

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 06.11.2024 16:41:25
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования
Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
Т. А. Овсянникова
« 26 » 11 2024 года



ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ
(ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Сердечно-сосудистая хирургия»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:

в профилактической деятельности:

ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а так же направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

в диагностической деятельности:

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

в лечебной деятельности:

ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

ПК-7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

в реабилитационной деятельности:

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

в организационно-управленческой деятельности:

ПК-12 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Сердечно-сосудистая хирургия»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете:

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования:

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»

1. Развитие сердечно-сосудистой хирургии как науки. Основы организации хирургической помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Связь и преемственность в работе кардиологических и кардиохирургических учреждений. Организация работы кардиохирургических и реанимационных отделений, подразделений диагностики и рентгенэндоваскулярной хирургии.
2. Врачебно-трудовая экспертиза больных, оперированных по поводу сердечно-сосудистой патологии.
3. Причины, патогенез, классификация аритмий сердца и нарушений проводимости. Клинические и ЭКГ-признаки синдрома слабости синусового узла, экстрасистол, фибрилляции и трепетания предсердий, желудочков, пароксизмальной тахикардии.
4. Клинические и ЭКГ-признаки внутрисердечной, синоаурикулярной, атриовентрикулярной блокады и блокады ножек пучка Гиса, синдромов преждевременного возбуждения желудочков.
5. ЭКГ при стенокардии и инфаркте миокарда различной локализации. Функциональные пробы (нагрузочные, фармакологические, ортостатическая, внутривенная кардиостимуляция) в диагностике ИБС.
6. Велоэргометрия. Парные велоэргометрии в индивидуальной оценке эффективности медикаментозного лечения.
7. Ультразвуковые методы в диагностике заболеваний сердца и сосудов. МЭхоКГ, ВЭхоКГ, Доплер ЭхоКГ, чреспищеводная ЭхоКГ, стресс эхокардиография, диагностическое значение, показания к проведению. Методы измерения венозного давления.
8. Катетеризация сердца. Временная кардиостимуляция. Холтеровское мониторирование. Рациональные методы в диагностике заболеваний миокарда и оценки гемодинамики. Сцинтиграфия миокарда, ПЭТ, ЯМТ и др. Изотопные методы исследования в диагностике заболеваний сердца и сосудов.
9. Ангиографическая диагностика заболеваний сердца, аорты и ее ветвей. Рентгенанатомия аорты и ее ветвей: брахиоцефальных, висцеральных, коронарных и нижних конечностей артерий. Ангиографическая картина стенозирования, окклюзии и аневризм аорты и сосудов.
10. Атеросклероз. Теории возникновения, изменения сосудистой стенки. Факторы риска. Клинические проявления атеросклероза аорты и ее ветвей. Клинические проявления наиболее частых локализаций атеросклероза (аорта, коронарные артерии, мозговые, почечные, мезентериальные, периферические артерии).
11. Болезни аорты и крупных сосудов неатеросклеротического происхождения. Бактериальные инфекции аорты. Клиника, лечебная тактика.
12. Неспецифический аорто-артериит. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
13. Поражение аорты при синдроме Марфана. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение. Сифилитический аортит, патологоанатомические изменения, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Фиброзно-мышечная дисплазия сосудов. Этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
15. Аневризмы грудной аорты. Патологическая анатомия. Классификация аневризм грудной аорты. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Прогноз и хирургическое лечение.
16. Расслаивающиеся аневризмы грудной аорты. Этиология. Классификация расслаивающихся аневризм грудной аорты. Клиническая картина и дифференциальная диагностика.

Консервативное и хирургическое лечение. Прогноз лечения. Особенности оперативного пособия в зависимости от распространения процесса. Ближайшие и отдаленные результаты.

17. Оклюзирующие заболевания брюшной аорты. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническая картина, стадии ишемии. Диагностика и дифференциальная диагностика с облитерирующим энтеритом. Показания к хирургическому и консервативному лечению. Принципы лечебной тактики. Результаты.
18. Коарктация аорты. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Способы хирургической коррекции. Прогноз.
19. Аневризмы брюшной аорты. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническая картина и диагностика. Лечебная тактика.
20. Разрыв аневризмы брюшной аорты. Патологическая анатомия и клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности выполнения операции. Прогноз, летальность и отдаленные результаты.
21. Хронические нарушения висцерального кровообращения. Классификация. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Прогноз и летальность.
22. Синдром подпочечного обкрадывания и атеросклероз сосудов мозга. Этиология и патологическая анатомия заболеваний, осложнения. Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения, показания к хирургической коррекции. Виды хирургического лечения. Результаты хирургического и консервативного лечения.
23. Травматические поражения сосудов. Закрытые поражения. Диагностика. Тактика лечения.
24. Артериальные аневризмы. Истинные и ложные аневризмы. Патологическая анатомия. Лечебная тактика. Артерио-венозные свищи. Патогенез и патологическая анатомия. Лечение.
25. Тромбозы. Этиология, лечебная тактика.
26. Понятие об ишемической болезни сердца (ИБС). Актуальность проблемы (социальное значение, эпидемиология). Факторы риска ИБС, их значение.
27. Классификация. Стенокардия напряжения. Классификация, клиническая симптоматика, дифференциальная диагностика с кардиалгиями, медикаментозное и немедикаментозное лечение. Особенности стенокардии у молодых, пожилых, женщин.
28. Прогрессирующая стенокардия напряжения, патогенез, клиническая картина, оценка тяжести. Лечебная тактика.
29. ИБС. Безболевого ишемия миокарда. Причины возникновения, клиническая картина, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение.
30. Немедикаментозные методы лечения стенокардии. Место физических тренировок в комплексном лечении.
31. Анатомия коронарных артерий. Показания к хирургическому лечению.
32. Рентгенэндоваскулярная хирургия коронарных артерий: ангиопластика и стентирование. Показания и противопоказания, методики выполнения. Эффективность метода, ближайшие и отдаленные результаты.
33. Прямая реваскуляризация миокарда. Показания к прямой реваскуляризации миокарда. Доступы. Принципы и задачи сосудистой пластики, количество шунтов. Применяемый материал. Методики выполнения хирургического пособия.
34. Мини-инвазивная хирургия коронарной патологии. Показания и противопоказания, доступы. Особенности выполнения. Ближайшие и отдаленные результаты.
35. Непрямая реваскуляризация. Показания. Способы выполнения, ближайшие и отдаленные результаты.

36. Хирургическая тактика при остром ишемическом синдроме. Лечебная тактика. Показания к хирургической коррекции. Возможности коррекции коронарного кровотока при остром инфаркте миокарда: рентгенэндоваскулярная хирургия коронарных артерий, прямая реваскуляризация миокарда. Обоснование целесообразности. Показания и противопоказания.
37. Хирургическое лечение осложнений острого инфаркта миокарда. Частота. Технические возможности. Разрыв миокарда желудочков, межжелудочковой перегородки. Прогноз. Выявление осложнения. Лечебная тактика. Постинфарктная митральная недостаточность. Причины возникновения. Формы поражения. Варианты клинического течения. Лечебная тактика, показания к хирургическому лечению. Аневризма левого желудочка. Локализация аневризм. Механизм развития нарушения гемодинамики. Клиническая картина. Хирургическое лечение, основная техническая проблема хирургического пособия. Летальность.
38. Тромбознокардиты и тромбоэмболические осложнения и нарушения ритма сердца при инфарктах миокарда.
39. Медикаментозное сопровождение реваскуляризации миокарда
40. Реабилитация больных после реваскуляризации миокарда. Три этапа реабилитации. Основные ее принципы. Длительность пребывания в стационаре. Основные задачи санаторного и поликлинического этапов реабилитации. Критерии качества жизни больных. Трудовая реабилитация больных, перенесших реваскуляризацию миокарда.
41. Новообразования сердца. Классификация, клиническая картина, диагностика. Дифференциальная диагностика и лечение. Миксомы сердца. Причины, эпидемиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Принципы хирургической коррекции в зависимости от зоны поражения.
42. Первичные опухоли аорты и крупных сосудов. Хирургическая тактика. Поражения сердечно-сосудистой системы при паранеопластических процессах. Возможности хирургической коррекции
43. Перикардиты. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Экссудативный перикардит. Патогенез и диагностика. Показания к пункции перикарда и хирургическому лечению. Констриктивный перикардит. Патогенез, клиническая картина. Симптомы сдавления сердца. Лечение с учетом этиологического фактора. Постоперационный слипчивый перикардит. Диагноз, лечение
44. Пороки митрального клапана. Недостаточность митрального клапана. Этиология, патогенез, клиническая картина, методы диагностики, дифференциальная диагностика. Классификация митральной недостаточности. Хирургическое лечение, показания, его виды в соответствии типу митральной недостаточности. Результаты
45. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Этиология, патогенез, клиника, методы диагностики, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Показания. Комиссуротомия (открытая и закрытая), протезирование. Результаты.
46. Недостаточность клапана аорты. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Оперативное лечение, протезирование, возможности пластической реконструкции клапана
47. Аортальный стеноз. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Особенности хирургической коррекции при узком корне аорты. Результаты.
48. Трикуспидальная недостаточность, ее два вида. Патогенез, клиническая картина, диагностика. Показания к хирургическому лечению. Виды пластических операций. Возможности протезирования трехстворчатого клапана. Результаты.
49. Трикуспидальный стеноз. Клиническая картина, диагностика. Показания к хирургической коррекции. Ее особенности. Результаты.

50. Митрально-аортальный стеноз. Патогенез, диагностика. Значение ЭхоКГ в определении хирургической тактики и объема коррекции.
51. Митральный стеноз в сочетании с аортальной недостаточностью. Патогенез и диагностика.
52. Митрально-аортальный-трехстворчатый стеноз. Патогенез, диагностика.
53. Митрально-аортальная недостаточность. Патогенез и диагностика.
54. Митральная недостаточность в сочетании с аортальным стенозом. Патогенез и диагностика.
55. Митрально-аортально-трехстворчатая недостаточность. Патогенез, диагностика.
56. Хирургическое лечение много клапанных поражений. Критерии показания к хирургическому лечению. Особенности многоклапанной коррекции. Эффективность хирургического лечения.
57. Сочетанные поражения клапанов и коронарных артерий. Частота патологии. Патогенез и диагностика. Хирургическое лечение. Показание и противопоказание к одномоментным сочетанным операциям. Этапность операционного пособия. Результаты.
58. Сочетание аортального клапанного поражения с аневризмой восходящей аорты. Патогенез, клинические проявления. Показания к сочетанному хирургическому пособию. Методика и объем операции. Отдаленные результаты.
59. Медикаментозное лечение после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. Профилактика ревматизма.
60. Антикоагулянтная терапия. Лечение и профилактика недостаточности кровообращения. Антиаритмическая терапия.
61. Специфические осложнения после клапанной хирургии: тромбозмболии, тромбоз протеза, парапротезная фистула, инфекционный протезный эндокардит. Профилактика и коррекция осложнений.
62. Реабилитация после хирургической коррекции приобретенных пороков сердца. Экспертиза трудоспособности.
63. Искусственные клапаны сердца. Отечественные клапаны.
64. Инфекционный эндокардит. Эпидемиология. Этиология, патогенез. Протезный эндокардит. Классификация инфекционного и протезного эндокардита. Способствующие факторы возникновения. Клиническая картина. Варианты начала болезни, поражение сердца. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Течение и исходы. Прогноз. Лечение: выбор антибиотика, необходимость применения больших доз, длительность терапии, показания к хирургическому лечению. Тактика хирургического лечения инфекционного и протезного эндокардита. Осложнения, опасность рецидива. Медикаментозное сопровождение. Результаты хирургического лечения.
65. Открытый артериальный проток. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение, возможные осложнения.
66. Дефекты аортолегочной перегородки. Патогенез, клиническая картина, хирургическое лечение.
67. Аневризмы синусов Вальсальвы. Классификация. Диагностика. Хирургическое лечение и его объем.
68. Дефекты межпредсердной перегородки. Эпидемиология, диагностика. Дифференциальная диагностика. Способы закрытия дефектов. Возможные осложнения и их предупреждение.
69. Аномальный дренаж легочных вен. Патогенез. Полный и частичный дренаж. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Возможности хирургической коррекции.
70. Открытый атриовентрикулярный канал. Патогенез. Дифференциальная диагностика. Особенности хирургического лечения. Летальность.

