоглобін 51 г/л. У післяопераційному періоді хворому вирішено виконати переливання еритроцитарної маси, в об'ємі близько 500 мол. З метою профілактики цитратного шоку хворому необхідно вводити після гемотрансфузії:

- А. Цитрат натрію
- В. Гепаринів
- С. Діцинон
- Д. Етамзілат натрію
- Є. Хлористий кальцій

13. У хворого хронічна гемолітична аутоімунна анемія. Він потрапив в лікарню з явищами. Рівень гемоглобіну – 65 г/л. Яка інфузійна і трансфузійна терапія показана пацієнтові?

- А. Переливання цільної крові
- В. Суха плазма, донорська еритроцитарна маса
- С. Кріопреципітат, тромбоцитарна маса
- Д. Переливання кристалоїдних, колоїдних кровозамісників, при необхідності – перфторан («блакитна кров»)
- Є. Сольові розчини, глюкоза

14. Хворий доставлений у клініку з діагнозом: проникаюче ножове поранення живота. Виконана в терміновому порядку лапаротомія. При ревізії виявлене поранення селезінки в області її воріт, з частковим перетинанням судинної ніжки і кровотечею. У черевній порожнині біля 2-х літрів крові. Також виявлене дотичне поранення шлунка, з розкриттям його просвіту. Чи можна в даному випадку виконати реінфузію крові?

- А. Можна у всіх випадках
- В. Можна після виконання фільтрації через 8 шарів марлі і з одночасним введенням антибіотиків
- С. В усіх випадках не можна
- Д. Не можна, якщо P_n крові нижче 4
- Є. Не можна, якщо в шлунку є хоч невелика кількість їжі

15. Хворий надійшов у клініку з діагнозом: шлунково-кишкова кровотеча. Страждає виразковою хворобою близько 20 років. Уже було три рази кровотеча. Постійно спостерігається у гастроентеролога, строго дотримує всі його призначення. При ЕГДФС виявлена кальозна виразка дванадцятипалої кишки, з ознаками кровотечі, на дні виразки фіксований тромб. Гемоглобін – 65 г/л. Хворому запропоноване оперативне лікування, однак від можливого переливання крові хворий категорично відмовляється по релігійних розуміннях. Яке можливе оптимальне рішення даної проблеми?

- А. Користуватися тільки кристалоїдними і колоїдними кровозамісниками
- В. Препарати заліза у великих дозах
- С. Еритропоетин, перфторан («блакитна кров»)
- Д. Переливати кров ігноруючи відмовлення пацієнта
- Є. Виписати хворого з клініки

16. Пацієнт надійшов у клініку з важким опіком II-III ступеня до 25-30% поверхні тіла. Стан важке, мається опіковий шок, згущення крові. Трансфузійна терапія якими препаратами крові показана хворому?

- А. Плазма, альбумін
- В. Пряме переливання крові від донора
- С. Еритроцитарна маса
- Д. Цільна кров

Є. Кріопреципітат, тромбоцитарна маса

17. У прийомний спокій доставлений хворий з ушкодженням руки, що відбулося під час роботи його на циркулярній пилці. У хворого накладений артеріальний джгут на плече. Травма відбулася близько 30 хвилин назад, при цьому відбулася велика крововтрата. Кров удалося зібрати в місткість, що доставили разом із хворим. Чи можна реінфузувати цю кров?

А. Можна, якщо в неї додати гепаринів

В. Не можна

С. Можна, якщо місткість була забруднена землею

Д. Можна, якщо додати в кров цитрат натрію й антибіотики у великій дозі

Є. Можна у всіх випадках

18. Хворий пройшов лікування в клініці з приводу кишкової кровотечі виразкової етіології, був прооперований. У післяопераційному періоді в зв'язку з великою крововтратою і важкої післягеморагічною анемією хворому проводилася трансфузійна терапія. Через два місяця хворого був госпіталізовано в інфекційну лікарню з діагнозом: вірусний гепатит «С». Який з перерахованих препаратів, що переливалися хворому, потенційно міг стати джерелом інфікування?

А. Еритроцитарна маса

В. Свіжозаморожена плазма

С. Суха плазма

Д. Ніякий з перерахованих препаратів

Є. Усі перераховані препарати

19. Хворий надійшов у відділення реанімації з діагнозом: кровотеча з виразки дванадцятипалої кишки, післягеморагічна анемія. Гемоглобін – 57 г/л. Необхідно проводити інфузійну і трансфузійну терапію. У якому порядку необхідно починати введення препаратів?

А. Еритроцитарна маса, альбумін, сольові розчини

В. Сольові розчини, еритроцитарна маса, альбумін

С. Сольові розчини, колоїдні кровозамісники, плазма, еритроцитарна маса

Д. У будь-якому порядку

Є. Цільна кров, еритроцитарна маса, сольові розчини

20. Хворий переніс операцію з приводу аневризми аорти, третій день післяопераційного періоду, знаходиться в реанімаційному відділенні. Після операції проводиться трансфузійна терапія, перелите близько 1,5 літрів еритроцитарної маси, близько 2,0 літрів плазми. Проводилася профілактика цитратного шоку шляхом введення глюконата кальцію. Лікарем-реаніматологом відзначено погіршення стану хворого, відзначена поява задишки, частішання пульсу, нестабільність гемодинаміки. Лабораторно: збільшення часу згортання крові, зниження осмотичної резистентності еритроцитів. Відзначено кровотечливість післяопераційної рани. Відзначено

зниження діурезу до 800 мол за добу. Яке ускладнення можна запідозрити в пацієнта?

- А. Синдром масивних трансфузій
- В. Гемотрансфузійний шок
- С. Цитратний шок
- Д. Анафілактичний шок
- Є. Гостра ниркова недостатність

Тести КРОК-2 до Теми 06 - Гнійні захворювання м'яких тканин

1. Чоловік 36 років звернувся до хірурга. В ділянці верхньої губи болісний вузол округлої форми. Шкіра над ним почервоніла. У хворого фурункул верхньої губи. Найбільш правильна тактика:

- А. Фізіотерапія
- В. Антибіотикотерапія
- С. Операція в амбулаторних умовах
- Д. Екстрена госпіталізація
- Є. Мазева пов'язка

2. У пацієнта по задній поверхні шиї є щільний інфільтрат, із плоскою поверхнею, покритий некротичними масами. При спробі підняти некротичні маси видні гнійні «стільники».

- А. Фурункул.
- В. Карбункул
- С. Флегмона
- Д. Гідраденіт
- Є. Абсцес

3. У чоловіка 40 р. під пахвою кілька болісних відокремлених інфільтратів кульовидної форми з вогнищем розм'якшення одного з них, в ділянці цього пом'якшення декілька вузьких отвірів, звідти виділяється гній. Лихоманка відсутня. Найбільш вірогідний діагноз.

- А. Пахвовий лімфаденіт
- *В. Гідраденіт
- С. Туберкульоз шкіри
- Д. Ліпома, яка нагноїлася
- Є. Метастаз раку

4. У чоловіка (35 років) у паховій ділянці є інфільтрат розміром з горіх, шкіра над ним червона, розм'якшення не виявляється, температура тіла нормальна. Які ваші дії?

- А. Розкрити
- В. Висікти, антибіотики
- С. Призначити антибіотики, динамічне спостереження
- Д. УВЧ, електрофорез

Є. Масаж

5. У жінки після мікротравми 1 пальця правої кисті з'явився набряк передпліччя, почервоніння шкіри у вигляді повздожних смуг, які тягнуться до пахової ямки. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Флегмона кисті
- В. Бешиха передпліччя
- С. Лімфангоїт
- Д. Ерізіпелюїд
- Є. Лімфостаз

6. Після внутрім'язової ін'єкції в сідничну область у пацієнта з'явилися болі в сідниці, почервоніння й ущільнення в місці уколу, піднялася температура до 38,5 градусів С, лейкоцити крові – 10,5 М/л. При огляді визначається ущільнення в місці уколу, шкіри червона, у центрі – флуктуація. Ваші дії?

- А. Сухе тепло
- В. Вакуумний масаж
- С. Призначити антибіотики місцево, у виді аплікації
- Д. Зробити в це місце повторну ін'єкцію тих же ліків
- Є. Розкрити гнійник

7. У хворого після травми 1 пальця через 4 дні з'явився набряк пальця, шкіра почорніла. Відзначає сильний біль, що віддають у руку. З'явився набряк усієї кисті. Палець нерухомий, дуже хворобливий. Покритий струпом. Шкіра місцями некротична, з під неї виділяється гній. Температура тіла 37,9 градусів С. На рентгенограмі великого пальця маються ознаки деструкції кисті дистальної фаланги. Який діагноз?

- А. Панаріцій
- В. Флегмона
- С. Абсцес
- Д. Остеомієліт
- Є. Пандактиліт

8. У хворої на правої гомілці з'явилася пухлина шкіри та яскраво-червона відокремлена болісна ділянка, яка доволі швидко зросла в розмірах, має нервні зазубрені контури. Відмічається біль, лихоманка до 39 градусів С. Діагноз:

- А. Ерітематозна бешиха
- В. Лімфангоїт
- С. Флегмона гомілки
- Д. Бульозна бешиха
- Є. Лімфостаз

9. У хворої з цукровим діабетом тиждень назад з'явилася ранка на 1 пальці правої ноги. Через 4 дні з'явився набряк стопи, почервоніння. На момент

надходження – стан хворий важке. Загальмована. Права нога набрякла, 1 палець чорний, мається гиперемія всієї стопи. При спробі відокремити некротичні тканини в підстави 1 пальця виділяється гній. Цукор крові – 18,1 ммоль/л.

- А. Діабетична кома
- В. Гіпоглікемічна грудки
- С. Гангрена правої ноги
- Д. Діабетична флегмона правої ноги з гангrenoю 1 пальця
- Є. Ішемічна гангрена 1 пальця правої ноги.

10. Хворий скаржить на болі в області заднього проходу, інтенсивні, що підсилюються при дефекації, підвищення температури до 39 градусів С. При огляді поруч з анальним отвором, на 3 години, визначається припухлість шкіри, набряк, почервоніння, хворобливість. Ректальне дослідження неможливе через дуже сильну хворобливість. Який діагноз?

- А. Тромбоз гемороїдальних вузлів
- В. Геморой із кровотечею
- С. Парапроктит
- Д. Післяін'єкційний абсцес сідниці
- Є. Рак прямої кишки

11. Пацієнтка знаходиться в родильному будинку, пройшло 3-і доби після пологів. Пологи пройшли без ускладнень. Почала годувати дитину. Відзначає збільшення лівої молочної залози в розмірах, появу почервоніння по нижній поверхні молочної залози. Температура тіла 38,1 градус С. Запідозрений лактаційний мастит. Чи можна продовжувати годувати дитину?

- А. Можна годувати дитину здоровою груддю
- С. Категоричні заборонено годувати дитину грудним молоком
- Д. Перевести на штучне вигодовування
- Є. Кип'ятити зціжене материнське молоко

12. У хворого є фурункул верхньої губи, із приводу він лікувався на дому, самостійно протягом тижня. Доставлений у лікарню «швидкою допомогою», у важкому стані, свідомість поплутана, тиск 90/50 мм рт. ст. Пульс – 110 уд. у хв. Набряк обличчя. В ділянці фурункула – некротичні тканини, струп. Позитивні симптоми Керніга, Брудзінського. Є геморагічний сип в ділянці живота, внутрішніх поверхонь ніг. Передбачуваний діагноз?

- А. Фурункул особи.
- В. Інфекційний менінгіт.
- С. Септикопемія. Анемія. Тромбоцитопенія. Менінгіт.
- Д. Сепсис. Анафілактичний шок. Геморагічний діатез.
- Є. Фурункул обличчя. Сепсис. Тромбоз венозних синусів мозку. Септичний шок.

13. Хвора звернулася зі скаргами на ерітему і сверблячку в ділянці 2 пальці лівої руки. Занедужала тиждень тому, коли після уколу ножом, котрим обробляла рибу, з'явилася червоність, сверблячка. Парила палець на дому, в гарячій воді. Наступного дня червоність перемістилася до основи пальця, сверблячка підсилюється. Потім симптоми зникли. Напередодні відновилися знову. Передбачуваний діагноз і тактика лікування?

- А. Бешиха, антибактеріальна терапія
- В. Панаріцій, розкриття панаріція
- С. Ерізепілоїд, антибактеріальна терапія
- Д. Бешиха, ампутація пальця
- Є. Панаріцій, антибактеріальна терапія

14. Чоловік звернувся зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення в надключичній ділянці, навколо є почервоніння, болючість. Хворіє три доби. Не морозить. Оглянутий хірургом, запідозрений абсцедуючий лімфаденіт. Які дослідження необхідно застосувати для підтвердження або виключення гнійного процесу?

- А. Комп'ютерна томографія
- В. Ультразвукове дослідження
- С. Діагностична пункція лімфатичного вузла
- Д. Рентген шії
- Є. Діафаноскопія

15. Хворий надійшов у прийомне відділення зі скаргами на болі при ковтанні, набряк шії, високу температуру. Хворіє біля доби. При огляді хірургом поставлений діагноз глибокої флегмони шії. Яке загрозове для життя ускладнення найбільш ймовірне у хворого?

- А. Флегмона грудної стінки
- В. Медіастиніт
- С. Перикардит
- Д. Менінгіт
- Є. Перитоніт

16. Хворий 30 років відзначає протягом тривалого часу (більш 5 років) убогі прозорі виділення з пупка, без запаху. Періодично в даній області з'являється запалення, що після розкриття гнійника в хірурга поліклініки проходить. Через якийсь час виділення відновлюються знову. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Незаращіння урахуса
- В. Хронічний фурункул пупка
- С. Гідраденіт пупка
- Д. Омфаліт
- Є. Водянка пупка.

17. Хвора, 31 рік, надійшла зі скаргами на біль у правій нижній кінцівці, неможливість ходити, підвищення температури до 38 градусів С. З анамнезу: чотири дні назад після травми на нозі запалилася ранка. Змазувала одеколоном. Поступове почервоніння піднялося до рівня колінного суглоба, з'явилася температура. Об'єктивно: нога набрякла до рівня нижньої третини стегна, гіперемована. В області середньої і нижньої третини гомілки позитивний симптом флюктуації. Пахові лімфовузли збільшені. Пульс на стопі визначається. Лейкоцити крові – 18,1 Г/л. Який попередній діагноз? Тактика лікування?

- А. Абсцес стопи, хірургічне лікування, антибіотики
- В. Флегмона гомілки, антибіотики, сухе тепло, УВЧ
- С. Флегмона гомілки, розкриття флегмони, антибіотики
- Д. Гангрена гомілки, ампутація кінцівки, реанімаційні заходи
- Є. Гангрена гомілки, спокій, сухе тепло

18. Хворий звернувся в поліклініку зі скаргами на наявність рани в ділянці правого передпліччя, отриману в результаті роботи на циркулярній пилці біля години назад. При ревізії рани ушкоджень сухожиль та кісток немає. Які заходи необхідно прийняти для попередження розвитку раньової інфекції?

- А. Первинна хірургічна обробка рані, антибіотики, правцевий анатоксин
- В. Вторинна хірургічна обробка рані, антибіотики, антірабічна вакцина
- С. Глухий шов рані, туга пов'язка, сухе тепло, кварцове опромінення рані
- Д. Установка протоково-аспіраційної системи в рані
- Є. Обколювання рані розчином антибіотика і туга пов'язка

19. Хворий звернувся зі скаргами на наявність ущільнення в області сідниці, що виникли після ін'єкції реоперіна, підвищення температури. При огляді виявлений інфільтрат сідниці з флюктуацією в центрі. Поставлено діагноз: післяін'єкційний абсцес сідниці. Яке найбільш ефективне лікування показане хворому?

- А. Широке розкриття абсцесу, перев'язки з маззю Вишневського
- В. УВЧ, магнітотерапія, лазеротерапія
- С. Розкриття абсцесу, установка протоково-аспіраційної системи, шов рані
- Д. Пункційна санація гнійника
- Є. Обколювання антибіотиками поширеного спектра дії

20. У хворого видмічається нависання навколо валика 2 пальця правої кисті. Пальпація тканин що набрякли – болінса. Гнійний ексудат просвічується крізь відшарований край нігтя. Діагноз?

- А. Підшкірний панаріцій
- В. Пароніхія
- С. пандактіліт
- Д. Ерізепілоїд
- Є. Бешиха

21.Хворий 24 років звернувся до хірурга зі скаргою на появу пухлини на верхній губі, різкий біль, підвищення температури до 38,5⁰С. Шкіра навколо червоного кольору. У хворого фурункул верхньої губи.

Найбільш правильна тактика:

- А.Амбулаторна операція
- В.Екстрена госпіталізація
- С. Антибактеріальна терапія
- Д.Мазева пов'язка
- Є.Інфузійна терапія

22.Карбункул це:

- А.Гостре гнійно-некротичне запалення кількох волосяних мішків
- В.Гостре гнійно-некротичне запалення волосяного мішечка і сальної залози
- С.Гостре запалення волосяного мішечка
- Д.Гостре гнійно-некротичне запалення кількох волосяних мішків і сальних залоз з некрозом шкіри і підшкірної клітковини
- Є.Некроз шкіри і підшкірної клітковини.

23.Лікування гнійного лімфаденіту це:

- А.Фізіотерапія
- В.Інфузійна терапія
- С.Оперативне втручання
- Д.Мазева пов'язка
- Є.Антибіотико терапія

24.Флегмона це:

- А.Асептичний некроз тканини
- В.Генералізований гнійний процес
- С.Гостре гнійне запалення підшкірної клітковини
- Д.Гостре гнійне запалення шкіри
- Є.Гостре гнійне запалення фасції м'язів

25.У хворій 36 років, після в/м ін'єкції на 4-й день з'явилося різко хворобливе ущільнення на правій сідниці з флюктуацією. Шкіра різко гіперемірована і болісна. Температура тіла – 38⁰С. У хворій післяін'єкційний абсцес правої сідниці.

Оптимальний вид лікування:

- А.Інфузійна терапія
- В.Антибактеріальна терапія
- С.Оперативне лікування
- Д.Мазева пов'язка
- Є.Фізіотерапія

26.Парапроктит – це:

- А.Тазовий абсцес
- В.Зовнішня кишкова нориця
- С.Тромбоз гемороїдальних вен
- Д.Флегмона пельвіоректальної клітковини
- Є.Запалення передстатевої залози.

27.У породіллі на 5 добу після пологів з'явився різкий пульсуючий біль в лівій молочній залозі, підвищення температури до 39°C. При огляді: ліва молочна залоза напружена, збільшена, різко болісна при пальпації. Шкіра різко гіперемірована в зовнішньому верхньому квадранті. Мається симптом флюктуації. Пахвинні лімфовузли збільшені і болісні. У хворій мастит.

Ваша тактика?

- А.Проводити оперативне лікування
- В.Усунути венозний застій
- С.Антибактеріальна терапія
- Д.Фізіотерапія
- Є.Зціджування

28.Усі родимки підлягають:

- А.Видаленню
- В.Спостереженню за ознаками зі зміни
- С.Біопсії
- Д.Електрокоагуляції

29.У хворий 42 років, підвищеного харчування з'явилося утворення в ділянці лівої лопатки округлої форми. Утворення близько 5 см у діаметрі, безболісне, помірковано щільної консистенції, рухливе, не зв'язане з навколишніми тканинами. Шкіра над ним не змінена:

Ваш діагноз?

- А.Флегмона спини
- В.Ліпома спини
- С.Метастаз
- Д.Рак шкіри
- Є.Синовіальна киста

30.Хворий 35 років звернувся до хірурга зі скаргами на появу пухлини під правою щелепою. Знайшов біля 2-х років тому. Пухлина згодом збільшилася.Температура тіла нормальна.При огляді: У правій підщелепній ділянці мається утворення біля

4 см у діаметрі, м'якої консинстенції, безболісне, легко рухливе. Шкіра над ним розтягнута але не гіперемірована. При пункції отримано гній.

Ваш діагноз?

- А.Підщелепний лімфаденіт
- В.Холодний абсцес правої підщелепної слинної залози.

- С. Абсцес шиї
- Д. Флегмона шиї
- Є. Бічна киста шиї.

Тести КРОК-2 до Теми 06 - Гнійні захворювання м'яких тканин - 2 частина

1. Хворий С., 65 років, звернувся до хірурга зі скаргами на наявність в ділянці волосяної частини голови трьох кулькоподібних пухлинних утворень до 2 см в діаметрі, які вперше з'явилися 4 роки тому. Вони повільно збільшувались, мають чіткі рівні контури, не болючі, еластичної консистенції, зі шкірою не спаяні. Ваш діагноз?

- А. Атероми
- В. Гематоми
- С. Фурункули
- Д. Карбункули
- Е. Множинні абсцеси

2. До хірурга звернулася хвора 58 років зі скаргами на біль і наявність щільного утворення з ділянкою розм'якшення в центрі, високу температуру тіла. Через 8 діб після внутрішньом'язової ін'єкції. Про яке захворювання Ви перш за все подумаете?

- А. Післяін'єкційний абсцес
- В. Фурункул
- С. Карбункул
- Д. Гематома
- Е. Бешиха

3. У годуючої матері через 2 місяці після розкриття гнійного маститу в правій молочній залозі утворилася точкова молочна нориця, через яку виділяється молоко в дуже малій кількості. Проведені консервативні методи, направлені на закриття нориці, результатів не дали. Яка Ваша подальша тактика?

- А. Після закінчення лактації нориця закрийється самостійно
- В. Оперативне лікування
- С. Перервати лактацію
- Д. Накласти тугу пов'язку на залозу
- Е. Обмежити прийом рідини

4. В поліклініку звернувся хворий з фурункулом верхньої губи. Температура тіла 39,0С. Виражений набряк верхньої губи і вік. В чому полягає лікувальна тактика хірурга?

- А. Госпіталізувати в хірургічне відділення
- В. Призначити антибіотики, вести хворого амбулаторно
- С. Розкрити фурункул і вести хворого амбулаторно
- Д. Розкрити фурункул, призначити антибіотики, вести хворого

амбулаторно

5. В приймальне відділення поступила хвора зі скаргами на біль і наявність ущільнення в лівій сідниці, високу температуру тіла, які виникли через 8 діб після внутрішньом'язової ін'єкції. Про яке захворювання Ви можете перш за все подумати?

- А. Післяін'єкційний абсцес
- В. Фурункул
- С. Карбункул
- Д. Бешиха
- Е. Гематома

6. Хворий 20 років, звернувся зі скаргами на болючість в області правої сідниці, наявність там набряку. При огляді в області сідниці відмічається обмежена болючість, болюча припухлість, над якою шкіра гіперемована. Відмічається місцева гіпертермія. Симптом флюктуації позитивний. Визначено наявність абсцесу. Ваша тактика?

А. Розтин та дронування гнояка, призначення антибіотиків широкого спектру дії.

В. Місцеві аплікації димексидом

С. Призначення антибіотиків широкого спектру дії та сульфаніламідних препаратів

Д. Фізіотерапевтичне лікування

Е. Введення протиправцевої сироватки і препаратів для стимуляції імунітету

7. Хвора 57 років звернулася зі скаргами на підвищення t тіла до 39°C , головний біль, загальну слабкість. Під час огляду стан визнаний як незадовільний, обумовлений інтоксикаційним синдромом. На зовнішній поверхні с/з правої гомілки відмічається ділянка гіперемії, чітко обмежена, з нерівними зазубреними краями у вигляді язиків полум'я, болюча при пальпації. Ваш діагноз.

А. Бешиха

В. Грибкове ураження

С. Дерматофітія

Д. Екзема

Е. Псоріаз

8. Хвора 20 років на десяту добу після виписки з пологового відділення звернулася зі скаргами на підвищення температури тіла до 39°C , біль в правій молочній залозі. При огляді: молочна залоза збільшена, у верхньому зовнішньому квадраті відмічається ділянка гіперемії, там же пальпується ущільнення з нечіткими контурами, лактостаз, флюктуація відсутня. Лімфатичні вузли в правій пахвовій ямці збільшені, болючі. Вкажіть вірний діагноз.

- А. Мастит правої молочної залози, інфільтративна стадія
- В. Абсцес
- С. Бешиха
- Д. Дерматит
- Е. Пухлина

9. У больной 30 лет на протяжении полугода в верхне-наружном квадранте правой молочной железы имеется опухолевидное образование до 1,5 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Перед менструацией “нагрубает” и становится болезненным. Выделений из соска нет. Кожа над опухолью не изменена. Опухоль подвижная. В положении лежа – “исчезает”. Сформулируйте предварительный диагноз:

- А. Кистозная мастопатия правой молочной железы
- В. Фиброзная мастопатия правой молочной железы
- С. Киста правой молочной железы.
- Д. Рак правой молочной железы
- Е. Галактоцеле

10. У хворого 31 року через 3 місяці після розкриття під місцевим знеболенням гострого підшкірного парапроктиту знову з'явилися клінічні прояви ішіоректального парапроктиту. Які з перелічених хірургічних втручань могли попередити рецидив парапроктиту?

- А. Розкрити гнійник під загальним знеболенням з ліквідацією його внутрішнього отвору.
- В. Розкрити гнійник під загальним знеболенням.
- С. Розкрити гнійник і широко дрениувати його порожнину.
- Д. Розкрити гнійник і налагодити активну аспірацію гною.
- Е. Застосувати пункційний метод лікування гнійника.

Тести КРОК-2 до Теми 10 - Синдром гострої кишкової непрохідності - Частина 1

1. На 4 день після апендектомії (флегмонозний апендицит) у хворого 16 років з'явився гострий біль у животі (по типу колік), блювання, вздуття живота, затримка стільця і газів. Яке виникло ускладнення?

- А. Перфорація сліпої кишки.
- В. Тромбоз мезентеріальних судин.
- С. Злукова кишкова непрохідність.
- Д. Абсцес Дугласова простору.
- Е. Кровотеча з апендикулярної артерії.

2. На 5 - й день після апендектомії (гангренозний апендицит) у дитини 10 років з'явився гострий біль у животі (по типу колік), блювання, вздуття

живота, затримка газів. При підозрі злукової непрохідності які додаткові методи обстеження необхідно використати?

- А. Лапароскопія.
- В. Ірігоскопія.
- С. Оглядова рентгенографія черевної порожнини.
- Д. Ректороманоскопія.
- Є. Пневмогастрографія.

3. При виникненні ускладнення (злукова кишкова непрохідність) на четвертий день після апендектомії, якою повинна бути тактика хірурга?

- А. Проводити стимулювання кишечника, гіпертонічна лізма, дезінтокаційна терапія.
- В. Релапаротомія, розсічення злук, інтубація тонкої кишки для декомпресії, дронування черевної порожнини.
- С. Паранефральна блокада, дезінтоксикаційна терапія.
- Д. Релапаротомія, розсічення злук.
- Е. Сифонні клізми, промивання шлунку.

4. Жінка похилого віку 66 років, скаржить на колікоподібний біль у животі, нудоту, блювання, вздуття живота, затримку стільця та газів. На оглядовій рентгенографії черевної порожнини виявлені чаші Клойбера, пневматороз кишечника. На протязі року схудла, втратила 15 кг ваги. Ургентна ірігоскопія. Барій заповнив пряму кишку і нижню 1/3 сигми, далі не проходить. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Спастичний коліт.
- В. Заворіт сигми.
- С. Хвороба Крона.
- Д. Рак сигми.
- Є. Інвагінація кишечника.

5. Для вирішення обсягу оперативного втручання при злоякісній пухлині сигми, ускладненою гострою кишковою непрохідністю, потрібно провести додаткові методи обстеження.

- А. Лапароскопія.
- В. УЗД печінки.
- С. Пневмоперітонеум.
- Д. Гастрофіброскопія.
- Є. Селективна ангіографія.

6. Під час оперативного втручання в зв'язку з кишковою непрохідністю у жінки 66 років знайдена циркулярна пухлина нижньої 1/3 сигми. Весь товстий і тонкий кишечник роздутий газами, містить в собі рідкий кал. В черевній порожнині мутний ексудат. Ознаків метастазів немає. Який обсяг операції?

- А. Резекція сигми з пухлиною з накладанням первинного анастомозу.
- В. Операція Хартмана.
- С. Накладання двоствольної колостоми.
- Д. Лівостороння геміхоектомія, трансверзостомія.
- Є. Сигмостомія.

7. Після резекції 1 метра тонкої кишки у зв'язку з її некрозом під час завороту молодому чоловіку наклали ентероентероанастомоз бік - в - бік. Перелічити основні елементи консервативної терапії в післяопераційному періоді:

- А. Дренування шлунку з метою декомпресії ЖКТ, стимуляція кишечника,
антибактеріальна терапія, знеболювання, інфузія.
- В. Дихальна гімнастика.
- С. Гемотрансфузії, паранефральна блокада.
- Д. Інгібіторна і гепатопротекторна терапії.
- Є. Введення серцево - судинних і антикоагулянтних препаратів.

8. У хворого 40 років через 6 годин після защемлення пахвинної грижі відбулось самовільне її вправлення. Після 4 - х годинного спостереження в стаціонарі хворого прооперовано. Виконана герніотомія, пластика пахвинного каналу. При цьому повноцінного огляду кишечника не проводилась. На наступний день у хворого розвинулась клініка перитоніту. Яка причина перитоніту?

- А. Настав тромбоз мезентеріальних судин;
- В. Виникла кровотеча із судин сім'яного канатика;
- С. Кишка, що вправилась, була некротизованою;
- Д. Виникла рання злукова непрохідність;
- Є. Виник пілефлебіт.

9. Під час лапаротомії із приводу гострої злукової кишкової непрохідності у хворого 55 років знайдено петлю кишки довжиною 20 см темного кольору, в черевній порожнині велика кількість гемо-рогічної рідини. Тактика хірурга?

- А. Ввести в брижу кишки розчин новокаїну з гепаріном дренувати черевну порожню, зашити операційну рану.
- В. Вивести некротизовану кишку на черевну стінку зашити рану.
- С. Виконати резекцію некротизованої кишки відступивши 60 см проксимальніше і 40 см дистальніше странгуляційної борозки.
- Д. Виконати резекцію некротизованої кишки відступивши 20 см проксимальніше і 30 см дистальніше странгуляційної бороздки, інтубувати тонку кишку через ніс, дренувати черевну порожнину.
- Є. Виконати резекцію відступивши 40 см в дистальному та 15 см в

проксимальному напрямку від странгуляційної борозди; назоентеральна інтубація, дронування черевної порожнини.

10. Під час операції із приводу високої тонкокишкової непрохідності, що розвинулась на протязі 2-х діб, у жінки 62 років знайдено жовчний камінь в тонкій кишці на відстані 20 см від трейцевої зв'язки, що обтурував просвіт кишки. Також виявлено міхурово - дванадцятипалу нарицю. Який вид оперативного втручання є оптимальним?

А. Резекція ділянки кишки з каменем, анастомоз бік -в- бік.

В. Ентеротомія над каменем, видалення його, зашивання кишки в поперечному напрямку.

С. Ентеротомія вище конкременту, видалення його, зашивання кишки в поперечному напрямку.

Д. Ентеротомія нище конкременту, видалення його, зашивання кишки в поперечному напрямку.

Є. Ентеротомія нище конкременту, видалення його, зашивання кишки в поперечному напрямку, холецистектомія зашивання нориці дванадцятипалої кишки.

11. Дитина 3 -х років скаржиться на переймоподібний біль в животі, нудоту, блювання. Захворіла несподівано 3 години назад. Шкіра бліда, страждальницький вираз обличчя, живіт дещо здутий, при пальпації в правій здухвинній області візначається болюче пухлино-подібне утворення. Симптом Щоткіна - Блюмберга сумнівний. Був стілець у вигляді грудок слизу, забарвленого кров'ю. Найбільш ймовірний діагноз?

А. Гострий апендицит.

В. Термінальний ілеїт.

С. Дизентерія.

Д. Інвагінація кишечника.

Є. Глистна інвагінація.

12. Дитина 1 року веде себе неспокійно, кричить, тримається ручкою за живіт. Було блювання, стілець у вигляді грудочок слизу з домішками крові. Живіт здутий, не напружений, аускультативно - гучна перистальтика, в правій здухвинній ділянці пальпується помірно болючий інвагінат. Захворів 1 годину назад. Який вид лікування оптимальний в даному випадку?

А. Сифонна клізма;

В. Лапаротомія дезінвагінація;

С. Стимуляція перистальтики кишечника за допомогою прозерину, гіпертонічної клізми;

Д. Контрольоване нагнітання повітря через пряму кишку;

Є. Введення спазмолітиків, перидуральна блокада.

13. На 4 - й день після апендектомії із приводу флегмонозного апендициту в дитини 14 років зв'явився переймоподібний біль в животі, нудота, блювання, здуття живота, затримка стулу та газів. На відстані чути гучну перистальтику кишечника. Яке ускладнення виникло?

- А. Кровотеча із апендикулярної артерії;
- В. Неспроможність кукси червоподібного відростка;
- С. Абсцес Дугласового простору;
- Д. Рання злукова непрохідність;
- Є. Заворот шлунку.

14. Під час операції із приводу гострої злукової кишкової непрохідності у жінки 62 років (в минулому перенесла апендектомію, холецистектомію, тубектомію із приводу позаматкової вагітності) встановлено, що на значному протязі тонка кишка деформована злуковим процесом, брижа термінального відділу тонкої кишки рубцево змінена. Вся тонка кишка, сліпа, висхідна, поперечно - ободова кишки, різко роздуті, переповнені рідким вмістом та газами. Нисхідний відділ товстої кишки та сігма спались, без кишкового вмісту. Гадана локалізація патологічного процесу, що викликала обтурацію кишечника?

- А. Сліпа кишка;
- В. Термінальний відділ тонкої кишки;
- С. Поперечно - ободова кишка;
- Д. Селезінковий згин товстої кишки;
- Є. Печінковий згин ободової кишки.

15. Жінка 66 років з ожирінням 11 ступеню звернулась зі скаргами на сильний переймоподібний біль в животі, що супроводжується гучною перистальтикою кишечника, блювання, затримкою стула і газів, здуттям живота. Вказані явища виникли 2 доби тому. Багато років назад прооперована із приводу позаматкової вагітності.

Стан важкий. Пульс 115 уд. в хв. Живіт різко здутий, помірно болю-чий. Є старий післяопераційний рубець від пупка до лона. Ознаки подразнення очеревини сугинівні. На оглядовій рентгенограммі - множинні чаші Клойбера. Призначена термінова операція. Основними компонентами короткочасної передопераційної підготовки є:

- А. Гемотрансфузія, введення серцевих препаратів, антибіотиків, прошивання шлунку.
- В. Інфузія сольових, суцевих препаратів, зондування шлунку.
- С. Паранефральна блокада, інфузія глюкози, серцевих препаратів, сифонна клізма.
- Д. Введення серцево - судинних препаратів, сечогінних, сифонна клізма.
- Є. Антибіотики широкого спектру дії, гемотрансфузія, аналгетики, серцево -судинні препарати, очисна клізма

16. У жінки 70 років із ожирінням 11 ступеня 3 години тому виникло защемлення велетенської пупкової грижі. Стан тяжкий. Задишка, шкіра з ціанотичним відтінком, тахікардія 120 за хв. Виражений набряк гомілок віп'ячування великих розмірів (25x25x25см), щільно - еластичної консистенції, болісне, симптом кашльового - поштовху негативний. В інших ділянках живіт м'який безболісний. Проведена операція герніотомія. Виділилась "грижова вода". Тонкий кишечник багрового кольору, підтягнутий до грижового мішка. Після розтину защемлюючого кільця кишечник придбав колір, з'явилась перистальтика. Загальна довжина защемленої ділянки близько 1 метра. Розсічені злуки, кишечник вправлено в черевну порожнину. Пластику грижових воріт проведено по Мейо. Перебіг наркозу без ускладнень. У свідомому стані хвору переведено до палати. Через 4 години настала смерть хворої. Найбільш вірогідні причини смерті:

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- В. Інфаркт міокарду.
- С. Різка підвищення внутрішньочеревинного тиску.
- Д. Внутрішньочеревинна кровотеча.
- Є. Інсульт.

17. Під час операції з приводу злукової кишкової непрохідності тривалістю 1 добу, у жінки 58 років було знайдено виражений злуковий процес після перенесеної операції ампутації матки з приводу фіброміоми. Тонкий кишечник деформований, у вигляді двостовбура, роздутий газами, перерозтягнутий кишковим вмістом.

Деякі петлі кишечника мають десерозовані ділянки. Дистальний відділ тонкої кишки різко зпався проксимальний - перерозтянутий, роздутий, синюшного кольору. Внаслідок компресії кишечника рубцевими тяжами деякі ділянки темно - багрового кольору. Брижка рубцево змінена. Назвіть переконливі ознаки нежиттєздатності кишечника:

- А. Десерозований кишечник багрово - синього кольору.
- В. Відсутність пульсації судин
- С. Деформований у вигляді "двостовбурок" кишечник з ціанотичним відтінком.
- Д. Перерозтягнення привідного відділу.
- Є. Зпадіння видвідного відділу.

18. Жінка 67 років із ожирінням 111 ступеню звернулась зі скаргами на сильний біль в ділянці грижового віп'ячування, багаторазове блювання, затримку стула та газів. Хворіє на післяопераційну вентральну грижу багато років (перенесла кесарський розтин). Протягом останніх 5 років грижа стала велетенською, невправимою, 6 годин тому наступило защемлення.

Стан хворої тяжкий, задишка у спокої, шкіряні покрови з ціанотичним відтінком. Пульс 120 за хв. аритмічний, задовільного наповнення та напруження. Живіт здутий, в ділянці старого післяопераційного рубця від

пупка до лону грижове вип'ячування (25 x20 x 20см) помірно болісне, щільно - еластичної консистенції, яке не вправляється в черевну порожнину. Симптом кашльового поштовху негативний. На іншому протязі живіт м'який, дещо болісний. Після короткочасної (30 хв.) переопераційної підготовки проведено герніотомію. В грижовому міхурі знайдено "грижову воду". Загальна довжина защемленого кишечника близько 1 м. Після розтину зацімлюючого кільця кишку визнано життєздатною. Правильна тактика хірурга:

А. Ввести новокаїн у брижку защемленої кишки,вправити кишку в черевну

порожнину, зробити пластику по Сапежко

В. Резекція кишки у грижовому міхурі, накласти анастомоз бік в бік, пластика за

допомогою синтетичної сітки.

С. Вправити кишечник в черевну порожнину, провести звичайне ушивання рани

черевної стінки після резекції грижового мішка.

Д. Після розтину зацімлюючого кільця та ліквідації непрохідності над кишечником зашити рану шкіри.

Є. Ліквідувати защемлення, вправити кишечник в черевну порожнину, провести

його тотальну інтубацію для декомпресії, провести пластику черевної стінки.

19. Чоловік 35 років поступив зі скаргами на переймоподібний біль в животі, нудоту, блювання жовцю із домішками кишкового вмісту, здуття живота, затримку стулу і газів. Захворів 8 годин назад. В минулому році оперований із приводу множинних ножових поранень живота із пошкодженням тонкої кишки. З 20 років страждає виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. Постійно приймає ранетідін, альмагель, п'є лужну воду. Живіт помірно здутий, болючий в ділянці старого середньо - серединного післяопераційного рубця. Перкуторно над всією черевною стінкою високий тімпант. Симптом Щьоткіна - Блюмберга слабопозитивний. Які у нижчеперелічених методів обстеження протипоказаний хворому?

А. Оглядова рентгенографія черевної порожнини.

В. Гастрофіброскопія.

С. Ректороманоскопія.

Д. Лапароскопія.

Є. Пневмогастроскопія.

20. Жінка 56 років поступила зі скаргами на сильний переймоподібний біль в животі, нудоту, багаторазове блювання, здуття живота, затримку стулу і газів. Захворіла 6 годин тому назад несподівано. З роки тому перенесла холецистектомію, 1 рік назад - ампутацію матки з приводу фіброміоми.

Живіт здутий, помірно болючий в ділянках старих післяопераційних рубців. На відстані чути перистальтику. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. Лейкоцитоз 15 Г/л; ШОЕ - 10 мм/год; діастаза сечі - 256.

Який із перерахованих методів обстеження допоможе в постановці діагнозу?

- А. Лапароскопія.
- В. Ректороманоскопія.
- С. Оглядова рентгенографія черевної порожнини.
- Д. ЕРХПГ.
- Є. Пневмогастрографія.

21. В лікарню поступила хвора Б., 54 років, із скаргами на переймоподібні болі у череві, нудоту, блювоту, затримку відходження калу, газів. Рік тому оперована з приводу виразки шлунку. Стан хворої тяжкий. Пульс 120 уд/хв. Язик сухий. Живіт роздут, асиметричний. Кишкові шуми не вислухуються. На обзорній рентгенограмі органів черевної порожнини – множинні чашки Клойбера. Яка найбільш вірогідна гостра хірургічна патологія у хворої?

- А. Післяопераційна защемлена грижа.
- В. Пухлина товстої кишки.
- С. Пухлина тонкої кишки.
- *Д. Гостра кишкова непрохідність.
- Є. Апендикулярний інфільтрат.

22. Хворий 58 років звернувся до терапевта із скаргами на вздуття черева, постійні закрепи. Стан хворого погіршився за останні 2 місяці. Постійно приймає проносне, ставе клізми. Зник апетит. При ректороманоскопії ректоскоп введений на 15 см та упирається у циркулярне звуження. Проведена біопсія. Ваш попередній діагноз?

- А. Поліп верхньоампулярного відділу прямої кишки.
- В. Рак сигмовидної кишки.
- С. Рак ректосигмоїдного відділу прямої кишки.
- Д. Копростаз.
- Є. Заворот сигмовидної кишки.

23. Хворий Б, надійшов із скаргами на постійні болі у лівій клубовій ділянці, часті несправжні спроби на дефекацію, виділення слизу і крові з прямої кишки. Сигмовидна кишка пальпується у вигляді спазмованого тяжу. Ампула прямої кишки пуста. На висоті 8-9 см від зовнішнього сфінктеру прямої кишки визначається пухлиноподібне утворення з незміненою слизовою оболонкою. Ваш діагноз?

- А. Рак сигмовидної кишки.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- С. Інвагінація ректосигмоїдного відділу.
- Д. Рак прямої кишки.
- Є. Заворот сигмовидної кишки.

24. У відділення хірургії з відділення гастроентерології переведено хвору Л., 42 років, із скаргами на інтенсивні переймоподібні болі у череві, блювоту їжею, кишковим вмістом, потім калом. При пальцевому дослідженні прямої кишки – ампула пуста, на відстані 5 см визначається щільне, бугристе утворення, повністю стенозуюче кишку. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Рак сигмовидної кишки.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- С. Інвагінація ректосигмоїдного відділу.
- Д. Рак прямої кишки.
- Є. Поліп прямої кишки.

25. Хворий Є., 40 років, доставлений у відділення хірургії бригадою швидкої допомоги з виразними ознаками защемленої правобічної пахової грижі, з явищами кишкової непрохідності. Час з моменту защемлення – 6 годин. Загальний стан хворого середньої тяжкості – тяжкий. Тахікардія – 98 уд/хв. Лейкоцитоз – 18,3 Г/л. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Грижа напружена, набрякша, болюча при пальпації. Яка тактика чергового хірурга буде правильною?

- А. Динамічне спостереження.
- В. Динамічне спостереження + консервативне лікування (спазмолітики, анальгетики)
- С. Спроба вправлення грижового вмісту.
- Д. Герніотомія.
- Є. Середина лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, герніотомія.

26. Хворий П., 32 років, надійшов у клініку на 3-ю добу від початку захворювання із скаргами на переймоподібні болі у череві без чіткої локалізації, затримку стула та газів. Приблизно 10 років тому оперований з приводу завороту тонкої кишки. На обзорній рентгенограммі органів черевної порожнини – рівні рідини, чаші Клойбера. На операції при ревізії виявлено утворення, зформоване двома петлями тонкої кишки, між якими є рубцове переродження частини брижі. Який вид кишкової непрохідності має місце?

- А. Гостра странгуляційна – заворот.
- В. Гостра странгуляційна – інвагінація.
- С. Гостра странгуляційна – вузлуотворення.
- Д. Гостра обтураційна.
- Є. Гостра паралітична.

27. Чоловік 53 років, звернувся за медичною допомогою із скаргами на постійні, постійно посилюючися болі, затримку відходження стула та газів на протязі 7 діб. На протязі останніх 6-ти місяців відмічає закрепи до 3-5 діб, схуд на 18 кг. При виконанні фіброколоноскопії, апарат введений за селезіночний згиб ободової кишки, подальше просування неможливе

внаслідок присутності щільного утворення повністю стенозуючого кишечника. Ваш найбільш вірогідний діагноз?

- А. Поліп поперечно-ободової кишки.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- С. Рак поперечно-ободової кишки.
- Д. Інвагінація кишечника.
- Є. Хвороба Крона.

28. У хворої 45 років, надійшовшій в хірургічне відділення із скаргами на інтенсивні постійно посилюючіся болі у ділянці пупкової грижі, напруження грижі, його невправимість у черевну порожнину, на операції виявлена частина тонкої кишки чорного кольору, пульсація судин брижі відсутня – кишка визнана нежиттєздатною. Які оптимальні об'єми резекції кишки?

- А. 15 – 20 см в проксимальному, 5 – 10 см в дистальному.
- В. 20 – 25 см в проксимальному, 10 – 15 см в дистальному.
- С. Відстань у проксимальному напрямку не має значення, 10 – 15 см в дистальному.
- Д. 30 – 40 см в проксимальному, 15 – 20 см в дистальному.
- Є. 25 см в проксимальному, відстань у дистальному напрямку не має значення..

29. В хірургічне відділення з відділення гастроентерології переведена хвора із скаргами на періодичні колікоподібні болі в череві, затримку відходження стула та газів 4 доби. Хворіє жовчокам'яною хворобою 5 років. При виконанні обзорної рентгенографії органів черевної порожнини визначаються – два рівня рідини та чаші Клойбера, щільне округле утворення в мезогастральній ділянці, а також рівень рідини з газом в області проєкції жовчного міхура. Виставлений клінічний діагноз – «кишкова непрохідність». Що явилось причиною непрохідності?

- А. Безоар шлунку.
- В. Конкремент жовчного міхура.
- С. Дивертикул тонкої кишки.
- Д. Пухлина тонкої кишки.
- Є. Хвороба Крона.

30. Хворий 33 років, надійшов у відділення хірургії, після того, як у стану алкогольного сп'яніння був побитий невідомими. У зв'язку з ознаками внутрішньочеревної кровотечі оперований в невідкладному порядку – виявлений розрив селезінки, виконана спленектомія. З перших діб післяопераційного періоду у хворого відмічається наростання ознак ендотоксикозу, затримка відходження стула та газів, стійка відсутність перистальтики. Який вид кишкової непрохідності розвився у хворого?

- А. Гостра странгуляційна – заворот.
- В. Гостра странгуляційна – інвагінація.
- С. Гостра странгуляційна – вузлуотворення.

- Д. Гостра obturaційна.
- Є. Гостра паралітична.

Тести КРОК-2 до Теми 9 - Біль у животі

1. Найбільш розповсюджені причини гострого апендициту:

- А. Новоутворення.
- В. Гіперплазія лімфоїдної тканини.
- С. Калове каміння.
- Д. Гельмінти.
- Е. Чужерідне тіло.

2. Сутність симптому Образцова при гострому апендициті:

- А. Відчуття болю при перкусії над зоною запалення.
- В. Посилення болю при пальпації правої здухвинної зони в положенні хворого на лівому боці.
- С. При пальпації правої здухвинної зони біль посилюється при піднятті правої випрямленої ноги.
- Д. Біль з'являється в епігастрії і зміщується в праву здухвинну зону.
- Е. Виникнення болю при повороті зігнутого правого стегна в середину

В

положенні на спині.

3. Сутність симптому Раздольського при гострому апендициті:

- А. Відчуття болю над зоною запалення.
- В. Посилення болю при пальпації правої здухвинної зони в положенні хворого на лівому боці.
- С. При пальпації правої здухвинної зони біль посилюється при підніманні правої випрямленої ноги.
- Д. Біль виникає в епігастрії і переміщується в праву здухвинну зону.
- Е. Виникнення болю при повороті зігнутого правого стегна в середину

В

положенні хворого на спині.

4. Сутність симптому Кохера при гострому апендициті:

- А. Відчуття болю при перкусії над зоною запалення.
- В. Посилення болю при пальпації правої здухвинної зони в положенні хворого на лівому боці.
- С. При пальпації правої здухвинної зони біль посилюється при підніманні правої випрямленої ноги.
- Д. Біль виникає в епігастрії і переміщується в праву здухвинну зону.

- Е. Виникнення болю при повороті зігнутого правого стегна в середину
В
положенні хворого на спині.
5. Сутність симптому затульного отвору при гострому апендициті:
- А. Відчуття болю при перкусії над зоною запалення.
 - В. Посилення болю при пальпації правої здухвинної зони при положенні хворого на лівому боці.
 - С. При пальпації правої здухвинної зони біль посилюється при підніманні правої випрямленої ноги.
 - Д. Біль виникає в епігастрії і переміщується в праву підчеревну зону.
 - Е. Виникнення болю при повороті правого стегна в середину у знаходженні хворого на спині.
6. Що з нижче перерахованого не характерно для гострого апендициту:
- А. Раптовий початок.
 - В. Сильна біль в епігастрії.
 - С. Висока температура.
 - Д. Нудота.
 - Е. Одноразова блювота.
7. Дівчина, 17 років, скаржиться на помірну біль в правій здухвинній зоні. Нудоти, блювоти немає. Захворіла 2 години тому. При пальпації визначається помірна наявність болю в правій здухвинній зоні. Симптоми Образцова, Раздольського, Ровзінга сумнівні. Синдром Щоткіна-Блюмберга негативний. Загальний аналіз крові: еритроцити 5,1 г/л, лейкоцити 6,9г/л, Нв 120 г/л.
- А. Негайна традиційна апендектомія.
 - В. Спостереження за хворою.
 - С. Діагностична лапароскопія.
 - Д. Призначення спазмолітиків, знеболюючих препаратів.
 - Е. Лапароскопічна апендектомія.
8. Чоловік, 30 років, скаржиться на сильну біль в правій половині живота, нудоту, блювоту. Захворів гостро за 36 годин до госпіталізації. При пальпації, живіт напружений та надмірно болючий в правій здухвинній зоні. Позитивні симптоми Щоткіна-Блюмберга, Воскресенського, Раздольського. Ваша тактика:
- А. Виконати діагностичну лапароскопію
 - В. Запропонувати хворому лапароскопічну апендектомію.
 - С. Здійснити традиційну апендектомію.
 - Д. Виконати нижньо-серединну лапаротомію.
 - Е. Провести інфузійну терапію.
9. Оперативний доступ, що застосовується при апендектомії:
- А. По Федорову.

- В. Волковичу-Д'яконову.
 - С. По Пфаненштілю.
 - Д. Верхньо-серединна лапаротомія.
 - Е. По Клермону.
10. Ускладнення, які найчастіше зустрічаються при гострому апендициті:
- А. Апендикулярний націд.
 - В. Заочеревинна гнійниця.
 - С. Пілефлебіт.
 - Д. Кровотеча.
 - Е. Розлитий очеревоzapал.
11. З якою патологією найчастіше всього приходиться диференціювати апендикулярний націд:
- А. Захворювання Крона.
 - В. Пухлина сліпої кишки.
 - С. Запалення придатків.
 - Д. Запалення Міккелева закамарка.
 - Е. Спасчна хвороба.
12. Протипоказання для проведення апендектомії:
- А. Великий строк вагітності.
 - В. Двустороння легениця.
 - С. Апендикулярний націд.
 - Д. Знекровозмертвіння міокарда.
13. Мукоцеле апендикса – це:
- А. Доброякісна пухлина.
 - В. Злоякісна пухлина.
 - С. Специфічне запалення.
 - Д. Ретенційна кіста.
 - Е. Неспецифічне запалення.
14. Для розвитку апендикулярного гнояка використовують розріз:
- А. Середина лапаротомія.
 - В. Розріз по Пирогову.
 - С. Розріз по Пфайненштілю.
 - Д. Розріз по Мак-Бурнею.
 - Е. Нижньо-серединна лапаротомія.

Тести КРОК-2 до Теми 10 - Синдром гострої кишкової непрохідності - Частина 2

1. В лікарню поступила хвора Б., 54 років, із скаргами на переймоподібні болі у череві, нудоту, блювоту, затримку відходження калу, газів. Рік тому оперована з приводу виразки шлунку. Стан хворої тяжкий. Пульс 120 уд/хв. Язик сухий. Живіт роздут, асиметричний. Кишкові шуми не вислухуються.

На обзорній рентгенограмі органів черевної порожнини – множинні чашки Клойбера. Яка найбільш вирогідна гостра хірургічна патологія у хворої?

- A. Післяопераційна защемлена грижа.
- B. Пухлина товстої кишки.
- C. Пухлина тонкої кишки.
- D. Гостра кишкова непрохідність.
- E. Апендикулярний інфільтрат.

2. Хворий 58 років звернувся до терапевта із скаргами на вздуття черева, постійні закрепи. Стан хворого погіршився за останні 2 місяці. Постійно приймає проносне, ставе клізми. Зник апетит. При ректороманоскопії ректоскоп введений на 15 см та упирається у циркулярне звуження. Проведена біопсія. Ваш попередній діагноз?

- A. Поліп верхньоампулярного відділу прямої кишки.
- B. Рак сигмовидної кишки.
- C. Рак ректосигмоїдного відділу прямої кишки.
- D. Копростаз.
- E. Заворот сигмовидної кишки.

3. Хворий Б, надійшов із скаргами на постійні болі у лівій клубовій ділянці, часті несправжні спроби на дефекацію, виділення слизу і крові з прямої кишки. Сигмовидна кишка пальпується у вигляді спазмованого тяжу. Амбула прямої кишки пуста. На висоті 8-9 см від зовнішнього сфінктеру прямої кишки визначається пухлиноподібне утворення з незміненою слизовою оболонкою. Ваш діагноз?

- A. Рак сигмовидної кишки.
- B. Неспецифічний виразковий коліт.
- C. Інвагінація ректосигмоїдного відділу.
- D. Рак прямої кишки.
- E. Заворот сигмовидної кишки.

4. У відділення хірургії з відділення гастроентерології переведено хвору Л., 42 років, із скаргами на інтенсивні переймоподібні болі у череві, блювоту їжею, кишковим вмістом, потім калом. При пальцевому дослідженні прямої кишки – ампула пуста, на відстані 5 см визначається плотне, бугристе утворення, повністю стенозуюче кишку. Який найбільш вирогідний діагноз?

- A. Рак сигмовидної кишки.
- B. Неспецифічний виразковий коліт.
- C. Інвагінація ректосигмоїдного відділу.
- D. Рак прямої кишки.
- E. Поліп прямої кишки.

5. Хворий Є., 40 років, доставлений у відділення хірургії бригадою швидкої допомоги з виразними ознаками защемленої правобічної пахової грижі, з явищами кишкової непрохідності. Час з моменту защемлення – 6 годин. Загальний стан хворого середньої тяжкості – тяжкий. Тахікардія – 98 уд/хв. Лейкоцитоз – 18,3 Г/л. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Грижа напружена, набрякша, болюча при пальпації. Яка тактика чергового хірурга буде правильною?

- A. Динамічне спостереження.
- B. Динамічне спостереження + консервативне лікування (спазмолітики, анальгетики)
- C. Спроба вправлення грижового вмісту.
- D. Герніотомія.
- E. Серединна лапаротомія, ревiзiя органiв черевної порожнини, герніотомія.

6. Хворий П., 32 років, надійшов у клініку на 3-ю добу від початку захворювання із скаргами на переймоподібні болі у череві без чіткої локалізації, затримку стула та газів. Приблизно 10 років тому оперований з приводу завороту тонкої кишки. На обзорній рентгенограмі органів черевної порожнини – рівні рідини, чаши Клойбера. На операції при ревiзiї виявлено утворення, зформоване двома петлями тонкої кишки, між якими є рубцеве переродження частини брижі. Який вид кишкової непрохідності має місце?

- A. Гостра странгуляційна – заворот.
- B. Гостра странгуляційна – інвагінація.
- C. Гостра странгуляційна – вузлуотворення.
- D. Гостра obtураційна.
- E. Гостра паралітична.

7. Чоловік 53 років, звернувся за медичною допомогою із скаргами на постійні, постійно посилюючися болі, затримку відходження стула та газів на протязі 7 діб. На протязі останніх 6-ти місяців відмічає закрепи до 3-5 діб, схуд на 18 кг. При виконанні фіброколоноскопії, апарат введений за селезіночний згиб ободової кишки, подальше просування неможливе внаслідок присутності щільного утворення повністю стенозуючого кишку. Ваш найбільш вiрогiдний дiагноз?

- A. Поліп поперечно-ободової кишки.
- B. Неспецифічний виразковий коліт.
- C. Рак поперечно-ободової кишки.
- D. Інвагінація кишечнику.
- E. Хвороба Крона.

8. У хворої 45 років, надійшовшій в хірургічне відділення із скаргами на інтенсивні постійно посилюючися болі у ділянці пупкової грижі, напруження грижі, його невправимість у черевну порожнину, на операції виявлена частина тонкої кишки чорного кольору, пульсація судин брижі відсутня – кишка визнана нежиттєздатною. Які оптимальні об'єми резекції кишки?

- A. 15 – 20 см в проксимальному, 5 – 10 см в дистальному.
- B. 20 – 25 см в проксимальному, 10 – 15 см в дистальному.
- C. Відстань у проксимальному напрямку не має значення, 10 – 15 см в дистальному.
- D. 30 – 40 см в проксимальному, 15 – 20 см в дистальному.

Е. 25 см в проксимальному, відстань у дистальному напрямку не має значення..

9. В хірургічне відділення з відділення гастроентерології переведена хвора із скаргами на періодичні коликоподібні болі в череві, затримку відходження стула та газів 4 доби. Хворіє жовчокам'яною хворобою 5 років. При виконанні обзорної рентгенографії органів черевної порожнини визначаються – два рівня рідини та чаші Клойбера, щільне округле утворення в мезогастральній ділянці, а також рівень рідини з газом в області проєкції жовчного міхура. Виставлений клінічний діагноз – «кишкова непрохідність». Що явилось причиною непрохідності?

- А. Безоар шлунку.
- В. Конкремент жовчного міхура.
- С. Дивертикул тонкої кишки.
- Д. Пухлина тонкої кишки.
- Е. Хвороба Крона.

10. Хворий 33 років, надійшов у відділення хірургії, після того, як у стану алкогольного сп'яніння був побитий невідомими. У зв'язку з ознаками внутрішньочеревної кровотечі оперований в невідкладному порядку – виявлений розрив селезінки, виконана спленектомія. З перших днів післяопераційного періоду у хворого відмічається наростання ознак ендотоксикозу, затримка відходження стула та газів, стійка відсутність перистальтики. Який вид кишкової непрохідності розвився у хворого?

- А. Гостра странгуляційна – заворот.
- В. Гостра странгуляційна – інвагінація.
- С. Гостра странгуляційна – вузлуотворення.
- Д. Гостра обтураційна.
- Е. Гостра паралітична.

11. В хірургічне відділення госпіталізована хвора Ш., 54 років, із скаргами на постійні болі у правому підребер'ї, з іррадіацією в праву поперекову ділянку, праве надпліччя, нудоту. Лейкоцитоз при госпіталізації 12 Г/л, паличкоядерний здвиг вліво – до 7. Після госпіталізації з'явився озноб, гектичні под'йоми температури, профузне потовиділення. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гострий деструктивний холецистит.
- В. Гострий холецистит з гнійним холангітом.
- С. Аскаридоз загальної жовчної протоки.
- Д. Хронічний стенозуючий папіліт.
- Е. Нориця між жовчним міхуром та загальною жовчною протокою.

12. Чоловік, 82 років, 10 місяців тому переніс холецистектомію з приводу гострого калькульозного холециститу. На протязі останніх 2 місяців турбують періодичні болі в правому підребер'ї, іктеричність склер та слизових оболонок, сечу насиченого коричневого кольору. Запідозрений резидуальний конкремент холедоха. Який оптимальний об'єм лікувально-діагностичних маніпуляцій?

- A. Лапаротомія, холедохолітотомія.
- B. Лапаротомія, холедохолітотомія, внутрішнє дренивання холедохи.
- C. Лапаротомія, холедохолітотомія, наруже дренивання холедохи.
- D. Папілосфінктеротомія, РХПГ, ендоскопічне видалення конкременту.
- E. Пероральна холангіографія, дистанційна літотрипсія.

13. В хірургічне відділення в невідкладному порядку госпіталізована хвора із скаргами на переймоподібні болі та відчуття тяжкості в правому підребер'ї, нудоту, багаторазову блювоту жовч'ю. Хворій виставлено діагноз: «Гострий холецистит». О якій причині хвороби слід згадати в першу чергу?

- A. Хронічний стенозуючий папіліт.
- B. Хронічний панкреатит.
- C. Аскаридоз загальної жовчної протоки..
- D. Жовчокам'яна хвороба.
- E. Перихоледохеальний лімфаденіт.

14. До хірурга поліклініки звернулася жінка 56 років, із скаргами на відчуття стороннього тіла в правому підребер'ї, особливо при поворотах тулуба. В минулому відмічає переймоподібні болі в правому підребер'ї, після зловживання жирною та жареною їжею. При дослідженні, в правому підребер'ї пальпаторно визначається овальне, еластичне, слаборухоме, безболісне утворення, пов'язане з нижнім краєм печінки. Який найбільш вивірний діагноз?

- A. Гострий калькульозний холецистит.
- B. Рак жовчного міхура.
- C. Рак головки підшлункової залози.
- D. Водянка жовчного міхура.
- E. Ехінококкова кіста печінки.

15. У хворої 43 років, під час операції з приводу гострого калькульозного холециститу, зовнішній діаметр холедоха – 16 мм, стінки ущільнені, після холедохолітотомії під тиском почала виділятися каламутна жовч з неприємним запахом. Яке ускладнення холециститу має місце?

- A. Абсцес.
- B. Емпієма.
- C. Холангіт.
- D. Водянка.
- E. Панкреатит.

16. В хірургічне відділення бригадою швидкої допомоги доставлена хвора із скаргами на постійні болі в правому підребер'ї, нудоту, трикратну блювоту жовч'ю. Температура тіла 38°C. Пальпаторно – в правому підребер'ї – захистне напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивні симптоми Кера, Мерфі, Ортнера. Лейкоцитоз – 15,7 Г/л, паличкоядерний здви́г нейтрофілів. Який найбільш вивірний діагноз?

- A. Водянка жовчного міхура.
- B. Загострення виразкової хвороби ДПК.
- C. Гострий деструктивний холецистит.

D. Висока тонкокишкова непрохідність.

E. Рак жовчного міхура..

17.Хворий К., 42 років, скаржиться на болі в правому підребер'ї, багаторазову рвоту, слабкість. Захворів 2 доби тому, після відступу від дієти. Температура тіла 38,2 °С. Склери іктеричні, язик сухий. Права підреберна ділянка відстає у диханні. Там пальпується болюче утворення 9 x 6 см. Симптом Щьоткиіа позитивний в правому підребер'ї, в решті – безболючий, перистальтика – без змін. Лейкоцитоз – 15, 6 Г/л. Який допоміжний метод діагностики найбільш доцільний?

A. Обзорна рентгенографія органів черевної порожнини.

B. Контрастна рентгенографія шлунку.

C. Фіброгастроскопія.

D. Лапароцентез.

E. УЗД органів черевної порожнини.

18.Хворий С., 68 років, оперований с приводу гострого флегмонозного холецистити. Під час операції при виділенні жовчного міхура з ложа, виявлений просвіт діаметром 5 мм, з якого виділялась жовч. Виконані прошивання та перев'язка, як вирішили хірурги – печінково-міхурового протоку. В післяопераційному періоді на 3-ю добу – наростання білірубінемії, інтоксикації. Які ускладнення необхідно виключити в першу чергу?

A. Холангіт.

B. Післяопераційний панкреатит.

C. Підпечінковий абсцес.

D. Пошкодження правого печінкового протоку.

E. Резидуальний холедохолітиаз.

19.У хворої С., 45 років, на тлі виникшого інтенсивного болю в правому підребер'ї, нудоти, багаторазової блювоти, підвищення температури тіла до 38°С, з'явилась інтенсивна жовтяниця, зуд шкіряних покривів, в правому підребер'ї пальпується плотно-еластичне болюче утворення, рівень білірубіна – 187 мкмоль/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

A. Рак жовчного міхура.

B. Гострий гепатит.

C. Гострий холецистит, холедохолітиаз.

D. Дискінезія жовчних шляхів.

E. Ехінококкоз печінки.

20.Хвора С., звернулась за допомогою зі скаргами на болі в області правого підребер'я, жовтяницю шкіряних покривів, склер. Рівень білірубіна – 72 мкмоль/л. 5 місяців тому оперована з приводу гострого апендициту. Шкідливих звичек не має. З яким захворюванням необхідно провести диференційний діагноз в першу чергу?

A. Гострий панкреатит.

B. Гострий вірусний гепатит.

C. Токсичний гепатит.

D. Хвороба Жильбера.

E. Рак жовчного міхура.

Тести КРОК-2 до Теми 11 - Синдром дисфагії, блювання, порушення дефекації - 1 частина

1. Чоловік А., 40 років, пред'являє скарги на: схуднення, блювоту з'їденою їжею, утруднення при проходженні твердої і рідкої їжі. Хворіє близько 10 років, коли уперше відзначив зазначені скарги. Клініка наростала поступово. Їжу запиває водою. Ваш попередній діагноз?

- А. Рак стравоходу.
- В. Ахалазія стравоходу
- С. Стравохід Баретта.
- Д. Стороннє тіло стравоходу..
- Є. Дивертикул середньої третини стравоходу.

2. Лікарем клінічно, ендоскопічно і рентгенологічно підтверджений діагноз: ахалазія стравоходу IV ступеня. Яке оперативне лікування показане в даному випадку?

- А. Екстірпація стравоходу.
- В. Резекція двох третин стравоходу.
- С. Операція Венделя.
- Д. Езофагокардіомітомія з фундоплікацією.
- Є. Езофагокардіомітомія.

3. Жінка 42 років скаржиться на утруднення при проходженні твердої їжі по стравоходу більш 4 років. На рентгенографії стравоходу контраст вільно проходить до нижньої третини, де відзначається стійкий стеноз, із утрудненням проникний контраст у шлунок у виді «мишачого хвоста». Супрастенотична частина стравоходу різко розширена. Ваш діагноз?

- А. Стороннє тіло нижньої третини стравоходу.
- В. Рак нижньої третини стравоходу.
- *С. Ахалазія стравоходу.
- Д. Спазм нижньої третини стравоходу.
- Є. Рак кардіального відділу шлунка.

4. Жінку 35 років в останні роки турбує виражена дисфагія. При езофагогастроуденоскопії стравохід вільно прохідний до нижньої третини, де відзначається концентричне звуження, із утрудненням прохідне для ендоскопа. Слизувата оболонка над ним не змінена. Попередній діагноз лікаря?

- А. Стравохід Баретта.
- В. Рак нижньої третини стравоходу.
- С. Спазм нижньої третини стравоходу.
- *Д. Ахалазія стравоходу.
- Є. Лейомиома стравоходу.

5. При виконанні езофагокардіотомії з фундопластикою (операція Гелера) з приводу ахалазії стравоходу остання повинна бути довжиною не менш:

- A. 10 см
- B. 20 см**
- C. 15 см
- *D. 5 см
- E. 8 см

6. Що являється морфологічним субстратом розвитку ахалазії стравоходу?

- A. Стеноз стравохідного отвору діафрагми.
- B. Порушення нейром'язової передачі в стінці стравоходу.**
- C. Запальний процес у кардії.
- D. Опік нижньої третини стравоходу.
- E. Патологія інтрамурального ауэрбахівського сплетення.

7. Чоловік 55 років з дитинства страждає на дисфагію, постійно запиває їжу водою. Загальний стан різко погіршився в останні 1,5 року. При рентгеноскопії стравоходу контраст із утрудненням надходить у шлунок, газовий міхур не змінений. При гастроскопії фіброскоп у шлунок не проходить у нижній третині, узята біопсія - атипових кліток не виявлено. Ваш діагноз?

- A. Рак нижньої третини стравоходу.
- B. Ахалазія стравоходу.**
- C. Стравохід Баретта.
- D. Рак середньої третини стравоходу.
- E. Лейоміома стравоходу.

8. У хворої встановлений діагноз: ахалазія стравоходу II-III ступеня (гастроскоп проходить у шлунок, під впливом міорелаксантів товстий шлунковий зонд проходить у шлунок). Оперативне лікування, яке показане в даному випадку?

- A. Езофагокардіотомія.
- B. Езофагокардіотомія з фундоплікацією.**
- C. Екстірпація стравоходу.
- D. Резекція стравоходу.
- E. Операція Венделя.

9. З яким захворюванням частіш за все необхідно диференціювати ахалазію стравоходу?

- A. Виразковий езофагіт.
- B. Рубцевий стеноз нижньої третини стравоходу.**
- C. Стороннє тіло нижньої третини стравоходу.
- D. Рак нижньої третини стравоходу .

Є. Лейоміома стравоходу.

10. Назвіть головний критерій можливого виконання балонної ділятації:

- А. Молодий вік.
- В. Відсутність больового синдрому.
- С. Раніше не виконувалася операція в цій зоні.
- Д. Важкий стан хворого.
- Є. Прохідність ендоскопа в шлунок.

11. Яку мінімальну кількість етапів балонної ділятації необхідно виконати, щоб домогтися гарного, стійкого результату?

- А. 1 етап.
- В. 2 етапи
- С. 4 етапи.
- Д. 5 етапів.
- Є. 3 етапи.

12. Який проміжок часу необхідний між проведенням етапів балонної ділятації?

- А. 30 хвилин.
- В. 1 година.
- С. 1 доба.
- Д. 3-5 доби.
- Є. 7 діб.

13. Хворий А., 40 років, прооперований два роки тому з приводу ахалазії стравоходу. Була виконана операція: езофагокардіоміотомія з фундоплікацією. Протягом цього часу стан пацієнта був задовільним. Дисфагія поступово почала наростати біля двох місяців назад після нервового стресу. Були відзначені схуднення, утруднення при проходженні твердої їжі, нудота, відрижка, біль в епігастрії під час їжі. Яке оперативне лікування необхідно виконати?

- А. Повторну езофагокардіоміотомію з фундоплікацією.
- В. Балонну ділятацію нижньої третини стравоходу.
- С. Екстірпацію стравоходу.
- Д. Резекцію нижньої третини стравоходу.
- Є. Операцію Осава-Гарлока.

14. Вкажіть, при якому ступені ахалазії найбільш ефективним є застосування балонної ділятації нижньої третини стравоходу?

- А. I ступінь.
- В. I, II, III ступінь.
- С. I-II ступінь.
- Д. II, III ступінь.

Є. В усіх випадках.

15. Хворий 37 років надійшов в клініку зі скаргами на утруднення проходження твердої їжі по стравоходу більш 10 років. Стан особливо погіршився в останні 2 місяці. Також турбують блювота з'їденою їжею, нудота, схуднення, слабкість, помірні болі в епігастрії, запаморочення. При рентгеноскопії стравоходу з водорозчинним контрастом останній вільно надходить у стравохід. У нижній третині визначається різке звуження, через яке контраст із затрудненням, за допомогою міорелаксації, надходить у шлунок. Попередній діагноз: ахалазія стравоходу IV ступеня. Від запропонованого оперативного лікування – езофагокардіоміотомії з фундопластиком хворий категорично відмовився. Вважаючи важкість дісфагії, виконано бужування ригідним бужом найменшого розміру. Під час бужування з'явився різкий, колючий, розлитий біль у епігастрії. Яке найбільш ймовірне ускладнення виникло в даного пацієнта?

- А. Перфорація нижньої третини стравоходу.
- В. Перерозтягання стінки стравоходу.
- С. Розрив слизуватої кардіального відділу шлунка.
- Д. Розрив діафрагми.
- Є. Травматичний панкреатит.

16. Під час операції на стравоході завжди й у будь-якому його відділі існує небезпека звуження його просвіту. Що потрібно зробити в даному випадку, щоб цього не допустити?

- А. Ушивати стравохід поперек.
- В. Ушивати стравохід на товстому шлунковому зонді.
- С. Ушивати однорядним швом.
- Д. Ушивати атравматичним швом.
- Є. Ушивати латку з м'язової стінки.

17. Під час езофагокардіоміотомії з фундопластиком був розкритий просвіт стравоходу. Що в даному випадку повинен виконати хірург?

- А. Ушити слизувату однорядним атравматичним швом і виконати фундоплекцію.
- В. Екстірпація стравоходу.
- С. Виконати операцію по Осави-Гарлоку.
- Д. Резекція нижньої третини стравоходу.
- Є. Виконати операцію Венделя.

18. Який хірургічний доступ являється найбільш ефективним для видалення нижньої третини стравоходу при виконанні операції езофагокардіоміотомії з приводу ахалазії стравоходу?

- А. У V міжребер'ї праворуч.
- В. У VII міжребер'ї праворуч.
- С. Задньо-бокова торакотомія ліворуч у VI міжребер'ї.

- Д. Верхньо-середина лапаротомія
- Є. У VII міжребер'ї ліворуч.

19. Чи сполучається ахалазія стравоходу із захворюваннями центральної та периферичної нервової системи та наслідками перенесеного нервового стресу?

- А. Часто.
- В. Завжди.
- С. Рідко.
- Д. Ніколи.
- Є. Дуже часто.

20. В яких випадках необхідна обов'язкова передопераційна підготовка в хворих з ахалазією стравоходу, яка включає в себе комплексну проти виразкову, інфузійну та протизапальну терапію?

- А. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки в анамнезі.
- В. Рефлюкс-езофагіт в анамнезі.
- С. Інші операції на стравоході в анамнезі.
- Д. Хронічний панкреатит.
- Є. Супрастенотичні запальні зміни слизуватої стравоходу, виявлені ендоскопічно.

Тести КРОК-2 до Теми 11 - Синдром дисфагії, блювання, порушення дефекації - 2 частина

1. Хворому 45 років на обсязі клінічних дослідів встановлено діагноз Ценкерів дивертикул стравоходу. Який найбільш ефективний засіб лікування?

- А. Через шийна резекція дивертикула.
- В. Трансторакальна резекція дивертикула.
- С. Симптоматична терапія.
- Д. Гастростомія.

2. Хворому 58 років на підставі скарг, клінічних даних запідозрено діагноз: Дивертикул стравоходу. Який наймовірний засіб дослідження належить у цьому випадку?

- А. Ендоскопія стравоходу.
- В. КТ
- С. Rg-контрастне дослідження стравоходу.
- Д. Бронхоскопія.

3. Хворому 46 років у клініці на підставі скарг: затримання їжі у стравоході, загрудинні білі; Rg-досліді стравоходу: поширення стравоходу, тривале затримання контрасту; встановлено діагноз кардіоспазм. З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику?

- A. Лейоміома.
 - B. Рак стравоходу.
 - C. Кандидоз стравоходу.
 - D. Езофагіт.
4. Хворому 58 років клінічно встановлено діагноз: кардіоспазм III ст.. Який засіб лікування найбільш ефективний?
- A. Гастростомія.
 - B. Бужировання стравоходу.
 - C. Трансторакальна пластина стравоходу.
 - D. Консервативна терапія.
5. Хворі 35 років на підставі скарг, ендоскопічного Rg-дослідження стравоходу встановлено діагноз кардіоспазм I-II ст.. Який засіб лікування доцільно використати до цієї хворої?
- A. Гастростомія.
 - B. Трансторакальна пластика стравоходу.
 - C. Бужировання стравоходу.
 - D. Консервативна терапія + балонна дилатація.
6. Хвора 40 років під наглядом в клініці, зі скаргами на затримання їжі у стравоході, відреагувала на пробу з нітрогліцерином. Яке з перерахованих захворювань насамперед слід вважати у цієї хворої?
- A. Дивертикул.
 - B. Рак.
 - C. Рубльовий стеноз
 - D. Ахалазія.
7. Хворому 58 років у клініці з діагнозом кардіоспазм під час кардіоділятації з'вилась сильно біла підшкірна емфізема (ушкодження стравоходу). Яка дальша тактика лікування хворого?
- A. Дальніший погляд за хворим.
 - B. Негайна хірургічна операція.
 - C. Лікування хворого в реанімації.
 - D. Симптоматична терапія.
8. Хвора 60 років знаходиться в клініці з діагнозом: епіфренальний дивертикул стравоходу. Дивертикуліт. Який засіб лікування слід запропонувати хворі?
- A. Гастростомія.
 - B. Трансторакальна вилучення дивертикула.
 - C. Симптоматична терапія.
 - D. Спостереження за хворою.
9. У хворого 64 років який страждає на біфуркаційний дивертикул стравоходу.. Клінічно встановлено ускладнення: Стравохідно-бронхіальної норичі. Яка найбільш ефективна тактика лікування?
- A. Симптоматична терапія.
 - B. Негайна операція.
 - C. Спостереження за хворим.
 - D. Підготовка хворого до планової операції.

10. Хворої 59 років на обсязі клінічного дослідження встановлено діагноз: грижа стравохідного отвору діафрагми III ст. Який засіб лікування слід запропонувати хворій?