71. Дефект межжелудочковой перегородки. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Показания и сроки проведения операции. Особенности хирургической коррекции. Осложнения.
72. Стеноз аорты. Классификация. Диагностика, лечение.
73. Стеноз легочной артерии. Эпидемиология, патогенез. Клиническая картина. Показания к операции. Методы коррекции.
74. Пороки группы Фалло (триада, тетрада и пентада). Тетрада Фалло. Эпидемиология, патогенез. Формы клинического течения болезни. Диагностика. Особенности хирургического лечения, факторы риска, летальность.
75. Транспозиция магистральных сосудов. Эпидемиология. Патогенез. Клиническая картина и диагностика. Паллиативные и радикальные операции.
76. Корригированная транспозиция магистральных сосудов. Патогенез. Клиническая картина и диагностика. Возможности хирургической коррекции.
77. Общий артериальный ствол. Патогенез, классификация. Клиническая картина и диагностика. Радикальная коррекция порока.
78. Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Возможности хирургического лечения.
79. Единственный желудочек. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Возможности радикальной коррекции.
80. Атрезия трехстворчатого клапана. Классификация. Лечение.
81. Врожденный стеноз и недостаточность митрального клапана. Аномалии коронарных артерий. Клиническая картина и лечение.
82. Аномалия Эбштейна. Патогенез, классификация. Клиническая картина и диагностика. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операции.
83. Коарктация аорты. Этиология, патогенез и классификация. Методы оперативного вмешательства.
84. Врожденные пороки кровеносных сосудов. Классификация, диагностика. Хирургическая тактика.
85. Брадикардии. Методы исследования. Хирургическое лечение. Показания к имплантации электрокардиостимулятора. Методы операции. Специфические осложнения после имплантации. Послеоперационное наблюдение.
86. Наджелудочковые тахикардии. Интраоперационное эндокардиальное электрофизиологическое исследование сердца и деструкция очага аритмии. Синдром предвозбуждения желудочков (ВПУ). Показания к хирургическому лечению.
87. Атриовентрикулярная узловая тахикардия. Мерцание и трепетание предсердий. Показания к хирургическому лечению. Вид операционного пособия и эффективность.
88. Желудочковые тахикардии. Причины возникновения, диагностика. Показания к хирургическому лечению. Методы оперативного лечения.
89. Хирургические формы симптоматических артериальных гипертензий (САГ). Вазоренальная гипертензия. Механизм формирования. Классификация. Диагностика. Показания к хирургическому лечению. Способы хирургической коррекции. Эндоваскулярная баллонная дилатация и стентирование. Результаты лечения.
90. Травмы сердца, проникающие и непроникающие, травматическое повреждение клапанов сердца, перегородок, хорд и т.д. Контузии миокарда, диагностика, лечение и прогноз. Повреждение аорты и магистральных артерий.
91. Хроническая венозная недостаточность. Варикозная болезнь. Посттромбофлебитическая болезнь. Этиология, патогенез, клинические проявления, хирургическая тактика.
92. Поражения верхней и нижней полых вен. Клинические проявления, диагностика, лечение. ТЭЛА. Диагностика, патогенез, хирургическая тактика. Профилактика.
93. Лимфостаз, лечебная тактика.
94. Искусственное кровообращение. Показания, основные принципы ведения. Возможные осложнения.

95. Вспомогательное кровообращение. Показания к применению. Эффективность и методика проведения.
96. Защита миокарда. Методы защиты. Кардиоплегия и ее виды.
97. Общая анестезия. Общие принципы ведения. Взаимодействие в поддержании гомеостаза с перфузиологом и хирургом. Возможные ошибки и осложнения.
98. Симультанные операции. Сочетание патологий. Обоснование возможности выполнения таких операций. Преимущества и недостатки таких операций. Опасность осложнений. Эффективность.
99. Виды рентгеноконтрастных методов исследования сердца и сосудов. Показания к рентгеноконтрастным методам исследования сердца и сосудов. Контроль за состоянием больного при проведении рентгеноконтрастных методов исследования сердца и сосудов.
100. Техника выполнения рентгеноконтрастных методов исследования сердца и сосудов. Катетеризация сердца. Коронарография. Ангиография. Флебография.
101. Баллонная дилатация сосудов (БД). Послеоперационное ведение больных. Результаты БД. Стентирование. Показания к стентированию коронарных артерий и подготовка больных к операции. Стентирование сосудов других локализаций. Результаты стентирования. Осложнения эндоваскулярных вмешательств.
102. ДВС синдром. Основные причины, классификация, клиническая картина, оценка тяжести, диагностика, лечебная тактика.
103. Показания (протокол обследования и подготовка к операции. Оценка донора. Хирургическая тактика. Ведение ближайшего и отдаленного послеоперационного периода).

**Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»**

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. При операциях на желудке иногда перевязывают ошибочно добавочную печеночную артерию, что в свою очередь, может привести к некрозу сегмента, сектора или даже доли печени. Добавочная печеночная артерия чаще отходит

- а) от общей печеночной артерии
- б) от левой желудочной артерии
- в) от селезеночной артерии
- г) от верхней брыжеечной артерии

2. Питание органов таза осуществляет

- а) внутренняя подвздошная артерия
- б) наружная подвздошная артерия
- в) передняя ветвь внутренней подвздошной артерии
- г) задняя ветвь внутренней подвздошной артерии

3. К ветвям внутренней подвздошной артерин, осуществляющим питание мочевого пузыря, относятся

- а) пупочная артерия, передний ствол внутренней подвздошной артерии
- б) запирательная артерия
- в) внутренняя половая артерия

4. Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена расположением рядом с ней

- а) маточной трубы
- б) мочеточника
- в) наружной подвздошной артерии
- г) всего перечисленного

5. В классификации тромбозов легочной артерии выделяют:

- а) тотальную тромбоз легочной артерии
- б) тромбоз мелких ветвей, долевых и сегментарных ветвей, массивную тромбоз
- в) тромбоз главной правой ветви
- г) тромбоз главной левой ветви
- д) все перечисленные формы

6. Аускультация сосудов важна

- а) при болезни Рейно
- б) при артериальном стенозе
- в) при варикозном расширении вен
- г) при посттромбофлебитическом синдроме
- д) при акроцианозе

7. К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся

- а) беременность

- б) тугие повязки в области верхней трети конечности
- в) ожирение
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

8. При магистральном типе варикозного расширения вен показаны

- а) только склеротерапия
- б) комбинированное лечение (склеротерапия операция)
- в) только бинтование эластическим бинтом
- г) только операция Троянова - Тренделенберга
- д) только операция Линтона

9. Антикоагулянты применяют

- а) при начинающейся гангрене
- б) при тромбозе
- в) при лимфангите
- г) при эндартериите
- д) при облитерирующем атеросклерозе

10. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя

- а) антибиотики
- б) спазмолитики
- в) антикоагулянты
- г) активные движения
- д) парентеральное введение больших объемов жидкостей

11. Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме

- а) нарушения свертываемости крови
- б) изменения внутренней оболочки сосуда
- в) массивного кровотечения
- г) замедления кровотока
- д) эмболии

12. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью

- а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда
- б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит
- в) предотвратить сердечную недостаточность
- г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
- д) обратить в норму симптом Тинеля

13. Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается

- а) после радикальной мастэктомии
- б) метастазирования в подмышечные лимфатические узлы
- в) в результате подмышечного лимфаденита
- г) все перечисленное неверно
- д) все перечисленное верно

14. У 35-летней женщины с клиникой и симптомами митрального стеноза определяется опухоль в левом предсердии размерами 3 см. Это, скорее всего, может быть

- а) метастатическая карцинома
- б) малигнизировавшаяся лимфома
- в) гемангиома
- г) рабдомиома
- д) миксома

15. Хронический сдавливающий перикардит может сопровождаться следующими клиническими проявлениями, исключая

- а) плевральный выпот
- б) асцит
- в) пульсацию печени во время систолы
- г) увеличение диастолического давления в правом желудочке
- д) мерцательную аритмию

16. Расслаивающая аневризма аорты обычно бывает связана со следующими заболеваниями и состояниями, исключая

- а) беременность
- б) медиостенонекроз
- в) кальцинированный медиосклероз
- г) синдром Марфана
- д) артериальная гипертензия

17. Митральный стеноз ассоциируется со следующими состояниями, исключая

- а) кровохарканье
- б) артериальные эмболии
- в) низкое давление в левом предсердии
- г) мерцательную аритмию
- д) трикуспидальную недостаточность

18. У больных с расслаивающей аневризмой аорты могут быть следующие проявления

- а) паралич нижних конечностей
- б) нарушение мозгового кровообращения
- в) недостаточность аортального клапана
- г) боли в спине
- д) всё перечисленное

19. Характерными признаками внутриутробного кровообращения плода являются

- а) основной объем крови из верхней полой вены направлен через овальное окно в левое предсердие
- б) основной объем крови из нижней полой вены направлен непосредственно через трикуспидальный клапан
- в) наибольший объем крови из правого желудочка направляется через открытый артериальный проток в нисходящую аорту
- г) легочно-сосудистое сопротивление повышено
- д) давление в левом предсердии превосходит давление в правом предсердии

20. Какой из представленных показателей имеет наибольшее прогностическое значение при оценке риска операции аорто-коронарного шунтирования

- а) ЭКГ
- б) степень сужения коронарной артерии
- в) конечно-диастолическое давление левого желудочка
- г) фракция изгнания левого желудочка
- д) повторные инфаркты в анамнезе

21. Наиболее частым источником тромбоза легочной артерии является:

- а) бассейн верхней полой вены
- б) правые отделы сердца
- в) бассейн нижней полой вены
- г) вены малого таза
- д) все перечисленное

22. Причины, ускоряющие развитие атеросклероза в венозном аутооттрансплантате, все, кроме

- а) диабета
- б) повышенного уровня холестерина
- в) повышенного уровня триглицеридов
- г) применения в качестве трансплантата вены верхней конечности
- д) гипертензии

23. Осложнения при терапии циклоспорином включают все нижеперечисленные пункты, кроме

- а) гипертензии
- б) нейротоксичности
- в) гирсутизма
- г) лимфомы
- д) панкреатита

24. Выберите наиболее правильную трактовку данных пальпации - концентрированный усиленный верхушечный толчок в V межреберье на уровне срединноключичной линии:

- а) гипертрофия левого желудочка без выраженной его дилатации
- б) гипертрофия и дилатация левого желудочка
- в) гипертрофия и дилатация правого желудочка
- г) сращение листков перикарда (слипчивый перикардит)
- д) постинфарктная аневризма передней стенки левого желудочка

25. У больного с ИБС, острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда возникли частые желудочковые экстрасистолы. Какой из перечисленных препаратов необходимо ему ввести?

- а) строфантин
- б) лидокаин
- в) обзидан
- г) финоптин
- д) дигоксин

26. При каких типах кардиоспазма показано хирургическое лечение?

- а) кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- б) после кардиодилатации эффект в течение 2 лет
- в) сужение кардии с S-образным удлинением пищевода
- г) длительное течение, осложненное эзофагитом
- д) длительное течение без потери веса, небольшое расширение пищевода

27. У больного 34 лет без сердечно-сосудистого анамнеза диагностировано нарушение кровообращения в правой плечевой артерии, ишемия IIб степени. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. По результатам ЭКГ и эхокардиографии патологии не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину острой артериальной непроходимости:

- а) митральный стеноз
- б) неспецифический аортоартериит
- в) компрессионное сдавление подключичной артерии добавочным шейным ребром
- г) острый тромбоз глубоких вен голени
- д) аневризма сердца

28. К какой форме стенокардии относятся боли, возникающие у людей при умственной работе или при длительном положении сидя?

- а) напряжения
- б) покоя
- в) вариантной
- г) напряжения и покоя

29. Больной 47 лет поступил в клинику с диагнозом «острый задний инфаркт миокарда». В первые сутки наблюдения внезапно потерял сознание. Пульс и давление не определяются. На ЭКГ - синусовый ритм с переходом в асистию желудочков. Лечение:

- а) дефибрилляция
- б) внутрисердечное введение симпатомиметиков
- в) индерал внутривенно
- г) ганглиоблокаторы

30. У больного с ИБС - постинфарктный кардиосклероз. Выявлен синдром слабости синусового узла, последние 2 недели ежедневно возникают приступы мерцательной тахикардии, отмечаются эпизоды брадикардии, сопровождающиеся головокружениями. Ваша тактика:

- а) назначить хинидин
- б) назначить новокаинамид
- в) провести имплантацию постоянного искусственного водителя ритма
- г) назначить дигоксин
- д) провести временную кардиостимуляцию

31. Больной 27 лет поступил в ЛОР-отделение с диагнозом «ангина». Через 3 нед. отмечаются слабость, снижение АД до 90/60 мм рт.ст., боли в области сердца, затем появились пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии. Выявлена кардиомегалия. Через 5 нед. появилась глухость голоса. О каком заболевании следует думать?

- а) инфекционно-аллергический миокардит
- б) дифтерия, инфекционно-токсический миокардит

- в) ревматический миокардит
- г) дилатационная кардиомиопатия
- д) экссудативный перикардит

32. Длительность острого периода инфаркта миокарда:

- а) до двух часов
- б) до 1 месяца
- в) до 10 дней
- г) до двух дней
- д) до 18 дней

33. У больного с диагнозом «острый трансмуральный инфаркт миокарда» на 2-е сутки пребывания в стационаре появился систолический шум в области абсолютной сердечной тупости без проведения в другие области, шум усиливается от нажатия стетоскопа и имеет скребуший характер. Состояние больного существенно не изменилось. О каком осложнении инфаркта следует думать?

- а) разрыв миокарда
- б) перфорация межжелудочковой перегородки
- в) отрыв сосочковых мышц митрального клапана
- г) эпистенокардитический перикардит
- д) синдром Дресслера

34. По поводу изолированной систолической гипертензии с максимумом АД 200/90 мм рт.ст. пациент 22 лет был обследован в поликлинике. Пульсация артерий стоп снижена, АД на ногах не измерялось. При флюорографии грудной клетки выявлены изменения, напоминающие узурацию нижней поверхности ребер. Какова причина гипертензии?

- а) гипертоническая болезнь
- б) стеноз сонной артерии
- в) гипертиреоз
- г) эссенциальная гипертензия
- д) коарктация аорты

35. Причинами вариантной стенокардии (типа Принцметала) являются:

- а) поражение мелких сосудов коронарных артерий
- б) спазм крупной коронарной артерии
- в) спазм мелких сосудов коронарной артерии
- г) тромбоз коронарной артерии

36. Факторами риска ИБС являются:

- а) артериальная гипертензия
- б) курение
- в) сахарный диабет
- г) ожирение
- д) все перечисленное

37. Больной 52 лет с ревматическим пороком сердца, с клиникой левожелудочковой недостаточности. При осмотре выявлено: систолический и диастолический шумы в точке Боткина и втором межреберье справа. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонную артерию, пальпаторно определяется систолическое дрожание во

втором межреберье справа от грудины. I и II тоны ослаблены. Выставлен диагноз сочетанного порока. Какие признаки свидетельствуют о недостаточности аортального клапана?

- а) систолический шум
- б) диастолический шум
- в) систолическое дрожание во втором межреберье справа
- г) ослабление I тона

38. Какие признаки при стенокардии напряжения дают основания заподозрить возникновение инфаркта миокарда?

- а) длительность боли более 15 мин
- б) появление страха смерти
- в) падение АД
- г) боль сильнее таковой во время предыдущих приступов
- д) все перечисленное

39. Наиболее значимым фактором риска ИБС является:

- а) употребление алкоголя
- б) артериальная гипертензия
- в) курение
- г) гиподинамия
- д) умеренное ожирение

40. Больной 22 лет, спортсмен, поступил с жалобами на повышение температуры до 39°C, с ознобами, одышку при незначительной физической нагрузке, отсутствие аппетита. Болен около месяца. При осмотре: кожные покровы желтушные, бледные, петехиальные высыпания на ногах. В легких - небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца приглушены, систолический шум в точке Боткина. ЧСС=106 ударов в мин. АД=120/40 мм рт.ст., печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, болезненная при пальпации. Незначительные отеки голеней. О каком заболевании можно думать?

- а) миокардит
- б) пневмония
- в) инфекционный эндокардит
- г) цирроз печени
- д) ревмокардит

41. Для операции эмболизмомии целесообразно использовать баллонный катетер:

- а) Фогарти
- б) «Дует»
- в) катетер Рашкинда
- г) любой баллонный катетер

42. Хирургическое лечение больным ИБС преимущественно показано в следующих случаях:

- а) множественное поражение коронарных артерий
- б) наличие стволового стеноза левой коронарной артерии
- в) наличие устьевых стенозов левой или правой коронарной артерии
- г) стеноз передней межжелудочковой артерии при невозможности выполнить ее ангиопластику
- д) всё перечисленное

43. Основными противопоказаниями к оперативному лечению больных ИБС являются:

- а) диффузные множественные поражения периферических коронарных артерий
- б) сниженная сократительная функция миокарда (фракция выброса менее 0,3)
- в) наличие тяжелой сердечной недостаточности (II Б-III стадии)
- г) ранние сроки после инфаркта миокарда (до 4 мес)
- д) всё перечисленное

44. На приеме в поликлинике хирург выявил у больного ряд симптомов. Что из них не является характерным для болезни Педжет-Шреттера:

- а) цианоз лица и шеи
- б) распирающие боли в руке
- в) цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка
- г) отек руки
- д) синдром Горнера

45. В амбулатории хирургом был заподозрен у больного посттромбофлебитический синдром. Что не характерно для данного заболевания?

- а) гиперпигментация кожи
- б) застойный дерматоз и склеродермия
- в) бледная «мраморная» кожа
- г) вторичный варикоз поверхностных вен

46. Какие факторы, которые наименее вероятно могут привести к тромбозу легочной артерии после операции, должен учитывать амбулаторный хирург?

- а) ожирение
- б) варикозную болезнь вен нижних конечностей
- в) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра
- г) язвенную болезнь желудка

47. При долечивании в поликлинике после флебэктомии компрессионного бинтования нижних конечностей начинают:

- а) верхней трети бедра
- б) нижней трети бедра
- в) подколенной области
- г) стопы

48. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- а) верхняя треть голени
- б) нижняя треть бедра
- в) верхняя треть бедра
- г) допаховой складки

49. Длительность компрессионной терапии нижних

конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- а) 1 неделю
- б) 2 недели
- в) 3 недели
- г) 1,5–2 месяца

50. Больному, перенесшему флебэктомию, даны рекомендации. Что является ошибкой?

- а) компрессионная терапия нижних конечностей
- б) ранняя статическая нагрузка
- в) физиотерапевтическое лечение
- г) лечебная физкультура

51. Какие факторы меньше всего должны учитывать амбулаторный хирург при возможности тромбоза вен нижних конечностей?

- а) замедление тока крови
- б) нарушение эндотелия вен
- в) мерцательную аритмию
- г) варикозное расширение

52. В отдаленном периоде после перенесенных полостных операций тромбообразованию способствует все перечисленное, кроме:

- а) повышения фибринолитической активности плазмы крови
- б) ожирения
- в) гиподинамии
- г) злокачественных опухолей
- д) ишемической болезни сердца

53. В поликлиническом лечении флеботромбоза вен нижних конечностей используют все, кроме:

- а) возвышенного положения конечности в постели
- б) антикоагулянтной терапии
- в) дезагрегантов
- г) компрессионной терапии
- д) спазмолитиков

54. Амбулаторное применение следующих препаратов требует регулярного динамического контроля показателей свертывания крови:

- а) фенилина
- б) трентала
- в) антибиотиков
- г) курантила
- д) венорутон

55. Какого из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- а) трофическую язв голени
- б) эмболию легочной артерии
- в) посттромбозную болезнь
- г) хроническую венозную недостаточность

56. Какие рекомендации не должен делать амбулаторный хирург на 10-е сутки после флебэктомии?

- а) бег трусцой
- б) компрессионная терапия
- в) физиотерапевтическое лечение
- г) лечебная физкультура

57. На прием к хирургу поликлиники явился больной 68 лет, с множественной сочетанной патологией. При этом симптомами варикозной болезни не является:

- а) отеки дистальных отделов конечностей к вечеру
- б) перемежающаяся хромота
- в) трофические расстройства кожи
- г) судороги по ночам
- д) видимое расширение подкожных вен

58. При оценке проходимости глубоких вен нижних конечностей в условиях участковой больницы можно применить функциональную пробу:

- а) Гаккенбруха
- б) Пратта-2
- в) Гоманса
- г) Дельбе–Пертеса
- д) Шварца–Хейердала

59. При отсутствии в поликлинике инструментальных методов исследования хирург для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен, может использовать пробу:

- а) трехжгутовую (Шейниса)
- б) маршевую (Дельбе–Пертеса)
- в) Троянова–Тренделенбурга
- г) Пратта-2

60. Улучшению венозного оттока после операции способствует все нижеперечисленное, кроме:

- а) возвышенного положения конечности
- б) лечебной физкультуры
- в) длительного постельного режима
- г) компрессионной терапии
- д) раннего вставания

61. В поликлинику к хирургу обратился больной с

венозной патологии нижних конечностей (симптомы перечислены ниже). При этом краним симптомам посттромботической болезни не относят:

- а) расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
- б) отек в области лодыжек
- в) болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени
- г) трофическую язву
- д) подкожный варикоз нижних конечностей

62. Что опасно рекомендовать больному при лечении тромбоза глубоких вен голени и бедра?

- а) непрямые антикоагулянты
- б) спазмолитики
- в) ранние активные движения
- г) гемодилюцию

63. В хирургической амбулатории при изучении сопроводительной медицинской документации молодой врач выявил, что больной оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита. Больному была сделана релапаротомия с удалением восходящей толстой кишки. Пилефлебит – это тромбоз какого сосуда?:

- а) селезеночной вены
- б) нижней брыжечной вены
- в) почечных вен
- г) воротной вены
- д) подвздошной вены

64. При осмотре в поликлинике хирург выявил у больного ряд симптомов заболевания. Что при этом характерно для острого флеботромбоза?

- а) резкий отек и гиперемия нижней конечности
- б) аритмия
- в) отсутствие пульса на артериях стопы
- г) перемежающаяся хромота
- д) неустойчивый стул

65. Что не следует рекомендовать больному при остром тромбофлебите поверхностных вен голени?

- а) постельный режим
- б) бутадион
- в) компрессы мази Вишневского
- г) активную ходьбу
- д) возвышенное положение конечности

66. В поликлинику обратился больной с давностью заболевания 2 суток. Что следует считать не характерным у больного 57 лет для постановки диагноза

илеофemorальногофлеботромбоза?

- а) отсутствие пульса на подколенной артерии и артериях стопы
- б) отек голени и бедра
- в) распирающие боли
- г) гиперемия и цианоз кожи бедра

67. Какие препараты не надо применять на догоспитальном этапе при острой артериальной ишемии нижней конечности?

- а) спазмолитики
- б) гепарин
- в) антибиотики
- г) кардиотропные

68. В поликлинику обратился больной, 65 лет, с жалобами на онемение правой нижней конечности, похолодание и постоянные боли в ней. Болен 8 часов. В анамнезе - перенесенный инфаркт миокарда. При объективном исследовании выявлены: мерцательная аритмия; движения в конечности сохранены; пульс на правой подколенной артерии и артериях стопы не обнаружен. Поставлен диагноз - острая артериальная ишемия. Какая стадия острой артериальной ишемии имеется у данного больного?

- а) IА
- б) IБ
- в) II А
- г) II Б
- д) III А-Б

69. При осмотре тяжелого больного, 68 лет, на дому хирург выявил следующие данные: болен 2 суток, жалуется на сильные постоянные боли в левой нижней конечности, имеются отек тканей, бледность и похолодание кожных покровов, тотальная мышечная контрактура. Пульсации периферических сосудов и глубокой чувствительности на уровне голени и стопы не обнаружено. Установлен диагноз: острая артериальная ишемия, стадия III В. Какая экстренная операция в условиях стационара показана больному?

- а) протезирование сосуда
- б) первичная ампутация
- в) наблюдение и консервативная терапия
- г) рентгеноэндоваскулярное исследование

70. При исследовании больного в поликлинике заподозрена аневризма грудного отдела аорты. Какие симптомы не характерны для данного заболевания?

- а) боли в области сердца
- б) аритмия
- в) межреберная невралгия
- г) одышка и кашель
- д) дисфагия

71. На прием к хирургу принесли больного с постоянными сильными болями в животе. Из анамнеза выявлено, что болен 3 часа. Объективно: гемодинамика нестабильная, пульс 90 в 1 мин., на уровне пупка пальпируется пульсирующее образование, пульс на бедренных артериях ослаблен. Больной бледен. Какое заболевание можно заподозрить?