- А. Проти виразкова консервативна терапія.
- В. Спостереження за хворою.
- С. Ендоскопічна операція.
- Д. Симптоматична терапія.

11. Жінка А., 31 року, пред'являє скарги на: утруднення при проходженні твердої і рідкої їжі, схуднення, блювоту з'їденою їжею. Хворіє близько 10 років, коли уперше відзначила зазначені скарги. Клініка наростала поступово. Їжу запиває водою. Ваш попередній діагноз?

- А. Рак стравоходу.
- В. Стороннє тіло стравоходу.
- С. Стравохід Баретта.
- Д. Ахалазія стравоходу.
- Є. Дивертикул середньої третини стравоходу.

12. Вами клінічно, ендоскопічно і рентгенологічно підтверджений діагноз ахалазія стравоходу IV ступеня. Яке оперативне лікування показане в даному випадку?

- А. Екстірпація стравоходу.
- В. Резекція двох третин стравоходу.
- С. Езофагокардіомітомія.
- Д. Езофагокардіомітомія з фундоплікацією.
- Є. Операція Венделя.

13. Чоловік 46 років скаржиться на утруднення при проходженні твердої їжі по стравоходу більш 5 років. Стан поступово погіршувався. На рентгенографії стравоходу контраст вільно проходить до нижньої третини, де мається стійкий стеноз, із утрудненням проникний контраст у шлунок у виді «мишачого хвоста». Супрастенотична частина стравоходу різко розширена. Ваш діагноз?

- А. Ахалазія стравоходу.
- В. Рак нижньої третини стравоходу.
- С. Стороннє тіло нижньої третини стравоходу.
- Д. Спазм нижньої третини стравоходу.
- Є. Рак кардіального відділу шлунка.

14. Жінку 38 років в останні роки турбує виражена дисфагія. При езофагогастродуоденоскопії стравохід вільно прохідний до нижньої третини, де відзначається концентричне звуження, із утрудненням прохідне для ендоскопа. Слизувата над ним не змінена. Ваш попередній діагноз?

- А. Стравохід Баретта.
- В. Рак нижньої третини стравоходу.
- С. Ахалазія стравоходу.
- Д. Спазм нижньої третини стравоходу.
- Є. Лейомиома стравоходу.

15. У хворого встановлений діагноз ахалазія стравоходу II-III ступеня (гастроскоп проходить у шлунок, під дією міорелаксантів товстий шлунковий зонд проходить у шлунок). Яке оперативне лікування показане в даному випадку?

- A. Езофагокардіоміотомія.
- B. Езофагокардіоміотомія з фундоплікацією.
- C. Екстірпація стравоходу.
- D. Резекція стравоходу.
- E. Операція Венделя.

16. При виконанні езофагокардіоміотомії з приводу ахалазії стравоходу остання повинна бути довжиною не менш:

- A. 10 см
- B. 20 см**
- C. 15 см
- D. 8 см
- E. 5 см

17. Жінка 51 року з дитинства страждає на дисфагію, постійно запиває їжу водою. Клінічна картина поступово погіршується. Загальний стан різко погіршився в останні 1,5 року. При гастроскопії фіброскоп у шлунок не проходить у нижній третині, узята біопсія - атипових кліток не виявлено. При рентгеноскопії стравоходу контраст із утрудненням надходить у шлунок, газовий міхур не змінений. Ваш діагноз?

- A. Рак нижньої третини стравоходу.
- B. Ахалазія стравоходу.
- C. Стравохід Баретта.
- D. Рак середньої третини стравоходу.
- E. Лейоміома стравоходу.

18. Морфологічним субстратом, що сприяє розвитку ахалазії стравоходу, є:

- A. Стеноз стравохідного отвору діафрагми.
- B. Порушення нейром'язової передачі в стінці стравоходу.
- C. Патологія інтрамурального ауэрбахівського сплетення.
- D. Опік нижньої третини стравоходу.
- E. Запальний процес у кардії.

19.3 яким захворюванням необхідно диференціювати, у першу чергу, ахалазію стравоходу?

- A. Виразковий езофагіт.
- B. Рубцевий стеноз нижньої третини стравоходу.
- C. Рак нижньої третини стравоходу
- D. Стороннє тіло нижньої третини стравоходу.
- E. Лейоміома стравоходу.

20. Хвора Ж., 38 років, прооперована два роки тому з приводу ахалазії стравоходу. Була виконана операція: езофагокардіоміотомія з фундоплікацією. Протягом цього часу стан пацієнтки був задовільним. Дисфагія поступово почала наростати біля двох місяців назад. Відзначила

утруднення при проходженні твердої їжі, відрижку, нудоту, схуднення, біль в епігастрії під час їжі. Яке оперативне лікування необхідно виконати?

- А. Балонну ділятацію нижньої третини стравоходу.
- В. Повторну езофагокардеомеотомію з фундоплікацією.
- С. Екстірпацію стравоходу.
- Д. Резекцію нижньої третини стравоходу.
- Є. Операцію Осави-Гарлока.

21. Яку кількість етапів балонної ділятації (мінімальну) необхідно виконати, щоб домогтися гарного, стійкого результату і відсутності дисфагії?

- А. 2 етапи.
- В. 3 етапи.
- С. 4 етапи.
- Д. 5 етапів.
- Є. 1 етап.

22. Який проміжок часу необхідний між проведенням етапів балонної ділятації?

- А. 30 хвилин.
- В. 1 година.
- С. 1 доба.
- Д. 3-5 доби.
- Є. 7 діб.

23. Назвіть критерій, керуючись яким, можливе виконання балонної ділятації:

- А. Молодий вік.
- В. Прохідність ендоскопа в шлунок.
- С. Раніше не виконувалася операція в цій зоні.
- Д. Важкий стан хворого.
- Є. Відсутність больового синдрому.

24. При якому ступені ахалазії можливе застосування ендоскопічного оперативного лікування – балонної ділятації нижньої третини стравоходу?

- А. I ступінь.
- В. I-II ступінь.
- С. I, II, III ступінь.
- Д. II, III ступінь.
- Є. В усіх випадках.

25. Під час оперативного втручання з приводу ахалазії стравоходу – езофагокардіоміотомії з фундопластикою був розкритий просвіт стравоходу. Підкажіть, якими повинні бути дії хірурга в даній ситуації?

- А. Резекція нижньої третини стравоходу.
- В. Екстірпація стравоходу.
- С. Виконати операцію по Осави-Гарлоку.
- Д. Ушити слизувату однорядним атравматичним швом і виконати фундоплікацію
- Є. Виконати операцію Венделя.

26. Ви знаєте, що під час операції на стравоході завжди й у будь-якому його відділі існує небезпека звуження його просвіту. Що потрібно зробити в даному випадку, щоб цього не допустити?

- A. Ушивати стравохід поперек.
- B. Ушивати латку з м'язової стінки.
- C. Ушивати однорядним швом.
- D. Ушивати атравматичним швом.
- E. Ушивати стравохід на товстому шлунковому зонді.

27. Як часто ахалазія стравоходу сполучається з захворюваннями нервової системи (неврози, наслідки стресу, істерії і т.д.)?

- A. Часто.
- B. Дуже часто.
- C. Рідко.
- D. Ніколи.
- E. Завжди.

28. При виконанні операції езофагокардіоміотомії з приводу ахалазії стравоходу необхідно підійти до нижньої третини стравоходу. Яким доступом найбільш зручно це зробити?

- A. У V міжребер'ї праворуч.
- B. У VII міжребер'ї праворуч.
- C. У VII міжребер'ї ліворуч.
- D. Верхньо-серединна лапаротомія
- E. Задньо-бокова торакотомія ліворуч у VI міжребер'ї.

29. Хвора 47 років надійшла в клініку зі скаргами на утруднення проходження твердої їжі по стравоходу більш 7 років. Стан особливо погіршився в останні 1,5 місяця. Також турбують нудота, блювота з'їденою їжею, помірні болі в епігастрії, схуднення, слабкість, запаморочення. При рентгеноскопії стравоходу з водорозчинним контрастом останній вільно надходить у стравохід. У нижній третині визначається різке звуження, через яке контраст із працею, за допомогою міорелаксації, надходить у шлунок. Попередній діагноз: ахалазія стравоходу IV ступеня. Від запропонованого оперативного лікування – езофагокардіоміотомії з фундопластиком хвора категорично відмовилася. З огляду на важкість дісфагії, вирішено виконати бужування ригідним бужом найменшого розміру. Під час бужування з'явився різкий, колючий, розлитий біль у епігастрії. Яке найбільш ймовірне ускладнення необхідно виключити в даній пацієнтки?

- A. Перерозтягання стінки стравоходу.
- B. Перфорація нижньої третини стравоходу.
- C. Розрив слизуватої кардіального відділу шлунка.
- D. Розрив діафрагми.
- E. Травматичний панкреатит.

30. Дайте пояснення, у яких випадках необхідна обов'язкова передопераційна підготовка в хворих з ахалазією стравоходу, що включає в себе комплексну противиразкову терапію?

- A. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки в анамнезі.

- В. Рефлюкс-езофагіт в анамнезі.
- С. Супрастенотичні запальні зміни слизуватої стравоходу, виявлені ендоскопічно.
- Д. Хронічний панкреатит.
- Є. Інші операції на стравоході в анамнезі

Тести КРОК-2 до Теми 13 - Локальні та розповсюджені гнійно-запальні процеси черевної порожнини і заочеревинного простору - Частина 1

1. У хворого 49 років на 4-й день після резекції шлунка виник постійний інтенсивний біль в животі, сухість у роті. Загальний стан важкий. Положення в ліжку на спині з підтягнутими до живота ногами. Температура тіла 37,80 С. АТ – 100/60 мм рт ст. Пульс – 104 за 1 хв. Язик сухий. Живіт помірно здутий, симетричний, відстає при диханні. При пальпації - болючий і напружений переважно у правому підребер'ї. Симптоми Роздольського, Щоткіна-Блюмберга позитивні. Перистальтичні шуми різко ослаблені. Ректально – болючість при натискуванні на передню стінку. Яке післяопераційне ускладнення найбільш імовірно?

А Перитоніт.

В. Кишкова непрохідність

С. Кровотеча

Д. Панкреатит

Е. Абсцес порожнини малого тазу

2. Під час лапаротомії у хворого виявлено травматичний розрив сигмовидної кишки, розлитий перитоніт. У черевній порожнині наявні калові маси. Який об'єм оперативного лікування?

А. Ушивання розриву сигми, трансверзостома, дренажування черевної порожнини.

В. Ушивання розриву сигми.

С. Трансверзостома.

Д. Дренажування черевної порожнини.

Е. Виведення розірваної ділянки сигми на шкіру

3. У хворої 40 років з на 8 день від початку захворювання різко посилюється біль внизу живота. Температура набула гектичного характеру, пульс 106 уд. за хв. Язик сухий. В правій здухвинній ділянці при пальпації в зоні інфільтрату визначається різкий біль та позитивні симптоми подразнення очеревини. При ректальному обстеженні болючості, нависання передньої стінки кишки не виявлено. Яке ускладнення виникло у хворої?

А. Нагноєння апендикулярного інфільтрата

В. Пілефлебіт

С. Правосторонній аднексит

Д. Дифузний перитоніт

Е.Тіфліт

4. Оперовано хворого 52 років з приводу гострого гангренозного апендициту, місцевого перитоніту. Виконано апендектомію, дренування черевної порожнини. На 5 день після операції стан хворого погіршився, з'явилися озноб, різке підвищення температури, іктеричність склер, пульс 120 уд. за хв, АТ-110/70 мм рт. ст. Живіт здутий, при пальпації біль в правій половині живота, збільшення в розмірах печінки та її болючість. Виділень із черевної порожнини не має. Лейкоцитів крові - $22,4 \times 10^9/\text{л}$, еритроцитів - $2,7 \times 10^{12}/\text{л}$. Яке ускладнення виникло у хворого?

- А.Пілефлебіт
- В.Підпечінковий абсцес
- С.Післяопераційний перитоніт
- Д.Тіфліт

5.Хворий скаржиться на біль по всьому животу, блювоту, затримку газів та випорожнень. Хворіє 3 дні. Об'єктивно: стан важкий. Шкіра землиста. Пульс – 125, АТ – 90/60 мм рт.ст. Язик сухий. Живіт роздутий, болючий у всіх відділах. Позитивний симптом Блюмберга. Перистальтика відсутня. Визначте діагноз.

- А.Гострий поширений перитоніт
- В.Гострий панкреатит
- С.Гостра кишкова непрохідність
- Д.Мезентеріальний тромбоз
- Є.Перфоративна гастродуоденальна виразка

6.У хворого 65 років, який переніс апендектомію з приводу гострого гангренозного апендициту із зашиванням операційної рани черевної порожнини наглухо, на 5 добу діагностовано абсцес черевної порожнини з локалізацією в правій здухвинній ділянці. Вкажіть, який засіб був би ефективним у плані профілактики виникнення даного ускладнення у хворого?

- А.Санація та дренування черевної порожнини через рану.
- В.Ретельний гемостаз.
- С.Фізіотерапевтичне лікування.
- Д.Лікувальна фізкультура.
- Є.Раннє вставання з ліжка.

7.Больная С., 62 лет, госпитализирована в экстренном порядке с жалобами на постоянные интенсивные боли в левой подвздошной области. В течение 6 месяцев беспокоили запоры, вздутие живота, слизистые и кровянистые выделения из анального канала. Объективно: в левой подвздошной области положительные симптомы раздражения брюшины, напряжение мышц передней брюшной стенки. При рентгенографии – свободный газ в брюшной полости. Укажите вероятный диагноз.

- А. Опухоль сигмовидної кишки с перфорацією, перитоніт.
- В. Киста лівого яєчника.
- С. Мочекаменна хвороба, печінкова колика.
- Д. Тромбоз мезентеріальних судин.
- Є. Хвороба Крона.

8. Вас викликали до пологового будинку. Хвора на 36 тижні вагітності з клінікою розлитого перитоніту, скоріш за все апендикулярного генезу. Хворіє 5 діб. Вагісність перша. Розкриття зеву на 1 палець. Стан важкий, серцебиття сліду не прослухується. Яку тактику треба вибрати?

- А. Операція - видалення джерела перитоніту. Гінеколог вирішує питання про об'єм оперативного втручання.
- В. Стимуляція пологів, консервативна терапія
- С. Апендектомія, дренивання черевної порожнини
- Д. Екстерпація матки
- Є. Кесарів розтин, лапаротомія, дренивання черевної порожнини

9. Після апендектомії через 8 діб відмічається різке погіршення стану: слабкість, тупий біль у животі, нудота, гематокрит 33%. Який діагноз найбільш імовірний? Яка повинна бути тактика?

- А. Внутрішньочеревна кровотеча, релапаротомія
- В. Консервативна терапія
- С. Введення гемостатиків через мікроіригатор
- Д. Холод на живіт, нагляд у динаміці
- Є. Пункція черевної порожнини

10. У хворої 18 років без попереднього анамнезу 2 доби тому виник біль в епігастральній ділянці, який потім змістився до правої здухвинної ділянки, поступово став посилюватися, підвищилася температура тіла до 39,80С, виникла різка слабкість, було одноразове блювання їжею. За допомогою не зверталася. При огляді: стан важкий, пульс 125 ударів на хвилину, АТ 100/50 мм рт. ст., язик сухий, Живіт піддутий, різко болісний у всіх ділянках, переважно – у правій здухвинній. черевна стінка обмежена в рухомості при диханні, виявляється розповсюджений позитивний симптом Щьоткіна-Блумберга. Лейкоцитоз 21,8 x 10⁹/л. Нь 130 г/л. Яке ускладнення виникло у хворого?

- А. Деструктивний апендицит. Розповсюджений гострий перитоніт.
- В. Перфорація сліпої кишки.
- С. Інвагінація здухвинної кишки.
- Д. Перфоративна виразка
- Є. Переривання позаматкової вагітності.

Тести КРОК-2 до Теми 13 - Локальні та розповсюджені гнійно-запальні процеси черевної порожнини і заочеревинного простору - Частина 2

1. Хвора К., 26 років, захворіла 10 годин тому назад коли з'явилися болі в нижніх відділах черевини в зв'язку з цим звернулася до лікарні де госпіталізована з діагнозом: "Гострий аппендицит". Позаматкова вагітність? Яке дослідження найбільш інформативне для диференційної діагностики?

- А. Торакоцентез.
- В. Пункція заднього склепіння піхви.
- С. Лапаротомія.
- Д. ЕФГДС.
- Є. УЗО черевної порожнини.

2. Хворий Н., 34 років, госпіталізований з діагнозом гострий панкреатит. Хворіє 9 діб, скаржиться на біль в епігастрії і в лівому підребр'ї., нудоту, блювоту. При обстеженні виявляється лейкоцитоз, різко підвищена діастаза сечі. Який з показників є основним для негайного оперативного втручання?

- А. Хворіє 9 діб.
- В. Перитоніт.
- С. Різко підвищена діастаза сечі.
- Д. Лейкоцитоз.
- Є. Постійний біль в епігастрії, та в підребр'ях.

3. Хворий О., 33 років, госпіталізований зі скаргами з кінжалоподібними болями в епігастральній області, при огляді хворого, живіт напружений в усіх відділах. Виявляється симптом Щьоткіна. Хворому встановлений діагноз перфоративна виразка шлунку. Який з нижче перелічених методів є найбільш інформативним для підтвердження діагноза?

- А. Лапароцентез.
- В. УЗД органів черевної порожнини.
- С. ЕКГ.
- Д. Обзорна рентгенографія органів черевної порожнини.
- Є. Лапароскопія.

4. Хвора Л., 24 років, звернулася до лікарні зі скаргами на болі в нижніх відділах живота, слабкість, нудоту, підвищення температури тіла до 38°C. Хворіє 3 доби. При обстеженні в приймальному відділенні встановлений діагноз : гострий апендецит, перитоніт. Необхідний доступ для виконання операції:

- А. По Пірогову.
- В. По Волковичу - Д'яконову.
- С. Середина лапаротомія.
- Д. Параректальний
- Є. По Пфаненштілью.

5. Хворий С., 63 років, вважає себе хворим останні пів року, коли з'явилися скарги на затримку стула, втрати маси тіла на 20 кг. Звернувся до лікарні після 24 годин після того як з'явилася різкі болі в лівій половині живота. При обстеженні знайдені показники для негайного оперативного втручання. Під час операції з приводу розповсюдженого перитоніту виявлена перфорація пухлини сліпої кишки. Яка операція є найбільш оптимальною?

- А. Правостороння геміколектомія.
- В. Резекція сліпої кишки, іліотрансверзоанастомоз.
- С. Ілеостомія.
- Д. Зашивання місця перфорації, ілеостомія.
- Є. Дренування черевної порожнини.

6. Хвора М., 38 років, госпіталізована з діагнозом пельвіоперитоніт. Хворіє 7 діб, t- 38,5 С. Скаржиться на болі в нижніх відділах живота.. Язик сухий, пульс 96 ударів за хвилину, живіт при пальпації різко больовий в нижніх відділах живота, визначається позитивний симптом Щьоткина. Лікувальна тактика:

- А. Інфузійна дезінтоксикаційна терапія.
- В. Лапаротомія
- С. Діагностична вичистка.
- Д. УЗО органів малого тазу.
- Є. .Протизапальна терапія

7. Хворий Л., 29 років, поступив з защемленою пахвовою килою, гангrenoю кишки, флегмоною передньої черевної стінки. Хірургічна тактика:

- А. Розтин та дренування флегмони.
- В. Антибактеріальна та протизапальна терапія.
- С. Лапаротомія, ревізія черевної порожнини.
- Д. Лапаротомія, резекція защемленого органу, вскриття та дренування флегмони черевної стінки.
- Є. Пластика передньої стінки.

8. Хворий Н., 26 років, пред'являє скарги на біль в епігастрії, який поступово змістився у праву половину черевної порожнини, нудоту, t-37,3⁰ С. Хворіє 10 годин. Раніш не хворів нічим. Найбільш вірогідний діагноз:

- А. Гострий панкреатит.
- В. Гострий холецистит.
- С. Перфоративна виразка.
- Д. Гострий апендицит.
- Є. Ниркова коліка.

9. Хвора 45 років поступила з діагнозом: гострий апендицит, апендикулярний інфільтрат. Хворіє 7 діб, $t=39^{\circ}\text{C}$. Консервативне лікування неефективне. Ваша подальша тактика?

- А. Продовження антибактеріальної, протизапальної терапії.
- В. Лапароскопія.
- С. Лапароцентез.
- Д. Лапаротомія, вскриття апендикулярного абсцесу по Волковічу.
- Є. Пункція заднього склепіння піхви.

10. Хворий 65 лет звернувся у клініку для запланованого оперативного лікування, з приводу жовчнокам'яної хвороби з хронічним калькульозним холециститом. Хворому проведена холецистектомія. В післяопераційному періоді у хворого по дренажу, який був встановлений в над печінковий простір, виділилось біля 50,0 мл жовчі. Ваша тактика:

- А. Негайна лапаротомія.
- В. Активний нагляд за хворим + консервативне лікування.
- С. Лапароцентез.
- Д. Лапароскопія.
- Є. Ендоскопічна папілосфінктеротомія.

11. Хворий 56 років звернувся в лікарня з скаргами на різку біль в лівих відділах живота, слабкість, . При обстеженні встановлені показання до проведення невідкладної операції. Під час оперативного втручання в зв'язку з приводу перитоніту, у хворого знайдена перфорація пухлини нижньої $\frac{1}{3}$ сигми. Обсяг операції?

- А. Операція Гартмана.
- В. Ушивання перфорації пухлини. Дренування черевної порожнини.
- С. Лівостороння геміколектомія. Цекостомія.
- Д. Резекція сигми з накладанням первічного аностомозу.
- Є. Трансферзостомія двуствільна.

12. Хворий звернувся в клініку з діагнозом апендикулярний інфільтрат. Скаржився на болі в правій здухвинній ділянці, підвищення температури тіла до 38°C . Хворому проводилась антибактеріальна терапія. На 7 добу з'явився біль у нижніх відділах черевної порожнини, симптоми подразнення очеревини. Ваша тактика

- А. Продовжити антибактеріальну терапію зі зміною антибіотика.
- В. Лапароскопія, дренування черевної порожнини.
- С. Вскриття апендикулярного абсцеса доступом Пірогова.
- Д. Лапаротомія дренування черевної порожнини, апендикулярного абсцесу.
- Є. Лапаротомія, цекостомія, дренування черевної порожнини.

13. У хворого 21 року, доставленого до лікарні машиною швидкої допомоги, при обстеженні встановлено діагноз: перфоративна виразка 12-ти

палої кишки. Під час операції знайдена перфорація гострої виразки 12п. кишки, края виразки м'які, в черевній порожнині обмежений перитоніт. Обсяг оперативного втручання:

- А. Операція Джада и стволова ваготомія.
- В. Антрумектомія, ваготомія.
- С. Вилучення виразки, дронування черевної порожнини.
- Д. Операція Опеля - Полікарпова.
- Є. Резекція шлунку по Б - І.

14. Хвора 38 р., звернулася до лікарні зі скаргами на біль у нижніх відділах живота, при обстеженні гінеколога та хірурга у хворої не можна виключити гострий апендицит. Встановлені показники для проведення оперативного втручання. Під час операції знайдено: правосторонній піосальпінгс, вторинний апендицит. Обсяг операції?

- А. Резекція правих придатків, апендектомія.
- В. Резекція правої маточної труби та яєчника, дронування черевної порожнини.
- С. Апендектомія, дронування черевної порожнини.
- Д. Санація та дронування фалопієвої труби.
- Є. Резекція маточної труби, апендектомія, дронування

черевної порожнини.

15. Хворий 34 р., раніше оперований з приводу проникаючого ножового поранення черевної порожнини, з пораненням тонкої кишки. Звернувся до лікарні зі скаргами на нудоту, блювоту, на затримку газів і стула. На операції знайдена злукова тонко - кишкова непрохідність, перитоніт. Обсяг операції:

- А. Розтин злук, дронування черевної порожнини.
- В. Резекція ділянки тонкої кишки в місці защемлення.
- С. Інтубація тонкої кишки, з резекцією ділянки,

защемленої кишки та анастомозом.

- Д. Розтин спаек, інтубація тонкої кишки, дронування.
- Є. Резекція защемленої ділянки тонкої кишки та анастомоз.

16. Хвора К, 39р., госпіталізована з діагнозом гострий панкреатит. Хворіє 7 діб. Шкіра животу бліда, ціанотична, з фіолетовими відтінками кольору. Які з нижчеперелічених симптомів цьому відповідають?

- А. Мейо - Робсона, Чухрієнко, Спасокукоцького.
- В. Гоб'є, Ляховицького, Вігіацо.
- С. Хольстеда, Мондора, Кюллена.
- Д. Грея - Турнера, Грюнвальда, Куленкампа.
- Є. Коуна, Поснера, Пролентова.

17. Хвора Д., 23 р., вагітність 22 тижня, госпіталізована зі скаргами на біль у правому підребр'ї, нудоту, блювоту, $t-37,2^0$ С. Симптоми подразнення очеревини - позитивні. Діагноз? Лікувальна тактика?

- А. Динамічне спостереження.
- В. Інфузійна дезінтоксикаційна терапія.
- С. Оперативне втручання.
- Д. Динамічне спостереження, введення спазмолітиків.
- Є. Антибактеріальна терапія.

18. Хвора С., 33р., хворіє 2 тижні. Захворіла гостро, коли після прийома жирної їжі з'явилися болі в правому підребер'ї. До лікарні не зверталася, приймала спазмолітики. Болі купіровала самостійно, через 2 доби з'явилася іктерічність склер та шкіри. Далі стан хворої погіршився в зв'язку з чим госпіталізована в лікарню з клінікою гострого деструктивного холециститу, жовтяницею. Оперативна тактика:

- А. Холецистектомія, дренивання черевної порожнини.
- В. Холецистектомія з дрениванням жовчних шляхів.
- С. Холецистостомія з дрениванням жовчних шляхів.
- Д. Холецистостомія з дрениванням черевної порожнини.
- Є. Ендоскопічне ретроградне дренивання холедоха.

19. Хворий Б., 49р., госпіталізований через 2 години після дорожньо - транспортної пригоди с травмою живота і зі скаргами на біль в лівій половині живота, слабкість, запаморочення. Методи дослідження:

- А. Діагностичне спостереження.
- В. Лапароцентез.
- С. Лапаростомія.
- Д. Обзорна рентгенограма черевної порожнини.
- Є. УЗО черевної порожнини.

20. Хворий С., 46р., госпіталізований зі скаргами на гострий біль в епігастрії, який з'явився за 3 години, напруження м'язів в верхньому поверсі живота. Симптоми подразнення очеревини слабкопозитивні. Методи дослідження :

- А. Ендоскопічне обстеження шлунку та 12 - палої кишки.
- В. Глядова R - графія черевної порожнини.
- С. УЗД черевної порожнини.
- Д. Експлоративна лапаротомія.
- Є. Дінамічне спостереження, лапароцентез.

21. Чоловік 30 років, скаржиться на сильний біль в правій половині живота, нудоту, блювоту, загальну слабкість. Занедужав за 38 годин до звертання. При пальпації живіт напружений і різко болісний у правій половині і правій здухвинній ділянці. Визначаються позитивні симптоми Щеткина-Блюмберга, Воскресенського, Раздольського. АД- 110/60 мм.рт.ст. PS - 98 уд. У хв. К- - 12,4 т/л. Ваша тактика:

- А. Виконати діагностичну лапароскопію.
- В. Лапароскопічну аппендектомію.
- С. Виконати традиційну аппендектомію.
- Д. Виконати нижнє-серединну лапаротомію.
- Є. Провести інфузійну терапію.

22. Через 3 доби після лапароскопічної холецистектомії з приводу хронічного калькульозного холециститу у жінки 38 років з'явився біль по всьому животі, нудота, слабкість, багаторазова блювота з жовчю. При огляді стан її середньої важкості, шкірні покриви, бліді. РС-110 уд. У хв. АД – 100/60 мм.рт.ст. t 3 тіла 38,2⁰. Живіт помірно роздутий, при пальпації м'який, болісний у всіх відділах; С-ми роздратування очеревини позитивні. Перистальтика не вислухується. Кишкові гази не відходять. Пов'язка в дренажу промокає жовчю. Який діагноз?

- А. Післяопераційний парез кишечника.
- В. Гостра плевропневмонія.
- С. Гостра кишкова непрохідність.
- Д. Післяопераційний жовчний перитоніт.
- Є. Прорив виразки ДПК.

23. Чоловік 63 років надходить у приймальне відділення зі скаргами на гострий біль по всьому животі, озноб, підвищення t до 39⁰ С, різку слабкість. В анамнезі у хворого дивертикулез товстого кишечника. При огляді шкірні покриви бліді, сухуваті, при пальпації живіт хворобливий у всіх відділах. Передня черевна стінка напружена, відсутні перистальтичні шуми. З чим зв'язаний патогенез цього захворювання?

- А. Внутрішньочеревна кровотеча.
- В. Кишкова непрохідність.
- С. Перфорація порожнього органа.
- Д. Ішемія кишечника.
- Є. Гострий панкреатит.

24. У хворій 30 років з'явився біль внизу живота. Занедужала близько 20 годин. Біль має постійний характер. З'явилася загальна слабкість, помірна нудота, підвищення температури тіла до 37,8⁰ С. Госпіталізована в ургентному порядку з підозрою на поширний перитоніт. В анамнезі в хворій запалення придатків. Яке дослідження найбільш інформативне?

- А. ЕФГДС.
- В. МЯР.
- С. УЗД органів черевної порожнини і малого таза.
- Д. Лапароцентез.
- Є. Іррігоскопія.

25. Після застілля 5 діб назад у хворого 35 років з'явився біль в епігастрії, що згодом підсилювався. З'явилася нудота, була кількаразова блювота з домішкою жовчі. При обстеженні виявляється лейкоцитоз зі зрушенням уліво, різке підвищення діастази сечі. Пальпаторно – помірний дефанс м'язів живота в

епігастрії і лівому підребіррі. С-м Щеткина-Блюмберга слабо позитивний. Хворий доставлений по швидкій допомозі і госпіталізований у відділення гастроентерологічної хірургії з діагнозом « гострий панкреатит». Який з перерахованих показників є показанням для негайного оперативного втручання?

- А. Анамнез.
- В. Лейкоцитоз.
- С. Постійний біль у епігастрії і лівому підребіррі.
- Д. Перитоніт.
- Є. Співдружний плеврит.

26. Хвора 33 років, оперована з приводу гострого гангренозного апендициту. Виписана на 4 добу в задовільному стані після видалення дренажу. Звернулася на 7 добу зі скаргами на різкий біль внизу живота, ірадіючий на задній прохід, підвищення температури тіла до 38,5⁰С з ознобом, загальну слабкість. Яке ускладнення виникло в хворій?

- А. Пельвіоперитоніт.
- В. Позаматкова вагітність.
- С. Тазовий абсцес, перитоніт.
- Д. Маткова кровотеча.
- Є. Геморой.

27. Хворий 65 років, госпіталізований у відділення гастроентерологічної хірургії з діагнозом

« пухлина сигмовидної кишки» для планового оперативного втручання. Хворого готували до операції. Через годину після очисної клізми ввечері, напередодні операції, в хворого з'явився біль в лівій здухвинній ділянці, що поступово підсилюється. З'явилася нудота, підвищення температури тіла до 38⁰С к ранку. Пальпаторно – симптом Щеткина-Блюмберга слабо позитивний. Найбільш можливе ускладнення?

- А. Кишкова непрохідність.
- В. Кишкова кровотеча.
- С. Перфорація пухлини, перитоніт.
- Д. Проростання пухлини в заочеревинний простір.
- Є. Гідронефроз ліворуч.

28. Хворий 60 років звернувся в приймальне відділення лікарні зі скаргами на загальну слабкість, різкий біль у лівих відділах живота. При обстеженні запідозрена пухлина сигмовидної кишки і встановлені показання до проведення екстреної операції. Під час операції виявлена перфорація пухлини сигмовидної кишки. Вкажіть обсяг операцій?

- А. Операція Гартмана.
- В. Ушивання перфорації виразки з дренажуванням черевної порожнини.
- С. Лівостороння геміколектомія. Цекостомія.
- Д. Резекція сигми з накладенням первинного анастомозу.
- Є. Трансверзостомія двуствольна.

29. Хворий 23 років звернувся в хірургічне відділення зі скаргами на болі в правій здухвинній ділянці, підвищення температури тіла до 38⁰С. У хворого після обстеження встановлений діагноз «апендикулярний інфільтрат». Призначено антибактеріальна і протизапальна терапія. На 4 добу біль підсилюється в нижніх відділах живота, з'явилися симптоми роздратування очеревини, нудота, блювота. Тактика хірурга?

А. Лапароскопія, дренування черевної порожнини.

В. УЗД органів черевної порожнини.

С. Лапаротомія, цекостомія, дренування черевної порожнини.

Д. Лапаротомія, дренування черевної порожнини та апендикулярного інфільтрату.

Е. Продовжити антибактеріальну терапію зі зміною антибіотика.

30. Хворий 38 років, оперований у минулому з приводу кульового поранення черевної порожнини з пораненням печінки і тонкого кишечника. Звернувся в приймальне відділення зі скаргами на переймоподібний біль у верхній половині живота, нудоту, блювоту, на утруднення в відходженні газів і відсутність випорожнення. Хворіє близько 20 годин. На рентгеноскопії черевної порожнини виявлені множинні чашки Клойбера. Проведено екстрену операцію. На операції виявлена тонка-кишкова непрохідність, перитоніт. Життєздатність кишки збережена. Який обсяг операції?

А. Резекція ділянки тонкої кишки в місці странгуляції.

В. Ілеостомія, дренування черевної порожнини.

С. Розсічення спайок, дренування черевної порожнини.

Д. Розсічення спайок, інтубація тонкої кишки, дренування черевної порожнини.

Е. Інтубація тонкої кишки і резекція ділянки тонкої кишки в місці странгуляції з анастомозом.

Тести КРОК-2 до Теми 14 - Синдром механічної жовтяниці

1. Хворому К. 38 років виконана лапароскопічна холецистектомія з приводу гострого калькульозного холециститу. В зв'язку з набряком гепатодуоденальної зв'язки ревізію холедоха не виконували. В жовчному міхурі були виявлені конкременти від 3 до 6 мм в діаметрі. Міхурові протока розширена до 5 мм. Через 2 місяця у хворого з'явилися ознаки механічної жовтяниці. Яка найбільш вірогідна причина виникнення цього патологічного стану?

А) стріктура холедоха

В) резидуальний холедохолітіаз

С) вірусний гепатит

Д) виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

2. Яке захворювання відноситься до патологічних станів що складають післяхолецистектомічний синдром?

- А) пневмонія
- В) гострий апендицит
- С) ниркова коліка
- Д) хронічний панкреатит

3. Хворий К. 59 років оперований з приводу гострого кам'яного холециститу холедохолітазу. Виконана холецистектомія, холедохолітотомія, дренажування холедоха по Керу. В післяопераційному періоді під час виконання через фістальної холангіографії виявлено поодинокий конкремент в дистальному відділі холедоха близько 10 мм в діаметрі. Яка найбільш оптимальна тактика подальшого лікування?

- А) ендоскопічна папілосфінктеротомія
- В) релапаротомія, холедохолітотомія
- С) релапаротомія, дуоденотомія, трансдуоденальна сфінктеропапілотомія
- Д) прийом уреофальку в дозі 750 мг на добу на протязі 3 місяців

4. Назовить причину, яка не сприває на виникнення післяхолецистектомічного синдрому?

- А) діна кука міхурової протоки
- В) позабутий конкремент в холедохі
- С) рубцева стрікура холедоха
- Д) післяопераційна вентральна грижа

5. Хвора М. 53 років оперована з приводу гострого деструктивного калькульозного холециститу. Під час операції виявлено інфільтрат і набряк гепатодуоденальної зв'язки, що ускладнило диференціацію елементів зв'язки. Через 3 дні після операції у хворої з'вилися ознаки механічної жовтяниці. На ЕРХПГ контрастна речовина в праву та ліву печінкові протоки не надходить. Яке ускладнення виникло у хворої?

- А) Гострий панкреатит
- В) Перев'язка під час операції загальної протоки.
- С) Вірусний гепатит.

6. Яка найбільш часта причина виникнення післяхолецистектомічного синдрому?

- А) Помилки діагностики на передопераційному етапі та під час ит виконання холецистектомії.
- В) Порушення дієти хворим в післяопераційному періоді.
- С) Зловживання хворим алкоголю.
- Д) Гепатичні фактори.

7. Які помилки хірурга призводять до виникнення ПХЕС?

- А) Неповноцінний гемостаз.
- В) Дліна кука міхурової протоки.
- С) Відсутність дренажа в черевної порожнині.

- Д) Пери тонізація ложа жовчного міхура.
8. Сучасні методики лікування резидуального холедохолітіазу.
- А) Релапаротомія, ревізія холедохи.
 - В) Ендоскопічна папілотомія
 - С) Медикаментозне розворення конкрементів.
 - Д) Лапароскопія.
9. Яке з перелічених захворювань відноситься до післяхолецистектомічного синдрому?
- А) ІХС.
 - В) Хронічний андексит.
 - С) Хронічний панкреатит.
 - Д) Сечокам'яна хвороба.
10. Який найбільш діагностично-ефективний метод діагностики резидуального холедохолітіазу?
- А) УЗД печінки та жовчних проток.
 - В) Біохімічні дослідження крові.
 - С) Комп'ютерна томографія.
 - Д) ЕРПХГ.
11. Хворий К., 35 років, звернувся в клініку з болями у верхніх відділах живота, нудоту, блювоту. Болі з'явилися після порушення дієти і носили оперізуючий характер. За 1 місяць до надходження хворий був прооперований з приводу гострого калькульозного холециститу. Який найбільш імовірний попередній діагноз?
- А. Виразкова хвороба, ускладнена перфорацією.
 - В. Гостра кишкова непрохідність.
 - С. ПХЕС. Гострий панкреатит.
 - Д. Гострий апендицит.
12. Хвора П., 48 років, звернулася в клініку зі скаргами на біль в правому підребр'ї, нудоту, підвищення температури тіла до 38,5 С. З анамнезу: за 4 тижні до звернення оперована з приводу калькульозного холециститу, ускладненого холедохолітіазом. Була виконана холецистектомія, дренажування холедоха за Кером. У післяопераційному періоді дебіт жовчі складав 600 мл на добу. За тиждень до звертання був вилучений дренаж з холедоха, черездренажна холангіографія не виконувалася. На момент огляду в хворой відзначається іктерічність склер.
- Який найбільш інформативний метод діагностики може бути використаний у даной хворой ?
- А. УЗД органів черевної порожнини.
 - В. Лабораторне дослідження (печінкові проби).
 - С. Комп'ютерна томографія з посиленням.
 - Д. ЕРХПГ.
13. Хворий М., 63 років, звернувся до клініки з діагнозом «Механічна жовтяниця». З анамнезу: занедужав раптово, за 10 днів до надходження з'явився біль в правому підребр'ї. На тлі прийому спазмолітиків болі

зникали, однак через 3 дні з'явилася і почала наростати іктерічність шкіряних покривів. За даними УЗД органів черевної порожнини – холедох 13 мм, внутріпечінкові протоки помірно розширені. Відомо, що 3 роки тому в хворого був вилучений жовчний міхур з приводу жовчно-кам'яної хвороби, а 10 років тому - оперований з приводу виразки шлунку. Була виконана резекція шлунку за Більрот-П.