- а) язвенное кровотечение
- б) панкреонекроз
- в) расслаивающая аневризма аорты
- г) инфаркт миокарда
- д) мезентериальный тромбоз

72. При осмотре в поликлинике больного, 45 лет, выявлены: желтуха, асцит, спленомегалия, черный оформленный стул, анемия. В анамнезе перенес пневмонию, болезнь Боткина, аппендицит. Какое заболевание может обусловить такую клинику?

- а) язвенная болезнь желудка
- б) желче-каменная болезнь
- в) синдром Бадда-Хиари
- г) лейкоз

73. При оценке в поликлинике свертываемости крови у больного с язвенной болезнью желудка и носовыми кровотечениями были получены следующие данные по методу МАС-MARPO, какие из них являются нормой?

- а) 1 мин.
- б) 2 мин.
- в) 10 мин.
- г) 20 мин.
- д) 30 мин.

74. В поликлинику обратился больной, 61 год, с жалобами на периодические боли в мышцах голени, особенно при ходьбе (около 100-150 м) или подъеме по лестнице. Зимой отмечает ухудшение. Является курильщиком с 35-летним стажем. При объективном исследовании выявлены отсутствие пульса на стопах и резкое его ослабление на правой подколенной артерии. Установлен диагноз облитерирующего атеросклероза нижних конечностей. Какая стадия заболевания имеется у данного больного?

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

75. Длительное время больной, 56 лет, находится на консервативном лечении в поликлинике по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. Какая стадия заболевания не является показанием к оперативному лечению?

- а) I стадия заболевания
- б) II стадия
- в) III стадия

г) IV стадия заболевания

76. В поликлинику к хирургу обратился молодой больной через 1 месяц после стационарного лечения по поводу травматического повреждения сосудов правого бедра. Развитие, каких осложнений может предполагать хирург данного больного в отдаленном периоде?

- а) ложную артериальную аневризму
- б) облитерирующий атеросклероз
- в) тромбангиит Бюргера
- г) синдром «включения»
- д) острую почечную недостаточность

77. В поликлинику к хирургу обратился больной, у которого 2 года назад в стационаре было выполнено протезирование синтетическим протезом подвздошно-бедренного сегмента справа. В последний месяц больной отмечает себя периодические боли в мышцах голени при ходьбе, чувство «усталости» в нижней конечности, ее похолодание. Какое из наиболее вероятных осложнений после операции могло развиться у данного больного?

- а) тромбоз протеза
- б) плоскостопие
- в) ангиотрофопатия
- г) флеботромбоз
- д) посттромбофлебитический синдром

78. Какие виды расширенных венозных анастомозов нельзя считать характерными при обследовании в условиях поликлиники больного с портальной гипертензией?

- а) в области нижней трети пищевода
- б) на передней брюшной стенке
- в) на голове и шее
- г) в нижней трети прямой кишки

79. При обследовании больного с явлениями хронической артериальной ишемии хирург поликлиники проводил дифференциальный диагноз между облитерирующим атеросклерозом и эндартериитом. Какие признаки не должны при этом учитываться?

- а) возраст больного
- б) уровень холестерина в плазме крови
- в) усиление венозного рисунка конечности
- г) диаметр поражения артерий

80. Какое лечение не должен рекомендовать больному амбулаторный хирург в первой стадии облитерирующего эндартериита?

- а) симпатэктомию

- б) первичную ампутацию
- в) консервативную терапию
- г) реконструктивную операцию на сосудах

81. В поликлинику к хирургу обратился больной с 3-ей стадией облитерирующего атеросклероза. Какие симптомы при этом будут у больного?

- а) боли в покое
- б) влажность кожных покровов
- в) плоскостопие
- г) симптом Гоманса
- д) анемия

82. В поликлинику на прием к хирургу обратился больной с синдромом Лериша. Что это такое?

- а) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
- б) капиллярропатия
- в) аортоартериит
- г) мигрирующий тромбангиит
- д) окклюзия нижней полой вены

83. При изучении сопроводительной медицинской документации хирурга поликлиники выявил, что пациент страдает болезнью Рейля. Что это такое?

- а) окклюзия брюшного отдела аорты
- б) височный артериит
- в) тромбоз артерий пальцев стопы
- г) тромбоз мезентериальных сосудов
- д) ортостатический коллапс, возникающий вследствие врожденной недостаточности вегетативной нервной системы

84. При обследовании в поликлинике больного с 4-й стадией окклюдированного заболевания магистральных артерий хирург должен рекомендовать больному:

- а) массивную антибиотикотерапию
- б) лампасные разрезы
- в) шунтирующую операцию
- г) первичную ампутацию конечности

85. В поликлинике хирург правильно поставил диагноз больному 67 лет - облитерирующий атеросклероз, окклюзия правой бедренной артерии. Какие осложнения при этом невозможны?

- а) гангрена конечности
- б) трофические язвы
- в) тромбэмболия легочной артерии
- г) перемежающаяся хромота

д) ишемический неврит

86. На приеме к хирургу в поликлинику явился больной с окклюзирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей хронической артериальной ишемией. При данном заболевании характерны:

- а) боли при движении в суставах конечностей
- б) перемежающаяся хромота
- в) радикулит
- г) возникновение трофических язв области коленных суставов
- д) сопутствующий тромбоз глубоких вен

87. Что может рекомендовать хирург поликлиники для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей?

- а) регулярное плавание
- б) компрессионную терапию нижних конечностей
- в) теплые термальные и плавательные бассейны
- г) препараты с венотоническим действием
- д) все верно

88. Что не типично для варикозного расширения вен нижних конечностей:

- а) отеки
- б) гиперпигментация кожи нижней трети голени
- в) образование язв голени
- г) гиперпигментация кожи бедер
- д) дерматит

89. Воценке причин хронической венозной недостаточности нижних конечностей у больной, 56 лет, с варикозной болезнью хирург амбулатории предложил ряд факторов. Исключите неправильные:

- а) клапанная недостаточность коммунантных вен
- б) поражение сердца с левожелудочковой недостаточностью
- в) механическое затруднение оттока крови из конечности
- г) клапанная недостаточность большой подкожной глубоких вен
- д) нарушение тонуса венозной стенки

90. Что следует предпринять амбулаторному хирургу при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?

- а) внутримышечно ввести викасол
- б) прижать бедренную артерию
- в) придать конечности возвышенное положение
- г) наложить давящую повязку на место кровотечения и направить в стационар
- д) внутривенно перелить донорскую кровь

91.Амбулаторному хирургу следует помнить,чтопри облитерирующииатеросклерозев первуюочередь поражаются:

- а) большеберцовыеартерии
- б) подколенная артерия
- в) артерии пальца
- г) бедренная артерия
- д) подвздошные вены

92.Амбулаторному хирургу следуетпомнить,чтопри облитерирующииатеросклерозев первуюочередь поражаются:

- а) большеберцовыеартерии
- б) подколенная артерия
- в) бедренная артерия
- г) подвздошная артерия
- д) аорта

93.Амбулаторному хирургу следуетпомнить,чтопри диабетическойангиопатиив первуюочередь поражаются:

- а) артерии стопы
- б) подколенная артерия
- в) подвздошная артерия
- г) аорта

94.Укажитенаиболеечастовстречающуюся причину синдрома портальнойгипертензии:

- а) циррозпечени
- б) триада Сента
- в) синдром Кароли
- г) болезньКиари
- д) рак головки поджелудочной железы

95.Кхирургуполиклиникиобратился пациент,в анамнезеу которого былвирусныйгепатит.Хирург заподозрилу больногосиндром портальнойгипертензии. Какойнаиболеечастовстречаемыйпризнакможно выявитьприданном заболевании?

- а) спленомегалию
- б) гиперспленизм
- в) геморрой
- г) кровотечение изварикозныхвен пищевода
- д) асцит

96.Камбулаторному хирургуобратился пациентс воспалительным процессом в областиправогоплеча,в анамнезеотмеченатравма.Был поставлендиагноз: флегмона;при проведении вскрытия - полость заполнена кровью,развилосьсильнейшеекровотечение,остановить котороеудалось лишьналожением жгутавышестеста поражения.Каким должен бытьправильный диагноз?

- а) посттравматическая аневризма артерии
- б) гематома
- в) флегмона
- г) невринома

97. Амбулаторный хирург диагностировал у пациента посттравматическую аневризму бедренной артерии. Какой из нижеперечисленных симптомов не характерен для данной патологии?

- а) пульсирующая припухлость плотноэластической консистенции
- б) непрерывный сосудистый шум над припухлостью
- в) дистальнее аневризмы пульсация сосуда ослаблена
- г) анемия

98. С чем связан развитее одышки и кашель у больного с расслаивающей аневризмой грудной аорты?

- а) с застойными явлениями в легких
- б) с давлением аневризмы на трахею
- в) с сдавливанием возвратного нерва
- г) с сдавливанием верхней полой вены

99. Что характерно для артериального давления при расслаивающей аневризме грудной аорты?

- а) различается на правой и левой руке
- б) на руках выше, чем на ногах
- в) одинаково на руках и на ногах
- г) различается на правой и левой ноге

100. Лечение тромбоэмболии легочной артерии следует начинать с:

- а) назначения антикоагулянтов
- б) перевязки нижней полой вены
- в) тромбэктомии
- г) эмболэктомии из легочной артерии
- д) антибиотиков

101. Пациент с искусственным механическим клапаном сердца должен получать антикоагулянтную терапию

- а) в течение госпитального периода
- б) в течение первого года после операции
- в) пожизненно
- г) при наличии тромбоэмболических осложнений

102. Адекватная дозировка антикоагулянта непрямого действия определяется уровнем протромбина крови (по Квику)

- а) до 40%
- б) 40 - 50%
- в) 60% и выше

103. При передозировке антикоагулянта непрямого действия необходимо, прежде всего:

- а) отменить препарат
- б) уменьшить дозу препарата
- в) заменить препарат другим аналогичного действия
- г) назначить антидоты антикоагулянтов
- д) заменить антикоагулянт препаратом антиагрегантного действия

104. Профилактика инфекционного эндокардита у больного - носителя искусственного клапана сердца включает в себя следующие мероприятия:

- а) своевременная санация любых очагов инфекции
- б) профилактическое применение антибактериальных препаратов при различных инструментальных манипуляциях или операциях, в том числе при экстракции зубов
- в) лечебное применение антибактериальных препаратов при возникновении воспалительных или нагноительных заболеваний
- г) все перечисленное верно

105. Для вариантной стенокардии Принцметалла не характерно:

- а) на ЭКГ - подъем сегмента ST над изолинией
- б) при ЭКГ-исследовании - смещение сегмента ST вниз
- в) нарушение ритма и проводимости
- г) приступы стенокардии чаще всего возникают в ночное время
- д) препаратами выбора в лечении являются антагонисты кальциевых каналов

106. Характерным ЭКГ-признаком наличия постинфарктной аневризмы сердца является:

- а) застывший подъем сегмента ST
- б) блокада левой ножки пучка Гиса
- в) атриовентрикулярная блокада I степени
- г) отсутствие зубца Q

107. Какой из перечисленных симптомов имеет наихудшее прогностическое значение у больного с аортальным стенозом

- а) стенокардия
- б) застойная сердечная недостаточность
- в) сердцебиение
- г) одышка при нагрузке
- д) синкопе

108. Синдром "верхней поллой вены" является наиболее часто проявлением

- а) гистоплазмоза (склерозирование средостения)
- б) внутригрудного зоба
- в) аневризмы грудной аорты
- г) сдавливающего перикардита
- д) бронхогенной карциномы

109. Круг Вьесена образуют следующие артерии:

- а) диагональная ветвь и ветвь тупого края
- б) инфундибулярная ветвь и правожелудочковая ветвь передней межжелудочковой ветви
- в) ветвь тупого края и правая коронарная артерия
- г) ветвь острого края и диагональная артерия

д) септальная ветвь и правая коронарная артерия

110. У 35-летней женщины с клиникой и симптомами митрального стеноза определяется опухоль в левом предсердии размерами 3 см. Это, скорее всего, может быть:

а) метастатическая карцинома

б) малигнизировавшаяся лимфома

в) гемангиома

г) рабдомиома

д) миксома

111. Медиастинальная эмфизема имеет следующие клинические проявления, за исключением:

а) цианоза

б) острой левожелудочковой недостаточности

в) систолического христа (скрипа)

г) загрудинной боли

д) боли в горле

112. Хронический сдавливающий перикардит может сопровождаться следующими клиническими проявлениями, исключая:

а) плевральный выпот

б) асцит

в) пульсацию печени во время систолы

г) увеличение диастолического давления в правом желудочке

д) мерцательную аритмию

113. Трехлетний ребенок с врожденным цианозом, скорее всего, страдает:

а) тетрадой Фалло

б) дефектом межжелудочковой перегородки

в) трикуспидальной атрезией

г) транспозицией магистральных сосудов

д) открытым артериальным протоком

114. У двухдневного ребенка без цианоза выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. Других симптомов нет. ЭКГ и рентгенография нормальны. С каким из пороков вероятнее всего столкнулся врач?

а) тетрада Фалло

б) дефект межжелудочковой перегородки

в) трикуспидальная атрезия

г) транспозиция магистральных сосудов

д) открытый артериальный проток

115. Незамеченное во время операции повреждение большого грудного лимфатического протока ведет к лимфорее и скоплению лимфы в грудной полости. Какая из перечисленных процедур показана в первую очередь в таком случае?

а) реоперация и перевязка протока

б) реоперация и восстановление проходимости протока

в) пункция и дренирование плевральной полости с назначением парентерального питания

г) радиоактивное облучение зоны протока дозой 2000 рад с целью остановить лимфорей

д) лимфангиография с целью уточнения места лимфорей

116. Расслаивающая аневризма аорты обычно бывает связана со следующими заболеваниями и состояниями, исключая:

- а) беременность
- б) медиоцистонекроз
- в) кальцинированный медиосклероз
- г) синдром Марфана
- д) артериальная гипертония

117. Митральный стеноз ассоциируется со следующими состояниями, исключая

- а) кровохарканье
- б) артериальные эмболии
- в) низкое давление в левом предсердии
- г) мерцательную аритмию
- д) трикуспидальную недостаточность

118. Какой из представленных показателей имеет наибольшее прогностическое значение при оценке риска операции аорто-коронарного шунтирования

- а) ЭКГ
- б) степень сужения коронарной артерии
- в) конечно-диастолическое давление левого желудочка
- г) фракция изгнания левого желудочка
- д) повторные инфаркты в анамнезе

119. На второй день после коррекции коарктации аорты у пациента появились боли в животе и болезненность при его пальпации. Правильное лечение в этой ситуации, вероятнее всего, включает в себя назначение

- а) антибиотиков
- б) антацидных препаратов
- в) стероидов
- г) гипотензивных препаратов
- д) аспирина

120. Продолжительность зубца Р в норме составляет:

- а) 0,02 с
- б) до 0,10 с
- в) до 0,12 с
- г) до 0,13 с

121. Зубец Р в норме всегда отрицательный в отведении:

- а) AVF
- б) Б. AVL
- в) AVR
- г) во всех перечисленных

122. Интервал PQ включает время проведения импульсов по:

- а) правому предсердию
- б) атриовентрикулярному узлу
- в) ножками пучка Гиса

- г) волокнами Пуркинье
- д) все ответы правильны

123. В норме интервал PQ равен:

- а) 0,08-0,12 с
- б) 0,12-0,20 с
- в) 0,10-0,22 с
- г) 0,12-0,22 с

124. Ширина комплекса QRS в норме в V1-V6 не должна превышать:

- а) 0,08
- б) 0,10
- в) 0,12
- г) 0,16

125. Главным определяющим фактором операбельности пациентов с дефектом межжелудочковой перегородки является

- а) размер дефекта
- б) локализация дефекта
- в) давление в легочной артерии
- г) легочно-сосудистое сопротивление
- д) возраст пациента

126. Аневризма восходящей аорты, характеризующаяся веретенообразным расширением проксимального отдела и сужением до нормальных величин на уровне брахиоцефального ствола, является следствием:

- а) тупой травмы грудной клетки
- б) атеросклероза
- в) ревматического артериита
- г) сифилиса
- д) медиоцистонекроза

127. Для вариантной стенокардии Принцметалла не характерно:

- а) на ЭКГ - подъем сегмента ST над изолинией
- б) при ЭКГ-исследовании - смещение сегмента ST вниз
- в) нарушение ритма и проводимости
- г) приступы стенокардии чаще всего возникают в ночное время
- д) препаратами выбора в лечении являются антагонисты кальциевых каналов

128. Какой из перечисленных диагностических критериев наиболее вероятно отражает степень выраженности клапанного стеноза легочной артерии

- а) ЭКГ
- б) рентгенограмма грудной клетки
- в) интенсивность шума
- г) выраженность 2-го тона
- д) наличие и степень увеличения печени

129. Наиболее вероятной причиной рестеноза митрального клапана после комиссуротомии является:

- а) кальциноз митрального клапана
- б) прогрессирование фиброза вследствие турбулентного тока крови через клапан
- в) повторные ревматические атаки
- г) неадекватная пенициллиновая профилактика
- д) неадекватная комиссуротомия

130. Врожденный порок сердца формируется в течение:

- а) первого месяца эмбриогенеза
- б) первых двух месяцев эмбриогенеза
- в) всего периода развития плода
- г) формирование порока происходит после рождения

131. На развитие врожденного порока сердца влияют только:

- а) генетические факторы
- б) физические и химические факторы
- в) генетические факторы и окружающая среда г. все перечисленное
- г) ни один из перечисленных

132. Наиболее точным и наименее инвазивным в диагностике венозного тромбоза в стадии активного тромбообразования является:

- а) ультразвуковая доплерография
- б) флебография
- в) радиоиндикация венозного тромбоза
- г) компьютерная томография
- д) дуплексное сканирование

133. При расположении вершины венозного тромбоза ниже устьев почечных вен в качестве профилактики тромбоэмболии легочной артерии применяется:

- а) тромбэктомия
- б) парциальная окклюзия нижней поллой вены
- в) перевязка нижней поллой вены
- г) любой из перечисленных методов
- д) только а и б

134. В профилактике тромбоэмболии легочной артерии преобладают:

- а) оперативные методы
- б) антикоагулянтная терапия
- в) антиагрегантная терапия
- г) сочетание антикоагулянтной терапии и по показаниям оперативные методы
- д) все перечисленное

135. При производстве тромбэктомии из илюокавального сегмента используются:

- а) бедренный доступ
- б) забрюшинный доступ
- в) абдоминальный доступ
- г) комбинированные доступы
- д) возможно все перечисленное

136. Парциальная окклюзия магистральных вен, как профилактика тромбозмболии легочной артерии, возможна:

- а) пликацией швами
- б) гладкой клеммой
- в) имплантацией зонтичного фильтра
- г) всеми перечисленными методами

137. Основными клиническими синдромами течения тромбозмболии легочной артерии являются:

- а) легочно-плевральный
- б) кардиальный
- в) абдоминальный
- г) все перечисленное

138. Различают следующие варианты течения тромбозмболии легочной артерии в сочетании с венозным тромбозом:

- а) появление клинических признаков венозного тромбоза предшествовало эмболии
- б) симптомы венозного тромбоза появились после возникновения эмболии
- в) венозный тромбоз, послуживший причиной эмболии, протекал латентно
- г) тромбозмболия легочной артерии у «здоровых» людей
- д) все перечисленные варианты

139. Из диагностических методов при эмболии легочной артерии наиболее информативны:

- а) электрокардиография
- б) реопульмонография
- в) ангиопульмонография
- г) перфузионное сканирование легких
- д) все методы одинаково информативны

140. Абсолютными показаниями к эмболизмции из легочной артерии являются:

- а) тромбозмболия ствола и главных ветвей легочной артерии
- б) тромбозмболия главных ветвей легочной артерии при гипотонии
- в) тромбозмболия главных ветвей легочной артерии при стабильной гемодинамике
- г) тромбозмболия долевых и сегментарных ветвей легочной артерии
- д) правильно А и Б

141. Причиной ишемического инсульта могут быть:

- а) атеросклеротическое поражение артерий, питающих головной мозг
- б) эссенциальная гипертензия с изменением мелких мозговых сосудов
- в) заболевания других органов, которые могут вызвать эмболию сосудов мозга
- г) правильно А и Б
- д) правильно все перечисленное

142. В настоящее время наиболее частой причиной недостаточности митрального клапана является

- а) ревматизм
- б) бактериальный (инфекционный) эндокардит
- в) пролапс митрального клапана

- г) дисфункция папиллярных мышц
- д) разрыв хорд

143. Что понимают под термином «ритм сердца»:

- а) последовательность 2 и более одинаковых импульсов
- б) последовательность 3 и более одинаковых импульсов
- в) последовательность 4 и более одинаковых импульсов
- г) последовательность 5 и более одинаковых импульсов

144. Какие основные разделы выделяются в классификации ритма (ВОЗ 1978) в зависимости от места образования импульса:

- а) наджелудочковые ритмы, желудочковые ритмы, неопределенные ритмы, искусственные водители ритма
- б) атриовентрикулярные ритмы
- в) верно всё

145. В каких случаях целесообразнее пользоваться термином «аберрантное проведение»:

- а) нарушение проведения импульса через нормальный путь проведения функционального характера
- б) нарушение проведения импульса через нормальный путь проведения органического характера
- в) распространение импульса через дополнительный путь проведения

146. Предсердно-желудочковый узел располагается:

- а) в переднем пирамидальном пространстве
- б) в области треугольника Коха
- в) в заднем пирамидальном пространстве

147. Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет:

- а) врожденное происхождение - ангиодисплазию
- б) врожденное происхождение - артериовенозные свищи
- в) приобретенное происхождение - компенсацию недостаточности глубокой венозной системы
- г) полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет роль и очень важную
- д) этиология не выяснена

148. В классификации варикозного расширения вен следует выделять:

- а) первичный варикоз (варикозная болезнь)
- б) вторичный варикоз
- в) стадии компенсации и декомпенсации
- г) наличие трофических расстройств
- д) все перечисленное

149. В клинической картине варикозной болезни преобладают:

- а) жалобы на болевые ощущения
- б) жалобы на косметические дефекты
- в) местные трофические расстройства
- г) расширение подкожной венозной системы, отеки к концу дня, появление гиперпигментации
- д) все перечисленное

д) всего перечисленного

175. Традиционная операция флебэктомии - это операция:

- а) Троянова - Тренделенбурга
- б) Бэбкокка
- в) Нарата
- г) Кокетта
- д) все перечисленные

176. В послеоперационном периоде после флебэктомии важным является:

- а) антибиотикотерапия
- б) ранняя активизация больных
- в) физиотерапия
- г) ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
- д) все перечисленное

177. Консервативное лечение при варикозной болезни включает:

- а) физические упражнения
- б) эластическое бинтование нижней конечности
- в) медикаментозное лечение
- г) физиотерапию
- д) все перечисленное

178. Посттромбофлебитическая болезнь обычно поражает:

- а) поверхностную венозную систему
- б) коммуникантные вены
- в) медикаментозное лечение
- г) физиотерапию
- д) все перечисленное

179. Посттромбофлебитическая болезнь преимущественно поражает:

- а) подколенно-тибиальный сегмент
- б) бедренно-тибиальный сегмент
- в) подвздошно-бедренный сегмент
- г) илсокавальный сегмент
- д) нижнюю полую вену

180. Патофизиология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:

- а) наличием варикозного расширения поверхностных вен
- б) патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
- в) развитием венозной гипертензии в нижней конечности
- г) разрушением клапанов коммуникантных вен
- д) всем перечисленным

181. Типичный симптомокомплекс при посттромбофлебитической болезни не включает:

- а) боли в нижней конечности
- б) отека нижней конечности
- в) отсутствия пульса на стопе

- г) вторичного варикозного расширения вен
- д) пигментацию и индурацию кожи на голени

182.К наиболее распространенным формам посттромбофлебитической болезни относятся:

- а) отеочно-болевая
- б) варикозно-язвенная
- в) трофическая
- г) правильно а и б
- д) правильно все перечисленное

183.В диагностике посттромбофлебитической болезни для решения вопроса о хирургическом лечении определяющим методом диагностики являются:

- а) функциональные пробы
- б) радионуклидная флебография
- в) ультразвуковая доплерография
- г) контрастная флебография
- д) компьютерная томография

184.При хирургическом лечении посттромбофлебитической болезни в настоящее время наиболее часто применяется:

- а) операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему
- б) операция Кокетта
- в) экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен
- г) аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен
- д) операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

185.Наиболее частой причиной синдрома верхней полой вены являются:

- а) первичный тромбоз верхней полой вены
- б) злокачественные опухоли средотения и бронхолегочный рак
- в) внутригрудинные доброкачественные опухоли
- г) травма грудной клетки
- д) одинаково часто все выше перечисленное

186.В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:

- а) венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностей
- б) венозный застой в головном мозгу
- в) симптоматика основного заболевания
- г) нарушение сердечной гемодинамики
- д) все перечисленное

187.В диагностике синдрома верхней полой вены следует использовать:

- а) рентгенографию грудной клетки
- б) флебографию
- в) флеботонометрию
- г) эхолакацию
- д) все перечисленное

188.При хирургическом лечении синдрома верхней полой вены чаще всего выполняются:

- а) протезирование верхней полой вены

- б) обходное шунтирование между бассейном верхней и нижней полых вен (экстраанатомическое)
- в) обходное шунтирование между непарной веной и ушком правого предсердия
- г) все перечисленные методы одинаково часто

189. Синдром Педжета - Шреттера — это:

- а) острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
- б) хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
- в) острый тромбоз бассейна верхней полой вены
- г) посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
- д) данный синдром не относится к венозной патологии

190. Клиническая картина болезни Педжета - Шреттера включает:

- а) прогрессирующий отек конечности
- б) сильные боли в конечности и цианоз кожи
- в) видимое развитие подкожных коллатералей
- г) все перечисленное
- д) только А и Б

191. В диагностике синдрома Педжета - Шреттера целесообразно использовать:

- а) ультразвуковую доплерографию
- б) флебографию
- в) ультрасонографию
- г) компьютерную томографию
- д) все перечисленные методы

192. Радикальной операцией при болезни Педжета — Шреттера следует считать:

- а) венолизис
- б) тромбэктомия
- в) резекцию I ребра
- г) скаленотомию
- д) аутовенозное шунтирование
- е) комбинации операций в зависимости от ситуации

193. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является:

- а) тромбэктомия
- б) резекция I ребра, скаленотомия
- в) аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза
- г) аутовенозное протезирование
- д) аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза

194. При циррозе печени чаще развивается:

- а) внутрипеченочная форма портального блока
- б) надпеченочная форма портального блока
- в) подпеченочная форма портального блока
- г) смешанная форма портального блока

195. При циррозе печени патогенез портальной гипертензии связан с:

- а) диффузным развитием в печени фиброзной ткани
- б) фиброзом глиссоновой капсулы
- в) окклюзией внутрипеченочных желчных ходов
- г) внутريدольковой узловой регенерацией
- д) поражением внепеченочных желчных ходов

196. Повышение давления в воротной вене ведет к развитию коллатерального кровообращения в:

- а) системе вен желудка
- б) венозном сплетении пищевода
- в) прямокишечных зонах
- г) системе подкожных вен передней брюшной стенки
- д) во всех перечисленных системах

197. В клинической картине портальной гипертензии выделяют все перечисленное, за исключением:

- а) спленомегалии
- б) варикозного расширения вен, развития подкожных коллатералей
- в) асцита
- г) гепатомегалии

198. К ранним признакам портальной гипертензии относят:

- а) вздутие живота и чувство полноты в подложечной области
- б) ощущение постоянного переполнения кишечника
- в) периодические поносы
- г) периодические поносы, боли в подложечной области
- д) все перечисленное

199. При выраженной портальной гипертензии характерными явлениями гиперспленизма являются все перечисленные, за исключением:

- а) анемии
- б) лейкопении
- в) тромбоцитопении
- г) повышенной СОЭ

200. В диагностике портальной гипертензии ведущую роль играют:

- а) рентгеноскопия пищевода и желудка
- б) эзофагогастродуоденоскопия
- в) спленоманометрия
- г) гепатоманометрия
- д) портогепатография

**Ответы тестовых заданий для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»**

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
б	а	а	б	д	б	г	б	б	в	в	г	д	д	в
16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.
в	в	д	г	г	в	г	д	а	б	а	в	а	б	в
31.	32.	33.	34.	35.	36.	37.	38.	39.	40.	41.	42.	43.	44.	45.
б	в	г	д	а	д	б	д	б	в	г	д	д	д	в
46.	47.	48.	49.	50.	51.	52.	53.	54.	55.	56.	57.	58.	59.	60.
г	г	г	г	б	в	а	д	а	б	а	б	г	в	в
61.	62.	63.	64.	65.	66.	67.	68.	69.	70.	71.	72.	73.	74.	75.
г	в	г	а	г	а	в	б	б	в	в	в	в	а	а
76.	77.	78.	79.	80.	81.	82.	83.	84.	85.	86.	87.	88.	89.	90.
а	а	в	в	в	а	а	д	г	в	б	д	г	б	г
91.	92.	93.	94.	95.	96.	97.	98.	99.	100.	101.	102.	103.	104.	105.
г	а	а	а	а	а	г	б	а	а	в	б	б	г	б
106.	107.	108.	109.	110.	111.	112.	113.	114.	115.	116.	117.	118.	119.	120.
а	б	д	д	д	б	в	а	б	в	в	в	г	г	б
121.	122.	123.	124.	125.	126.	127.	128.	129.	130.	131.	132.	133.	134.	135.
в	д	б	б	г	д	б	а	д	б	г	д	г	г	д
136.	137.	138.	139.	140.	141.	142.	143.	144.	145.	146.	147.	148.	149.	150.
г	в	д	в	д	д	а	б	а	а	б	б	д	д	д
151.	152.	153.	154.	155.	156.	157.	158.	159.	160.	161.	162.	163.	164.	165.
д	б	д	г	б	д	б	г	д	в	а	г	а	д	в
166.	167.	168.	169.	170.	171.	172.	173.	174.	175.	176.	177.	178.	179.	180.
б	а	г	д	д	д	д	б	д	д	г	д	д	в	в
181.	182.	183.	184.	185.	186.	187.	188.	189.	190.	191.	192.	193.	194.	195.
в	г	г	д	б	д	д	б	а	г	д	с	д	ав	
196.	197.	198.	199.	200.										
д	г	д	г	д										

150. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

- а) врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- б) нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- в) нарушение функции коммуникативных вен
- г) развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- д) все перечисленное

151. При варикозной болезни проведение УЗГД и флебографии показано:

- а) всем больным
- б) при наличии трофических расстройств на конечности
- в) при атипичной локализации варикозных узлов и неясности диагноза
- г) при молодом возрасте пациентов
- д) дифференцированный подход

152. Показанием к оперативному лечению при варикозной болезни являются:

- а) боли в нижней конечности к концу дня
- б) появление отеков на нижней конечности
- в) трофические расстройства на конечности (кроме язв)
- г) косметические дефекты из-за варикозного расширения вен
- д) все перечисленное

153. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:

- а) тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
- б) удаления варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
- в) удаления малой подкожной вены при ее поражении
- г) над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен
- д) всего перечисленного

154. В послеоперационном периоде после флебэктомии важным является:

- а) антибиотикотерапия
- б) ранняя активизация больных
- в) физиотерапия
- г) ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
- д) все перечисленное

155. У больного с ИБС, острым трансмуральным переднеперегородочным инфарктом миокарда развилась фибрилляция желудочков. Ваша тактика:

- а) ввести строфантин
- б) произвести кардиоверсию
- в) ввести обзидан
- г) ввести кордарон

156. Какое из следующих положений не является показанием к проведению прямого массажа сердца:

- а) тампонада сердца
- б) проникающие ранения грудной клетки с клинической картиной остановки сердца
- в) неэффективность непрямого массажа сердца во время абдоминальных операций
- г) деформация грудной клетки, смещение средостения, невозможность эффективного наружного массажа сердца

д) низкое АД и плохо определяемый пульс на сонной артерии после наружного массажа сердца

157. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

- а) трахеостомы
- б) пункции плевральной полости, дренирования плевральной полости для аспирации воздуха
- в) блокады межреберных нервов
- г) обездвижения грудной клетки
- д) вагосимпатической блокады

158. Определите варианты нарушений сердечной деятельности, характеризующиеся полным прекращением кровообращения:

- а) циркуляторный коллапс с отсутствием пульса на периферических артериях
- б) мерцание предсердий
- в) желудочковая брадикардия
- г) асистолия, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия без пульса, электромеханическая диссоциация
- д) нарушение автоматизма синусового узла, полная атриовентрикулярная блокада

159. Тиопентал натрия оказывает ряд нежелательных эффектов, за исключением:

- а) снижает сократительную способность миокарда
- б) снижает артериальное давление
- в) подавляет спонтанное дыхание
- г) способствует возникновению ларинго- и бронхоспазма
- д) обеспечивает длительный наркотический сон

160. Назовите максимальную дозу адреналина, которую можно ввести внутривенно при СЛР за небольшой промежуток времени (10-15 мин):

- а) 3 мг
- б) 5 мг
- в) 7 мг
- г) 10 мг
- д) без ограничений

161. Известно, что целями премедикации являются: седация и нейровегетативное торможение, анальгезия, профилактика и устранение нежелательных рефлекторных реакций. Выберите из представленных ниже комбинаций лекарственных препаратов наиболее эффективное и удачное сочетание, которое обеспечивало бы анальгетический и седативный эффект:

- а) диазепам (мидазолам, дормикум), фентанил (промедол)
- б) диазепам, дроперидол
- в) аминазин, димедрол
- г) норфин, барбитураты
- д) анальгин, клофелин

162. Перед плановым и экстренным оперативными вмешательствами пациентам проводится премедикация. Назовите основные цели премедикации:

- а) анальгезия и профилактика вагусных реакций
- б) нейровегетативная стабилизация, профилактика вагусных рефлексов, устранение страха перед операцией

- в) создание фона анальгезии, парасимпатолитическое действие, нейровегетативная защита
- г) снятие психоэмоционального напряжения, нейровегетативная стабилизация, анальгезия и потенцирование анестетиков, профилактика вагусных реакций
- д) психоэмоциональная стабилизация, подавление секреции бронхиальных желез, профилактика дыхательных нарушений

163. На какое время прекращаются ИВЛ и массаж сердца, если необходимо провести специальные методы сердечно-легочной реанимации (электродефибрилляция и т.п.)?

- а) 5-10 с
- б) 15-30 с
- в) 40-60 с
- г) 60-90 с
- д) 2-3 мин

164. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

- а) артериальная гипотензия
- б) пульсовое давление более 30 ммрт.ст.
- в) брадикардия
- г) олигурия
- д) артериальная гипотензия и олигурия

165. Больная 55 лет поступила в клинику по СМП с жалобами на боли за грудиной, не купирующиеся приемом нитроглицерина. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Пульс - 96 ударов в мин. АД= 110/70 мм рт.ст. Во время осмотра внезапно потеряла сознание, захрипела, отмечались тонические судороги, дыхание отсутствует, пульс не определяется. На ЭКГ - волнообразная кривая. Рекомендуемая терапия:

- а) введение норадреналина
- б) введение адреналина и хлористого кальция внутрисердечно
- в) электроимпульсная терапия
- г) эндокардиальная электростимуляция
- д) непрямой массаж сердца

166. Адекватная защита организма больного от операционного стресса возможна при соблюдении компонентности общей анестезии. Выберите правильное сочетание компонентов общей анестезии:

- а) глубокий сон с добавлением наркотических анальгетиков
- б) выключение сознания, нейровегетативная защита, анальгезия и миорелаксация
- в) выключение сознания и миорелаксация
- г) состояние нейролепсии и анальгезии
- д) наркоз, миорелаксация и нейровегетативная защита

167. Какой лекарственный препарат применяется в первую очередь при асистолии?