Який найбільш інформативний метод діагностики може бути використаний в цього хворого?

- А. Пункційна черезпечінкова холангіографія.
- В. ЕРХПГ.
- С. Комп'ютерна томографія.
- Д. МРТ.

14. Хвора Я., 53 років, звернулась до клініки з болями в правому підребер'ї, нудоту, підвищення температури тіла до 38,0С. З анамнезу: 5 років тому оперована з приводу гострого калькульозного холециститу. Була виконана холецистектомія. На протязі наступних 5 років у хворої з періодичністю 1 раз на півроку виникають приступи, що купіруються після проведення інфузійної терапії. Виконана ЕРХПГ, за даними якої холедох – 11 мм, у його просвіті міститься густа, замаскообразна жовч.

Які з нижче перерахованих препаратів знижують літогенність жовчі?

- А. Препарати ліпоевої кислоти.
- В. Препарати ацетилсаліцилової кислоти.
- С. Препарати аскорбінової кислоти.
- Д. Препарати уредезоксіфолієвої кислоти.

15. Хворий М., 54 років, був прооперований з приводу гострого гангренозного калькульозного холециститу. Була виконана холецистектомія. Ранній післяопераційний період протікав без особливостей. Однак, на 10 добу, в хворого з'явилися помірні болі в правому підребір'ї і підвищилася температура тіла до 39,0С. За даними УЗД органів черевної порожнини в ложі жовчного міхура мається порожнинне утворення до 7 см в діаметрі (абсцес).

Який найбільш оптимальний метод лікування в данного хворого?

- А. Релапаротомія, дренивання надпечінкового абсцесу.
- В. Пункційне дренивання порожнини абсцесу під контролем УЗД.
- С. Консервативна антибактеріальна терапія.
- Д. Ендоскопічна сфінктеропапілотомія.

16. Хворий Ж., 58 років, був прооперований у клініці з приводу гострого калькульозного холециститу, холедохолтіаза, механічної жовтяниці. Була виконана операція – холецистектомія, дренивання холедоха за Кером. У післяопераційному періоді дебіт жовчі по дренажу складає 700 мл на добу. Виконана черездренажна холангіографія, за даними якої холедох 8 мм, у дистальному відділі конкремент 9 мм у діаметрі.

Який найбільш оптимальний метод лікування в даного хворого?

- А. Релапаротомія, холедохолітотомія.
- В. Ендоскопічна папілосфінктеротомія.

С. Інфузійна гепатотропна терапія.

Д. Тривалий прийом препаратів уродезоксифолієвої кислоти.

17. Хвора Б., 38 років, була прооперована з приводу гострого калькульозного холециститу, холедохолітіаза. Була виконана холецистектомія, дренажування холедоха за Вишневським. У ранньому післяопераційному періоді пасаж жовчі по дренажу з холедоха припинився, однак по контролюючих дренажах збільшилась кількість відокремлюваної жовчі до 500 мл на добу.

Який з нижчеперелічених видів зовнішнього дренажування холедоха найбільш безпечний для дислокації дренажу з холедоха?

А. Дренування за Піковським.

В. Дренування за Кером.

С. Дренування за Вишневським.

Д. Дренування за Холстедом.

18. Хворий Р., 48 років, був прооперований у клініці з приводу гострого деструктивного холециститу. Під час операції визначався виражений інфільтрат в ділянці печінково-дванадцятипалої зв'язки, що значно ускладнювало диференціацію елементів зв'язки. Була виконана холецистектомія. На 3 добу після операції у хворого розвилася жовтяниця. За даними УЗД органів черевної порожнини: мається виражене розширення внутріпечіночних протоків, початковий відділ гепатикохоледоха 15 мм, дистальні відділи не просліджуються.

Який найбільш ймовірний діагноз?

А. Вірусний гепатит.

В. Ятрогенна стриктура гепатикохоледоха.

С. Холедохолітіаз.

Д. Пухлина голівки підшлункової залози.

19. Хвора П., 63 років, звернулася в клініку з явищами механічної жовтяниці. З анамнезу: 2 роки тому хворій була виконана холецистектомія. За даними УЗД органів черевної порожнини: внутріпечінкові протоки помірно поширені, холедох 14 мм, у його просвіті визначається конкремент 11 мм у діаметрі. Хворій була виконана ендоскопічна папілотомія. Через 3 години після папілотомії стан хворої різко погіршився: виражена слабкість, пульс 120 уд. за хв., АТ– 70/40 мм.рт.ст., шкірні покриви бліді.

Яке ускладнення ендоскопічної папілотомії виникло в хворої?

А. Кровотеча з папілотомної рани.

В. Анафілактичний шок на контраст.

С. Гострий панкреатит.

Д. Перфорація задньої стінки 12-ти палої кишки.

20. Хворий Ю., 61 року, надійшов у клініку зі скаргами на помірний біль в правому підребір'ї, субфебрильну температуру, субіктеричність. З анамнезу: за 9 місяців до надходження був прооперований з приводу калькульозного холециститу, холедохолітіазу, холангіта. Була виконана холецистектомія, холедохолітотомія, дренажування холедоха за Кером. Післяопераційний період протікав без особливостей, дренаж з холедоха вилучений на 21 добу.

При надходженні виконано ЕРХПГ: холедох 10 мм, внутріпечінкові протоки не розширені, конкрементів немає, в ділянці Фатерова соска на протязі 3 мм визначається звуження до 2 мм.

Який найбільш ймовірний діагноз у хворого?

- А. ПХЕС. Холедохолітіаз.
- В. ПХЕС. Гострий панкреатит.
- С. Гострий гепатит.
- Д. ПХЕС. Стеноз великого дуоденального соска.

Тести КРОК-2 до Теми 15 - Синдром кровотечі з травного каналу

1. Хворий 34 років був доставлений до хірургії зі скаргами на наростаючу слабкість, паморочення в голові, сухість у роті. Підвівшись з ліжка, знепритомнів. Блідий, язик сухий, пульс 100 на хвилину, АТ 100/65 мм рт.ст. Живіт безболісний. Був стул, але кольору його хворий не визначив. Яке дослідження необхідно здійснити?

- А Пальцеве дослідження прямої кишки
- В УЗО органів брюшної порожнини
- С Оглядову рентгенографію грудної порожнини
- Д Дослідження кала на приховану кров

2. Ознака Бергмана при виразковій кровотечі

- А Зникнення болю в животі після початку кровотечі
- В Відсутність печінкової тупості
- С Дьогтьоподібний стул
- Д Блювота кольору кофейної гуцини

3. Вкажіть найчастішу локалізацію виразки при виразковій кровотечі?

- А Задня стінка 12-ї кишки
- В Передня стінка 12-ї кишки
- С Антральна виразка
- Д Виразка тіла шлунку

4. Синдром Мелори-Вейса – це

- А Тріщини вздовж слизової оболонки кардіального відділу шлунку
- В Дивертикули тонкої кишки
- С Дивертикули товстої кишки
- Д Прикрита перфорація виразки 12-ї кишки

5. Оптимальний метод лікування синдрому Мелорі-Вейса?

- А Селективна проксимальна ваготомія
- В Резекція шлунку
- С Ендоскопічна електрокоагуляція розриву слизової оболонки
- Д Гастротомія з ушиванням розриву слизової оболонки

6. Найбільш інформативним методом діагностики шлунково-кишкової кровотечі є

- А Рентгеноскопія шлунку
- В Загальний аналіз крові

- С Езофагогастродуоденоскопія
Д. Визначення ОЦК
7. Що є абсолютним показником до термінової операції (на висоті кровотечі)?
- А Невпинна виразкова кровотечія у хворих у стані геморагічного шоку
 - В Невпинна виразкова кровотечія у хворих, якщо при масивній кровотечі наполегливі консервативні заходи, та ендоскопічні методи включно, неефективні
 - С Рецидивна кровотечія у хворих у хірургічному відділенні, яка настала після її зупинки в результаті консервативного лікування
 - Д Усе перераховане
8. Найчастіше перфоруєть виразки
- А Задньої стінки шлунку
 - В Задньої стінки 12-ї кишки
 - С Позабульбарні виразки
 - Д Виразки передньої стінки 12-ї кишки
9. Період уявного благополуччя у клініці перфоративної виразки - це
- А Перший
 - В Другий
 - С Третій
 - Д Четвертий
10. При якій перфорації зберігається печінкова тупість?
- А Виразки передньої стінки 12-ї кишки
 - В Позабульбарної виразки
 - С Прикритої перфорації
 - Д Виразки задньої стінки шлунку
11. Симптом Спіжарного – це
- А Рентгенологічний симптом «ниші» при виразковій хворобі шлунку
 - В Зникнення печінкової тупості при перфоративній виразці
 - С Болючість дугласового простору при ректальному обстеженні
 - Д Болючість при обстеженні пупка при перфоративній виразці
12. Хворий 27 років поступив зі скаргами на запаморочення, слабкість, криваву блювоту та чорний стілець. Виразковий анамнез 2 роки. А/Т 100/65 мм рт.ст., Нв – 70 г/л, еритроцитів – $3,1 \times 10^{12}/л$. Кровотечія зупинена консервативними заходами. Через 2 доби рецидив кровотечі. Нв – 45 г/л, еритроцити - $1,6 \times 10^{12}/л$. Подальші дії?
- А Термінова операція
 - В Продовжувати консервативне лікування (противиразкова терапія, гемотрансфузії)
 - С Ендоскопічна зупинка кровотечі
 - Д Промивання шлунку крижаним розчином амінокапронової кислоти
13. Хвора 41 року була доставлена у надзвичайно важкому стані. До захворювання вважала себе здоровою. За місяць до цього раптово з'явилася загальна слабкість, блювота та біль у животі, лікувалася у санаторії. На

курорті стан різко погіршився, з'явилася блювота кольору кавової гущини, знепритомнювала декілька разів. Різко бліда шкіра, пульс 130 на хвилину, слабкий. А/Т 90/45 мм рт.ст., еритроцити – $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв – 75 г/л. Попередній діагноз?

- А Гострий інфаркт міокарда
- В Перфоративна виразка
- С Виразкова кровотечія
- Д Гострий панкреатит

14. Хворий 44 років був доставлений у клініку з приводу раптової непритомності. Скарги на сильний біль у животі та частий рідкий дьогтьоподібний стул. Раніше відмічав періодичні печії. При рентгеноскопії знайден газ під куполом діафрагми, Нв – 114 г/л, еритроцити – $3,7 \times 10^{12}/л$. Діагноз?

- А Хвороба Крона
- В Неспецифічний виразковий коліт
- С Виразкова кровотеча
- Д Перфоративна виразка у сполученні з кровотечею

15. Метод Тейлора при перфоративній виразці – це

- А Постійна аспірація шлункового вмісту через назогастральний зонд
- В Ушивання перфорації з тампонадою сальником
- С Висічення виразки з пілоропластикою
- Д Ушивання перфорації зі стовбуровою ваготомією

16. Операція Опеля-Полікарпова – це

- А Тампонада перфоративної виразки сальником
- В Ушивання перфоративної виразки
- С Гастроентероанастомоз
- Д Висічення виразки з пілоропластикою

17. Гостра кинжальна біль при перфоративній виразці

- А Симптом Дьелафуа
- В Симптом Кримова
- С Симптом Грекова
- Д Симптом Бергмана

18. Що таке атипова перфорація виразки?

- А Перфорація у свободну брюшну порожнину
- В Перфорація у замкнену порожнину, яка, як правило, не з'єднана зі свободною брюшною порожниною
- С Прикрита перфорація
- Д Перфорація з кровотечею

19. Через який час немає необхідності у застосуванні контрастної рентгенографії при прикритій перфорації виразки у разі задовільного стану хворого?

- А Через 1 добу
- В Через 2 доби
- С Через 3 доби

- Д Через 12 годин
20. Куди найчастіше розповсюджується вилившений вміст при перфорації виразки 12-ї кишки?
- А По усій брюшній порожнині
 - В Лівий піддіафрагмальний простір
 - С Малий сальник
 - Д Правий піддіафрагмальний простір, правий боковий канал
21. Уповільнення пульса у перші години після перфорації виразки – це
- А Симптом Грекова
 - В Симптом Спіжарного
 - С Симптом Вінівартера
 - Д Симптом Бергмана
22. Хворий 31 року був госпіталізований зі скаргами на інтенсивні постійні оперезаючі болі. Раніше відмічав печії, періодичні болі в епігастрії. Симптом Боаса позитивний. Попередній діагноз?
- А Гострий панкреатит
 - В Перфоративна виразка
 - С Хвороба Крона
 - Д Виразкова хвороба з пенетрацією у підшлункову залозу
23. У хворого з підозрою на пілородуоденальний стеноз при рентгенологічному дослідженні виявлена затримка евакуації контрасту до 10 годин. Це
- А Норма
 - В Стадія компенсації
 - С Стадія субкомпенсації
 - Д Стадія декомпенсації
24. У хворого, страждаючого на протязі 5 років виразковою хворобою, з'явилась блювота з додаванням калових мас, відрижка з каловим запахом, дефекація незабаром після приймання їжі з наявністю у калі незміненої їжі, зхуднення. Попередній діагноз?
- А Кишкова непрохідність
 - В Пенетрація виразки у голівку підшлункової залози
 - С Хронічний коліт
 - Д Пенетрація виразки у поперечно-ободову кишку
25. Хворий 42 років, с довголітнім виразковим анамнезом скаржиться на розпирання в епігастрії, багаторазову щоденну блювоту з наявністю смердючих розкладаючихся залишків їжі багатоденної давності, після чого настає полегшення на кілька годин. Різко виснажений, зневожений. У шлунку визначається шум плескоти. Евакуація контрастної маси зі шлунку затримується більше 24 годин. Діагноз?
- А Пілородуоденальний стеноз, стадія декомпенсації
 - В Пілородуоденальний стеноз, стадія субкомпенсації
 - С Рак шлунку
 - Д Кишечна непрохідність

26. У хворого з пілородуоденальним стенозом у стадії компенсації під час операції не вдається провести товстий шлунковий зонд крізь пілоробульбарний відділ. Яку операцію слід провести у цього хворого?

- А Резекцію шлунку
- В Пілороантрумектомію з ваготомією
- С СПВ з дренажною операцією
- Д СПВ

27. У хворого з виразковою хворобою при ендоскопічному дослідженні визначається виражена рубцево-виразкова деформація пілородуоденального каналу з звуженням його просвіту до 1 см. Діагноз?

- А Виразкова хвороба 12-ї кишки
- В Пілородуоденальний стеноз, субкомпенсація
- С Пілородуоденальний стеноз, компенсація
- Д Пілородуоденальний стеноз, декомпенсація

28. У хворої 38 років раптово виник гострий біль в епігастрії, дошкоподібне напруження передньої черевної стінки. Далі гострі явища стихли. Ознак перитоніта на момент госпіталізації немає. При оглядовій рентгеноскопії визначається вузька полоска газу під куполом діафрагми. Діагноз – прикрита перфорація. Від операції утримуються та проводять консервативне лікування, якщо з моменту захворювання пройшло

- А 6 годин
- В 12 годин
- С 24 години
- Д 48 годин

29. Що не характерно для атипової перфорації виразки?

- А Виразковий анамнез
- В Нерізка біль
- С Пневмоперітонеум
- Д Сухість язика

30. У хворого виразкова кровотеча, стан важкий, блідий, вкритий холодним потом, спрага. Часта блювота, дьогтьоподібний стул. Пульс частий, нитеподібний. Дефіцит ОЦК 30%, АТ знижено до 60 мм рт.ст, Нв – 50 г/л. Ступінь кровотечі за Стручковим, Луцевичем?

- А 1 ступінь
- В 2 ступінь
- С 3 ступінь
- Д 4 ступінь

Тести КРОК-2 до Теми 19 – Інфекційні захворювання

1. Через який час після закінчення щеплень проти сказу виробляється імунітет?

- А. Через 7 днів
- В. Через 8-13 днів
- С. Через 14-16 днів

- D. Через 18-20 днів
- E. Через 20-25 днів

2. Які існують протипоказання для щеплень від сказу

- A. Онкологічна патологія
- B. Захворювання серцево-судинної системи
- C. Бронхіальна астма
- D. Нирково-печінкова недостатність
- E. Протипоказань немає

3. Чому забороняється вживати алкоголь в прищепний період від сказу та протягом 6 місяців після його закінчення

- A. Небезпека виникнення анафілактичного шоку
- B. Виникнення гострої ниркової недостатності
- C. Поява печінкової недостатності
- D. Зниження ефективності вакцинації
- E. Можлива зупинка серця

4. Яка доза вакцини від сказу

- A. 1-3 мл
- B. 4 мл
- C. 5 мл
- D. 6 мл
- E. 10 мл

5. Який курс вакцинації призначається при ослиненні шаленими тваринами?

- A. 5 щеплень
- B. 10 щеплень
- C. 15 щеплень
- D. 20 щеплень
- E. 25 щеплень

6. Який курс вакцинації призначається при укусах хворими на сказ тваринами?

- A. 5 щеплень
- B. 7 щеплень
- C. 10 щеплень
- D. 15 щеплень
- E. 20 і більше

7. При укусах шаленими тваринами в обличчя або голову крім основного курсу рекомендується:

- A. Введення антигістамінних препаратів
- B. Призначення вітамінів групи «В»
- C. Проведення кардіотропної терапії

- D. Проведення повторного курсу щеплень від сказу через 10-15 днів
- E. Проведення масивної антибіотикотерапії

8. При якій локалізації укусів шаленими тваринами, поряд з антирабічним щепленням вводиться антирабічний гамма-глобулін?

- A. Стопи
- B. Гомілки
- C. Тулуба
- D. Кістки рук
- E. Обличчя і шиї

9. Які розведення протиправцевої сироватки застосовують для виявлення чутливості до чужорідного білка?

- A. 1:10
- B. 1:20
- C. 1:50
- D. 1:100
- E. 1:200

10. Яку дозу ППС вводять з метою екстреної профілактики правця

- A. 1000 МО
- B. 2000 МО
- C. 3000 МО
- D. 4000 МО
- E. 5000 МО

11. Через скільки часу враховують реакцію при проведенні внутрішньошкірної проби на ППС?

- A. Через 10 хв.
- B. Через 20 хв.
- C. Через 30 хв.
- D. Через 40 хв.
- E. Через 50 хв.

12. Проба на чутливість до ППС вважається негативною при діаметрі папули:

- A. 25мм
- B. 20мм
- C. 15мм
- D. 10мм
- E. Менш 10мм

13. Що робити, якщо реакція на введення пробної дози ППС буде позитивною?

- A. Відмовитися від профілактики правця
- B. Призначити масивну антибіотикотерапію

- C. Ввести ППС на тлі антигістамінних препаратів
- D. Призначити масивну інфузиційну терапію
- E. Показано введення ППЛІ

14. Який повний курс вакцинації правцевим анатоксином для нещеплених:

- A. 1 щеплення дозою 0,5 мл
- B. Два щеплення по 0,5 мл з інтервалом в 30 днів
- C. Два щеплення по 0,5 мл з інтервалом в 20 днів
- D. Два щеплення по 1,0 мл з інтервалом в 60 днів
- E. Два щеплення по 0,5 мл з інтервалом 30-40 днів і ревакцинацією через 6-12 місяців

15. Як проводиться імунізація проти правця за скороченою схемою?

- A. Введенням 1,0 анатоксину
- B. Введенням 1,0 анатоксину з ревакцинацією в період від 6 міс. до 2 років
- C. Введенням 1,0 анатоксину з ревакцинацією в період від 6 міс. до 2 років і наступною ревакцинацією через кожні 10 років звичайними дозами 0,5 мл анатоксину
- D. Введенням 1,0 анатоксину з ревакцинацією через 10 років звичайними дозами 0,5 мл
- E. Введенням 0,5 анатоксину з ревакцинацією через кожні наступні 10 років.

Тести КРОК-2 до Теми 20 - Дихальна система

1. Хворий Ж., 42 років доставлений в приймальне відділення з дорожньо-транспортної пригоди (збитий автомобілем 2 години назад). При огляді: стан хворого важкий, сильні болі в правій половині грудної клітини, виражена задишка, сухий кашель, слабкість, запаморочення. Дихання жорстке, справа різко ослаблене, множинні, розсіяні сухі і різнокаліберні, вологі хрипи. Тони серця приглушені, ритмічні. Гемодинаміка стійка. Відмічається помірна підшкірна емфізема правої половини грудної клітини, парадоксальне дихання, флотація грудної стінки справа. При рентгенографії органів грудної клітини (в положенні сидячи): справа множинні подвійні переломи бокових відрізків ребер, легень колабірована на $\frac{1}{3}$ об'єма, пневмогемоторакс зправа. Яка лікувальна тактика у даного пацієнта?

- A. Дренування правої плевральної порожнини.
- B. Торакоскопія зправа, припинення кровотечі, дренування правої плевральної порожнини.
- C. Торакотомія зправа, видалення гемотораксу, припинення кровотечі, дренування правої плевральної порожнини.

Д. Торакотомія зправа, видалення гемотораксу, припинення кровотечі, металоостеосинтез ребер, дренивання правої плевральної порожнини.

Є. Розмістити хворого в реанімаційне відділення, дренивати праву плевральну

порожнину, провести передопераційну підготовку, а потім виконати

операцію торакотомію, видалення гемотораксу, припинення кровотечі.

2. Молодий чоловік 22 років два дні назад впав з дерева висотою близько 2-х

м. За медичною допомогою не звертався. Стан погіршився через добу. При огляді: лівий гемоторакс відстає в акті дихання. Гемодинаміка стійка. Дихання справа послаблене, сухі хрипи. Живіт м'який, безбольовий. Симптомів подразнення черевини немає. На рентгеноскопії (в положенні стоячи): ліва легеня коллабірована, органи межестіння зміщені вправо. Який, найбільш вірогідний діагноз у даного хворого?

А. Гемоторакс зліва.

В. Посттравматичний пневмоторакс зліва

С. Посттравматичний лівосторонній плеврит

Д. Пневмогемоторакс зліва.

3. З дорожньо-транспортної пригоди в приймальне відділення доставлена жінка 27 років, в тяжкому стані, без свідомості, з запахом алкоголю з рота. Об'єктивно: зліва грудна клітина відстає в акті дихання, дихання різко послаблено в нижніх відділах. Тони серця приглушені, ритмічні, пульс 110 уд. в мин., слабкого наповнення. Артеріальний тиск 80/50 мм рт.ст.. Живіт м'який, доступний глибокій пальпації. При рентгенографії лежачи виявляється рідина в лівій плевральній порожнині і перелом задньо-бокових відрізків VІІ-ІХ ребер. Враховуючи стан хворої і ймовірно, внутріплевральну кровотечу, яка продовжується, виконано дренивання лівої плевральної порожнини з реінфузією крові, що вилилася і хвору подали в операційну. При торакотомії виявлена гематома межестіння великих розмірів, до діафрагми, гемоторакс близько 400 мл. Яке ушкодження найбільш вірогідне?

А. Пошкодження підключичної артерії.

В. Пошкодження міжреберної артерії

С. Розрив грудного відділу аорти.

Д. Розрив лівого шлуночка серця і перикарда.

Є. Пошкодження діафрагмальних судин.

4. Хворий 57 років, доставлений в приймальне відділення з проникаючим пораненням грудної клітки зліва. Поранення отримав 2 години назад. Болі в області рани, помірна задишка. Дихання тяжке, зліва

послаблене, тони серця приглушені, ритмічні. Гемодинаміка стійка. Рана на грудної стінці розташовується в ІV міжребер'ї по парастеральній лінії, помірно кровоточить. Яка Ваша тактика?

А. Торакоскопія зліва, встановлено пошкодження внутрішніх органів, при виявлені поранення серця і копних судин - невідкладна торакотомія.

В. Первинна хірургічна обробка рани, дренування лівої плевральної порожнини.

С. Первинна хірургічна обробка рани.

Д. Негайна передньо-бокова торакотомія, встановлення пошкодження внутрішніх органів, припинення кровотечі.

Є. Первинна хірургічна обробка рани, гемостатики, спостереження за хворим, рентгенконтроль.

5. Хворий Г., 60 років, доставлений в приймальне відділення через одну годину після травми – був збитий автомобілем. Хвилюють болі в животі, слабкість, запаморочення, холодний піт. Дихання візікулярне, проводиться у всіх відділах. Пульс слабкий 110 уд. в хв. Артеріальний тиск 70/0 мм.р.ст. Який діагноз Ви встановите?

А. Розрив полого органа, розлитий перитоніт.

В. Розрив паренхіматозних органів, внутрічеревна кровотеча, геморагічний шок III-I ступеню.

С. Ортостатичний колапс.

Д. Розрив діафрагми.

6. Хворий М., 66 років, доставлений в лікарню після автодорожньої аварії. Стан хворого важкий, хвилюють болі в лівій половині грудної клітини, кашель, нудота, помірні болі в животі, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: зліва дихання практичне не вислуховується, справа – жорсткі, розсіяні, сухі хрипи. Гемодинаміка стійка.

Живіт м'який, больовий при глибокій пальпації в лівому підребір'ї. При рентгенографії

(в положенні сидячі): ліва легеня колабірована, в плевральній порожнині визначаються газові міхурки неправильної форми. Ваш попередній діагноз?

Відповіді:

А. Розрив правого купола діафрагми

В. Розрив лівого купола діафрагми

С. Посттравматичний пневмоторакс зліва

Д. Пневмогемоторакс зліва

Є. Посттравматичний плеврит зліва.

7. Хворий А., чоловік 22 років, доставлений в лікарню з ножовим пораненням черевної порожнини. При ревізії: поранений канал де зверху

вниз, спереду назад і зліва направо, проникаючи в черевну порожнину. Рана сильно кровоточить. Гемодинаміка не стійка, з тенденцією до гіпотензії. При лапаротомії в черевну порожнину більше 2,5 л крові. Виконана реінфузія. Відмічено крізне поранення печінки. Після ушивання печінки, тим паче, кровотеча не зупинилась. Про що слід думати?

Відповіді:

- А. ДВС-синдром
- В. Передозування консервантів при реінфузії крові
- С. Пошкодження правих ніжок
- Д. Пошкодження міхурової артерії
- Є. Пошкодження нижньої полої вени.

8. В лікарню доставлений чоловік молодого віку після вогнепального поранення із полювальної рушниці з близької відстані. Стан хворого дуже тяжкий. Гемодинаміка нестійка, з тенденцією до гіпоксії. Вхідний отвір розташовується по середній-клінічній лінії в V міжребер'ї. При ревізії: поранений канал йде зверху вниз, зліва направо і спереду назад. При торакотомії виявлена розтрощена нижня доля лівої легені, рана діафрагми, через яку пролабірує сальник. Яка лікувальна тактика?

- А. Вшити рану легені, вправити сальник, ушити діафрагму
- В. Ушити рану легені, вправити сальник, ушити діафрагму, дрениувати черевну порожнину.
- С. Виконати нижню лобектомію зліва, ушити рану діафрагми, потім виконати лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини, зупинкою кровотечі і послідувачим її дрениванням.
- Д. Ушити рани легені, вправити сальник, ушити діафрагму, виконати лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини, зупинкою кровотечі, дрениванням.

9. В клініку доставлений молодий чоловік 33 років з проникаючим пораненням грудної клітини зліва в VI міжребер'ї по підпахвової лінії. Стан хворого середньої важкості. Хвилюють болі в області рани, дихання зліва декілька послаблене, гемодинаміка стійка. При рентгенографії: в синусі виявляється невелика кількість рідини. Виконана первинна хірургічна обробка рани і дренивання плевральної порожнини з евакуацією близько 300 мл крові, легеня розправилося. На 3-ю добу післяопераційного періода у хворого з'явилась лихоманка до 38 °С, болі в животі, парез кишкового, нудота. Про що слід думати?

Відповіді:

- A. Посттравматичний плеврит зліва
- B. Емпієма плеври зліва
- C. Нерозпізнане своєчасно торакоабдомінальне поранення з пошкодженням органів черевної порожнини.
- D. Двомоментний розрив селезінки
- E. Посттравматична, нижньодольова плевропневмония зліва.

10. Чоловік 42 років доставлений після автокатастрофи (знаходився за кермом автомобіля) зі скаргами: різкий біль в грудях, що посилюється при пальпації з рухом верхніх кінцівок, набряк ший, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: стан хворого важкий, дихання жорстке, проводиться по всіх відділах, сухі хрипи. Гемодинаміка нестійка, з тенденцією до гіпоксії. Відмічаються шлуночні екстрасистоли на ЕКГ і уповільнення внутрішньошлункової провідності, зниження вольтажа. Живіт м'який, безбольовий, симптомів подразнення черевини немає. При рентгенографії органів грудної клітини легеневого поля розправлені без остаточно порожнин, синуси вільні, пневмогемоторакса немає.

- A. Перелом тіла грудини, забій серця, гематома переднього межестіння
- B. Перелом тіла грудини, забій серця
- C. Перелом тіла грудини, розрив правого шлунку серця, гематома середостіння
- D. Перелом тіла грудини, гематома межестіння.

11. Хворий К., 30 років, доставлений через 2 години після падіння у ванні. Скаргитися на сильну біль в лівій половині грудної клітини, які посилюються при глибокому диханні та кашелю. Стан середньої важкості. Ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання. Флотація фрагмента Y ребра з амплітудою 1 см. Пульс 96 за хвилину, АД 120\80 мм. рт. ст. Дихання зліва послаблене, сухі хрипи. Тони серця чисті. На рентгенограмі грудної клітки: перелом Y ребра по середньоключичній і середньопіхвовій лінії, проявив пневмогемоторакса немає. Д-з: Закрита травма грудей, перелом Y ребра зліва з флотацією, забій легені. Ваша тактика?

- A. Дренування плевральної порожнини + антибактеріальна терапія.
- B. Торакотомія, відкрита фіксація ребра.

С. Штучна вентиляція легенів.

Д. Зовнішня фіксація реберного каркасу + протизапальна та антибактеріальна терапія.

Е. Туге бинтування грудної клітки + аналгетики + протизапальна терапія..

12. Хвора Д., 54 років, доставлена після ДТП. Стан важкий. Притомна. Скарги на біль в грудях та череві, слабкість, запаморочення. Пульс 80 за хвилину слабких властивостей. АД 90\50 мм рт. Ст. Ліва половина грудної клітки відстає при диханні, пальпація болюча, помірно виражена підшкірна емфізема. Дихання зліва не проводиться, справа – жорстке, сухі хрипи. Тони серця глухі живіт надутий, болючий більше зліва, печінкова тупість збережена, симптом Щьоткіна-Блюмберга сумнівний. Лапароцентез: одержана кров. На рентгенограмі грудної клітки: ліва легень підтиснута до кореню, в плевральній порожнині широкий горизонтальний рівень рідини до переднього відділу IV ребра, переломи III-IV ребер по передньопіхвовій лінії, склепіння діафрагми не вирізняється. Ер: $3,0 \cdot 10^9$ н\л, Нв –112 г\л, L - $15,0 \cdot 10^9$ /л. Показане оперативне втручання. Ваша тактика?

А. Торакотомія, потім лапаротомія з ревізією органів.

В. Лапаротомія, потім торакотомія з ревізією органів.

С. Тораколапаротомія одночасна.

Д. Лапаротомія, пункція плевральної порожнини.

Е. Дренування плевральної порожнини, лапаротомія.

13. Хворий С., 15 років, доставлений батьками через 2 години після вогнепального поранення: одноліток випадково вистрілив із самопала в ліву половину грудей. Стан відносно задовільний. Скарги на біль в рані. Пульс 70 за хвилину, ритмічний. АТ 110/70 мм.рт.ст. В III міжребір'ї зліва по сосковій лінії рана 0,4x0,4 см без кровотечі і присмоктуванням повітря. Дихання проводиться у всіх відділах. Тони серця ясні. Ер $4,0 \cdot 10^{12}$ \л, Нв – 140 г\л, L - $9,5 \cdot 10^9$ /л.

На рентгенограмі: у верхньому легеневому полі зліва тінь металевого стороннього тіла розмірами 0,4 x 1,0 см із незначної інфільтрацією навколо, синуси вільні. Д-з: Слепе вогнепальне пораненні лівої легені, стороннє тіло легені? Ваша тактики?

А. Торакотомія, видалення стороннього тіла.

В. Торакоскопія, видалення стороннього тіла.

С. Протизапальна терапія, динамічний нагляд.

Д. Відеоторакоскопія, видалення стороннього тіла.

Е. Дренування плевральної порожнини протизапальна терапія.

14. Хворий Ж., 45 років, доставлений у важкому стані після ДТП із вираженим больовим синдромом та значними розладами зовнішнього дихання. Пульс 112 за хвилину, ритмічний, АТ 110\70 мм.рт.ст.. При фізикальному дослідженні виявлено множинні переломи ребер. При переломах яких ребер спостерігаються найбільш виражені розлади дихання?

- А. 1-2 ребер з однієї сторони(верхніх або нижніх).
- В. 3-5 ребер з однієї сторони.
- С. Реберні фіртки.
- Д. 3-4 ребра із двох сторін.
- Е. 6 і більше ребер з однієї сторони.

15. Хвора Ю., 29 років, доставлена через 30 хв. Після падіння із висоти 15 метрів. Скаржиться на біль в правій половині грудної клітки, задишку. Стан середньої важкості. Гемодинаміка стабільна. Дихання над правою легенею не проводиться. На рентгенограмі: переломи VI ребра справа по передньопіхвовій лінії, пневмоторакс. Які рефлекторні механізми при повному колапсі легені не вірні?

- А. Тиск в плевральній порожнині досягає атмосферного.
- В. Немає різних коливань тиску і флотуванні середостіння.
- С. під час вдиху розміри грудної клітки збільшуються.
- Д. Легеня пошкодженого боку компенсує газообмін.
- Е. Положення діафрагми звичайне.

16. Хворий М., 50 років, доставлений в клініку через 40 хв. З моменту травми. Грудна клітка була здавлена між стіною та стрілою підйомного крану. Стан дуже важкий. Виражена підшкірна емфізема лица, тулуба та кінцівок ЧД –30 за хвилину. Пульс 120 за хвилину, ритмічний. АТ 140/90 мм. Рт. Ст. Дихання над правою легенею не проводиться. Тони серця глухі. На рентгенограмі: колапс правої легені зі зміщенням середостіння у здоровий бік. Д-з Напружений пневмоторакс, підшкірна емфізема. Пошкодження якого відділу легені найбільш вірогідне?

- А. Лінійний розрив верхньої частини легені.
- В. Пошкодження великого бронха.
- С. Розрив нижньої частки легені.
- Д. Множинні пошкодження парієтальної та вісцеральної плеври.
- Е. Множинні пошкодження паренхіми легені із внутрішньолегеневими гематомами.

17. Хворий Н., 67 років, доставлений через 4 години із часу травми. Вилучений із завалу зруйнованого будинку. Стан дуже важкий. Апроціаноз. Набряк шийних вен. Дихання поверхневе із частотою до 36 за хвилину. Пульс 140 за хвилину, аритмічний, слабкого наповнення. АТ 80/40 мм.рт.ст. Над правою легенею дихання не проводиться. На рентгенограмі: ателектаз правої легені, середостіння зміщене вправо, пошкодженнь кісткового скелету не виявлено. Д-з: здавлення грудної клітки, обтураційний ателектаз правої легені, гіпоксична кома. Вкажіть причину обтурації?

- А. Рефлекторний спазм гортані, закриття голосової щілини.
- В. Накопичення в трахеї та бронхах значної кількості рідких відходів.
- С. Затікання в трахею і бронхи крові із пошкоджених верхніх дихальних шляхів.
- Д. Перегинання, здавлення або повні відриви бронхів.

Є. Усе вище переліковане.

18. Хворий А., 33 років, доставлений через 30 хв. Після ДТП. Водій. Травму одержав при чільному зіткненні. Стан агональний. Виражені циркуляторні порушення. Клініка тампонаді серця. Яка найбільш вірогідна причина?

А. Крововилив в порожнину перикарда.

В. Накопичення в плевральних порожнинах повітря під тиском.

С. Емфізема і гематома середостіння.

Д. Накопичення в одній із порожнин повітря під тиском із зміщенням серця і перегибанням великих судин.

Усе вище переліковане.

19. Хворий П., 42 років, витягнутий із завалу шахти, доставлений в клініку із проявами гострої дихальної недостатності. Стан дуже важкий. На лиці сліди крові, слизу, блювоти. Кома. Пригнічення кашльового рефлексу. Які мироприємства необхідно виконати для достатньої прохідності і дихальних шляхів?

А. Поворот голови на бік, ретельне очищення порожнини рота.

В. Профілактики западіння язика.

С. Санація трахеобронхіального дерева катетером.

Д. Аерозольна терапія.

Є. Трахеостомія.

20. Хвора С., 22 років, оперована з приводу проникаючого поранення грудей із пошкодження великої судини. В плевральній порожнині біля 2 літрів крові із згортками. Зібрано для реінфузії 1500 мл крові. Через скільки шарів марлі необхідно виконати фільтрацію крові безпосередньо до ампули ЦПК, із якої кров переливають хворому?

А. 2.

В. 4.

С. 6.

Д. 8.

Є. 10.

21. Хворий Ю., 18 років, у бійці одержав удар ножем 20 хв. назад в область У міжребір'я зліва по передньопіхвовій лінії. Стан середньої важкості. Пульс 100 за хвилину. АТ 110/70 мм.рт. ст. У міжребір'ї рана 0,4x4 см, не кровоточить, повітря не присмоктує. Дихання послаблене. Тони серця ясні. На рентгенограмі: обмежений пневмгемоторакс зліва, тінь середостіння не розширена, положення звичайне. Діагностична плевральна пункція. Проба Рувілуа-Грегуара позитивна. Подальша тактика?

А. Плевральна пункція, аспірація крові та повітря, рентген-контроль.

В. "Безперервні" плевральні пункції, рентген-контроль.

С. Дренування плевральної порожнини.

Д. Торакотомія шляхом розширення рани грудей.

Є. Ти пічна торакотомія.

22. Хворий Ж., 20 років, звернувся зі скаргами на біль в лівій половині грудей, кашель, підвищення температури тіла до 39° , задишку при напруженні. 3 тижні тому переніс ножове поранення лівої підлопаткової області. Рана була зашита у травмункті. Дихання над лівою легенею різко послаблене. На рентгенограмі: масивна тінь зліва із мілкими горизонтальними рівнями. Діагностична плевральна пункція: одержана невелика кількість світло-жовтої рідини і маленькі згортки крові. Ваш діагноз?

- А. Лівостороння плевропневмонія.
- В. Емпієма плеври.
- С. Згорнутий гемоторакс.
- Д. Гемоплеврит.
- Є. Хілороторакс.

23. Хвора Т., 26 років, побита співжителем. Госпіталізована через 2 години. Стан середньої важкості. При рентгенівському обслідуванні: переломи ІХ-Х ребер справа, обмежений пневмогемоторакс. Плевральна порожнина дренажена: видалення повітря і 300 мл гемолізованої крові, герметизм в плевральній порожнині стійко не утримується. Тахікардія до 112 за хвилину. АТ 110/180 мм.рт.ст. Дихання послаблене. По дренажу виділяється повітря. Язик сухий. Помірне вздуття черева, болючість у правому підребір'ї та мезогастрії. Симптоми подразнення черевини сумнівні. На контрольних рентгенограмах: пневмоторакс повністю не знешкоджений; пневматоз кишковника; високе стояння склепу діафрагми. Ер $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв – 100 г/л, L – $20,0 \cdot 10^9$ /л. Яка подальша тактика?

- А. Додаткове дренажування плевральної порожнини.
- В. Пасивна аспірація плевральної порожнини.
- С. Лапаротомія.
- Д. Чекання до появи “більш наявних симптомів”.
- Є. Торакотомія.

24. У хворого А., 67 років, із множинними переломами ребер справа виражена задишка, забруднений кашель, підвищення температури тіла до 38° на 2 доби знаходження у стаціонарі. У анамнезі – хронічний обструктивний бронхіт? Які міри необхідно для вільного проходження трахеї та бронхів?

- А. Пробудження хворого до раннього частого і інтенсивного кашелю.
- В. Внутрішньотрахеальне вливання сумішів антибіотиків.
- С. Через шкірну катетеризація трахеї.
- Д. Лікувальна бронхоскопія.
- Є. Усі відповіді вірні.

25. У хворого Н., 57 років, із множинним двостороннім переломом ребер на 3 добу із моменту госпіталізації діагностовано пост травматична пневмонія. Яка із перелікованих пневмоній може призвести до летального наслідку?

- А. Первинно травматична, рефлекторна.
- В. Вторинна (аспіраційна, ателектатична, токсикоз-сектична, гіпостатична).
- С. Інфаркт пневмонія.

Д. Крупозна пневмонія.

Є. Всі перераховані.

26. У хворого М., 30 років, через 2 тижні після виписки із стаціонару з'явилося овальне випинання в Y міжребер'ї між передньою та середньо піхвою лінією. Лікувався у зв'язку із здавленням грудної клітки із переломом ребер. Яке ускладнення травми, найбільш вірогідно виникло у хворого?

А. Неконсолідований перелом ребра.

В. Організована гематома грудної стінки.

С. Загноєна гематома грудної стінки.

Д. Розрив міжреберних м'язів, легенева грижа.

Є. Оссифікована гематома.

27. Хворий О., 45 років, був придавлений трактором до стовпа. Поступив через 2 години з часу травми. Виявлені переломи задніх відрізків III-IV ребер зліва по 2 лініям. Який метод стабілізації ребер необхідно використати ?

А. Стабілізації не потребує.

В. Зовнішня стабілізація зі скелетним ви тяжінням.

С. Зовнішня панельна фіксація.

Д. Відкрита фіксація із металоостеосинтезом.

Є. Відкрита лігатурна фіксація.

28. У приймальному відділі – масове звернення хворих із травмою грудей після ДТП. Кому із потерпілих необхідно виконати невідкладне рентгенологічне дослідження?

А. Із клінічними проявами переломів 1-2 ребер.

В. 3-4 ребер.

С. Двосторонніми переломами ребер.

Д. Із клінічними проявами пневмо- і гемоторакса.

Є. Усім потерпілим незалежно від важкості травми.

29. У хворої А.. 22 років, під час торакотомії виявлена колото-різана рана нижньої частки легені. Яке оперативне втручання може бути виконане у залежності від ступеню пошкодження легеневої тканини?

А. Лінування рани.

В. Вузлові, П-образні, 8-образні шви.

С. Апарати УО- 40 і УО – 60 .

Д. Резекція легені.

Є. Усі перераховані.

30. У хворого К., 29 років, на 3 добу після операції у зв'язку з ножовим пораненням по дренажу із плевральної порожнини почала виділятися рідина кольору “кава з молоком”. Підозра на пошкодження грудного протоку. У який спосіб можна підтвердити діагноз?

А. Контрастування плевральної порожнини через дренаж.

В. Проба Рувілуа-Грегуара.

- С. Проба на забарвлення (краска ДЕС-17 або ДЕС-18: звичайна губна помада).
- Д. Проба Петрова.
- Є. Введення метиленової синьки через рот

Тести КРОК-2 до Теми 22 - Гнійно-запальні захворювання легень та плеври - 1 частина

1. До клініки звернувся чоловік 52 років зі скаргами на кашель з мокротою, слабкість, підвищення температури тіла до 39°C, біль у лівій половині грудної клітки. На рентгенографії органів грудної клітки з ліва у S₁₀ є порожнина розпаду зі щільними стінками і рівнем рідини. Хворіє більш 3-х місяців. Ваш діагноз?

- А. Гострий абсцес.
- В. Ехінококова кіста легені.
- С. Гостра лівобічна пневмонія.
- Д. Гангрена легені
- Є. Хронічний абсцес нижньої частки лівої легені.

2. Жінка 30 років хворіє більш 1,5 місяців, турбують болі в грудній клітці, підвищення температури тіла до 38°C, кашель, задишка. На рентгеноскопії органів грудної клітки – справа легеня колабована на 1/3 об'єму, до рівня переднього відрізка V ребра справа визначається рівень рідини. Ваш діагноз?

- А. Гостра пневмонія.
- В. Гострий абсцес легені.
- С. Ексудативний плеврит.
- Д. Гостра емпієма плеври.
- Є. Гангрена легені.

3. Чоловік 53 років пред'являє скарги на часті пневмонії (3-4 рази в рік). Субфебрилітет, періодичне кровохаркання, слабкість, задишка. На рентгенографії визначається посилення бронхо-сосудинного малюнка, тяжистість кореня. При бронхографії визначається середніх розмірів «мішкоподібні» бронхоектази в середній частці правої легені. Ваш діагноз?

- А. Нижня билобектомія справа.
- В. Нижня лобектомія справа.
- С. Консервативна терапія (протизапальна, гемостатична)
- Д. Санаційна ФБС.
- Є. Санаторно-курортне лікування.

4. Хвори М., 38 років, хворіє більш одного місяця, коли після перенесеного переохолодження знайшов наступні симптоми: кашель,

слабкість, біль у лівому боці, підвищення температури тіла до 39°C. Лікувався амбулаторно, стан продовжував прогресивно погіршуватися: наростала задишка, кашель з гнійною мокротою, лихоманка. На рентгенографії: зліва геміторахс, цілком затемнений, справа без особливостей, органи середостіння зміщені управо. Ваш діагноз?

- А. Хілоторахс.
- В. Гангрена легені.
- С. Гостра правостороння пневмонія.
- Д. Екссудативний плеврит справа.
- Є. Емпієма плеври зліва.

5. Чоловік 60 років звернувся зі скаргами на болі в лівій половині грудної клітки, кашель з дуже смердючою мокротою, слабкість, запаморочення, періодичні кровохаркання, температуру тіла 39-40°C. Вважає себе хворим більш 5 місяців. На рентгенографії зліва визначаються множинні вогнища деструкції легеневої тканини без рівнів рідини з тенденцією до злиття. Попередній діагноз?

- А. Поликістоз легень.
- В. Емпієма плеври.
- С. Бронхоектатична хвороба.
- Д. Гангрена легені.
- Є. Множинні абсцеси легені.

6. Чоловік 45 років звернувся зі скаргами на кашель з мокротою, задишку, слабкість і запаморочення. Температура тіла 39°C. На рентгенографії: легеневі поля ліворуч чисті, справа визначається широкий рівень рідини, легеня колабовано. Діагностована емпієма плеври справа. Яка допомога необхідна?

- А. Консервативна терапія
- В. **Дренування правої плевральної порожнини.**
- С. Антибактеріальна терапія.
- Д. Інфузійна терапія
- Є. Торакотомія справ, декортікація.

7. Жінка 72 років, турбує сухий кашель, помірні болі в правій половині грудної клітки, задишку, слабкість, підвищення температури тіла до 39°C. На рентгенографії в S₆ правої легені визначається кругла тінь неоднорідної структури до 4-х см. діаметром з проясненням в центрі. Хворіє більш 2,5 місяців. Діагностовано: гострий недренований абсцес легені. Необхідна допомога?

- А. Мікротрахеостомія.
- В. Мікродренування абсцесу.
- С. Антибактеріальна терапія.
- Д. Торакотомія праворуч, резекція легені.
- Є. Інфузійна терапія.

8. Чоловік 54 років страждає хронічною емпіємою плеври більш 5 років. В даний час в нижньому відділі правого геміторака є ригідна суха залишкова порожнина об'ємом до 100 мл з бронхоплевральною норицею, дренована. Легеня розправлена на 4/5 об'єму, легеневі поля прозорі. Лікувальна тактика:

- А.** Додаткове дронування залишкової порожнини.
- В.** Задньо-бічна торакопластика, часткова декортикація легені.
- С.** Санація залишкової порожнини, протизапальна терапія.
- Д.** Антибактеріальна терапія.
- Є.** Видалення дренажу.

9. Чоловік 40 років три місяці назад переніс важку травму грудної клітки, ускладнену гемотораксом. Одержував дезінтоксикаційну, антибактеріальну, протизапальну терапію. Виконувалися пункції плевральної порожнини. Стан покращився, однак останнім часом з'явилися озноб, висока температура, кашель, слабкість, задишка. На R_o-графії: зліва гемоторакс, затемнений до переднього відрізка III-го ребра. Попередній діагноз?

- А.** Нагноївшийся зсілий гемоторакс.
- В.** Розрив правого відділу діафрагми.
- С.** Емпієма плеври.
- Д.** Гангрена легені.
- Є.** Ексудативний плеврит.

10. Жінка 78 років надійшла зі скаргами слабкість, схуднення, кашель з великою кількістю мокроти (повним ротом), запаморочення, задишку. Підвищення температури тіла до 38⁰С. На R_o-графії: у верхньому легеновому полі зліва – велика порожнина з рівнем рідини; у нижніх відділах легеня б/о. Рахує себе хворою більш 4-х місяців. Встановлен діагноз: хронічний абсцес верхньої частки зліва. Яке оперативне лікування необхідне при даній патології?

- А.** Антибактеріальна і протизапальна терапія.
- В.** Мікротрахеостомія.
- С.** Пульмонектомія ліворуч.
- Д.** Торакотомія зліва, лобектомія.
- Є.** Дронування порожнини абсцесу.

Тести КРОК-2 до Теми 22 - Гнійно-запальні захворювання легень та плеври - 2 частина

1. У приймальне відділення лікарні звернувся хворий М., 46 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 38-39⁰ С, кашель з великою кількістю гнійної мокроти, задишку, ціаноз, тахіпноє; з лабораторних даних: лейкоцитоз з нейтрофільним здвигом вліво, прискорення ШОЄ до 25 мм/г., зниження рівня гемоглобіну (115 г/л) та еритроцитів (3,75 т/л); С-реактивний білок – (++)), тімолова проба 7 ЕД, сіалова кислота 850 мг/л. При аускультатії виявляється амфоричне дихання з крупно пузирчастими хрипами. Який наймовірний діагноз?

- А. Пневмонія.
- В. Бронхоектатична хвороба.
- С. Гострий абсцес легені.
- Д. Бронхіт.
- Є. Тромбоемболія легеневої артерії.

2. У хворого 28 років проведено рентгенографічне дослідження органів грудної клітці. На рентгенограмі виявлено: в нижній долі правої легені тінь рівними контурами та горизонтальним рівнем. З анамнезу хвороби з'ясовано: що хворіє на протязі 2 тижнів. Захворювання почалось з лихоманки, болів у грудної клітці, з незначного кашлю зі слизистою мокротою. Через 2 тижні температура тіла знизилась, з'явився кашель з великою кількістю гнійної мокроти (повним ротом), з неприємним запахом. Яке захворювання можна запідозрити?

- А. Дренований абсцес нижньої долі правої легені.
- В. Центральний рак нижньої долі.
- С. Периферічний рак.
- Д. Доброякісна пухлина.
- Є. Плеврит.

3. Хворий Ж., 39 років, звернувся у клінічну лікарню зі скаргами на гостру біль у грудній клітці, задишку, тахіпноє. Об'єктивно виявлено: ціаноз, вибухання шійних вен. Перкуторно у правої легені, нижній долі вислуховується притуплення перкуторного звуку з тимпанітом над ним. Хворому був встановлен діагноз піопневмоторакс. Які найбільш характерні рентгенологічні ознаки для піопневмоторакса?

- А. "Симптом корзини"
- В. Затемнення геміторака.
- С. Широкий рівень з повітрям над ним.
- Д. Ателектаз долі.
- Є. Чітке затемнення в гемітораці.

4. Хвора Ч., 33 років звернулась до лікаря зі скаргами на підвищення температури тіла, задишку, кашель з невеликою кількістю мокроти. З анамнезу хвороби з'ясовано, що хворіє на протязі 2 місяців, за цей час отримувала лікування з приводу гострого абсцеса легені. Після проведеного

лікування стан хворої покращувався але на незначний час. Які строки різниці між гострим та хронічним абсцесами легені?

- A. 1 місяць
- B. 2 місяці
- C. 4 місяці
- D. 2 тижня
- E. 3 тижня

5. У приймальне відділення лікарні звернулась хвора Т., 28 років зі скаргами: на погане самопочуття, гострі болі у грудної клітці під час дихання, задишку, ціаноз, підвищення температури тіла. На рентгенограмі виявлено: накопичення рідини з горизонтальним рівнем, над яким виявляється газ. Який наймовірний діагноз?

- A. Гемоторакс.
- B. Ексудативний плеврит.
- C. Пневмоторакс.
- D. Емпієма.
- E. Піопневмоторакс.

6. Хворий П., 64 роки поступив у пульмонологічне відділення лікарні. При обстеженні була виявлена дихальна гостра недостатність II ступеня. З анамнезу відомо що хворий страждав на гострий абсцес легенів 2 тижні тому; У лікарні був проведений торакоцентез, при якому були отримані гній та повітря. Який наймовірний діагноз?

- A. Плеврит.
- B. Гемоторакс.
- C. Пневмоторакс.
- D. Піопневмоторакс.
- E. Мезотеліома плеври.

7. Хворий Д., 57 років хворіє на хронічний абсцес легенів протягом 4 місяців. За цей час хворий отримував консервативне лікування, яке не дозволило отримати стійкого ефекту. Зараз хворий знаходиться у фазі ремісії. Який метод лікування найбільш радикальний, при хронічних абсцесах легені?

- A. Інфузійна терапія.
- B. Консервативна.
- C. Пункційні методи.
- D. Санаторне лікування.
- E. Оперативний засіб

8. Хворий А., 32 роки ургентно доставлен у стаціонар травматологічного відділення після ДТП. Стан хворого тяжкий: задишка, ціаноз, слабкий пульс, тахікардія. При огляді грудної клітки виявлена глибока рана між VI та VII ребром справа. Рентгенологічно: колапс легені, горизонтальний рівень рідини з повітрям над ним. Був встановлений діагноз: проникаюча рана грудної клітини з ушкодженням межреберної артерії. Гемопневмоторакс. Гемопневмоторакс - це:

- А. Скопичення крові у плевральній порожнині.
- В. Скопичення воздуха у плевральній порожнині.
- С. Скопичення гною у плевральній порожнині.
- Д. Скопичення крові та повітря у плевральній порожнині.
- Є. Скопичення гною та повітря у плевральній порожнині.

9. Хворий С., 38 років, звернувся зі скаргами на підвищення температури, кашель з виділенням гнійного мокротиння, загальну слабкість, пітливість. Захворювання почалося 3 місяці тому й безперервно прогресувало. Об'єктивно: ер – $3,2 \times 10^{12}/л$, л – $19 \times 10^9/л$, Нв – 90 г/л, ШОЕ – 18 мм/год. На рентгенограмі: розширення коренів легень, інфільтративні тіні в нижніх частках обох легень. Бактеріологічне дослідження мокротиння виявило бластомікоз легенів. Північно-американський бластомікоз, хвороба Джилірайста) - хронічний гранулематозний процес обумовлений:

- А. *Staphylococcus epidermidis*
- В. *Staphylococcus aureus*
- С. *Blastomyces dermatitidis*
- Д. *Pseudomonas*
- Є. *Corynebacteri*

10. Хворий Д. 53 років звернувся до лікаря зі скаргами на кашель, задишку, загальну слабкість, зниження маси тіла. На протязі 5 років хворий відмічає важкість у правому підребер'ї. З анамнезу відомо, що хворий довгий час займався мисливством. Рентгенологічне дослідження виявило метастази альвеококку в легені. Альвеококкоз легенів - хронічне+проліферативно - некротичне захворювання, яке зумовлене:

- А. *Alveococcus multilocularis*
- В. *Blastomyces dermatitidis*
- С. *Corynebacteri*
- Д. *Pseudomonas*
- Є. *Staphylococcus aureus*

11. Хвора К., 22 років скаржиться на сухий кашель, біль у горлі, підвищення температури тіла до 38^0 С. Захворювання виникло після переохолодження.

Об'єктивно: перкуторно – ясний легеневий звук, аускультативно – жорстке дихання, сухі хрипи. Загальний аналіз крові: ер – $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв – 120 Г/л, L – $9,7 \times 10^9$ /л, ШОЄ – 8 мм/год. Хворій встановлено діагноз: Гострий бронхіт. Бронхіт - це запалення:

- А. Трахеї.
- В. Гортані.
- С. Головних бронхів.
- Д. Тканини легенів.
- Є. Наймілкіших бронхів.

12. Хворий Д., 57 років на протязі 20 років хворіє на туберкульоз легень, в зв'язку з чим перебуває на диспансерному обліку. Під час чергового обстеження на рентгенограмі виявлено ателектаз сегмента лівої легені. При бронхоскопії в просвіті бронха виявлено камінь сірувато-жовтого кольору неправильної форми. Бронхолітаз - це стан зумовлений:

- А. Паразитарними кістами.
- В. Сторонніми тілами.
- С. Скопиченням кальцію в бронхах.
- Д. Ехінококковою інвазією.
- Є. Ендобронхіальним ростом пухлини.

13. Хворий К., 40 років звернувся до лікаря зі скаргами на болі в грудній клітці, кашель, задишку, дисфагію. Об'єктивно% хворий правильної структури, шкірні покрови бліді, температура $36,5^{\circ}\text{C}$, ЧДД – 25/ мм, пульс 80/мин, АТ 140/80 мм рт.ст. Пальпаторно над легенями змінень не має. Перкуторно, виявляється притуплення перкуторного звуку в нижній частині правої легені. Аускультативно – ослаблення дихання в нижньої частині правої легені. Після проведеного рентгенологічного дослідження легень, був встановлен діагноз: була правої легені. Була легені - це:

- А. Пухлина легені.
- В. Паразитарні кісти.
- С. Повітряна субплевральна кіста.
- Д. Порожнина абсцесу.
- Є. Інфекційне захворювання.

14. У жінки, 38 років, під час профілактичного огляду, при рентгенологічному дослідженні виявили затемнення в нижній частині лівої легені, з чіткими контурами. Об'єктивно: правильної статури, температура $36,7^{\circ}\text{C}$, ЧД – 16/ мин, пульс 70/мин, АД 12/70 мм.рт.ст. Пальпаторно над легенями змінень не має. Перкуторно – легочний звук. Аускультативно – везикулярне дихання. Після проведеної диференційної діагностики хворої був встановлен діагноз: гамартома легені. Гамартома легені - це утворення з:?

- А. Судинної стінки.
- В. Бронхіальної стінки та паренхіми.
- С. Паренхіма легені.
- Д. Туберкульозний комплекс.

Є. Інфекційне запалення.

15. У хворої Л., 52 років, після операційного втручання визначається прогресуюча задишка, ціаноз, падіння артеріального тиску. Хворій був встановлен с-м Мендельсона. Синдром Мендельсона синдром – це:

- А. Кровохаркання.
- В. Різновидність плевриту.
- С. Пневмоторакс.
- Д. Попадання в дихальні шляхи вмістимого шлунку.
- Є. Бронхіальна нориця.

16. У приймальне відділення поступив хворий після ДТП з жалобами на різку біль в лівій половині грудної клітини. Перкуторно зліва тимпаніт, аускультативно – дихання відсутнє. При рентгенологічному дослідженні визначається прозорість легочного поля, відсутність легочного малюнка, зліва, колапс лівої легені. Хворому був встановлен діагноз напружений пневмоторакс лівої легені. Методом лікування напруженого пневмотораксу є:

- А. Дренування плевральної порожнини.
- В. Інтубація трахеї.
- С. Інфузійна терапія.
- Д. Торакотомія.
- Є. Лапаротомія.

17. Хвора В., 27 років зі скаргами на біль, задишку, ціаноз, підвищення температури тіла, поступила у лікарню. За рентгенологічною картиною: колапс правої легені. З яких перерахованих наймовірних методів дослідження плевральної порожнини слід запропонувати даній хворій:

- А. Трахеоскопія.
- В. Торакоскопія.
- С. УЗ Серця.
- Д. Медіастіоскопія.
- Є. Бронхоскопія.

18. Хвора 42 років звернулась до участкового лікаря зі скаргами на кашель, підвищення температури тіла до $37,7^{\circ}\text{C}$, та зниженням маси тіла, та погіршенням загального стану за останні 3 тижня. Резографію яких органів необхідно провести хворому для встановлення вірного діагнозу?

- А. Бронхів.
- В. Трахеї.
- С. Легенів.
- Д. Грудної клітки.
- Є. Серця.

19. Хвора Б., 68 років знаходиться в стаціонарі з приводу центрального року легень з метастазами в лімфатичні вузли середостіння. На попередні стан хворої значно погіршився, з'явилася задишка, біль в лівій частині грудної клітки. На рентгенограмі – накопичення рідини в лівій плевральній порожнині. Дослідження плеврального пункту дозволило встановити діагноз хілоторакс. Що являє собою цей стан:

- А. Скопичення крові.
- В. Скопичення гною.
- С. Скопичення повітря.
- Д. Скопичення лімфи в плевральній порожнині.
- Є. Пухлине захворювання

20. Хворий М. 50 років, хворіє протягом 20 років на бронхіальну астму, звернувся до лікаря зі скаргами на погіршення стану. Об'єктивно: астеничної статури, зниження маси тіла, грудна клітка бочкоподібна ділянок вибухання надключичних ділянок. Перкуторно – коробочний звук на легенях, обмеження рухливості нижнього краю легень. Аускультативно – різко ослаблене дихання. Хворому був встановлений діагноз: емфізема легень. Емфізема легень - це:

- А. Вид пухлин.
- В. Вид кіст.
- С. Паразитарні захворювання.
- Д. Патологічне розширення повітряних просторів.
- Є. Бронхіальна норича.

21. Чоловік 62 років зі скаргами на болі в правій половині грудної клітки, кашель з мокротинням, слабкість, підвищення температури тіла до 39°C. На рентгенографії органів грудної клітки праворуч у S₆ мається порожнина розпаду з щільними стінками і рівнем рідини. Вважає себе хворим біля 3-х міс. Ваш діагноз?

- А. Гострий абсцес.
- В. Хронічний абсцес.
- С. Гостра правобічна пневмонія.
- Д. Гангрена легені.
- Є. Ехінококова кіста легені.

22. Жінка 26 років хворіє біля 2-х місяців; турбують болі в грудній клітці, кашель, задишка, підвищення температури тіла до 38°C. На рентгеноскопії органів грудної клітки - ліворуч легень колабована на 2/3 обсягу; до рівня переднього відрізка III ребра ліворуч визначається рівень рідини. Ваш діагноз?

- А. Гостра емпієма плеври.
- В. Гострий абсцес легені.
- С. Ексудативний плеврит.
- Д. Гостра пневмонія.
- Є. Гангрена легені.

23. Жінка 46 років пред'являє скарги на часті пневмонії (3-4 р. на рік). Періодичне кровохаркання, слабкість, субфебрилітет, задишку. На оглядовій рентгенографії визначається посилення бронхо-судинного малюнка тяжистість коренів. При бронхографії - визначається середніх розмірів «мішкоподібні» бронхоектази в нижній частці. Ваш діагноз?

- А. Нижня лобектомія праворуч.
- В. Нижня білобектомія праворуч.
- С. Консервативна терапія (протизапальна, гемостатична)
- Д. Санаційне ФБС.
- Е. Санаторно-курортне лікування.

24. Хворий М., 33 років хворіє біля 1-го місяця, коли після перенесеного переохолодження відзначив наступні симптоми: біль в правому боці, кашель, слабкість, підвищення температури тіла до 39°C. Лікувався амбулаторно, стан погіршився, наростала задишка. На рентгенографії: праворуч геміторахс, цілком затемнений ліворуч без особливостей, органи середостіння зміщені вліво. Ваш діагноз?

- А. Емпієма плеври праворуч.
- В. Гангрена легені.
- С. Гостра правобічна пневмонія.
- Д. Ексудативний плеврит праворуч.
- Е. Хілоторахс.

25. Чоловік 56 років хворіє біля 4-х місяців. Турбують болі в лівій половині грудної клітки, кашель з дуже смердючим мокротинням, слабкість, запаморочення, періодичне кровохаркання, температура тіла 39-40°C. На рентгенографії ліворуч визначаються множинні вогнища деструкції легеневої тканини без рівнів рідини з тенденцією до зливання. Ваш діагноз?

- А. Полікістоз легень
- В. Емпієма плеври.
- С. Гангрена легені.
- Д. Бронхоектатична хвороба.
- Е. Множинні абсцеси легені.

26. Чоловік 35 років звернувся до лікарні зі скаргами на задишку, кашель з мокротинням, слабкість і запаморочення. Температура тіла 38°C. На рентгенографії: легеневі поля праворуч чисті, ліворуч визначається широкий рівень рідини, легеня колабована. Діагностована емпієма плеври ліворуч. Яка допомога необхідна?

А. Консервативна терапія

В. Інфузійна терапія

С. Антибактеріальна терапія.

Д. Дренування лівої плевральної порожнини.

Є. Торакотомія ліворуч, декортикація.

27. Жінка 68 років, турбує сухий кашель, помірні болі в правій половині грудної клітки, задишку, слабкість, підвищення температури тіла до 39°C. На рентгенографії у S₈ правої легені визначається кругла тінь неоднорідної структури до 3-х см діаметром з просвітлінням у центрі. Хворіє біля 2-х місяців. Діагностований гострий недренований абсцес легені. Необхідна допомога?

А. Мікродренування абсцесу.

В. Мікротрахеостомія.

С. Антибактеріальна терапія.

Д. Торакотомія праворуч, резекція легені.

Є. Інфузійна терапія.

28. Чоловік 62 років страждає на хронічну емпієму плеври біля 3-х років. На наступний час у нижньому відділі правого гемітораку існує ригідна суха залишкова порожнина обсягом до 150 мл з бронхоплевральною норицею, дренована. Легеня розправлена на 4/5 обсягу, легеневі поля прозорі. Лікувальна тактика:

А. Додаткове дренування залишкової порожнини.

В. Санація залишкової порожнини, протизапальна терапія.

С. Задньо-бокова торакопластика, часткова декортикація легені.

Д. Антибактеріальна терапія.

Є. Видалення дренажу.

29. Чоловік 39 років 3 місяці тому переніс важку травму грудної клітки, ускладнену гемотораксом. Одержував антибактеріальну, протизапальну і дезінфекційну терапію. Проводилися плевральні пункції. Стан небагато покращився, однак потім з'явилася висока t⁰, озноб, слабкість, задишка, кашель. На Ro-графії: праворуч гемоторакс затемнений до переднього відрізка V-го ребра. Ваш діагноз.

А. Екссудативний плеврит.

В. Розрив правого відділу діафрагми.

С. Емпієма плеври.

Д. Гангрена легені.

Є. Нагнійний зсілий гемоторакс.

30. Чоловік 62 років надійшов зі скаргами на кашель з великою кількістю мокротиння (повним ротом), слабкість, схуднення, запаморочення, задишку. Підвищення температури тіла до 39°C. На Ro-графії: у верхньому легеновому полі праворуч велика порожнина з рівнем рідини; у нижніх відділах легеня б/о. Хворіє більш 3-х місяців. Діагностовано: хронічний абсцес у/частки праворуч. Які Ваші перші дії?

А. Антибактеріальна і протизапальна терапія.

В. Мікротрахеостомія.

- С. Дренування порожнини абсцесу.
- Д. Торакотомія праворуч, лобектомія.
- Є. Пульмонектомія праворуч.

Тести КРОК-2 до Теми 23 - Онкологічна патологія легень і плеври - 1 частина

1. Хворий К., 63 років, лікувався в травматичному стаціонарі з діагнозом - лівостороннє запалення легень на протязі 18 днів. Виписаний в задовільному стані. Через 2 тижня симптоматика захворювання відновилася. Знову звернувся до лікарні зі слідуючи ми симптомами: біль у лівій половині грудної клітини, сухий кашель, задишка, слабкість, запаморочення, підвищення температури тіла до 39⁰С. На рентгенограмі органів грудної клітини зліва в нижньому легеновому полі визначається великих розмірів неоднорідний інфільтрат, в кістково-діафрагмальному синусі – невелика кількість рідини. Зправа – без особливостей. Серце і судини – в нормі. Про яку патологію треба думати вперше?
 - А. Бронхоектатична хвороба.
 - В. Хронічний бронхіт.
 - С. Обтураційний пневмоніт.
 - Д. Бульозна емфізема легень.
 - Є. Пневмосклероз після абсцесу легень.
2. Хворий З., 45 років, звернувся до оториноларинголога зі скаргою на осиплий голос. При огляді виявлено парез правої голосової зв'язки. Цей симптом з'явився тиждень тому. Крім цього, хворого непокоять болі в грудній клітині, кашель з мокротинням та кров'ю, задишка, слабкість, схуднення, набряклість обличчя, шиї, верхнього плечового поясу. На рентгенограмі органів грудної клітини визначається розширення тіні середостіння у верхніх відділах, більше – зправа. Правий корінь легень безструктурний, підтягнутий доверху. Праве склепіння діафрагми обмежене у рухомості. Зліва – без особливостей. Про яку патологію слід думати ?
 - А. Периферійний рак легень.
 - В. Лімфогранулематоз.
 - С. Медіастінальний рак легень.
 - Д. Релаксація діафрагми.
 - Є. Рак стравоходу.
3. У пацієнтки В., 56 років, робітниці столової, під час профілактичного огляду на ФГ виявлено патологічну тінь в верхній долі правої легені діаметром до 2 см, у зв'язку з чим виконана рентгенографія органів грудної клітини у 2-х проєкціях, на котрих виявлено пухлиноподібне новоутворення, однорідної структури, високої щільності, розташоване в S₃, не злучене із грудною стінкою. Тінь середостіння не розширена, діафрагма рухома, синуси вільні, зліва – без особливостей. Скарг не пред'являє. Ваш діагноз?

- А. Ехінококкоз легень.
 - В. Саркоїдоз легень.
 - С. Центральний рак легень.
 - Д. Туберкульоз легень.
 - Є. Периферічний рак легень.
4. Хворий К., 68 років, госпіталізований в торакальне відділення. В результаті проведеного обстеження хворому поставлено діагноз – рак лівої легені, центральна форма, III^a, II кл. група, T₂N₂M₀. На рентгенограмі визначається розширення корня лівої легені, неправильної форми, неоднорідної інфільтрації, зменшення лівого гемітораксу. При фібробронхоскопії визначається екзофітна пухлина, яка виходить з лівого головного бронха, на відстані 3 см від каріни. Спірограма: ЖМЛ – 73%, ФЖМЛ – 60%. Який об'єм оперативного втручання показаний в даному випадку?
- А. Атипічна резекція легені.
 - В. Лобектомія.
 - С. Лазерний плевродез.
 - Д. Пневмонектомія.
 - Є. Торакопластика.
5. Хворий Ж., 56 років, лікувався у невропатолога на протязі 5 місяців з приводу плечового плекситу з права без успіху. Останній місяць стан погіршився : втрачає вагу, збільшилась печінка, болі в плечі нестерпні. Визначається повікоопущення, погіршення зору на правому оці, болі в грудної клітині більше зправа, сухий кашель. На рентгенограмі грудної клітини визначається щільний однорідний інфільтрат в області вертушки правої легені (S₁). Про яке захворювання слід думати ?
- А. Саркоїдоз Бека.
 - В. Лімфогрануломатоз.
 - С. Рак печінки.
 - Д. Хвороба Панкоста.
 - Є. Уроджений вивих плеча.
6. Хворий К., 53 років, звернувся до лікаря зі скаргами на біль постійного характеру в підлопаточній області зліва, не зв'язаний з актом дихання, та іррадіацією в другу половину грудної клітки, задишку, кашель з мокротинням, зхуднення, запаморочення, слабкість. Яке обстеження з метою уточнення причини болі необхідно виконати ?
- А. Електрокардіографія.
 - В. Ехокардіоскопія.
 - С. Спірографія.
 - Д. Комп'ютерна томографія.
 - Є. Рентгенографія.
7. Хворий Ж., 58 років, на протязі 6 місяців дуже кашляє. Інколи було харкотиння кров'ю. По допомогу не звертався. Кілька днів назад з'явилася задишка, лице та шия набрякли, набули синюватого кольору. Крім цього з'явилися сильні болі в грудній клітині, за грудиною, зхуднення,

слабкість. На рентгенограмі визначається виражене розширення середостіння в обидві сторони, а також значна кількість збільшених лімфовузлів більш зправа. Правий гемоторакс трохи зменшений в об'ємі. Діафрагма обмежена у рухомості. Про яке захворювання йде річ? Про яке захворювання йде річ?

- А. Периферічний рак легені.
 - В. Аневризма серця.
 - С. Центральний рак легені.
 - Д. Тромбоемболія легеневої артерії.
 - Є. Інфаркт міокарду.
8. У хворого після верхньої лобектомії зправа, на другий день після операції, під час контрольного рентгенологічного обстеження виявлено ателектаз долей, що залишились (долі, що залишились, гомогенно затемнені, безповітряні, органи середостіння зміщені в правий бік). Яка найбільш вірогідна причина ателектазу?
- А. Відсутність активної аспірації.
 - В. Здавлення долі екссудатом.
 - С. Обтурація бронху слизом або кров'ю.
 - Д. Тромбоемболія легеневої артерії.
 - Є. Гострий інфаркт міокарду.
9. Хворий Д., 50 років, доставлений до відділення реанімації з операційної після лівосторонньої пульмонектомії. В плевральній порожнині зліва є дренаж, який підключений до системи Бюлау. Через декілька хвилин стан його різко погіршився: аритмія, кров'яний тиск знизився до 60/40 мм.рт.ст., задишка, шкіра синюватого відтінку, холодний піт, запаморочення, приступоподібний кашель. В чому причина важкого стану хворого ?
- А. Гостра внутрішньо-плевральна кровотеча.
 - В. Тромбоемболія легеневої артерії.
 - С. Бронхоспазм.
 - Д. Різке зміщення середостіння в наслідок активної аспірації.
 - Є. Гострий інфаркт міокарду.
10. У хворого В., 64 років, через рік після розширеної пульмонектомії зправа з приводу рака правої легені центральної форми, III^b ст. II кл. група, T₃N₂M₀ виникли явища дисфагії. При рентгенографії стравоходу та шлунку визначається здавлення стравоходу на 1/2 об'єму в середній третині. Далі контраст надходить до шлунку безперешкодно. Евакуація контрасту без повільна, супрастенотичне розширення стравоходу. При фіброгастроскопії на межі середній та нижній третині визначається концентричне звуження стравоходу до 0,6 см в діаметрі, непрохідне для ендоскопу. Яка причина дисфагії?
- А. Рубцевий стеноз стравоходу.
 - В. Ахалазія стравоходу.

С. Метастазування раку в середостіння.

Д. Чужерідне тіло стравоходу.

Є. Дивертикул стравоходу.

11. У хворої зі скаргами на болі в грудній клітці, високу температуру та кашель з мокротинням, задишку, зхуднення. При рентгенологічному обстеженні виявлена пристінна овальна тінь з чітким внутрішнім контуром зправа, яка не зв'язана з коренем легені. Діафрагма рухома. На інших легневих полях тканина – без патології. Зправа – без особливостей. Тінь середостіння не розширена. Яким чином можна уточнити діагноз?

А. Томографія.

В. Фібробронхоскопія.

С. Ультразвукове дослідження.

Д. Бронхографія.

Є. Діагностична плевральна пункція.

12. У хворого Д., 32 років, під час торакотомії у зв'язку з підозрою на рак правої легені, верхньої долі, периферичну форму, під час інтраопераційної гістологічної експрес-діагностики діагностована туберкулома легені. Виконана атипична резекція верхньої долі правої легені з туберкуломою, легеня добре розправилося. Гладкий післяопераційний перебіг. Яка тактика у відношенні до хворого після встановлення точного морфологічного діагнозу?

А. Контрольне обстеження хворого через 3 місяці.

В. Обов'язковий курс протитуберкульозної терапії.

С. Санаторно-курортне лікування.

Д. Рентгенологічне обстеження хворого кожних 6 місяців.

Є. Хворий підлягає переводу на інвалідність.

13. Хворий В., 37 років, після перенесеної лобектомії в зв'язку з ускладненим ехінококкозом легені 1,5 місяців тому скаржить на стійкі підйоми температури до 39° , кашель з виділенням харкотиння гнійного характеру у великій кількості, задишка, слабкість, запаморочення, набряк правої половини грудної клітини. Тони серця приглушені, ритмічні, пульс 110 уд./хвилину, задовільних властивостей, артеріальний тиск 90/60 мм рт.ст.. При рентгенологічному обстеженні: зліва без особливостей, тінь середостіння трохи зміщена вліво, у нижніх відділеннях правого гемотораксу визначається велика залишкова порожнина з горизонтальним рівнем рідини, правий купол діафрагми не вирізняється. Про яке ускладнення йде мова?

А. Рецидив ехінококкозу.

В. Абсцес легені.

С. Внутрішньолегенева гематома.

Д. Залишкова плевральна порожнина.

Є. Емпієма залишкової порожнини з бронхоплевральною

норицею.