- а) адреналин
- б) кальция хлорид
- в) допамин
- г) атропин
- д) бикарбонат натрия

168. Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет:

- а) врожденное происхождение - ангиодисплазию
- б) врожденное происхождение - артериовенозные свищи
- в) приобретенное происхождение - компенсацию недостаточности глубокой венозной системы
- г) полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет роль и очень важную
- д) этиология не выяснена

169. В классификации варикозного расширения вен следует выделять:

- а) первичный варикоз (варикозная болезнь)
- б) вторичный варикоз
- в) стадии компенсации и декомпенсации
- г) наличие трофических расстройств
- д) все перечисленное

170. В клинической картине варикозной болезни преобладают:

- а) жалобы на болевые ощущения
- б) жалобы на косметические дефекты
- в) местные трофические расстройства
- г) расширение подкожной венозной системы, отеки к концу дня, появление гиперпигментации
- д) все перечисленное

171. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

- а) врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- б) нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- в) нарушение функции коммуникативных вен
- г) развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- д) все перечисленное

172. При варикозной болезни проведение УЗГД и флебографии показано:

- а) всем больным
- б) при наличии трофических расстройств на конечности
- в) при атипичной локализации варикозных узлов и неясности диагноза
- г) при молодом возрасте пациентов
- д) дифференцированный подход

173. Показанием к оперативному лечению при варикозной болезни являются:

- а) боли в нижней конечности к концу дня
- б) появление отеков на нижней конечности
- в) трофические расстройства на конечности (кроме язв)
- г) косметические дефекты из-за варикозного расширения вен
- д) все перечисленное

174. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:

- а) тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
- б) удаления варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
- в) удаления малой подкожной вены при ее поражении
- г) над- и подфасциальной пересвязки всех перфорантных вен

Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи - внутрь)
 - а. внутренняя яремная вена - общая сонная артерия - блуждающий нерв
 - б. общая сонная артерия - внутренняя яремная вена - блуждающий нерв
 - в. внутренняя яремная вена - блуждающий нерв - общая сонная артерия
 - г. блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена
2. При оперативном доступе к общей сонной артерии линия кожного разреза проходит
 - а. от угла нижней челюсти
 - б. от уровня верхнего края щитовидного хряща
 - в. по переднему краю грудино-ключично-сосцевой мышцы
 - г. верно любое из перечисленного
3. Бифуркация общей сонной артерии чаще всего соответствует
 - а. углу нижней челюсти
 - б. подъязычной кости
 - в. верхнему краю щитовидного хряща
 - г. нижнему краю щитовидного хряща
 - д. верно все перечисленное
4. В операционной ране наружная сонная артерия по отношению к внутренней сонной артерии располагается
 - а. спереди и медиально
 - б. сзади и медиально
 - в. сзади и латерально
 - г. спереди и латерально
5. При операции по поводу наружных поверхностных флебэктомий вен шеи первоначально выявляется
 - а. электиризованный отрезок сосуда
 - б. неизмененные сегменты сосуда
 - в. существенного значения не имеет
6. При окклюзии устья общей сонной артерии внеторакальный доступ к артерии характеризуется всем перечисленным, кроме
 - а. проведения разреза на 1 см выше и параллельно ключице
 - б. проведения разреза на 1 см ниже и параллельно ключице
 - в. проксимальный конец разреза заходит за грудино-ключично-сосцевидную мышцу
 - г. латеральный конец разреза доходит до середины ключицы
7. При оперативных вмешательствах на сосудах в области верхнегрудной апертуры учитывается топография купола плевры, который проецируется
 - а. на 2-3 см ниже I ребра
 - б. на уровне I ребра
 - в. на 2-3 см выше ключицы
 - г. на уровне ключицы
8. Трансплантат и шунт (соответственно при подключично-яремном аутовенозном и подключично-наружно-яремном шунтировании) по отношению к ключице располагаются
 - а. в ложе частично резецированного участка ключицы
 - б. над ключицей
 - в. под ключицей
 - г. все перечисленное неверно
9. Терминальный участок шейного отдела грудного протока чаще всего впадает

- а. в левую подключичную вену
 - б. в левую внутреннюю яремную вену
 - в. в левый венозный угол по его передней поверхности
 - г. в левый венозный угол по его задней поверхности
 - д. верно б) и г)
- 10. При доступе к плечевой вене проекция ее соответствует проекции**
- а. срединного нерва
 - б. плечевой артерии
 - в. лучевого нерва
 - г. локтевого нерва
- 11. Для создания маммаро-коронарного анастомоза выделение внутренних грудных артерий возможно всеми перечисленными способами, кроме**
- а. через срединную продольную стернотомию
 - б. от уровня II межреберного промежутка до самого устья артерии
 - в. от уровня V-VI межреберных промежутков
 - г. не доходя до устья артерии
- 12. Наибольшими возможностями подхода к различным отделам сердца обладает**
- а. продольная срединная стернотомия
 - б. переднебоковая торакотомия
 - в. заднебоковая торакотомия
 - г. поперечная срединная торакотомия
- 13. При операции субтотальной перикардэктомии по отношению к отделам сердца иссечение перикарда осуществляется в следующей последовательности**
- а. от устья полых вен к правому предсердию, правому желудочку, далее к устьям аорты и легочного ствола, к левому желудочку
 - б. от левого желудочка к устьям легочного ствола и аорты, правому желудочку, правому предсердию и далее к устьям полых вен
 - в. последовательность принципиального значения не имеет
- 14. Верхняя полая вена по отношению к полости перикарда является**
- а. полностью интраперикардальным сосудом
 - б. частично интраперикардальным сосудом
 - в. полностью внеперикардальным сосудом
- 15. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке**
- а. правая общая сонная артерия - правая подключичная артерия - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия
 - б. правый плечеголовный ствол - левый плечеголовный ствол
 - в. плечеголовный ствол - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия
 - г. легочный ствол - плечеголовный ствол - левая общая сонная артерия - левая подключичная артерия
- 16. Симпатическая иннервация сердца осуществляется постганглионарными волокнами**
- а. из верхнего шейного симпатического узла
 - б. из среднего шейного симпатического узла
 - в. из нижнего шейного симпатического узла
 - г. из верхнего, среднего и нижнего шейных симпатических узлов
- 17. Блуждающий нерв несет к сердцу**
- а. симпатические волокна
 - б. парасимпатические волокна
 - в. парасимпатические и симпатические волокна
- 18. Парасимпатическая иннервация сердца осуществляется**
- а. языкоглоточным нервом
 - б. диафрагмальным нервом
 - в. блуждающим нервом

г. подъязычным нервом

19. Для мобилизации полых вен с целью проведения десектора вокруг них выполняют
- а. рассечение перикардиальной складки над правой легочной артерией, медиальной от верхней полой вены
 - б. рассечение перикарда латерально от нижней полой вены
 - в. перикардиальная оболочка для мобилизации полых вен не рассекается
 - г. верно а) и б)
 - д. верно а) и в)
20. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме
- а. передних 2/3 межжелудочковой перегородки
 - б. части передней стенки правого желудочка
 - в. межпредсердной перегородки
 - г. левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка
21. На передней поверхности сердца границей между правым и левым желудочком является продольная борозда, где проходят
- а. нисходящая ветвь левой венечной артерии
 - б. правая венечная артерия
 - в. большая вена сердца
 - г. верно а) и в)
 - д. верно а) и б)
22. При заборе аутовены для операции аортокоронарного протезирования необходимым техническим условием, препятствующим деформации просвета вены, является
- а. прошивание дефектов вены в продольном направлении
 - б. тщательная перевязка всех впадающих ветвей в месте их впадения
 - в. тщательная перевязка всех впадающих ветвей на расстоянии 1 мм от стенки вены
 - г. верно а) и б)
 - д. верно а) и в)
23. Условным ориентиром проекции правой ножки предсердно-желудочкового пучка при перимембранозных дефектах трабекулярной части межжелудочковой перегородки является
- а. задний и нижний края перимембранозного дефекта
 - б. передний и задний края перимембранозного дефекта
 - в. основание медиальной сосочковой мышцы
 - г. место соединения нижнего края дефекта (мышечного) с задним (фиброзным)
 - д. верно в) и г)
24. Опасная зона фиброзного кольца трехстворчатого клапана, где проходит предсердно-желудочковый пучок, проецируется в области
- а. передней створки
 - б. перегородочной (медиальной) створки
 - в. задней створки
25. При подключично-легочном анастомозе по Блелоку - Тауссиг анастомоз накладывается между
- а. подключичной артерией проксимальнее отхождения ветвей
 - б. подключичной артерией дистальнее отхождения ветвей
 - в. легочной артерией проксимальнее долевых ветвей
 - г. верхней долевой ветвью легочной артерии
 - д. верно а) и в)
26. Закрытие дефекта аорто-легочной перегородки I типа (локализация на медиальной стенке проксимального отдела восходящей части аорты) проводится

- а. через поперечное вскрытие аорты
 - б. через поперечное вскрытие легочного ствола
 - в. возможны оба варианта
 - г. ни один из перечисленных вариантов
- 27. Каниюлирование аорты выполняется**
- а. чаще всего в восходящей части аорты
 - б. с наложением одного кисетного шва
 - в. с наложением двух кисетных швов, проходящих через глубокие слои стенки
 - г. с наложением двух кисетных швов, проходящих через наружные слои аорты
 - д. верно а) и г)
- 28. При перевязке открытого артериального протока через левостороннюю боковую торакотомию по IV межреберью вскрытие медиастинальной плевры осуществляется**
- а. в проекции левого диафрагмального и блуждающего нервов
 - б. в пределах проекции артериального протока
 - в. по линии, проходящей от устья левой подключичной артерии вниз по аорте на 2 см ниже протока
 - г. верно а) и в)
- 29. При перевязке открытого артериального протока сначала перевязывается**
- а. легочный конец протока, а затем аортальный конец протока
 - б. аортальный конец протока, а затем осуществляется перевязка легочного конца протока
 - в. возможны оба варианта
- 30. При оперативном вмешательстве по поводу коарктации аорты необходимо выполнение всех перечисленных этапов операции, кроме**
- а. перевязки крупных артериальных коллатералей в грудной стенке
 - б. широкого вскрытия медиастинальной плевры от левой подключичной артерии до уровня на 5-7 см ниже места сужения аорты
 - в. пересечения артериальной связки, перевязки 2-3 пар межреберных артерий
 - г. артериальная связка и межреберные артерии не перевязываются и не пересекаются
- 31. Глубокая артерия бедра при отхождении от задне-наружной полуокружности бедренной артерии располагается**
- а. вдоль задней стенки бедренной артерии, кнаружи от нее и далее от глубокой вены бедра
 - б. между бедренными сосудами и позади них, затем смещается кнаружи и выступает из-под бедренной артерии у вершины бедренного треугольника
 - в. все перечисленное неверно
- 32. В ходе операции бедренно-подколенного шунтирования аутовеной выполняется**
- а. проведение трансплантата в ложе бедренной артерии
 - б. проведение трансплантата подкожно
 - в. создание проксимального анастомоза трансплантата с бедренной артерией
 - г. создание дистального анастомоза трансплантата с подколенной артерией
 - д. верно б) и г)
- 33. В верхнем отделе скарповского треугольника бедренная вена по отношению к бедренной артерии располагается**
- а. под артерией
 - б. медиально от артерии
 - в. впереди от артерии
 - г. латерально от артерии
- 34. Операция Линтона при варикозном расширении вен нижних конечностей включает все перечисленные этапы, кроме**

- а. полного иссечения большой и малой подкожных варикозно расширенных вен
 - б. иссечения патологически измененной подкожной клетчатки
 - в. широкого вскрытия апоневроза на медиальной или задней поверхности голени
 - г. перевязки и рассечения перфорантных вен под апоневрозом
- 35. Для прямых перфорантных вен характерны следующие признаки**
- а. большая локализация в нижней части голени
 - б. большая локализация на бедре
 - в. начинаются от основных стволов подкожных вен
 - г. начинаются от ветвей основных стволов подкожных вен
 - д. верно а) и г)
- 36. Интервал PQ включает время проведения импульса**
- а. по правому предсердию
 - б. по атриовентрикулярному узлу
 - в. по ножкам пучка Гиса
 - г. по волокнам Пуркинье
 - д. по всему перечисленному
- 37. В норме интервал PQ равен**
- а. 0.08-0.12 с
 - б. 0.12-0.20 с
 - в. 0.10-0.22 с
 - г. 0.12-0.22 с
- 38. Продолжительность интервала PQ при увеличении частоты сердечных сокращений в норме**
- а. увеличивается
 - б. уменьшается
 - в. обычно не меняется
- 39. Ширина комплекса QRS в норме в V1-V6 не должна превышать**
- а. 0.08
 - б. 0.10
 - в. 0.12
 - г. 0.16
- 40. Зубец Q должен быть**
- а. в отведениях V1, V2
 - б. в отведениях V3, V4
 - в. в отведениях V5, V6
 - г. в грудных отведениях в норме зубец Q отсутствует
- 41. Ширина зубца T в норме составляет**
- а. 0.10-0.15 с
 - б. 0.15-0.20 с
 - в. 0.12-0.22 с
 - г. ширина зубца T может быть любой
- 42. При синусовой брадикардии возможно**
- а. удлинение интервала PQ
 - б. увеличение амплитуды зубца T
 - в. расширение зубца P
 - г. удлинение интервала QT
 - д. все перечисленное
- 43. При синусовой тахикардии возможно**
- а. укорочение интервала PQ
 - б. увеличение угла альфа
 - в. укорочение интервала QT
 - г. изменение формы сегментов PQ и ST
 - д. все перечисленное