14. Хворому при обстеженні в стаціонарі встановлено діагноз: рак правої легені, центральна форма, III^б ст., II кл.гр., T₃N₂M₀. Морфологічна верифікація процесу - плоско клітинний, зроговілий рак. Хворому показана радикальна операція, поширена пульмонектомія зправа. Важкої супутньої патології немає. На який основний критерій необхідно звертати увагу перед прийняттям рішення про проведення пульмонектомії у хворого?

- A. Вік хворого.
- B. Розміри пухлини легень.
- C. Наявність збільшених лімфовузлів кореню легень.
- D. Функція зовнішнього дихання.
- E. Вага хворого.

15. У хворого Ф., 69 років, встановлено діагноз: рак правої легені, периферична форма з централізацією III^б ст., II кл.гр., T₄N₂M₀. Морфологічна верифікація процесу – дрібноклітковий рак. При додатковому рентгенологічному обстеженні в правій плевральній порожнині визначається невелика кількість рідини, в нижньому легеновому полі визначається пухлино подібне новоутворення неоднорідної структури з променистим контуром, доріжкою до корня легені, більш 5 см в діаметрі, щільно злучене з грудною стінкою. Органи середостіння розташовані серединно, зліва без особливостей. Під час плевральної пункції в VII міжребер'ї зправа по лопатковій лінії одержано 200 мл. геморагічного ексудату. Якому об'єму оперативного втручання підлягає хворий ?

- A. Атипова резекція.
- B. Лобектомія.
- C. Білобектомія.
- D. Пульмонектомія.
- E. Операція протипоказана.

16. Хворий А., 57 років, звернувся до лікаря зі скаргами на незначне підвищення температури, кашель з слизно-гнійним харкотинням без запаху з домішками крові, задишку, зхуднення, слабкість, болі в лівій половині грудної клітини. Вказані симптоми відмічає більш за 2 місяці, за медичною допомогою не звертався. При рентгенологічному обстеженні в нижній долі зліва визначається порожнинне кругле новоутворення з фістончатим внутрішнім контуром з невеликою кількістю рідини всередині, нижня доля фіксована множиною плевральних злук. Інша тканина легені без патології, діафрагма рухлива, серце й судини розташовані серединно, тінь середостіння не поширена. Зправа без особливостей. Ваш діагноз ?

- A. Ускладнений ехінококоз легені.
- B. Хронічний абсцес легені.
- C. Бронхоектатична хвороба.,

Д. Порожнинний рак легені.

Є. Туберкульоз легені.

17. На 3 добу після поширеної пульмонектомії зліва з приводу раку лівої легені центральної форми III^a ст., II кл.гр., T₂N₂M₀ у хворого при положенні на правому боці виник кашель з приступами задишки і виділенням значної кількості рідини рожевого кольору, з'явився різкий набряк лівої половини грудної клітини, шиї, обличчя (підшкірна емфізема), холодний піт, шкірні покриви ціанотичні, гемодинаміка нестійка з тенденцією до гіпотензії (артеріальний тиск 80/90 мм.рт.ст., пульс 120 уд/хв. слабкого наповнення). Про яке ускладнення післяопераційного періоду йде мова?

А. Гостра емпієма плеври.

В. Внутрішньоплевральна кровотеча.

С. Бронхо-плевральна норича.

Д. Контрплевральна пневмонія.

Є. Інфаркт-пневмонія єдиної легені.

18. У хворого в результаті проведеного обстеження встановлено попередній діагноз рак лівої центральної форми III^b ст., II кл.гр., T₃N₂M_x. Гістологічне заключення: дрібноклітковий рак легені. При фібробронхоскопії відмічається пухлина, яка виходить з нижньодолевого бронху зліва, змішаний ріст. При рентгенологічному обстеженні: лівий гемоторакс зменшений в об'ємі, відмічається частковий ателектаз нижньої долі зліва, неоднорідна інфільтрація в корні лівої легені, лівий купол діафрагми обмежений в рухливості, органи середостіння трохи зміщені вліво, зправа – без особливостей. УЗД органів черевної порожнини віддалених метастазів не виявило. В процесі обстеження у хворого виявились скарги на головні болі, запаморочення, хиткість руху, порушення координації. З чим зв'язати раптово виникнені симптоми з боку центральної нервової системи?

А. Абсцес мозку.

В. Енцефалопатія.

С. Гіпертонічна хвороба.

Д. Метастазування в мозок.

Є. Остеохондроз шийного відділу хребта.

19. У хворої 47 років 2 роки тому при профілактичній флюорографії виявлена кругла тінь у верхній долі лівої легені діаметром до 1 см. Хвора протягом всього періоду знаходилась під наглядом у фтизіатра, де отримувала специфічну протитуберкульозну терапію. Стан хворої не змінювався, скарг не пред'являла, від не однократно запропонованого оперативного втручання категорично відмовлялась. За останні місяці стан хворої погіршився: з'явився сухий кашель, періодично з прожилками крові, помірна задишка, слабкість, зхуднення. При рентгенологічному обстеженні відмічена негативна динаміка: у верхній долі зліва визначається пухлино подібне новоутворення діаметром біля 4 см, нечітким контуром і доріжкою

до корня легені. Діафрагма рухлива, зправа – без особливостей, орган середостіння розташована серединно. Який діагноз, на вашу думку, найбільш вірогідний в даному випадку?

- А. Туберкулома легені.
- В. Гамартома легені.
- С. Пневмосклероз локальний.
- Д. Рак легені, периферічна форма
- Є. Артеріо-венозна аневризма.

20. У хворої 58 років здійснена торакотомія зліва в зв'язку з периферійною пухлиною верхньої долі легені розмірами 1х2 см. Збільшених лімфовузлів в корні легені і середостінні не виявлено. Пальпаторно: пухлина щільної консистенції, щільно злучена з оточуючими тканинами, великогорбкова, не зв'язана з корнем легені, вісцеральна плевра над пухлиною не втянута, пухлина також не зв'язана з грудною стінкою. Іншої патології органів плевральної порожнини, серця, судин, діафрагми не виявлено. Який об'єм операції слід виконати?

- А. Пульмонектомію.
- В. Лобектомію.
- С. Об'єм операції буде вирішено після верифікації процесу.

- Д. Білобектомію.
- Е. Атипову резекцію легені.

21. Хворий К. 64 років потрапив до лікарні зі скаргами на біль у грудній клітині з права, $t = 37,5^{\circ} \text{C}$, утомленість, важке дихання, втрату ваги, кровохаркотіння, змінення голосу. Rg-логічно в корені правої легені: виявлена тінь з нерівним контуром. Який з перерахованих найбільш вірний діагноз?

- А. Плеврит з права.
- В. Рак правої легені.
- С. Тимома.
- Д. Киста перикарда.
- Є. Ехінококоз правої легені.

22. Хвора І, 68 років потрапила до лікарні зі скаргами на потужне дихання; $t = 38^{\circ} \text{C}$, кровохаркотіння, втрату ваги, біль у лівій половині грудної клітини, наявність збільшених надключичних лімфовузлів. Який з перерахованих найбільш вірний діагноз?

- А. Рак лівої легені.
- В. Плеврит з ліва.
- С. Туберкульоз.
- Д. Перикардит.
- Є. Ехінококоз лівої легені.

23. Гамартома – являє собою:

- А. Злоякісна пухлина легені.
- В. Метастатична пухлина.

фібринозної
С. Доброякісна пухлина з волокон жирової, м'язової та
тканини.

Д. Різноманітність дрібноклітинного раку.

Є. Пухлина бронхіальних залоз.

24. Циліндрома являє собою:

А. Пухлина Пенкоста.

В. Злоякісна пухлина бронхіальних залоз.

С. Різноманітність плоско клітинного раку.

Д. Метастатична пухлина.

Є. Аутоімунне захворювання.

25. Тимома являє собою:

А. Злоякісна пухлина легенів.

В. Метастатична пухлина легенів.

С. Пухлина Пенкоста.

Д. Пухлина вилочкової залози.

Є. Різноманітність межестінальних кіст.

26. Невринома являє собою:

А. Пухлина серця.

В. Метастатична пухлина.

С. Доброякісна пухлина межреберних нервів.

Д. Пухлина вилочкової залози.

27. Найбільш інформативним засобом дослідження дивертикулів стравоходу є:

А. КТГ.

В. ЯМР.

С. Езофагоскопія.

Д. Rg-контрасне дослідження стравоходу.

Є. Обзорна Rg-графія.

28. Який з перерахованих засобів лікування тимом вірний?

А. Променева і хіміотерапія.

В. Променева терапія.

С. Оперативне лікування.

Д. Хіміотерапія.

Є. Симптоматична терапія.

29. Який з перерахованих засобів дослідження найбільш інформативне при центральних пухлинах легенів?

А. Обзорна Rg-графія.

В. КТГ.

С. ФБС з біопсією

Д. ЯМР.

Є. Томографія.

30. Який з перерахованих засобів лікування дрібноклітинного раку легенів вірний?

- А. Променева і хіміотерапія.
- В. Хіміотерапія.
- С. Хірургічне лікування.
- Д. Променева терапія.
- Є. Симптоматичне лікування.

Тести КРОК-2 до Теми 23 - Онкологічна патологія легень і плеври - 2 частина

1. Хворий К. – 65 років поступив до лікарні зі скаргами на біль у грудній порожнині з права, кровохаркання, задишку, втрату ваги тіла. При дослідженні рентгенологічно виявлено затеніння без чітких контурів у прикорневій зоні правої легені. Який найбільш мовірний діагноз можна виставити хворому?

- А. Рак правої легені центральна форма.
- В. Рак правої легені периферична форма.
- С. Ехінококоз правої легені.
- Д. Бронхоектатична хвороба.
- Є. Правобічна пневмонія.

2. Хворому Д. – 58 років у клініки засобом Rh, ТГ, ФБС, КТГ, лабораторних досліджень встановлено д/з: рак лівої легені периферична форма, ст. II кл. Гр..П. T₂ N₀ M₀ Який з перерахованих засобів лікування найбільш радикальний?

- А. Лобектомія.
- В. Пульмонектомія.
- С. Лобектомія з послідовною γ- та хіміотерапією.
- Д. Симптоматична лікарняна терапія.
- Є. Тільки γ- або хіміотерапія.

3. Хворому Н. – 53 років засобом клінічних досліджень : Rh, ТГ, КТГ, лабораторних встановлено. Д/з: Невринома заднього межестіння з права. Який з перерахованих засобів лікування найбільш ефективний для хворого.

- А. γ- терапія + симптоматична терапія.
- В. Лікарняна терапія + фізіотерапія.
- С. Симптоматична терапія.
- Д. Правобічна торакотомія, вилучення невриноми.
- Є. Стернотомія, вилучення пухлини.

4. Хворому І, 52 років, котрий знаходиться у клініці засобами: Rh, ТГ, ФБС, КТГ, морфологічних досліджень встановлено д/з : Рак лівої легені центральна форма ст. III кл. Гр..П, T₂ N₀ M₀ . Морфологічно – дрібноклітинний рак. Який найбільш ефективний засіб лікування?

- А. Пульмонектомія зліва.

- В. Променева терапія.
- С. Симптоматична терапія.
- Д. Хіміотерапія.
- Є. Пульмонектомія + γ терапія.

5. Хворому Г., 38 років на підставі клінічних досліджень : Rh, ТГ, КТГ, лабораторних встановлено д/з: пухлина (тимома) передньо-верхнього межестіння. Який з перерахованих засобів лікування слід запропонувати хворому?

- А. Симптоматична терапія.
- В. Оперативне з послідуною γ - або хіміотерапією.
- С. γ -терапія.
- Д. Тільки оперативне лікування.
- Є. Хіміотерапія.

6. Хворому 73 років на підставі клінічних досліджень: Rh, ТГ, КТГ, ФБС + цитологічні дані, лабораторних встановлено: д/з: рак правої легені центральна форма ст. ІУ кл. ІУ. Т₃ N₂ M₁. Легенева кровотеча. Який з перерахованих засобів лікування слід запропонувати хворому?

- А. Оперативне втручання.
- В. γ -терапія.
- С. Симптоматична терапія.
- Д. Пульмонектомія.
- Є. Хіміотерапія.

7. Хворий Б. 58 років поступив до лікарні зі скаргами на втомленість, задишку, втрати ваги тіла.

Rg - лагічно виявлені множинні округлі тіні \emptyset 2-3 см лівої і правої легені.

З анамнезу відомо, що 6 місяців тому хворому видалено праву нирку з приводу світлоклітинного раку. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірний?

- А. Еозінофільна пневмонія.
- В. Метастази світлоклітинного раку.
- С. Ехінококкоз легенів
- Д. Туберкульоз легенів
- Є. Доброякісні пухлини легенів

8. Хворому К. 60 років на підставі клінічних досліджень: Rg, ТГ; КТГ; ФБС, лабораторних даних встановлено: Плоскоклітинний Д/з: Рак правої легені центральна форма ст.ІV пл.гр.ІІ Т₄ N₂ M_x.

При ФБС дослідженні пухлина переходить на трахею. Який з перерахованих засобів лікування вірний?

- А. J - Терапія + симптоматична
- В. Пульмонектомія з права

- С.Хіміотерапія
- Д. J- Хіміотерапія.
- Є.Симптоматична терапія.

9.Хворому В. 58 років засобами клінічних досліджень: Rg; ТГ; КТГ, ФБС, лабораторних, спірометричних встановлено:діагноз Рак правої легені медіастінальна форма. Який з перерахованих заходів лікування вірний?

- А. Пульмонектомія з права;
- В Торакотомія з права, біопсія з послідуною J – та хіміотерапією;
- С Симптоматична терапія:
- Д. Хіміотерапія;
- Є. J –терапія.

10. Хворої Т. 38 років на підставі клінічних досліджень: Rg, ТГ, КТГ. Ехокардіоскопія, лабораторних встановлено діагноз: ретенційна кіста перикарду зліва.

Який з перерахованих засобів лікування вірний?

- А. Пункція кісти перикарду;
- В. Дренування кісти;
- С. Торакотомія зліва, видалення кісти перикарду.
- Д. Симптоматична терапія ;
- Є. Стериотомія, видалення кісти перикарду.

Тести КРОК-2 до Теми 25 - Травми органів грудної клітини

1.Хворий Ж., 42 років доставлений в приймальне відділення з дорожньо-транспортної пригоди (збитий автомобілем 2 години назад). При огляді: стан хворого важкий, сильні болі в правій половині грудної клітини, виражена задишка, сухий кашель, слабкість, запаморочення. Дихання жорстке, справа різко ослаблене, множинні, розсіяні сухі і різнокаліберні, вологі хрипи. Тони серця приглушені, ритмічні . Гемодинаміка стійка. Відмічається помірна підшкірна емфізема правої половини грудної клітини, парадоксальне дихання, флотація грудної стінки справа. При рентгенографії органів грудної клітини (в положенні сидячи): справа множинні подвійні переломи бокових відрізків ребер, легеня колабірована на 1\3 об'єма, пневмогемоторакс зправа. Яка лікувальна тактика у даного пацієнта?

- А. Дренування правої плевральної порожнини.
- В. Торакоскопія зправа, припинення кровотечі, дренування правої плевральної порожнини.
- С. Торакотомія зправа, видалення гемотораксу, припинення кровотечі, дренування правої плевральної порожнини.

*Д. Торакотомія зправа, видалення гемотораксу, припинення кровотечі,
металоостеосинтез ребер, дренивання правої плевральної порожнини.

Є. Розмістити хворого в реанімаційне відділення, дренивати праву плевральну порожнину, провести передопераційну підготовку, а потім виконати операцію торакотомію, видалення гемотораксу, припинення кровотечі.

2. Молодий чоловік 22 років два дні назад впав з дерева висотою близько 2-х м. За медичною допомогою не звертався. Стан погіршився через добу. При огляді: лівий гемоторакс відстає в акті дихання. Гемодинаміка стійка. Дихання справа послаблене, сухі хрипи. Живіт м'який, безбольовий. Симптомів подразнення черевини немає. На рентгеноскопії (в положенні стоячи): ліва легеня коллабірована, органи межестіння зміщені вправо. Який, найбільш вірогідний діагноз у даного хворого?

А. Гемоторакс зліва.

*В. Посттравматичний пневмоторакс зліва

С. Посттравматичний лівосторонній плеврит

Д. Пневмогемоторакс зліва.

3. З дорожньо-транспортної пригоди в приймальне відділення доставлена жінка 27 років, в тяжкому стані, без свідомості, з запахом алкоголю з рота. Об'єктивно: зліва грудна клітина відстає в акті дихання, дихання різко послаблено в нижніх відділах. Тони серця приглушені, ритмічні, пульс 110 уд. в мин., слабкого наповнення. Артеріальний тиск 80/50 мм рт.ст.. Живіт м'який, доступний глибокій пальпації. При рентгенографії лежачи виявляється рідина в лівій плевральній порожнині і перелом задньо-бокових відрізків VII-IX ребер. Враховуючи стан хворої і ймовірно, внутріплевральну кровотечу, яка продовжується, виконано дренивання лівої плевральної порожнини з реінфузією крові, що вилілася і хвору подали в операційну. При торакотомії виявлена гематома межестіння великих розмірів, до діафрагми, гемоторакс близько 400 мл. Яке ушкодження найбільш вірогідне?

А. Пошкодження підключичної артерії.

В. Пошкодження міжреберної артерії

*С. Розрив грудного відділу аорти.

Д. Розрив лівого шлуночка серця і перикарда.

Є. Пошкодження діафрагмальних судин.

4. Хворий 57 років, доставлений в приймальне відділення з проникаючим пораненням грудної клітки зліва. Поранення отримав 2

години назад. Болі в області рани, помірна задишка. Дихання тяжке, зліва послаблене, тони серця приглушені, ритмічні. Гемодинаміка стійка. Рана на грудної стінці розташовується в ІV міжребер'ї по парастеральній лінії, помірно кровоточить. Яка Ваша тактика?

*А. Торакоскопія зліва, встановлено пошкодження внутрішніх органів, при

виявлені поранення серця і копних судин - невідкладна торакотомія.

В. Первинна хірургічна обробка рани, дренування лівої плевральної порожнини.

С. Первинна хірургічна обробка рани.

Д. Негайна передньо-бокова торакотомія, встановлення пошкодження внутрішніх органів, припинення кровотечі.

Є. Первинна хірургічна обробка рани, гемостатики, спостереження за хворим,

рентгенконтроль.

5. Хворий Г., 60 років, доставлений в приймальне відділення через одну годину після травми – був збитий автомобілем. Хвилюють болі в животі, слабкість, запаморочення, холодний піт. Дихання візуальне, проводиться у всіх відділах. Пульс слабкий 110 уд. в хв. Артеріальний тиск 70/0 мм.р.ст..Який діагноз Ви встановите?

А. Розрив полого органа, розлитий перитоніт.

*В. Розрив паренхіматозних органів, внутрічеревна кровотеча, геморагічний шок III-I ступеню.

С. Ортостатичний колапс.

Д. Розрив діафрагми.

6. Хворий М., 66 років, доставлений в лікарню після автодорожньої аварії. Стан хворого важкий, хвилюють болі в лівій половині грудної клітини, кашель, нудота, помірні болі в животі, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: зліва дихання практично не вислуховується, справа – жорсткі, розсіяні, сухі хрипи. Гемодинаміка стійка.

Живіт м'який, больовий при глибокій пальпації в лівому підребір'ї. При рентгенографії

(в положенні сидячі): ліва легеня колабірована, в плевральній порожнині визначаються газові міхурки неправильної форми. Ваш попередній діагноз?

Відповіді:

А.Розрив правого купола діафрагми

*В. Розрив лівого купола діафрагми

С. Посттравматичний пневмоторакс зліва

Д. Пневмогемоторакс зліва

Є. Посттравматичний плеврит зліва.

7. Хворий А., чоловік 22 років, доставлений в лікарню з ножовим пораненням черевної порожнини. При ревізії: поранений канал де зверху вниз, спереду назад і зліва направо, проникаючи в черевну порожнину. Рана сильно кровоточить. Гемодинаміка не стійка, з тенденцією до гіпотензії. При лапаротомії в черевну порожнину більше 2,5 л крові. Виконана реінфузія. Відмічено крізне поранення печінки. Після ушивання печінки, тим паче, кровотеча не зупинилась. Про що слід думати?

Відповіді:

А. ДВС-синдром

В. Передозування консервантів при реінфузії крові

С. Пошкодження правих ніжок

Д. Пошкодження міхурової артерії

*Е. Пошкодження нижньої полої вени.

8. В лікарню доставлений чоловік молодого віку після вогнепального поранення із полювальної рушниці з близької відстані. Стан хворого дуже тяжкий. Гемодинаміка нестійка, з тенденцією до гіпоксії. Вхідний отвір розташовується по середній-кліничній лінії в V міжребер'ї. При ревізії: поранений канал йде зверху вниз, зліва направо і спереду назад. При торакотомії виявлена розтрощена нижня доля лівої легені, рана діафрагми, через яку пролабірує сальник. Яка лікувальна тактика?

А. Вшити рану легені, вправити сальник, ушити діафрагму

В. Ушити рану легені, вправити сальник, ушити діафрагму, дрениувати черевну порожнину.

*С. Виконати нижню лобектомію зліва, ушити рану діафрагми, потім виконати

лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини, зупинкою кровотечі і

послідуючим її дрениванням.

Д. Ушити рани легені, вправити сальник, ушити діафрагму, виконати лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини, зупинкою кровотечі,

дрениванням.

9. В клініку доставлений молодий чоловік 33 років з проникаючим пораненням грудної клітини зліва в VI міжребер'ї по підпахвової лінії. Стан хворого середньої важкості. Хвилюють болі в області рани, дихання зліва декілька послаблене, гемодинаміка стійка. При рентгенографії: в синусі виявляється невелика кількість рідини. Виконана первинна хірургічна обробка рани і дренивання плевральної порожнини з евакуацією близько 300 мл крові, легеня розправилася. На 3-ю добу післяопераційного періода у

хворого з'явилась лихоманка до 38 °С , болі в животі, парез кишкового, нудота. Про що слід думати?

Відповіді:

А. Посттравматичний плеврит зліва

В. Емпієма плеври зліва

*С. Нерозпізнане своєчасно торакоабдомінальне поранення з пошкодженням

органів черевної порожнини.

Д. Двомоментний розрив селезінки

Є. Посттравматична, нижньодольова плевропневмония зліва.

10. Чоловік 42 років доставлений після автокатастрофи (знаходився за кермом автомобіля) зі скаргами: різкий біль в грудях, що посилюється при пальпації з рухом верхніх кінцівок, набряк шиї, слабкість , запаморочення. Об'єктивно: стан хворого важкий, дихання жорстке, проводиться по всіх відділах, сухі хрипи. Гемодинаміка нестійка, з тенденцією до гіпоксії. Відмічаються шлуночні екстрасистоли на ЕКГ і уповільнення внутрішньошлункової провідності, зниження вольтажа. Живіт м'який, безбольовий, симптомів подразнення черевини немає. При рентгенографії органів грудної клітини легеневого поля розправлені без остаточних порожнин, синуси вільні, пневмогемоторакса немає.

*А. Перелом тіла грудини, забій серця, гематома переднього межестіння

В. Перелом тіла грудини, забій серця

С. Перелом тіла грудини, розрив правого шлунку серця, гематома середостіння

Д. Перелом тіла грудини, гематома межестіння.

11. Хворий К., 30 років, доставлений через 2 години після падіння у ванні. Скаржитися на сильну біль в лівій половині грудної клітини, які посилюються при глибокому диханні та кашелю. Стан середньої важкості. Ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання. Флотація фрагмента V ребра з амплітудою 1 см. Пульс 96 за хвилину, АД 120\80 мм. рт. ст. Дихання зліва послаблене, сухі хрипи. Тони серця чисті. На рентгенограмі грудної клітки: перелом V ребра по середньоключичній і середньопіхвовій лінії, проявів пневмогемоторакса немає. Д-з: Закрита травма грудей, перелом V ребра зліва з флотацією, забій легені. Ваша тактика?

А. Дренування плевральної порожнини + антибактеріальна терапія.

В. Торакотомія, відкрита фіксація ребра.

С. Штучна вентиляція легенів.

*Д. Зовнішня фіксація реберного каркасу + протизапальна та антибактеріальна терапія.

Є. Туге бинтування грудної клітки + аналгетики + протизапальна терапія..

12. Хвора Д., 54 років, доставлена після ДТП. Стан важкий. Притомна. Скарги на біль в грудях та череві, слабкість, запаморочення. Пульс 80 за хвилину слабких властивостей. АД 90\50 мм рт. Ст. Ліва половина грудної клітки відстає при диханні, пальпація болюча, помірно виражена підшкірна емфізема. Дихання зліва не проводиться, справа – жорстке, сухі хрипи. Тони серця глухі живіт надутий, болючий більше зліва, печінкова тупість збережена, симптом Щьоткіна-Блюмберга сумнівний. Лапароцентез: одержана кров. На рентгенограмі грудної клітки: ліва легеня підтиснута до кореню, в плевральній порожнині широкий горизонтальний рівень рідини до переднього відділу IV ребра, переломи III-IV ребер по передньопіхвовій лінії, склепіння діафрагми не вирізняються. Ер: $3,0 \cdot 10^9$ /л, Нв –112 г\л, L - $15,0 \cdot 10^9$ /л. Показане оперативне втручання. Ваша тактика?

А. Торакотомія, потім лапаротомія з ревізією органів.

В. Лапаротомія, потім торакотомія з ревізією органів.

С. Тораколапаротомія одночасна.

Д. Лапаротомія, пункція плевральної порожнини.

*Є. Дренування плевральної порожнини, лапаротомія.

13.Хворий С., 15 років, доставлений батьками через 2 години після вогнепального поранення: одноліток випадково вистрілив із самопала в ліву половину грудей. Стан відносно задовільний. Скарги на біль в рані. Пульс 70 за хвилину, ритмічний. АТ 110/70 мм.рт.ст. В III міжребір'ї зліва по сосковій лінії рана 0,4x0,4 см без кровотечі і присмоктуванням повітря. Дихання проводиться у всіх відділах. Тони серця ясні. Ер $4,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв – 140 г\л, L - $9,5 \cdot 10^9$ /л.

На рентгенограмі: у верхньому легеновому полі зліва тінь металевого стороннього тіла розмірами 0,4 x 1,0 см із незначної інфільтрацією навколо, синуси вільні. Д-з: Сліпе вогнепальне пораненні лівої легені, стороннє тіло легені? Ваша тактики?

А. Торакотомія, видалення стороннього тіла.

В. Торакоскопія, видалення стороннього тіла.

*С. Протизапальна терапія, динамічний нагляд.

Д. Відеоторакоскопія, видалення стороннього тіла.

Є. Дренування плевральної порожнини протизапальна терапія.

14.Хворий Ж., 45 років, доставлений у важкому стані після ДТП із вираженим больовим синдромом та значними розладами зовнішнього дихання. Пульс 112 за хвилину, ритмічний, АТ 110\70 мм.рт.ст.. При

фізикальному дослідженні виявлено множинні переломи ребер. При переломах яких ребер спостерігаються найбільш виражені розлади дихання?

А. 1-2 ребер з однієї сторони(верхніх або нижніх).

В. 3-5 ребер з однієї сторони.

*С. Реберні фіртки.

Д. 3-4 ребра із двох сторін.

Є. 6 і більше ребер з однієї сторони.

15. Хвора Ю., 29 років, доставлена через 30 хв. Після падіння із висоти 15 метрів. Скаржиться на біль в правій половині грудної клітки, задишку. Стан середньої важкості. Гемодинаміка стабільна. Дихання над правою легенею не проводиться. На рентгенограмі: переломи VI ребра справа по передньопіхвовій лінії, пневмоторакс. Які рефлекторні механізми при повному колапсі легені не вірні?

*А.Тиск в плевральній порожнині досягає атмосферного.

В. Немає різних коливань тиску і флотуванні середостіння.

С. під час вдиху розміри грудної клітки збільшуються.

Д. Легеня пошкодженого боку компенсує газообмін.

Є. Положення діафрагми звичайне.

16. Хворий М., 50 років, доставлений в клініку через 40 хв. З моменту травми. Грудна клітка була здавлена між стіною та стрілою підйомного крану. Стан дуже важкий. Виражена підшкірна емфізема лица, тулуба та кінцівок ЧД –30 за хвилину. Пульс 120 за хвилину, ритмічний. АТ 140/90 мм. Рт. Ст. Дихання над правою легенею не проводиться. Тони серця глухі. На рентгенограмі: колапс правої легені зі зміщенням середостіння у здоровий бік. Д-з Напружений пневмоторакс, підшкірна емфізема. Пошкодження якого відділу легені найбільш вірогідне?

А. Лінійний розрив верхньої частини легені.

*В. Пошкодження великого бронха.

С. Розрив нижньої частки легені.

Д. Множинні пошкодження парієтальної та вісцеральної плеври.

Є. Множинні пошкодження паренхіми легені із внутрішньолегеневими гематомами.

17. Хворий Н., 67 років, доставлений через 4 години із часу травми. Вилучений із завалу зруйнованого будинку. Стан дуже важкий. Апроціаноз. Набряк шийних вен. Дихання поверхневе із частотою до 36 за хвилину. Пульс 140 за хвилину, аритмічний, слабого наповнення. АТ 80\40 мм.рт.ст. Над правою легенею дихання не проводиться. На рентгенограмі: ателектаз правої легені, середостіння зміщене вправо, пошкоджень кісткового скелету не виявлено. Д-з: здавлення грудної клітки, обтураційний ателектаз правої легені, гіпоксична кома. Вкажіть причину обтурації?

А. Рефлекторний спазм гортані, закриття голосової щілини.

В. Накопичення в трахеї та бронхах значної кількості рідких відходів.

С. Затікання в трахею і бронхи крові із пошкоджених верхніх дихальних шляхів.

Д. Перегинання, здавлення або повні відриви бронхів.

*С. Усе вище переліковане.

18. Хворий А., 33 років, доставлений через 30 хв. Після ДТП. Водій. Травму одержав при чільному зіткненні. Стан агональний. Виражені циркуляторні порушення. Клініка тампонаді серця. Яка найбільш вирогідна причина?

А. Крововилив в порожнину перикарда.

В. Накопичення в плевральних порожнинах повітря під тиском.

С. Емфізема і гематома середостіння.

Д. Накопичення в одній із порожнин повітря під тиском із зміщенням серця і перегинанням великих судин.

*Усе вище переліковане.

19. Хворий П., 42 років, витягнутий із завалу шахти, доставлений в клініку із проявами гострої дихальної недостатності. Стан дуже важкий. На лиці сліди крові, слизу, блювоти. Кома. Пригнічення кашльового рефлексу. Які мироприємства необхідно виконати для достатньої прохідності і дихальних шляхів?

А. Поворот голови на бік, ретельне очищення порожнини рота.

В. Профілактики западіння язика.

С. Санація трахеобронхіального дерева катетером.

Д. Аерозольна терапія.

*С. Трахеостомія.

20. Хвора С., 22 років, оперована з приводу проникаючого поранення грудей із пошкодження великої судини. В плевральній порожнині біля 2 літрів крові із згортками. Зібрано для реінфузії 1500 мл крові. Через скільки шарів марлі необхідно виконати фільтрацію крові безпосередньо до ампулі ЦПК, із якої кров переливають хворому?

А. 2.

В. 4.

С. 6.

*Д. 8.

Є. 10.

21. Хворий Ю., 18 років, у бійці одержав удар ножем 20 хв. назад в область У міжребір'я зліва по передньопіхвовій лінії. Стан середньої важкості. Пульс 100 за хвилину. АТ 110/70 мм.рт. ст. У міжребір'ї рана 0,4x4 см, не кровоточить, повітря не присмоктує. Дихання послаблене. Тони серця ясні. На рентгенограмі: обмежений пневмгемоторакс зліва, тінь середостіння не розширена, положення звичайне. Діагностична плевральна пункція. Проба Рувілуа-Грегуара позитивна. Подальша тактика?

А. Плевральна пункція, аспірація крові та повітря, рентген-контроль.

В. "Безперервні" плевральні пункції, рентген-контроль.

С. Дренування плевральної порожнини.

Д. Торакотомія шляхом розширення рани грудей.

*Є. Ти пічна торакотомія.

22. Хворий Ж., 20 років, звернувся зі скаргами на біль в лівій половині грудей, кашель, підвищення температури тіла до 39° , задишку при напруженні. 3 тижні тому переніс ножове поранення лівої підлопаткової області. Рана була зашита у травмпункті. Дихання над лівою легенею різко послаблене. На рентгенограмі: масивна тінь зліва із мілкими горизонтальними рівнями. Діагностична плевральна пункція: одержана невелика кількість світло-жовтої рідини і маленькі згортки крові. Ваш діагноз?

А. Лівостороння плевропневмонія.

В. Емпієма плеври.

*С. Згорнутий гемоторакс.

Д. Гемоплеврит.

Є. Хілоторакс.

23. Хвора Г., 26 років, побита співжителем. Госпіталізована через 2 години. Стан середньої важкості. При рентгенівському обслідуванні: переломи ІХ-Х ребер справа, обмежений пневмогемоторакс. Плевральна порожнина дренована: видалення повітря і 300 мл гемолізованої крові, герметизм в плевральній порожнині стійко не утримується. Тахікардія до 112 за хвилину. АТ 110/180 мм.рт.ст. Дихання послаблене. По дренажу виділяється повітря. Язик сухий. Помірне вздуття черева, болючість у правому підребр'ї та мезогастрії. Симптоми подразнення черевини сумнівні. На контрольних рентгенограмах: пневмоторакс повністю не знешкоджений; пневматоз кишковника; високе стояння склепу діафрагми. Ер $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв – 100 г/л, L – $20,0 \cdot 10^9$ /л. Яка подальша тактика?

А. Додаткове дронування плевральної порожнини.

В. Пасивна аспірація плевральної порожнини.

*С. Лапаротомія.

Д. Чекання до появи “більш наявних симптомів”.

Є. Торакотомія.

24. У хворого А., 67 років, із множинними переломами ребер справа виражена задишка, забруднений кашель, підвищення температури тіла до 38° на 2 доби знаходження у стаціонарі. У анамнезі – хронічний обструктивний бронхіт? Які міри необхідно для вільного проходження трахеї та бронхів?

А. Пробудження хворого до раннього частого і інтенсивного кашелю.

В. Внутрішньотрахеальне вливання сумішів антибіотиків.

С. Через шкірну катетеризація трахеї.

Д. Лікувальна бронхоскопія.

*Є. Усі відповіді вірні.

25. У хворого Н., 57 років, із множинним двостороннім переломом ребер на 3 добу із моменту госпіталізації діагностовано пост травматична пневмонія. Яка із перелікованих пневмоній може призвести до летального наслідку?

А. Первинно травматична, рефлексорна.

В. Вторинна (аспірацій на, ателектатична, токсикоз-сектична, гіпостатична).

С. Інфаркт пневмонія.

Д. Крупозна пневмонія.

*Є. Всі перераховані.

26. У хворого М., 30 років, через 2 тижні після виписки із стаціонару з'явилося овальне випинання в У міжребер'ї між передньою та середньо піхвою лінією. Лікувався у зв'язку із здавленням грудної клітки із переломом ребер. Яке ускладнення травми, найбільш вірогідно виникло у хворого?

А. Неконсолідований перелом ребра.

В. Організована гематома грудної стінки.

С. Загноєна гематома грудної стінки.

*Д. Розрив міжреберних м'язів, легенева грижа.

Є Оссифікована гематома.

27. Хворий О., 45 років, був придавлений трактором до стовпа. Поступив через 2 години з часу травми. Виявлені переломи задніх відрізків III-IV ребер зліва по 2 лініям. Який метод стабілізації ребер необхідно використати ?

*А. Стабілізації не потребує.

В. Зовнішня стабілізація зі скелетним ви тяжінням.

С. Зовнішня панельна фіксація.

Д. Відкрита фіксація із металоостеосинтезом.

Є. Відкрита лігатурна фіксація.

28. У приймальному відділі – масове звернення хворих із травмою грудей після ДТП. Кому із потерпілих необхідно виконати невідкладне рентгенологічне дослідження?

А. Із клінічними проявами переломів 1-2 ребер.

В. 3-4 ребер.

С. Двосторонніми переломами ребер.

Д. Із клінічними проявами пневмо- і гемоторакса.

*Є. Усім потерпілим незалежно від важкості травми.

29. У хворої А., 22 років, під час торакотомії виявлена колото-різана рана нижньої частки легені. Яке оперативне втручання може бути виконане у залежності від ступеню пошкодження легеневої тканини?

А. Лінування рани.

В. Вузлові, П-образні, 8-образні шви.

С. Апарати УО- 40 і УО – 60 .

Д. Резекція легені.

*Є. Усі перераховані.

30. У хворого К., 29 років, на 3 добу після операції у зв'язку з ножовим пораненням по дренажу із плевральної порожнини почала виділятися рідина кольору "кава з молоком". Підозра на пошкодження грудного протоку. У який спосіб можна підтвердити діагноз?

А. Контрастування плевральної порожнини через дренаж.

В. Проба Рувілуа-Грегуара.

*С. Проба на забарвлення (краска ДЕС-17 або ДЕС-18: звичайна губна помада).

Д. Проба Петрова.

Є. Введення метиленової синьки через рот.

Тести КРОК-2 до Теми 27 - Синдром ішемії кінцівок

1. Хворий 30 років, скаржиться на біль у обох ніг при ходінні, повинен зупинятися через кожні 150-200 метрів. Обидві стопи бліді, прохолодні. Пульс на тильних артеріях стіп відсутній. Нігті стовщені, легко ламаються. Яка стадія облітеруючого ендартеріїту у хворого?

А. I

В. II

С. III

Д. IV

Є. V

2. Що з нижчезказаного найбільш ефективно в корекції регіонального кровоплину кінцівок?

А. Гепарин

В. Трен тал

С. Поліглюкін

Д. Альбумін

Є. Реополіглюкін

3. У випадку дистальної оклюзії магістральних артерій операцією вибору є:

А. Ендартеректомія

В. Тромбемболектомія

С. Ампутація

Д. Симпатекомія

Є. Шунтування магістральних артерій.

4. Які з нижчезказаних препаратів мають найбільш виражену тромболітичну активність?

А. Поліглюкін

В. Гепарин

С. Фенілін

Д. Реополіглюкін

*Є. Стрептокіназа

5. Найбільш розповсюджений хірургічний доступ до черевного відділу аорти:

А. Середина лапаротомія

В. За Пироговим

С. За Мак-Бурнеєм

Д. За Робом

Є. За Федоровим

6. Порушення артеріального кровоплину I ступня в нижній кінцівці за Фонтейном це виникнення болю при дистанційному шляху:

- A. 50-100 м
- B. 100-150 м
- C. 150-200 м
- D. 200-250 м
- E. 250-500 м

7. Порушення артеріального кровоплину II ступня в нижніх кінцівках за Фонтейном це виникнення болю при дистанційному шляху:

- A. 50-100 м
- B. 100-150 м
- C. 150-200 м
- D. 200-250 м
- E. 250-500 м

8. Що з нижчепереліченого є прямою рентгенологічною ознакою оклюзії магістральних артерій ?

- A. Вихід контрасту за межі судини
- B. Обрив контрастної речовини по ходу судини
- C. Симптом перевернутої свічки
- D. Добрий регіональний кровоплин
- E. Чаші Клойбера

9. Яка з нижчеперелічених речовин є основним антидотом гепарина ?

- A. Манітол
- B. Мерказоліл
- C. Протамінсульфат
- D. Метіонін
- E. Трентал

10. Антикоагулянтами непрямої дії є усі нижчеперелічені крім:

- A. Синкумар
- B. Пелетан
- C. Дикумарін
- D. Гепарин
- E. Фенілін

11. Хворий В., 68 років, терміново потрапив до лікарні зі скаргами на виражену біль у правій кінцівці, неможливість самостійно ходити, втрату чутливості у кінцівці. Об'єктивно: права кінцівка "мармурового" кольору, холодна, пульсація на стегновій та підколінній артеріях відсутня. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірний?

- A. Аортоартереїт
- B. Тромбоз правої стегнової артерії
- C. Післятромбофлебітичний синдром
- D. Лімфостаз
- E. Варикозна хвороба

12. Синдром Ляриша означає:

- A. Тромбоз біфуркації черевного відділу аорти
- B. Тромбофлебітом глибоких вен
- C. Лимфостазом кінцівок

- Д. Ілеостегновим тромбозом
Є. Тромбозом стегнової артерії
13. Найбільш вірним засобом дослідження рівня ураження артеріальних судин є:
- А. Доплероскопія
 - В. Визначення пульсації периферійних артерій
 - С. Артеріографія
 - Д. Венографія
 - Е. Функціональні проби
14. Хвороба Бюргера визначається:
- А. Тромбоемболією стегнових артерій
 - В. Неспецифічний артеріїт дрібних артеріол
 - С. Тромбоемболією каротидних артерій
 - Д. Тромбозом ниркових артерій
15. Синдром Такоясу визначається:
- А. Тромбозом черевних судин
 - В. Тромбозом стегнових артерій
 - С. Тромбоемболією каротидних артерій
 - Д. Ілеостегновим венозним тромбозом
 - Є. Лімфостазом кінцівок
16. Який з перерахованих засобів лікування найбільш ефективний для хворого К., 68 років, який знаходиться у лікарні з діагнозом: Тромбоз лівої стегнової артерії:
- А. Інфузійна дезагрегантна терапія
 - В. Інтимтромбектомія з лівої стегнової артерії
 - С. Ампутація кінцівки
 - Д. Симпатекомія
 - Є. Симптоматична терапія
17. Хворому М., 64 років, котрий знаходиться у лікарні, встановлено діагноз: Тромбоз біфуркації аорти (с-м Ляриша). Який з перерахованих засобів лікування найбільш ефективна для хворого?
- А. Інфузійна дезагрегантна терапія
 - В. Аортостегнове біфуркаційне шунтування
 - С. Симпатекомія
 - Д. Ампутація кінцівки
 - Є. Симптоматична терапія
18. Який з перерахованих засобів лікування потрібен хворому Т., 73 років з діагнозом: Атеросклероз судин кінцівок, ішемія правої кінцівки ІУ ст. Суха гангрена правої кінцівки.
- А. Дезагрегантна терапія
 - В. Симпатекомія
 - С. Ампутація правого стегна у в/3
 - Д. Ампутація правої гомілки
 - Є. Інтимтромбектомія

19. Хвора Т., 68 років, терміново потрапила до лікарні зі скаргами на виражену біль у лівій кінцівці, втрату чутливості. Об'єктивно: ліва кінцівка холодна, при пальпації, пульсація на стегновій артерії відсутня. Який з перерахованих діагнозів вірний?

- А. Посттромбофлебітичний синдром
- В. Лимфостаз
- С. Ілеофеморальний венозний тромбоз зліва
- Д. Тромбоз лівої стегнової артерії
- Є. Варикозна хвороба

20. Хворий С., 65 років, котра знаходиться у лікарні, встановлено діагноз: тромбоемболія лівої стегнової артерії. Який вірний засіб лікування необхідно запропонувати ?

- А. Симптоматична терапія
- В. Інфузійна дезагрегантна терапія
- С. Операція – інтимтромбектомія
- Д. Ампутація кінцівки
- Є. Симпатектомія.

21. Хвора 56 років. Близько 15 років хворіє миготливою аритмією. Звернулась зі скаргами на раптові інтенсивні болі в області епігастрія, нудоту, блювоту, що виникли 2 години тому. Об'єктивно живіт здутий, язик сухий, нервова система напружена, перистальтика не вислуховується. В крові виражений микоцитоз. Поставте попередній діагноз.

- А. Гострий панкреатит.
- В. Інфаркт міокарду.
- С.Тромбоембоз мезонтеріальних артерій.
- Д. Грип.
- Є. Печінкова коліка.

22. Хвора 70 років, близько 15 років хворіє на варикозну хворобу. Не оперувалась .

Машиною швидкої допомоги доставлена зі скаргами на гостру нестачу повітря, кашель, кровохаркання, біль в грудях, підвищення температури тіла. Об'єктивно: набухання шийних вен, ціаноз лиця та верхньої половини тулуба. В легенях вологі хрипи, вислуховується шум, тертя плеври. Ваш попередній діагноз:

- А.Гостра пневмонія.
- В.Тромбоемболія легеневої артерії.
- С. Бронхіальна астма.
- Д. Інфаркт міокарду.

23. Хворий Л., 60 років, поступив в лікарню зі скаргами на постійні ниючі болі у нижніх кінцівках, швидко втому, зміну кольору шкіри, судоми. Діагноз?

- А. Варикозна хвороба.
- В. Облітеруючий ендартеріт .Ішемічна стадія.
- С. Тромбофлебіт.
- Д. Хвороба Рейно.

- Є. Облітеруючий ендартеріт.
24. Хвора С., 30 років, поступила в лікарню зі скаргами на болі, які посилюються при русі, фізичному навантаженні у правій нозі. В анамнезі травми нижніх кінцівок. При огляді: болючі ущільнення на правій нозі, $t^{\circ}C$ субфебрильна. Діагноз?
- А. Варикозна хвороба.
 - В. Облітеруючий ендартеріт.
 - С. Гострий тромбофлебіт поверхневий вен
 - Д. Хвороба Рейно.
 - Є. Тромбофлебіт глибоких вен.
25. Хворий К., 70 років, поступив в лікарню зі скаргами на рани на нижніх кінцівках, які довго не загоюються, швидко втому, постійна важкість в ногах, часті судоми в гомілках м'язів. При проведенні обстеження був встановлен діагноз?
- А. Варикозна хвороба.
 - В. Тромбофлебіт.
 - С. Облітеруючий ендартеріт.
 - Д. Хвороба Рейно.
 - Є. Облітеруючий атеросклероз.
26. Хворий Р., поступив в лікарню зі скаргами на відчуття оніміння "повзання мурашок", порушення активних рухів, мармуровий відтінок шкіри. Визначте діагноз.
- А. Тромбофлебіт.
 - В. Гостра артеріальна недостатність.
 - С. Хвороба Рейно.
 - Д. Облітеруючий ендартеріт.
 - Є. Гострий тромбофлебіт поверхневих вен.

Тести КРОК-2 до Теми 29 - Проблеми тромбозів та емболій- Частина 1

1. Хворий, 59 років, поступив у приймальне відділення зі скаргами на біль та набряк лівої нижньої кінцівки. Захворювання почалося раптово, під час нічного сну, з попередніх судорог м'язів гомілки. Об'єктивно: пульсація на артеріях стоп чітка, ліва гомілка та стопа в об'ємі збільшена на + 5см. Попередній діагноз:
 - А. Гострий тромбоз підшкірних вен.
 - В. Гострий ілео-феморальний тромбоз.
 - С. Гострий тромбоз глибоких вен гомілки.
 - Д. Тромбоемболія стегнових та підколінної артерій.
 - Є. Тромбоемболія гомілкових артерій.
2. У молодій жінки, 24 років, в пологовому будинку на 3 день після пологів, виникла біль і набряк лівого стегна, з'явилася гектична температура. Що з переліченого необхідно виконати в першу чергу?
 - А. УЗД органів малого тазу.

- В. Інфузійну терапію.
С. Доплерографію глибоких вен нижніх кінцівок.
Д. Мануальне дослідження органів тазу.
Є. Загальний аналіз крові та сечі.
3. У хворого 75 років раптово виникла біль в правій нижній кінцівці, похолодання її та зниження чутливості та руху в гомілковому та фалангових суглобах. Хворий, в анамнезі, переніс інфаркт-міокарду, страждає ІХС, гіпертонію. Яке дослідження необхідно виконати в першу чергу?
- А. ЕКГ.
В. Определити пульсацію на магістральних артеріях кінцівок.
С. Ро-граму органів грудної клітини.
Д. Артеріографію.
Є. Радіоізотопне дослідження функції нирок.
4. У хворого 70 років, який страждає ІХС, аритмією, виникла раптова біль в лівій руці, зниження її чутливості та руху в суглобах. Що треба виконати в першу чергу для деталізації діагнозу?
- А. ЕКГ.
В. Доплерографію.
С. Ангіографію.
Д. Ро-граму шийно-грудного відділу хребта.
Є. Пальпаторно определити пульсацію на артеріях китиці.
5. Що з переліченого являється дезагрегантом?
- А. Гепарін.
В. Фраксіпарін.
С. Фрагмін.
Д. Трентал.
Є. Актелізе.
6. Під час автомобільної аварії у пасажирів 42 років виник відкритий перелом стегна з активною артеріальною кровотечею. Що необхідно зробити в першу чергу:
- А. Накласти жгут вище місця перелому.
В. Накласти жгут нижче місця перелому.
С. Накласти два жгута – вище та нижче перелому.
Д. Томпанаду рани.
Є. Ввести гепарін.
7. У вагітної жінки 25 років раптово виникла картина гострого тромбозу підшкірних вен н/кінцівок. Що необхідно назначити хворій?

- А. Аспірін
- В. Цефазолін.
- С. Гепарин.
- Д. Гентаміцин.
- Є. Диовенор.

8. У вагітної жінки 25 років раптово виникла картина гострого тромбозу підшкірних вен н/кінцівок з розположенням тромбу в в/з стегна. Яка найбільш правильна тактика?
- А. Еластичне бинтування.
 - В. Призначення аспірину.
 - С. Кесареве печіння.
 - Д. Перев'язка уст'я великої підшкірної вени.
 - Є. Флебектомія.
9. У хворого з порушенням кровотоку головного мозку виявлений гемодінамічно значний стеноз біфуркації сонних артерій. Виберіть оптимальне рішення в тактиці лікування.
- А. Консервативна терапія.
 - В. Фізіопроцедури.
 - С. Санаторно-курортне лікування.
 - Д. Ендартеректомія.
 - Є. Нагляд в динаміці.
10. У хворого з стенозом ниркової артерії виявлена симптоматична гіпертензія. Що необхідно виконати хворому?
- А. Консервативне лікування.
 - В. Нагляд в динаміці.
 - С. Нефронексію.
 - Д. Адреналектомію.
 - Є. Ендартеректомію.
11. Найбільш частішим чинником ТЕЛА є:
- А. Басейн верхньої порожнинистої вени.
 - В. Праві відділи серця.
 - С. Басейн нижньої порожнини вени.
 - Д. Вени малої миски.
 - Є. Все перераховане.
12. Основним клінічним синдромом протікання ТЕЛА є:
- А. Легенево-плевральний.
 - В. Кардіальний.
 - С. Абдомінальний.
 - Д. Все перераховане.
 - Є. Тільки А та Б.
13. Серед діагностичних методів при ТЕЛА найбільш інформативні:
- А. Електрокардіографія.

- В. Реопульмонографія.
 - С. Ангіопульмонографія.
 - Д. Перфузійне сканування легень.
 - Є. Усі методи однаково інформативні.
14. При гострому порушенні мезентеріального кровообігу головну роль в клінічній картині відіграють:
- А. Біль у животі, нудота та блювота.
 - В. Порушення ендovasкулярної функції кишковика.
 - С. Кров в калі (“Малинове желе”)
 - Д. Все перелічене.
 - Є. Тільки А и Б.
15. При емболії верхньої брижової артерії з клінікою гострого порушення мезентеріального кровообігу операцією вибору є:
- А. Протезування артерії.
 - В. Шунтування артерії.
 - С. Ендартеректомія.
 - Д. Тромбемболектомія.
 - Є. Все перелічене.
16. При гострому порушенні мезентеріального кровообігу розрізняють наступні стадії:
- А Ішемії.
 - В. Інфаркт кишковика
 - С. Гангрени кишковика.
 - Д. Перитоніту.
 - Є. Всі перелічені.
17. Операцією вибору при тромбозі та емболії ниркової артерії без органічного звуження є:
- А. Протезування ниркової артерії.
 - В. Шунтування.
 - С. Транс артеріальна ендартеретомія.
 - Д. Транс аортальна тромбемболектомія.
 - Є. Всі перелічені методи.
18. Чинниками артеріальної емболії не можуть бути:
- А. Атеросклеротичний кардіосклероз.
 - В. Гострий інфаркт міокарду.
 - С. Вада трікуспідального клапану.
 - Д. Атеросклероз аорти.
 - Є. Аневризма аорти.
19. Клінічна картина гострої артеріальної непрохідності залежить від:
- А. Чинника ембол- чи тромбогенного захворювання.
 - В. Ступіні декомпенсації серцевої діяльності.
 - С. Чинника гострої артеріальної непрохідності.
 - Д. Ступіні ішемії.
 - Є. Усього переліченого.
20. Синдром гострої ішемії кінцівки не включає:

- А. Біль в ураженій кінцівці.
 - В. Порушення чутливості.
 - С. Порушення активних рухів в суглобах.
 - Д. Контракту колінного суглоба при збереженні пасивних рухів в гомілково-ступеневому суглобі.
 - Є. М'язову контрактуру.
21. При гострій артеріальній непрохідності диференціальний діагноз слід проводити з:
- А. Емболією артерій.
 - В. Тромбозом артерій.
 - С. Гострим тромбозом глибоких вен.
 - Д. Хронічними тромбооблітеруючими захворюваннями.
 - Є. Всім переліченим.
22. Найбільш інформативним при гострій артеріальній непрохідності:
- А. Реовазографія.
 - В. Ультразвукова доплерографія
 - С. Радіоізотопні методи.
 - Д. Все перелічене.
 - Є. Тільки Б та В.
23. Абсолютними проти показами до операції на судинах при гострій артеріальній непрохідності є:
- А. Агональний стан хворого.
 - В. Тотальна ішемічна контрактура.
 - С. Ішемія ША ступені, обумовлена тромбозом підколінної артерії.
 - Д. Все перелічене.
 - Є. Тільки А.Б.
24. Операцією вибору при гострій тромбемболії стегнової артерії без вираженого оклюдуєчого поразення атеросклеротичного генезу є:
- А. Протезування артерії.
 - В. Шунтуюча операція.
 - С. Тромбоектомія зондом Фогарті.
 - Д. Ендартеректомія.
 - Є. Любий з перелічених методів.
25. Операцією вибору при тромбоектомії стегнової артерії на тлі різко вираженої атеросклеротичної сегментарної її оклюзії є:
- А. Протезування артерії.
 - В. Шунтуюча операція аутовенною.
 - С. Тромбоектомія зондом Фогарті.
 - Д. Ендартеректомія.
 - Є. Любий з перелічених методів.
26. Показом до повздоженої артеріотомії при операції з приводу гострої артеріальної непрохідності є:
- А. Виражене атеросклеротичне ураження судини.
 - В. Емболії біфуркації аорти та клубових артерій.
 - С. Пряме видалення фіксованого тромбу.

Д. Великий строк з моменту емболії (понад 2 доби)_

Є. Все перелічене.

27. Хворий В., 53 років, що хворіє на мигатливу аритмію, доставлений в приймальний відділ зі скаргами на інтенсивний біль в лівій ступні і гомілці, які затримують рухи. Біль виник 2 години тому раптово на тлі пароксизму мигатливої аритмії. Пульс є на лівій стегновій артерії, нижче не оприділяється. Ліва ступня холодніша правої на дотик, шкірні покриви на лівій ступні і гомілці “мармурові”. Який діагноз у хворого?

А. Ішемічний інсульт.

В. Емболія підколінної артерії.

С. Гострий тромбоз лівої стегнової артерії.

Д. Ішіокардікуліт

Є. Ангіоспазм.

28. хворий 48 років, що страждає на облітеруючий атеросклероз судин ніг, звернувся до хірурга зі скаргами на біль в правій гомілці і підколінній ямці ішемічного характеру. Вчора ввечері отримав удар твердим предметом в ділянку нижньої третини стегна по передньо-медіальній поверхні, біль з'явився на другий день вранці, підсилюється при спробі ходьби, відмічається судомості подергування м'язів та гомілки. Права ступня бліда, холодніша лівої на дотик, активні руки в правому гомілково-ступневому суглобі відсутні, пульс на правій стегновій артерії підсилений, нижче-відсутній. Про яку патологію слід думати?

А. Пост травматичний неврит.

В. Ангіоспазм.

С. Тромбоз правої артерії в ділянці Гуптерова каналу.

Д. Емболія правої підколінної артерії.

Є. Ішіорадікуліт.

29. У хворого С., 67 років, що страждає на облітеруючий атеросклероз судин ніг понад 6 років, раптом різко підсилюється біль в лівій гомілці і ступні. В ургентному порядку був оперований, під час операції виявлений тромбоз стегнової артерії в ділянці її біфуркації. При ревізії після відкритої тромб емболії виявлено, що поверхнева стегнова артерія повністю облітерована, а вустя глибокої звужено за рахунок атеросклеротичної бляшки. Який вид операції слід виконати?

А. Уверсійну ендаректомію з поверхневої стегнової артерії.

В. Обхідне ауто венозне шунтування, незважаючи на відсутність ретроградного крововпливу.

С. Алло протезування.

Д. Магістралізацію глибокої артерії стегна з ендартеректомією з вустя.

Є. Поперекову симпатектомію.

30. Хворий Н., 43 років, що страждає на синдром Леріша, пустував з клінічною картиною повної оклюзії лівої клубової артерії. Під час

екстреної операції виявлено тромбоз атеросклеротично зміненої зовнішньої клубової артерії зліва, тромб щільний, видалений з технічними труднощами. Яким має бути об'єм проводимої операції?

- А. Обмежитись тромбектомією.
- В. Доповнити операцію поперековою симпатектомією.
- С. Доповнити операцію ендартеректомією.
- Д. Провести біфуркаційне алло протезування.
- Є. Провести лівобіччя клубово-стегове алло протезування.

Тести КРОК-2 до Тем 29 - Проблеми тромбозів та емболій- Частина 2

1. У молодій жінки на п'ятий день після абортів з'явилися різкі болі в підколінній

ділянці і гомілі, блідість шкіри на лівій ступні. Болі підсилюються під час рухів. Діагностувала гостра тромбоемболія лівої підколінної артерії. Яка причина виникнення тромбоемболії у хворої?

- А. Хронічні запальні процеси в животі і малому тазі;
- В. Травми судин;
- С. Підвищене згортання крові;
- Д. Пороки серця;
- Є. Мерцательна аритмія.

2. Хворий 64 років, який на протязі багатьох років хворіє на серцево-судинну недостатність, звернувся ургентно до хірурга з приводу інтенсивних болів в правій нозі ішемічного характеру. Зв'язує появу болів підняттям тяжісті. Об'єктивно відмічається блідість всієї кінцівки, похолодання шкіри до середини стегна, больова обмеженість рухів в кінцівці. В якій судині у цього хворого треба думати про тромбоемболію?

- А. В ниркових судинах;
- В. В черевній аорті;
- С. В стегових судинах;
- Д. В легенових судинах;
- Є. В сонних артеріях.

3. У жінки 35 років на 9 день після пологів раптово з'явився біль в нижніх ділянках живота і похолодання та блідість обох нижніх кінцівок. Загальний стан важкий. Діагностовано тромбоемболія біфуркації черевної аорти. Чим можна пояснити важкість стану хворої?

- А. Дихальною недостатністю.
- В. Гіпоксією та рефлекторною розладністю гемодинаміки;
- С. Різким зниженням АД;
- Д. Больовим синдромом;
- Є. Відсутністю рухів в обоїх кінцівках.

4. Хворий 52 років серед повного здоров'я вночі прокинувся від різкого болю в правій нозі. При спробі активних рухів біль різко підсилювався.

Запідозрена тромбоемболія стегнової артерії. На яку ознаку треба орієнтуватися в першу чергу при діагностиці захворювання?

А. Похолодання кінцівки; біль в нижній кінцівці. Як тече захворювання при

В. Контрактура в гомілково-ступеньовому суглобі;

С. Відсутність пульсації на периферичних судинах;

Д. Почервоніння шкіри на гомілці і стегні;

Є. Біль зникає коли ноги спущені до низу.

5. Хвора 58 років на протязі багатьох років боліє ревматизмом, крім цього часто болить хребет в ділянці поперека. З якими захворюваннями треба проводити диференційну діагностику?

А. Серцево-судинною недостатністю;

В. З травмою хребта в ділянці поперека;

С. З ложною аневризмою черевної аорти;

Д. З колансом.

Є. З онкологічними захворюваннями.

6. Хвора 62 років поступила в клініку на п'ятий день захворювання зі скаргами на переміжку кульгавість судоми в м'язах гомілки, парестезії в стонах. На правому стегні відсутня пульсація, трофічні зміни шкіри на ступні і гомілці, больова обмеженість рухів. За якою класифікацією будете визначати ступінь ішемії кінцівки?

А. по А.В. Покровському;

В. по Н.Н. Бурденко;

С. по В.С. Савельову;

Д. по Фонтену;

Є. по А.А. Шалімову.

7. Хвора 42 років привезена машиною швидкої допомоги з сильними болями і синюшністю лівої нижньої кінцівки. Який засіб дослідження Ви застосуєте для визначення рівня обструкції артерій кінцівки?

А. Реовазографія;

В. Доплероскопія;

С. Дуплексне сканірування;

Д. Ангіографія;

Є. Шкіряна термографія.

8. Хворий 53 років, який хворіє на облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок, поступив у клініку на 7-й день з моменту погіршення стану – підсилення болю в правій позі, похолодання ступні, зниження фізичної активності, трофічні зміни шкіри на гомілці. Який засіб лікування Ви запровадите в першу чергу?

А. Спокій і тепло на кінцівку.

В. Внутрішньовенне введення спазмолітиків.

С. Введення тромболітиків.

Д. Введення гепаріна і фраксіпаріна.

- Є. Дрібні дози аспіріну.
9. Які Ви знаєте показання для хірургічного лікування облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок?
- А. Короткий період від начала захворювання.
 - В. Виражена ішемія кінцівки.
 - С. Відсутність пульсу на гомілці і стегні.
 - Д. Знижена шкіряна температура.
 - Є. Підвищення АД.
10. Хворий 59 років звернувся до ангіохірурга з інтенсивними болями в лівому стегні і гомілці. Не спав 3 ночі внаслідок болю. Діагностована оклюзія лівої стегнової артерії на рівні Гунтерові канала. Вирішено застосувати оперативне лікування. Яку операцію треба робити?
- А. Міццєве обезболування.
 - В. Перідуральна анестезія.
 - С. Пряма тромбектомія.
 - Д. Обхідне шунтування.
 - Є. Тромбектомія з спеціальним зондом.
11. Хворий 57 років з явищами атеросклеротичної оклюзії лівої стегнової артерії і ішемією лівої гомілки і ступні ІІБ – ІІІ ступіню знаходиться на стаціонарному лікуванні. Запропоновано оперативне лікування, від якого хворий відмовляється. Які можуть бути результати консервативної терапії?
- А. Повне видуження.
 - В. Часткове видуження.
 - С. Розвивається гангрена кінцівки.
 - Д. Раптова смерть.
 - Є. Втрата працездатності.
12. Хворий 48 років с явищами гострої тромбоемболії лівої підколінної артерії прибув до лікарні черезх 2 години після початку захворювання. В терміновому порядку йому зроблена відповідна операція. Які треба очікувати результати?
- А. Повне видужання.
 - В. Може розвинутих гангрена пальців.
 - С. Не повне сгибання і розгибання кінцівки.
 - Д. Може виконувати всі види праці.
 - Є. Потребує санаторне лікування.
13. Для того, щоб у хворого після консерваторного і оперативного втручання не розвилась тромбемболія судин, хворому потрібно провродити профілактику:
- А. Не бути сильно жирним.
 - В. Проводити спеціальну гімнастику.
 - С. Назначити ліки які знижують згортання крові.
 - Д. Лікувати серцево - судинну недостатність.
 - Є. Бінтувати ноги еластичним бінтом.

Тести КРОК-2 до Теми 29 - Проблеми тромбозів та емболій- Частина 3

1. Хворий 63 років захворів раптово, з'явився набряк та біль в правій нижній кінцівці. З анамнезу: на протязі року знаходився під наглядом уролога з приводу аденоми статевої залози. Що з вказаного необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- А. УЗД органів низки.
- В. Флебографію.
- С. УЗДГ.
- Д. Загальний аналіз сечі та крові.
- Є. Флюорографію.

2. Жінка 38 років, страждає посттромбофлебітичним синдромом лівої нижньої кінцівки. Що з вказаного необхідно виконати для рішення питання про об'єм хірургічного лікування?

- А. Допплерографія.
- В. Ретроградна флебографія.
- С. Висхідна флебографія.
- Д. Аортоартеріографія.
- Є. Селективна ангиографія.

3. У вагітної жінки 26 років, яка страждає посттромбофлебітичним синдромом правої нижньої кінцівки на протязі 3-х років, збільшився набряк (та біль в лівій нижній кінцівці). Яка оптимальна тактика в лікуванні?

- А. Перев'язка устя V.Saphi magna.
- В. Перев'язка комунікантних вен гомілки.
- С. Тромбектомія.
- Д. Консервативна терапія.
- Є. Фізіопроцедури.

4. У хворого 68 років на посттромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії стегнових вен оптимальним є:

- А. Видалення вен.
- В. Перев'язка комунікантних вен гомілки
- С. Операція Пальма.
- *Д. Операція Хюснї.
- Є. Операція Бебкока-Нарате.

5. У хворого 68 років на посттромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії здухвинних вен оптимальним є:

- А. Видалення вен.
- В. Перев'язка комунікантних вен гомілки
- С. Операція Пальма.
- Д. Операція Хюснї.
- Є. Операція Бебкока-Нарате.

6. У хворого 80 років з приступом стенокардії, з вираженим набряком нижніх кінцівок з приводу синдрому нижньої полої вени виникла трофічна виразка в н/з лівої гомілки. Яка оптимальна лікувальна тактика?

- А. Хірургічне лікування.
- В. Консервативне лікування.
- С. Тромболітична терапія.
- Д. Променева терапія.
- Є. Хіміотерапія.

7. У хворого 46 років з посттромбофлебітичним синдромом нижніх кінцівок в стадії реканалізації глибоких вен оптимальним лікуванням є:

- А. Консервативна терапія.
- В. Тромболітична терапія.
- С. Операція Хюсні.
- Д. Операція Пальма.
- Є. Пересадка сегмента вен з клапанами.

8. У хворої 56 років з посттромбофлебітичним синдромом нижніх кінцівок в стадії часткової реканалізації глибоких вен оптимальним в лікуванні є:

- А. Хірургічне лікування.
- В. Консервативне лікування.
- С. Хіміотерапія.
- Д. Променева терапія.
- Є. Тромболітична терапія.

9. У хворого 90 років з посттромбофлебітичним синдромом верхньої кінцівки виник приступ задухи, ціаноз шиї та лиця, біль за грудиною. Що з переліченого необхідно виконати для постановки діагнозу?

- А. Рентген грудної клітини.
- В. Доплерографію.
- С. Пневмомедіастінографію.
- Д. ЄКГ.
- Є. Флебографію.

10. У хворого 90 років з посттромбофлебітичним синдромом верхньої кінцівки виник приступ задухи, ціаноз шиї та лиця, біль за грудиною. Який найвірогідніший діагноз?

- А. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.
- В. Інфаркт міокарду.
- С. Пневмоторакс.
- Д. Перфоративна виразка шлунку.
- Є. Гострий інфаркт міокарду.

Тести КРОК-2 до Теми 29 - Проблеми тромбозів та емболій- Частина 4

1. Жінка 65 років скаржиться на періодично виникаючі ущільнення по ходу вен у різних частках тіла. Виставлений діагноз мігруючого тромбофлебіту. Що з нижчезказаного не може буди його причиною ?

- A. Злоякісні пухлини шлунка.
 - B. Рак підшлункової залози.
 - C. Гіпертеррома.
 - D. Тромбофлебіт глибоких вен гомілки.
 - E. Синдром Хьюза.
2. До лікаря звернувся чоловік 60 років із скаргами на набряк стегна, гомілки, гіперпигментацію в нижній третині гомілки. Лікар запідозрив оклюзію здухвинних вен, що було підтверджено документацією. Що з нижчепереліченого необхідно виконати для детального обстеження вен тазу?
- A. Артеріографію.
 - B. Флеборацію.
 - C. Комп'ютерну томографію.
 - D. Магнітно-ядерну томографію.
 - E. Трьохвимірну доплерографію.
3. Хворий 64 років скаржиться на наявність варикозного розширення підшкірних вен на гомілці, набряк стегна, гомілки, гіперпигментацію у нижній третині гомілки. Яке дослідження у першу чергу треба виконати для уточнення діагнозу?
- A. Рентген черевної порожнини.
 - B. УЗД органів таза.
 - C. Урографію.
 - D. Доплерографію судин тазу.
 - E. Капіляроскопію.
4. Хворому 62 років поставлено діагноз післятромбофлебітичний синдром таза та лівої нижньої кінцівки у стадії оклюзії клубових вен. Яку операцію треба виконати хворому?
- A. Операцію Тренделенбурга
 - B. Операцію Хюснї
 - C. Операцію Торека
 - D. Операцію Пальма
 - E. Операцію Лінтона
5. Молода жінка 34 років звернулася у поліклініку із скаргами на варикозне розширення підшкірних вен лівої нижньої кінцівки, набряк та індурацію гомілки. Яке лікування є оптимальним?
- A. Антикоагулянти
 - B. Еластичне бинтування нижньої кінцівки
 - C. Операція
 - D. Змінити роботу на легку.
 - E. Накласти цинк-желатинову пов'язку.
6. Хвора 34 років звернулася до лікаря із скаргами на варикозне розширення вен лівої нижньої кінцівки, набряк та м'яких тканин гомілки. Яке оперативне втручання можна рекомендувати хворій ?
- A. Операцію Пальма
 - B. Операцію Джабулея
 - C. Операцію Лінтона

- Д. Операцію Бебкока
Є. Операцію Кокета
7. У молодій жінки при обстеженні знайдено післятромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії стегнової вени. Яке оперативне втручання показане у даному випадку ?
- А. Операція Іванісевича
В. Операція Торека
С. Операція Лінтона
Д. Операція Хюсні
Є. Операція Бебкока
8. Чоловік 79 років звернувся в поліклініку із скаргами на наявність трофічної виразки 3х5 см у н/3 гомілки на 3,5 см у порівнянні зі здоровою. Супутні захворювання – гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця. Яке лікування є оптимальним?
- А. Пов'язка Унна- троксевазин
В. Гепарин + троксевазин
С. Детралекс + еластичне бинтування
Д. Детралекс
Є. Троксевазин + ексузан + еластичне бинтування
9. Молодій жінці 25 років після обстеження був встановлений діагноз – “Хронічна венозна недостатність лівої нижньої кінцівки з недостатністю клапанів комунікантних вен гомілки”. Яку операцію можна рекомендувати ?
- А. Операцію Маделунга
В. Операцію Опеля
С. Операцію Спасокукоцького
Д. Операцію Лінтона
Є. Операцію Кокета
10. У чоловіка 47 років, що страждає хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок 25 років, ішемічною хворобою серця. Тричі за останній рік було діагностовано тромбоемболію дрібних гілок легеневої артерії. Яка тактика виправдана у даному випадку?
- А. Тромбектомія з легеневих судин
В. Операція Лінтона
С. Венектомія за Бебкоком
Д. Постановка Кава-фільтра
Є. Консервативна терапія
11. “Гострий тромбоз глибоких вен” - це поняття охоплює період:
- А. 2-5 днів.
В. 9- 14 днів.
С. 15-21 день
Д. > 21 дня.
12. По локалізації гострого тромбозу глибоких вен таза і нижніх кінцівок у % співвідношенні на першому місці стоїть:
- А. Ілеофemorальний сегмент.
В. Стегно.

- С. Гомілка.
Д. Стопа.
13. До якої групи препаратів відноситься “Курантил”?
А. Тромболітичний препарат.
В. Антикоагулянт прямої дії.
С. Антикоагулянт непрямой дії.
Д. Деагрегант.
14. Ретроградна флебографія виконується через:
А. Загальну стегнову вену.
В. Загальну здухвинну вену.
С. Підколінну вену.
Д. Маргінальну вену.
15. Гепаринів вводять:
А. Внутрішньоартеріально.
В. Внутрішньовенно.
С. Внутрішньокожно.
Д. Внутрішньом'язово.
16. Симптом Холгманса це:
А. Біль у спині.
В. Біль у пахвинній ділянці.
С. Біль над лоном.
Д. Біль у гомілці.
17. Проба Пратта це дослідження:
А. На прохідність комунікантних вен гомілки.
В. На прохідність глибоких вен стегна.
*С. На прохідність глибоких вен гомілки.
Д. На прохідність здухвинних вен.
18. На тлі облітеруючого атеросклерозу судин н\к виникло гострий тромбоз глибоких вен гомілки, який приведе:
А. До погіршення стану.
В. Поліпшення стану.
С. Видужанню.
Д. Без змін.
19. Кількість тромбоцитів в крові в нормі:
А. 100000 – 200000.
В. 200 тис. – 400 тис.
С. 200 тис. – 300 тис.
Д. 400 тис. і вище.
20. Синдром нижньої порожньої вени веде до розвитку посттромбофлебитичного синдрому в:
А. Однієї нижній кінцівці.
В. Двох нижніх кінцівках.
С. Тазу.
Д. тазу і нижніх кінцівках.
21. Синдром Педжета-Шретера це:

- А. Тромбоз вен гомілки.
 - В. Тромбоз вен стегна.
 - С. Тромбоз підключичної вени.
 - Д. Тромбоз верхньої порожньої вени.
22. При постмастектомічному синдромі і вираженому лімфостазі проводять:
- А. Консервативне лікування.
 - В. Хірургічне лікування.
 - С. Тромболітичну терапію.
 - Д. Еластичне бинтування верхніх кінцівок.
23. Операція Томсона при лімфостазі це:
- А. Лімфовенозний анастомоз.
 - В. Пересадження сегмента вен із клапанами.
 - С. Висічення підшкірної жирової клітковини.
 - Д. Пластика трофічної виразки.
24. Корекцію клапанного апарата проводять шляхом:
- А. Пересадження сегментів вен.
 - В. Екстравазальної компресії.
 - С. Склеротерапія.
 - Д. Лазерна корекція.
25. Склерозування внутрішньошкірних вен роблять шляхом:
- А. Ангіровання.
 - В. Паравазального введення склерозанта.
 - С. Внутрішньопросветного введення склерозанта.
 - Д. Термічного впливу.
26. Ускладнення лімфатичної лімфовенозної недостатності нижніх кінцівок це:
- А. Кровотеча.
 - В. Малігнізація.
 - С. Трофічна виразка.
 - Д. Ціаноз.
27. Обсяг кровотока по системі великої і малий підшкірних вен нижніх кінцівок у % відношенні до обсягу кровотока в нозі складає:
- А. 10-15%
 - В. 15-20%
 - С. 3-5%
 - Д. 1-3%.
28. Кількість клапанів у великій підшкірній вені складає:
- А. 1-3
 - В. 3-5
 - С. 5-7
 - Д. 7-10
29. Операція Коккета це:
- А. Видалення великої підшкірної вени.

- В. Видалення малої підшкірної вени.
 - С. Субфасціальна перев'язка перфорантних вен.
 - Д. Надфасціальна перев'язка комунікантних вен.
30. Операція Лінтона це:
- А. Висічення перфорантних вен гомілки.
 - В. Перев'язка комунікантних вен гомілки.
 - С. Субфасціальна перев'язка комунікантних вен гомілки.
 - Д. Перев'язка устя великої підшкірної вени.
31. Хворий 63 років захворів раптово, з'явився набряк та біль в правій нижній кінцівці. З анамнезу: на протязі року знаходився під наглядом уролога з приводу аденоми статевої залози. Що з вказаного необхідно зробити для уточнення діагнозу?
- А. УЗД органів низки.
 - В. Флебографію.
 - С. УЗДГ.
 - Д. Загальний аналіз сечі та крові.
 - Є. Флюорографію.
32. Жінка 38 років, страждає посттромбофлебітичним синдромом лівої нижньої кінцівки. Що з вказаного необхідно виконати для рішення питання про об'єм хірургічного лікування?
- А. Допплерографія.
 - В. Ретроградна флебографія.
 - С. Висхідна флебографія.
 - Д. Аортоартеріографія.
 - Є. Селективна ангіографія.
33. У вагітної жінки 26 років, яка страждає посттромбофлебітичним синдромом правої нижньої кінцівки на протязі 3-х років, збільшився набряк (та біль в лівій нижній кінцівці). Яка оптимальна тактика в лікуванні?
- А. Перев'язка устя V.Saphi magna.
 - В. Перев'язка комунікантних вен гомілки.
 - С. Тромбектомія.
 - Д. Консервативна терапія.
 - Є. Фізіопроцедури.
34. У хворого 68 років на посттромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії стегнових вен оптимальним є:
- А. Видалення вен.
 - В. Перев'язка комунікантних вен гомілки
 - С. Операція Пальма.

- Д. Операція Хюсні.
Є. Операція Беккока-Нарате.
35. У хворого 68 років на посттромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії здухвинних вен оптимальним є:
- А. Видалення вен.
В. Перевязка комунікантних вен гомілки
С. Операція Пальма.
Д. Операція Хюсні.
Є. Операція Беккока-Нарате.
36. У хворого 80 років з приступом стенокардії, з вираженим набряком нижніх кінцівок з приврду синдрому нижньої полої вени виникла трофічна виразка в н/з лівої гомілки. Яка оптимальна лікувальна тактика?
- А. Хірургічне лікування.
В. Консервативне лікування.
С. Тромболітична терапія.
Д. Променева терапія.
Є. Хіміотерапія.
37. У хворого 46 років з посттромбофлебітичним синдромом нижніх кінцівок в стадії реканалізації глибоких вен оптимальним лікуванням є:
- А. Консервативна терапія.
В. Тромболітична терапія.
С. Операція Хюсні.
Д. Операція Пальма.
Є. Пересадка сегмента вен з клапанами.
38. У хворої 56 років з посттромбофлебітичним синдромом нижніх кінцівок в стадії часткової реканалізації глибоких вен оптимальним в лікуванні є:
- А. Хірургічне лікування.
В. Консервативне лікування.
С. Хіміотерапія.
Д. Променева терапія.
Є. Тромболітична терапія.
39. У хворого 90 років з посттромбофлебітичним синдромом верхньої кінцівки виник приступ задухи, ціаноз шиї та лиця, біль за грудиною. Що з переліченого необхідно виконати для постановки діагнозу?
- А. Рентген грудної клітини.
В. Доплерографію.
С. Пневмомедіастінографію.
Д. ЄКГ.
Є. Флебографію.
40. У хворого 90 років з посттромбофлебітичним синдромом верхньої кінцівки виник приступ задухи, ціаноз шиї та лиця, біль за грудиною. Який найвирогідніший діагноз?
- А. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.

- В. Інфаркт міокарду.
- С. Пневмоторакс.
- Д. Перфоративна виразка шлунку.
- Є. Гострий інфаркт міокарду.

Тести КРОК-2 до Теми 30 - Захворювання вен

1. У молодій жінки, після пологів, з'явився набряк, синюшність та біль в лівій нижній кінцівці від п'яти до паху. Що повинен запідозрити в першу чергу лікар?
 - А. Травму сечового міхура.
 - В. Гострий артеріальний тромбоз.
 - С. Гострий ілеофemorальний венозний тромбоз.
 - Д. Гострий лімфостаз.
 - Є. Гострий тромбоз глибоких вен гомілки.
2. У молодій жінки, після пологів, з'явився набряк, синюшність та біль в лівій нижній кінцівці від п'яти до паху. Який метод неінвазивного обстеження в даній ситуації з'являється найбільш інформативний?
 - А. Ультразвукове обстеження органів низки.
 - В. Рентгенологічне обстеження.
 - С. Ректороманоскопія.
 - Д. Допплерографія судин .
 - Є. Проба Пратт 1 та 11.
3. У молодій жінки, після пологів, з'явився набряк, синюшність та біль в лівій нижній кінцівці від п'яти до паху. Встановлено діагноз - ілеофemorального венозного тромбоза. Що повинен призначити в данному випадку лікар ?
 - А. Дезагреганти.
 - В. Антикоагулянти прямої дії.
 - С. Антикоагулянти непрямої дії.
 - Д. Фібринолітичну терапію.
 - Є. Антибіотикотерапію.
4. До лікаря звернувся чоловік 60 років зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен в області низки, набряк стегна та гомілки, гіперпігментацію в нижній третині гомілки. Що в першу чергу з обстежень необхідно виконати для встановлення діагнозу?
 - А. Рентген черевної порожнини.
 - В. Ультразвукове дослідження органів низки.
 - С. Урографію.
 - Д. Допплерографію судин низки.
 - Є. Капіляроскопію.
5. До лікаря звернувся чоловік 60 років зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен в області низки, набряк стегна та гомілки, гіперпігментацію в нижній третині гомілки. Лікар запідозрив окклюзію

здухвинних вен, яка підтверджена доплерографією. Що з переліченого необхідно виконати для детальнішого обстеження вен низки ?

- А. Артеріографію.
- В. Флебографію.
- С. Комп'ютерну томографію.
- Д. Магніто-ядерну томографію.
- Є. Тримірну доплерографію.

6. До лікаря звернувся чоловік 60 років зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен в області низки, набряк стегна та гомілки, гіперпігментацію в нижній третині гомілки. Лікар, на підставі ультразвукової доплерографії та флебографії поставив діагноз : ПТФС таза та лівої нижньої кінцівки в стадії окклюзії здухвинних вен. Що з переліченого необхідно виконати хворому ?
- А. Операцію Тренделенбурга.
 - В. Операцію Хюсні.
 - С. Операцію Торека.
 - Д. Операцію Пальма.
 - Є. Операцію Лінтона.
7. Молода жінка, 30 років, звернулася в поліклініку зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен на лівій нижній кінцівці, набряк та гіперіндурацію гомілки. Яке лікування є оптимальним:
- А. Антикоагулянти.
 - В. Еластичне бинтування нижньої кінцівки.
 - С. Оперативне лікування.
 - Д. Перейти на інвалідність та легку працю.
 - Є. Накласти цинк-желатинову пов'язку.
8. Молода жінка, 30 років, звернулася в поліклініку зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен на лівій нижній кінцівці, набряк та гіперіндурацію гомілки. Яка операція показана в данному випадку ?
- А. Операція Пальма.
 - В. Операція Джабуле.
 - С. Операція Лінтона.
 - Д. Операція Бебкока.
 - Є. Операція Коккета.
9. Молодий чоловік після автомобільної катастрофи скаржився на набряк всієї нижньої кінцівки, цианоз шкіри, біль при пальпації в області стегна, набряк в області гомілки, біль в області ікроножних м'язів. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Гострий тромбоз глибоких вен гомілки.
- В. Гострий тромбоз вен стегна.
- С. Ілеофеморальний тромбоз вен.
- Д. Сіндром Леріша.
- Є. Тромбоемболія підколінної артерії.

10. Молодий чоловік після автомобільної катастрофи скаржився на набряк всієї нижньої кінцівки, цианоз шкіри, біль при пальпації в області стегна, набряк в області гомілки, біль в області ікроножних м'язів. У хворого виявився позитивний симптом Хоманса. В чому полягає його суттєвість ?

- А. Біль при пальпації стегна.
- В. Біль при пальпації гомілки.
- С. Біль при кашлі у в/3 стегна.
- Д. Біль в пахвині.
- Є. набряк стопи.

11. У молодій жінки при обстеженні виявили посттром-бофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії стегнової вени. Яка операція показана в данному випадку?

- А. Операція Іванісевича.
- В. Операція Горека.
- С. Операція Лінтона.
- Д. Операція Хюсні.
- Є. Операція Бебкова.

12. Чоловік похилого віку звернувся в поліклініку зі скаргами на наявність трофічної виразки 3x5 (см) в н/3 правої нижньої кінцівки, варикозне розширення підшкірних вен, набряк гомілки до + 3,5 см по зрівнянню з лівою нижньою кінцівкою. З супутніх захворювань: гіпертонічна хвороба II ст, ішемічна хвороба серця, III функціональний клас. Яке лікування є оптимальним?

- А. Пов'язка Уна + троксевазін.
- В. Гепарін + троксівазін.
- С. Детралекс + постійне еластичне бинтування.
- Д. Детралекс + пов'язка, комфил.
- Є. Троксівазін + ексузан + еластичне бинтування.

13. Молода жінка, 35 років, з діагнозом : "Хронічна вenna недостатність. Варикозне розширення вен" поступила в хірургічне відділення зі скаргами на біль по ходу великої підшкірної вени лівої нижньої кінцівки, температуру 37,3⁰С, гіперемію, набряк гомілки. Яке найбільш вірогідне ускладнення в данному випадку ?

- А. Інфаркт міокарду.
- В. Тромбоз глибоких вен гомілки.

- С. Інфаркт кишечника.
- Д. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.
- Є. Гангрена нижньої кінцівки.

14. Молода жінка, 35 років, з діагнозом : "Хронічна венна недостатність. Варикозне розширення вен" поступила в хірургічне відділення зі скаргами на біль по ходу великої підшкірної вени лівої нижньої кінцівки, температуру $37,3^{\circ}\text{C}$, гіперемію, набряк гомілки. Кілька годин назад з'явився біль за грудиною і кровохаркання. Що з переліченого необхідно виконати для встановлення діагнозу ?

- А. ЕКГ.
- В. Допплерографію судин.
- С. Флеболографію.
- Д. Аортоартеріографію.
- Є. Рентген органів грудної клітини.

15. Молодій жінці, 25 років, після обстеження у відділенні хірургії судин, був поставлений діагноз: "Хронічна венна недостатність лівої нижньої кінцівки з недостатністю клапанного апарату комунікантних вен гомілки". Яка операція показана в даному випадку ?

- А. Операція Маделунга.
- В. Операція Опеля.
- С. Операція Спасокукоцького.
- Д. Операція Лінтона.
- Є. Операція Кокета.

16. У чоловіка, 47 років, який страждає хронічною венною недостатністю нижніх кінцівок біля 25 років, ішемічною хворобою серця, тричі за останній рік було діагностовано тромбоемболію дрібних гілок легеневої артерії. Яка тактика найбільш оптимальна у даному випадку ?

- А. Тромбектомія з легеневих судин.
- В. Операція Лінтона.
- С. Венектомія по Бебкоку.
- Д. Постановка кавафільтра.
- Є. Консервативна терапія.

17. Молодий чоловік, 25 років, після травми м'язів гомілки доставлений в лікувальний центр з діагнозом : "Острый тромбоз глубоких вен гомілки", що підтверджено і клінічною картиною. Хворому необхідно провести курс консервативної терапії з обов'язковим застосуванням:

- А. Гепаріна.
- В. Пелентана.
- С. Курантила.
- Д. Кабикінази.
- Є. Трентала.

18. У молодого чоловіка, 25 років, з хронічною венною виразкою на гомілці на фоні хронічної венної недостатності після операції з приводу пахвової кіли з'явився набряк стегна, біль. Який діагноз найбільш вірний?

- А. Ятрогенне враження артерії.
- В. Ятрогенне враження сімenniкової протоки.
- С. Ятрогенне враження вен.
- Д. Ятрогенне враження лімфатичних судин.
- Є. Тромбоз вен низки.

19. Жінка похилого віку, 70 років, звернулася до лікаря зі скаргами на біль, набряк і наявність варикозно-розширених підшкірних вен гомілки і стегна, наявність трофічної виразки в нижній третині гомілки. Лікар запропонував жінці постійне еластичне бінтування. З яким тиском в області виразки повинен бути бінт ?

- А. - 20 мм.рт.ст.
- В. - 10 мм.рт.ст.
- С. - 5 мм.рт.ст.
- Д. - 30 мм.рт.ст.
- Е. - поверхневий тиск.

20. . Жінка похилого віку, 70 років, звернулася до лікаря зі скаргами на біль, набряк і наявність варикозно-розширених підшкірних вен гомілки і стегна, наявність трофічної виразки в нижній третині гомілки. Лікар запропонував постійний прийом дезагрегантів. Що з переліченого відноситься до цієї групи ?

- А. Гепарин.
- В. Пелентан.
- С. Фенилин.
- Д. Курантил.
- Є. Фібринолізін.

21. Хворий 60 років, звернувся в приймальне відділення зі скаргами на виражений біль і набряк у лівій нижній кінцівці, що з'явився біля доби назад. Консервативна терапія неефективна. Діагноз: Гострий ілео-феморальний тромбоз ліворуч. Що з перерахованого застосовується для тромболитичної терапії:

- А. Фраксипарин.
- В. Кальципарин.
- С. Стрептокіназа.
- Д. Реополіглюкін.
- Є. Гемодез.

22. У вагітної жінки, 36 тижнів, діагностовано висхідний тромбоз великої підшкірної вени на правій нижній кінцівці. Вкажіть оптимальну тактику.

- А. Консервативна терапія в амбулаторних умовах.
- В. Консервативна терапія в стаціонарних умовах.
- С. Тромболітична терапія.
- Д. Операція Тренделенбурга.

23. Хворому 63 років, з діагнозом «Посттромбофлебитичний синдром правої нижньої кінцівки, набрякло-болюча форма» рекомендоване еластичне бинтування кінцівки з лікувальною компресією. Яке значення тиску з зазначеного є лікувальним?

- А. 10-15 мм. рт. ст.
- В. 15-20 мм. рт. ст.
- С. 20-23 мм. рт. ст.
- Д. 25-27 мм. рт. ст.

24. У жінки 36 тижнів вагітності діагностовано гострий тромбофлебіт п/ш вен гомілки. Що з перерахованого можна застосовувати в цій ситуації для проведення консервативної терапії?

- А. Аспірин.
- В. Стрептокіназа.
- С. Актелізе.
- Д. Цикло – 3 форт.

25. Під час хірургічного лікування – венектомії за Беккоком-Наратом на лівій н/кінцівці, виявлений флотуючий тромб в усті V.Saphena magna пролягаючий у загальну стегнову вену. Якою є подальша тактика?

- А. Проба Вальсальва і видалення тромбу.
- В. Перев'язка великої підшкірної вени через тромб.
- С. Аспірація тромбу.
- Д. Постановка қавафільтра.

26. У вагітної 32 років діагностовано: гострий ілеофemorальний венозний тромбоз. Виберіть оптимальну тактику лікування.

- А. Тромболізіс.
- В. Переривання вагітності.
- С. Еластичне бинтування.
- Д. Постановка қавафільтра.

27. У хворого 45 років з ілеофemorальним венозним тромбозом раптово виник біль за грудиною, приступ ядухи, ціаноз губ. Що з перерахованого для постановки діагнозу необхідно виконати в першу чергу?

- А. ЕКГ.
- В. Rg-граму органів грудної клітини.
- С. Ангіографію.
- Д. УЗ доплерографію.

28. В хворої 82 років вставлено діагноз: Гострий тромбоз глибоких вен лівого стегна і гомілки. Укажіть, на вашу думку першочерговість консультації фахівців?

- А. Кардіолог.

В. Гастроентеролог.

С. Проктолог.

Д. Гінеколог.

29. У молодій жінки після абортів, виник ілеофеморальний венозний тромбоз ліворуч. Вкажіть оптимальну тактику.

А. Консервативна терапія.

В. Тромболітична терапія.

С. Хірургічне лікування.

Д. Амбулаторне лікування.

30. У хворого з посттромбофлебитичним синдромом правої н/кінцівки, трофічною виразкою гомілки, виникла кровотеча з комунікантних вен. Вкажіть оптимальну тактику лікування?

А. Жгут вище місця кровотечі.

В. Жгут нижче місця кровотечі.

С. пов'язка, яка давить.

Д. Прошивання виразки.

Тести КРОК-2 до Теми 30 - Захворювання вен - Частина 1

1. У молодій жінки, після пологів, з'явився набряк, синюшність та біль в лівій нижній кінцівці від п'яти до паху. Що повинен запідозрити в першу чергу лікар?

А. Травму сечового міхура.

В. Гострий артеріальний тромбоз.

*С. Гострий ілеофеморальний венозний тромбоз.

Д. Гострий лімфостаз.

Є. Гострий тромбоз глибоких вен гомілки.

2. У молодій жінки, після пологів, з'явився набряк, синюшність та біль в лівій нижній кінцівці від п'яти до паху. Який метод неінвазивного обстеження в даній ситуації з'являється найбільш інформативний?

А. Ультразвукове обстеження органів низки.

В. Рентгенологічне обстеження.

С. Ректороманоскопія.

*Д. Допплерографія судин.

Є. Проба Пратт 1 та 11.

3. У молодій жінки, після пологів, з'явився набряк, синюшність та біль в лівій нижній кінцівці від п'яти до паху. Встановлено діагноз - ілеофеморального венозного тромбоза. Що повинен призначити в даному випадку лікар?

А. Дезагреганти.

В. Антикоагулянти прямої дії.

С. Антикоагулянти непрямої дії.

*Д. Фібринолітичну терапію.

Є. Антибіотикотерапію.

4. До лікаря звернувся чоловік 60 років зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен в області низки, набряк стегна та гомілки, гіперпігментацію в нижній третині гомілки. Що в першу чергу з обстежень необхідно виконати для встановлення діагнозу?
- А. Рентген черевної порожнини.
 - В. Ультразвукове дослідження органів низки.
 - С. Урографію.
 - *Д. Допплерографію судин низки.
 - Є. Капіляроскопію.
5. До лікаря звернувся чоловік 60 років зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен в області низки, набряк стегна та гомілки, гіперпігментацію в нижній третині гомілки. Лікар запідозрив окклюзію здухвинних вен, яка підтверджена доплерографією. Що з переліченого необхідно виконати для детальнішого обстеження вен низки ?
- А. Артеріографію.
 - В. Флебографію.
 - С. Комп'ютерну томографію.
 - Д. Магніто-ядерну томографію.
 - *Є. Тримірну доплерографію.
6. До лікаря звернувся чоловік 60 років зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен в області низки, набряк стегна та гомілки, гіперпігментацію в нижній третині гомілки. Лікар, на підставі ультразвукової доплерографії та флебографії поставив діагноз : ПТФС таза та лівої нижньої кінцівки в стадії окклюзії здухвинних вен. Що з переліченого необхідно виконати хворому ?
- А. Операцію Тренделенбурга.
 - В. Операцію Хюсні.
 - С. Операцію Торека.
 - *Д. Операцію Пальма.
 - Є. Операцію Лінтона.
7. Молода жінка, 30 років, звернулася в поліклініку зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен на лівій нижній кінцівці, набряк та гіперіндурацію гомілки. Яке лікування є оптимальним:
- А. Антикоагулянти.
 - В. Еластичне бинтування нижньої кінцівки.
 - *С. Оперативне лікування.
 - Д. Перейти на інвалідність та легку працю.

Є. Накласти цинк-желатинову пов'язку.

8. Молода жінка, 30 років, звернулася в поліклініку зі скаргами на наявність варикозного розширення підшкірних вен на лівій нижній кінцівці, набряк та гіперіндурацію гомілки. Яка операція показана в данному випадку ?

А. Операція Пальма.

В. Операція Джабуле.

*С. Операція Лінтона.

Д. Операція Бебкока.

Є. Операція Коккета.

9. Молодий чоловік після автомобільної катастрофи скаржився на набряк всієї нижньої кінцівки, цианоз шкіри, біль при пальпації в області стегна, набряк в області гомілки, біль в області ікроножних м'язів. Який діагноз найбільш вірогідний?

А. Гострий тромбоз глибоких вен гомілки.

В. Гострий тромбоз вен стегна.

*С. Ілеофеморальний тромбоз вен.

Д. Сіндром Леріша.

Є. Тромбоемболія підколінної артерії.

10. Молодий чоловік після автомобільної катастрофи скаржився на набряк всієї нижньої кінцівки, цианоз шкіри, біль при пальпації в області стегна, набряк в області гомілки, біль в області ікроножних м'язів. У хворого виявився позитивний симптом Хоманса. В чому полягає його суттєвість ?

А. Біль при пальпації стегна.

*В. Біль при пальпації гомілки.

С. Біль при кашлі у в/3 стегна.

Д. Біль в пахвині.

Є. Набряк стопи.

11. У молодій жінки при обстеженні виявили посттром-бофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії стегнової вени. Яка операція показана в данному випадку?

А. Операція Іванісевича.

В. Операція Горека.

С. Операція Лінтона.

*Д. Операція Хюсні.

Є. Операція Бебкова.

12. Чоловік похилого віку звернувся в поліклініку зі скаргами на наявність трофічної виразки 3x5 (см) в н/3 правої нижньої кінцівки, варикозне розширення підшкірних вен, набряк гомілки до + 3,5 см по зрівнянню з лівою нижньою кінцівкою. З супутніх захворювань: гіпертонічна хвороба II ст, ішемічна хвороба серця, III функціональний клас. Яке лікування є оптимальним?

А. Пов'язка Уна + троксевазін.

В. Гепарін + троксївазін.

*С. Детралекс + постійне еластичне бинтування.

Д. Детралекс + пов'язка, комфил.

Є. Троксївазін + ексузан + еластичне бинтування.

13. Молода жінка, 35 років, з діагнозом : "Хронічна венна недостатність. Варикозне розширення вен" поступила в хірургічне відділення зі скаргами на біль по ходу великої підшкірної вени лівої нижньої кінцівки, температуру $37,3^{\circ}\text{C}$, гіперемію, набряк гомілки. Яке найбільш вірогідне ускладнення в данному випадку ?

А. Інфаркт міокарду.

В. Тромбоз глибоких вен гомілки.

С. Інфаркт кишечника.

*Д. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.

Є. Гангрена нижньої кінцівки.

14. Молода жінка, 35 років, з діагнозом : "Хронічна венна недостатність. Варикозне розширення вен" поступила в хірургічне відділення зі скаргами на біль по ходу великої підшкірної вени лівої нижньої кінцівки, температуру $37,3^{\circ}\text{C}$, гіперемію, набряк гомілки. Кілька годин назад з'явився біль за грудиною і кровохаркання. Що з переліченого необхідно виконати для встановлення діагнозу ?

А. ЕКГ.

В. Допплерографію судин.

С. Флебографію.

Д. Аортоартеріографію.

*Є. Рентген органів грудної клітини.

15. Молодій жінці, 25 років, після обстеження у відділенні хірургії судин, був поставлений діагноз: "Хронічна венна недостатність лівої нижньої кінцівки з недостатністю клапанного апарату комунікантних вен гомілки". Яка операція показана в даному випадку ?

А. Операція Маделунга.

В. Операція Опеля.

С. Операція Спасокукоцького.

*Д. Операція Лінтона.

Є. Операція Кокета.

16. У чоловіка, 47 років, який страждає хронічною венною недостатністю нижніх кінцівок біля 25 років, ішемічною хворобою серця, тричі за останній рік було діагностовано тромбоемболію дрібних гілок легеневої артерії. Яка тактика найбільш оптимальна у даному випадку ?

А. Тромбектомія з легеневих судин.

В. Операція Лінтона.

С. Венектомія по Бебкоку.

*Д. Постановка кавафільтра.

Є. Консервативна терапія.

17. Молодий чоловік, 25 років, після травми м'язів гомілки доставлений в лікувальний центр з діагнозом : “Острый тромбоз глубоких вен гомілки”, що підтверджено і клінічною картиною. Хворому необхідно провести курс консервативної терапії з обов'язковим застосуванням:

- А. Гепаріна.
- В. Пелентана.
- С. Курантила.
- *Д. Кабикінази.
- Є. Трентала.

18. У молодого чоловіка, 25 років, з хронічною венною виразкою на гомілці на фоні хронічної венної недостатності після операції з приводу пахвової кіли з'явився набряк стегна, біль. Який діагноз найбільш вірний?

- А. Ятрогенне враження артерії.
- В. Ятрогенне враження сіменникової протоки.
- С. Ятрогенне враження вен.
- Д. Ятрогенне враження лімфатичних судин.
- *Є. Тромбоз вен низки.

19. Жінка похилого віку, 70 років, звернулася до лікаря зі скаргами на біль, набряк і наявність варикозно-розширених підшкірних вен гомілки і стегна, наявність трофічної виразки в нижній третині гомілки. Лікар запропонував жінці постійне еластичне бінтування. З яким тиском в області виразки повинен бути бінт ?

- А. - 20 мм.рт.ст.
- В. - 10 мм.рт.ст.
- С. - 5 мм.рт.ст.
- Д. - 30 мм.рт.ст.
- Е. - поверхневий тиск.

20. . Жінка похилого віку, 70 років, звернулася до лікаря зі скаргами на біль, набряк і наявність варикозно-розширених підшкірних вен гомілки і стегна, наявність трофічної виразки в нижній третині гомілки. Лікар запропонував постійний прийом дезагрегантів. Що з переліченого відноситься до цієї групи ?

- А. Гепарин.
- В. Пелентан.
- С. Фенилин.
- *Д. Курантил.

Є. Фібринолізін.

21. Хворий 60 років, звернувся в приймальне відділення зі скаргами на виражений біль і набряк у лівій нижній кінцівці, що з'явився біля доби назад. Консервативна терапія неефективна. Діагноз: Гострий ілео-фemorальний тромбоз ліворуч. Що з перерахованого застосовується для тромболітичної терапії:

- А. Фраксипарин.
- В. Кальципарин.
- *С. Стрептокіназа.
- Д. Реополіглюкін.
- Є. Гемодез.

22. У вагітної жінки, 36 тижнів, діагностовано висхідний тромбоз великої підшкірної вени на правій нижній кінцівці. Вкажіть оптимальну тактику.

- А. Консервативна терапія в амбулаторних умовах.
- В. Консервативна терапія в стаціонарних умовах.
- С. Тромболітична терапія.
- *Д. Операція Тренделенбурга.

23. Хворому 63 років, з діагнозом «Посттромбофлебитичний синдром правої нижньої кінцівки, набрякло-болюча форма» рекомендоване еластичне бинтування кінцівки з лікувальною компресією. Яке значення тиску з зазначеного є лікувальним?

- А. 10-15 мм. рт. ст.
- В. 15-20 мм. рт. ст.
- *С. 20-23 мм. рт. ст.
- Д. 25-27 мм. рт. ст.

24. У жінки 36 тижнів вагітності діагностовано гострий тромбофлебіт п/ш вен гомілки. Що з перерахованого можна застосовувати в цій ситуації для проведення консервативної терапії?

- А. Аспірин.
- В. Стрептокіназа.
- С. Актелізе.
- *Д. Цикло – 3 форт.

25. Під час хірургічного лікування – венектомії за Беккоком-Наратом на лівій н/кінцівці, виявлений флотируючий тромб в усті V.Saphena magna пролябуючий у загальну стегнову вену. Якою є подальша тактика?

- *А. Проба Вальсальва і видалення тромбу.
- В. Перев'язка великої підшкірної вени через тромб.
- С. Аспірація тромбу.
- Д. Постановка кавафільтра.

26. У вагітної 32 років діагностовано: гострий ілеофemorальний венозний тромбоз. Виберіть оптимальну тактику лікування.

- А. Тромболізіс.
- В. Переривання вагітності.
- С. Еластичне бинтування.
- *Д. Постановка кавафільтра.

27. У хворого 45 років з ілеофemorальним венозним тромбозом раптово виник біль за грудиною, приступ ядухи, ціаноз губ. Що з перерахованого для постановки діагнозу необхідно виконати в першу чергу?

*А. ЕКГ.

В. Rg-граму органів грудної клітини.

С. Ангіографію.

Д. УЗ доплерографію.

28. В хворій 82 років вставлено діагноз: Гострий тромбоз глибоких вен лівого стегна і гомілки. Укажіть, на вашу думку першочерговість консультації фахівців?

А. Кардіолог.

В. Гастроентеролог.

С. Проктолог.

*Д. Гінеколог.

29. У молодій жінки після аборт, виник ілеофemorальний венозний тромбоз ліворуч. Вкажіть оптимальну тактику.

А. Консервативна терапія.

*В. Тромболітична терапія.

С. Хірургічне лікування.

Д. Амбулаторне лікування.

30. У хворого з посттромбофлебичним синдромом правої н/кінцівки, трофічною виразкою гомілки, виникла кровотеча з комунікантних вен. Вкажіть оптимальну тактику лікування?

А. Жгут вище місця кровотечі.

В. Жгут нижче місця кровотечі.

С. пов'язка, яка давить.

*Д. Прошивання виразки.

Тести КРОК-2 до Теми 30 - Захворювання вен - Частина 2

1. Жінка 65 років скаржиться на періодично виникаючі ущільнення по ходу вен у різних частках тіла. Виставлений діагноз мігруючого тромбофлебіту. Що з нижчезказаного не може бути його причиною ?

А. Злоякісні пухлини шлунка.

В. Рак підшлункової залози.

С. Гіпертеррома.

*Д. Тромбофлебіт глибоких вен гомілки.

Е. Синдром Хьюза.

2. До лікаря звернувся чоловік 60 років із скаргами на набряк стегна, гомілки, гіперпігментацію в нижній третині гомілки. Лікар запідозрив оклюзію здухвинних вен, що було підтверджено документацією. Що з нижчепереліченого необхідно виконати для детального обстеження вен тазу?

А. Артеріографію.

- В. Флеборацію.
- С. Комп'ютерну томографію.
- Д. Магнітно-ядерну томографію.
- *Є. Трьохвимірну доплерографію.

3. Хворий 64 років скаржиться на наявність варикозного розширення підшкірних вен на гомілці, набряк стегна, гомілки, гіперпігментацію у нижній третині гомілки. Яке дослідження у першу чергу треба виконати для уточнення діагнозу?

- А. Рентген черевної порожнини.
- В. УЗД органів таза.
- С. Урографію.
- *Д. Доплерографію судин тазу.
- Є. Капіляроскопію.

4. Хворому 62 років поставлено діагноз післятромбофлебітичний синдром таза та лівої нижньої кінцівки у стадії оклюзії клубових вен. Яку операцію треба виконати хворому?

- А. Операцію Тренделенбурга
- В. Операцію Хюсні
- С. Операцію Торека
- *Д. Операцію Пальма
- Є. Операцію Лінтона

5. Молода жінка 34 років звернулася у поліклініку із скаргами на варикозне розширення підшкірних вен лівої нижньої кінцівки, набряк та індурацію гомілки. Яке лікування є оптимальним?

- А. Антикоагулянти
- В. Еластичне бинтування нижньої кінцівки
- *С. Операція
- Д. Змінити роботу на легку.
- Є. Накласти цинк-желатинову пов'язку.

6. Хвора 34 років звернулася до лікаря із скаргами на варикозне розширення вен лівої нижньої кінцівки, набряк та ... м'яких тканин гомілки. Яке оперативне втручання можна рекомендувати хворій ?

- А. Операцію Пальма
- В. Операцію Джабулея
- *С. Операцію Лінтона
- Д. Операцію Бебкока
- Є. Операцію Кокета

7. У молодій жінки при обстеженні знайдено післятромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії стегнової вени. Яке оперативне втручання показане у даному випадку ?

- А. Операція Іванісевича
- В. Операція Торека
- С. Операція Лінтона
- *Д. Операція Хюсні
- Є. Операція Бебкока

8. Чоловік 79 років звернувся в поліклініку із скаргами на наявність трофічної виразки 3x5 см у н/3 гомілки на 3,5 см у порівнянні зі здоровою. Супутні захворювання – гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця. Яке лікування є оптимальним?
- А. Пов'язка Унна- троксевазин
 - В. Гепарин + троксевазин
 - *С. Детралекс + еластичне бинтування
 - Д. Детралекс
 - Є. Троксевазин + ексузан + еластичне бинтування
9. Молодій жінці 25 років після обстеження був встановлений діагноз – “Хронічна венозна недостатність лівої нижньої кінцівки з недостатністю клапанів комунікантних вен гомілки”. Яку операцію можна рекомендувати ?
- А. Операцію Маделунга
 - В. Операцію Опеля
 - С. Операцію Спасокукоцького
 - *Д. Операцію Лінтона
 - Є. Операцію Кокета
10. У чоловіка 47 років, що страждає хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок 25 років, ішемічною хворобою серця. Тричі за останній рік було діагностовано тромбоемболію дрібних гілок легеневої артерії. Яка тактика виправдана у даному випадку?
- А. Тромбектомія з легеневих судин
 - В. Операція Лінтона
 - С. Венектомія за Бебкоком
 - *Д. Постановка Кава-фільтра
 - Є. Консервативна терапія
11. “Гострий тромбоз глибоких вен” - це поняття охоплює період:
- А. 2-5 днів.
 - *В. 9- 14 днів.
 - С. 15-21 день
 - Д. > 21 дня.
12. По локалізації гострого тромбозу глибоких вен таза і нижніх кінцівок у % співвідношенні на першому місці стоїть:
- А. Ілеофemorальний сегмент.
 - В. Стегно.
 - *С. Гомілка.
 - Д. Стопа.
13. До якої групи препаратів відноситься “Курантил”?
- А. Тромболітичний препарат.
 - В. Антикоагулянт прямої дії.
 - С. Антикоагулянт непрямої дії.
 - *Д. Деагрегант.
14. Ретроградна флебографія виконується через:
- *А. Загальну стегнову вену.
 - В. Загальну здухвинну вену.

- С. Підколінну вену.
Д. Маргінальну вену.
15. Гепаринів вводять:
А. Внутрішньоартеріально.
В. Внутрішньовенно.
*С. Внутрішньокожно.
Д. Внутрішньом'язово.
16. Симптом Холгманса це:
А. Біль у спині.
В. Біль у пахвинній ділянці.
С. Біль над лоном.
*Д. Біль у гомілці.
17. Проба Пратта це дослідження:
А. На прохідність комунікантних вен гомілки.
В. На прохідність глибоких вен стегна.
*С. На прохідність глибоких вен гомілки.
Д. На прохідність здухвинних вен.
18. На тлі облітеруючого атеросклерозу судин н\к виникло гострий тромбоз глибоких вен гомілки, який приведе:
*А. До погіршення стану.
В. Поліпшення стану.
С. Видужанню.
Д. Без змін.
19. Кількість тромбоцитів в крові в нормі:
А. 100000 – 200000.
*В. 200 тис. – 400 тис.
С. 200 тис. – 300 тис.
Д. 400 тис. і вище.
20. Синдром нижньої порожньої вени веде до розвитку посттромбофлебитичного синдрому в:
А. Однієї нижній кінцівці.
В. Двох нижніх кінцівках.
С. Тазу.
*Д. тазу і нижніх кінцівках.
21. Синдром Педжета-Шретера це:
А. Тромбоз вен гомілки.
В. Тромбоз вен стегна.
*С. Тромбоз підключичної вени.
Д. Тромбоз верхньої порожньої вени.
22. При постмастектомічному синдромі і вираженому лімфостазі проводять:
*А. Консервативне лікування.
В. Хірургічне лікування.
С. Тромболітичну терапію.
Д. Еластичне бинтування верхніх кінцівок.
23. Операція Томсона при лімфостазі це:

- А. Лімфовенозний анастомоз.
 - В. Пересадження сегмента вен із клапанами.
 - *С. Висічення підшкірної жирової клітковини.
 - Д. Пластика трофічної виразки.
24. Корекцію клапанного апарата проводять шляхом:
- А. Пересадження сегментів вен.
 - *В. Екстравазальної компресії.
 - С. Склеротерапія.
 - Д. Лазерна корекція.
25. Склерозування внутрішньошкірних вен роблять шляхом:
- А. Ангіровання.
 - В. Паравазального введення склерозанта.
 - *С. Внутрішньопросветного введення склерозанта.
 - Д. Термічного впливу.
26. Ускладнення лімфатичної лімфовенозної недостатності нижніх кінцівок це:
- А. Кровотеча.
 - В. Малігнізація.
 - *С. Трофічна виразка.
 - Д. Ціаноз.
27. Обсяг кровотока по системі великої і малий підшкірних вен нижніх кінцівок у % відношенні до обсягу кровотока в нозі складає:
- А. 10-15%
 - В. 15-20%
 - *С. 3-5%
 - Д. 1-3%.
28. Кількість клапанів у великій підшкірній вені складає:
- А. 1-3
 - В. 3-5
 - *С. 5-7
 - Д. 7-10
29. Операція Коккета це:
- А. Видалення великої підшкірної вени.
 - В. Видалення малої підшкірної вени.
 - *С. Субфасціальна перев'язка перфорантних вен.
 - Д. Надфасціальна перев'язка комунікантних вен.
30. Операція Лінтона це:
- А. Висічення перфорантних вен гомілки.
 - В. Перев'язка комунікантних вен гомілки.
 - *С. Субфасціальна перев'язка комунікантних вен гомілки.
 - Д. Перев'язка устя великої підшкірної вени.
31. Хворий 63 років захворів раптово, з'явився набряк та біль в правій нижній кінцівці. З анамнезу: на протязі року знаходився під наглядом уролога з

приводу аденоми статевої залози. Що з вказаного необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- А. УЗД органів низки.
- *В. Флебографію.
- С. УЗДГ.
- Д. Загальний аналіз сечі та крові.
- Є. Флюорографію.

32. Жінка 38 років, страждає посттромбофлебітичним синдромом лівої нижньої кінцівки. Що з вказаного необхідно виконати для рішення питання про об'єм хірургічного лікування?

- А. Допплерографія.
- В. Ретроградна флебографія.
- *С. Висхідна флебографія.
- Д. Аортоартеріографія.
- Є. Селективна ангиографія.

33. У вагітної жінки 26 років, яка страждає посттромбофлебітичним синдромом правої нижньої кінцівки на протязі 3-х років, збільшився набряк (та біль в лівій нижній кінцівці). Яка оптимальна тактика в лікуванні?

- А. Перев'язка устя V.Saphi magna.
- В. Перев'язка комунікантних вен гомілки.
- С. Тромбектомія.
- *Д. Консервативна терапія.
- Є. Фізіопроцедури.

34. У хворого 68 років на посттромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії стегнових вен оптимальним є:

- А. Видалення вен.
- В. Перев'язка комунікантних вен гомілки
- С. Операція Пальма.
- *Д. Операція Хюснї.
- Є. Операція Бебкока-Нарате.

35. У хворого 68 років на посттромбофлебітичний синдром правої нижньої кінцівки в стадії оклюзії здухвинних вен оптимальним є:

- А. Видалення вен.
- В. Перев'язка комунікантних вен гомілки
- *С. Операція Пальма.
- Д. Операція Хюснї.
- Є. Операція Бебкока-Нарате.

36. У хворого 80 років з приступом стенокардії, з вираженим набряком нижніх кінцівок з приврду синдрому нижньої полої вени виникла трофічна виразка в н/з лівої гомілки. Яка оптимальна лікувальна тактика?

- А. Хірургічне лікування.
- *В. Консервативне лікування.
- С. Тромболітична терапія.
- Д. Променева терапія.
- Є. Хіміотерапія.

37. У хворого 46 років з посттромбофлебітичним синдромом нижніх кінцівок в стадії реканалізації глибоких вен оптимальним лікуванням є:

- А. Консервативна терапія.
- В. Тромболітична терапія.
- С. Операція Хюсні.
- Д. Операція Пальма.
- *Є. Пересадка сегмента вен з клапанами.

38. У хворой 56 років з посттромбофлебітичним синдромом нижніх кінцівок в стадії часткової реканалізації глибоких вен оптимальним в лікуванні є:

- А. Хірургічне лікування.
- *В. Консервативне лікування.
- С. Хіміотерапія.
- Д. Променева терапія.
- Є. Тромболітична терапія.

39. У хворого 90 років з посттромбофлебітичним синдромом верхньої кінцівки виник приступ задухи, ціаноз шиї та лиця, біль за грудиною. Що з переліченого необхідно виконати для постановки діагнозу?

- А. Рентген грудної клітини.
- В. Доплерографію.
- *С. Пневмомедіастінографію.
- Д. ЄКГ.
- Є. Флебографію.

40. У хворого 90 років з посттромбофлебітичним синдромом верхньої кінцівки виник приступ задухи, ціаноз шиї та лиця, біль за грудиною. Який найвирогідніший діагноз?

- *А. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.
- В. Інфаркт міокарду.
- С. Пневмоторакс.
- Д. Перфоративна виразка шлунку.
- Є. Гострий інфаркт міокарду.