44. При отклонении электрической оси сердца вправо угол альфа равен
- от 0° до 29°
 - от 30° до 69°
 - от 70° до 90°
 - больше 90°
 - от -1° до -90°
45. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ
- инверсии зубцов Т
 - подъема сегмента ST
 - сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и отрицательный зубец Т
 - увеличения амплитуды зубца Т
46. Снижение вольтажа комплексов и зубцов ЭКГ часто наблюдается
- при микседеме
 - при выпоте в полость перикарда
 - при хронических обструктивных заболеваниях легких
 - при всех перечисленных состояниях
 - верно а) и б)
47. Для предсердной экстрасистолы характерно
- отсутствие уширения комплекса QRS
 - наличие неполной компенсаторной паузы
 - наличие полной компенсаторной паузы
 - ничего из перечисленного
 - верно а) и б)
48. При экстрасистолы из левого желудочка форма комплекса QRS экстрасистолы в отведении V1-V6
- напоминает блокаду правой ножки пучка Гиса
 - напоминает блокаду левой ножки пучка Гиса
49. Признаками гипертрофии левого предсердия на ЭКГ являются
- увеличение отрицательной фазы зубца Р в отведении V1
 - увеличение высоты зубца Р в отведениях II, III, aVF
 - заостренная форма зубцов Р
 - все перечисленные
 - ни один из перечисленных
50. К признакам гипертрофии левого желудочка относится
- увеличение высоты зубцов R в отведениях aVL, I, V5-6
 - увеличение глубины зубцов S в отведениях V1-2
 - дискордантное смещение сегмента ST и зубца Т
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
51. Признаками гипертрофии левого желудочка вследствие диастолической перегрузки (перегрузки объемом) является
- увеличение амплитуды зубцов R в отведениях aVL, I, V5-6
 - увеличение глубины зубцов Q в отведениях V5-6
 - увеличение высоты зубцов Т в отведении V5-6
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
52. К признакам гипертрофии правого желудочка относятся
- отклонение электрической оси сердца вправо
 - в отведении V1 зубец R больше зубца S, может быть комплекс QR, RSR'
 - в отведении V6 зубец S больше зубца R
 - все перечисленные
 - ни один из перечисленных

53. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ наиболее специфично появление
- признака SIQIII
 - блокады правой ножки пучка Гиса
 - отрицательных зубцов Т в отведениях V1-3
 - синусовой брадикардии
 - предсердных экстрасистол
54. Сочетание признаков гипертрофии левого предсердия и гипертрофии правого желудочка наиболее характерно
- для стеноза легочной артерии
 - для дефекта межпредсердной перегородки
 - для митрального стеноза с легочной гипертензией
 - для аортальной недостаточности
 - верно б) и в)
55. Признаком острого легочного сердца на ЭКГ является
- синдром SIQIII
 - возникновение блокады правой ножки пучка Гиса
 - появление отрицательных зубцов Т в отведениях V1-V4
 - смещение переходной зоны влево
 - все перечисленное
56. Синоаурикулярная блокада - это
- уменьшение силы импульса синусового узла ниже порогового
 - нарушение проводимости импульса от синусового узла к предсердиям
 - уменьшение возбудимости миокарда предсердий
 - нарушение проводимости импульса от предсердий к желудочкам
 - нарушение проводимости импульса в системе Гиса - Пуркинье
57. Время атриовентрикулярного проведения - это
- время от момента выхода импульса из синусового узла до начала возбуждения желудочков
 - время прохождения импульса по атриовентрикулярному соединению
 - время от момента выхода импульса из синусового узла до начала возбуждения предсердий
58. При наличии атриовентрикулярной блокады I степени и нормальной продолжительности комплекса QRS можно предполагать нарушение проводимости
- в атриовентрикулярном узле
 - в стволе пучка Гиса
 - в ветвях пучка Гиса
 - верно а) и б)
 - верно б) и в)
59. Полная атриовентрикулярная блокада характеризуется
- блокадой каждого второго предсердного импульса
 - блокадой нескольких подряд предсердных импульсов
 - полным прекращением проведения предсердных импульсов с полной диссоциацией предсердного и желудочкового ритмов
 - увеличением времени атриовентрикулярного проведения
60. Аортальный компонент II тона увеличивается
- при артериальной гипертензии
 - при склерозировании аорты
 - при склерозировании створок аортального клапана
 - при всех перечисленных состояниях
 - верно б) и в)
61. Диастолический шум, начинающийся через небольшой промежуток от II тона, характерен
- для митрального стеноза

- б. для аортальной недостаточности
- в. для недостаточности клапана легочной артерии
- г. для дефекта межпредсердной перегородки
- д. верно а) и г)

62. Рентгеноскопия при исследовании сердца и крупных сосудов дает возможность выявлять

- а. только рентгеноморфологические изменения камер сердца
- б. рентгеноморфологические и рентгенофункциональные изменения сердца и крупных сосудов
- в. только рентгенофункциональные изменения полостей сердца и крупных сосудов

63. Наиболее вероятным этиологическим фактором аневризм дуги аорты является

- а. сифилис
- б. атеросклероз
- в. травма
- г. гипертензия
- д. медиостистонекроз

64. Рентгенография при исследовании сердца и крупных сосудов выявляет

- а. функциональные изменения полостей сердца
- б. морфологические изменения полостей сердца и сосудов
- в. функциональные изменения крупных сосудов
- г. все перечисленное

65. Томография в исследовании сердца и крупных сосудов дает возможность судить

- а. о морфологических изменениях полостей сердца и крупных сосудов
- б. о функциональных изменениях полостей сердца
- в. о функциональных изменениях в сосудах малого круга кровообращения

66. В прямой проекции исследования по левому контуру сердца находится

- а. правое предсердие
- б. выводной отдел правого желудочка
- в. приточный отдел правого желудочка
- г. ствол легочной артерии

67. Третью дугу по левому контуру сердца в прямой проекции образует

- а. выводной отдел правого желудочка
- б. приточный отдел правого желудочка
- в. ушко левого предсердия
- г. ствол легочной артерии

68. Путь притока правого желудочка исследуется

- а. в правом переднем косом положении больного
- б. в левом переднем косом положении больного
- в. в переднем прямом положении больного

69. Путь оттока правого желудочка исследуется

- а. в правом переднем косом положении больного
- б. в левом переднем косом положении больного
- в. в прямом положении больного

70. Контрастированный пищевод отклоняется кзади левым предсердием в правом переднем косом положении при митральном стенозе

- а. по дуге малого радиуса
- б. по дуге большого радиуса
- в. не отклоняется

71. При обследовании 50-летней больной с экссудативным перикардитом заподозрен гипотиреоз. Какие признаки позволяют сделать данное предположение?

- а. Нормохромная анемия.
- б. Гиперхолестеринемия.
- в. Наличие плеврального выпота.
- г. Пигментация и гиперкератоз кожи в области локтевых суставов.

д. Все вышеперечисленные признаки.

72. Основными методами лечения констриктивных перикардитов являются:

- а. лечение основного заболевания.
- б. санаторно-курортное лечение.
- в. хирургическое лечение.
- г. физиотерапевтические методы.
- д. кортикостероиды.

73. Аллергический перикардит развивается:

- а. при бактериальной инфекции.
- б. в поздние сроки им.
- в. на фоне диффузного поражения соединительной ткани.
- г. в ранние сроки им.
- д. при гемобластозах.

74. При диаметре открытого артериального протока более 10 мм показана операция:

- а. перевязки протока
- б. пересечения с ушиванием концов
- в. механического прошивания протока
- г. перевязки с прошиванием
- д. любой из указанных методов

75. Срочное хирургическое вмешательство в ближайшем послеоперационном периоде после перевязки открытого артериального протока требуется в случае:

- а. синдрома Горнера
- б. появления подкожной эмфиземы
- в. обильного поступления крови по дренажам и напряженного пневмоторакса

76. Наиболее информативным методом диагностики дефекта аорто-легочной перегородки является:

- а. аускультация
- б. электрокардиография
- в. рентгенологическое обследование
- г. катетеризация сердца
- д. аортография

77. Дефект аортолегочной перегородки отличается от общего артериального ствола наличием:

- а. дефекта межжелудочковой перегородки
- б. аортальной недостаточности
- в. двух изолированных полулунных клапанов
- г. стеноза аорты

78. При дефекте аортолегочной перегородки маленького диаметра аускультативно определяется:

- а. систолический шум
- б. диастолический шум
- в. систолодиастолический шум
- г. шум не определяется

79. При большом дефекте аортолегочной перегородки второй тон на легочной артерии:

- а. не изменен
- б. ослаблен
- в. расщеплен
- г. акцентирован

80. Увеличение гипертрофии правого желудочка, и поворот эл.оси сердца вправо на ЭКГ у пациента с митральным стенозом является прямым следствием

- а. сужения митрального отверстия меньше $1,5 \text{ см}^2$
- б. венозной легочной гипертензии
- в. недостаточности клапанов легочной артерии
- г. усиления легочно-сосудистого сопротивления

- д. трикуспидальной недостаточности

81.Травмы груди делятся на группы:

- а. тупая и проникающая;
- б. открытая и закрытая;
- в. закрытая и огнестрельная;
- г. комбинированная и сочетанная;
- д. множественная и локальная.

82.Основные рентгенологические признаки при напряженном пневмотораксе:

- а. отсутствие легочного рисунка, смещение средостения, уровень жидкости;
- б. полное или частичное отсутствие легочного рисунка, смещение средостения в противоположную сторону, эмфизема мягких тканей;
- в. отсутствие легочного рисунка, уровень жидкости, смещение средостения в сторону повреждения;
- г. тотальное затемнение гемиторакса, смещение средостения в здоровую сторону;
- д. все перечисленное верно.

83.Парадоксальное дыхание - это:

- а. западение фрагмента грудной стенки при вдохе;
- б. сообщение плевральной полости с окружающей средой;
- в. попадание в большой круг кровообращения неоксигенированной крови;
- г. дыхание Чейна-Стокса;
- д. пролабирование фрагмента грудной стенки при выдохе.

84.Большой гемоторакс - это:

- а. скопление крови в обеих плевральных полостях суммарно до 1 л;
- б. скопление крови в средостении и обеих плевральных полостях с выраженным нарушением функции дыхания;
- в. скопление крови между париетальной и висцеральной плеврой в количестве 1 л и более;
- г. скопление крови между париетальной и висцеральной плеврой в количестве 1,5л и более;
- д. тотальное затемнение гемиторакса при рентгенографии.

85.При свернувшемся гемотораксе альтернативой торакотомии является:

- а. видеоторакоскопия;
- б. дренирование плевральной полости по Бюлау;
- в. выжидательная тактика;
- г. введение в плевральную полость ферментов и дренирование плевральной полости;
- д. пункция плевральной полости.

86.При закрытой травме груди основной причиной развития пневмоторакса является:

- а. разрыв пищевода;
- б. повреждение бронхов и легочной ткани;
- в. перелом ребер;
- г. сообщение плевральной полости с окружающим воздухом;
- д. обтурация бронха кровью.

87.При огнестрельных ранениях груди абсолютные показания к срочной торакотомии:

- а. продолжающееся внутриплевральное кровотечение более 300 мл/ч;
- б. подозрение на ранение сердца;
- в. остановка сердца в момент осмотра;
- г. напряженный некупирующийся пневмоторакс;
- д. все перечисленное верно.

88.Переломы ребер бывают:

- а. единичные;
- б. открытые;

- в. множественные;
- г. закрытые;
- д. флотирующие.

89. При травме легкого у пострадавшего разовьется:

- а. гемоторакс;
- б. гемопневмоторакс;
- в. пневмоперитонеум;
- г. пневмоторакс;
- д. гемопневмоперитонеум.

90. Триада Бека - это:

- а. признак ранения пищевода;
- б. признак ранения легкого;
- в. признак ранения сердца;
- г. признак ранения печени и желчного пузыря;
- д. признак повреждения шейного сплетения.

91. Основные признаки продолжающегося внутриплеврального кровотечения:

- а. симптом Мейо;
- б. проба Рувилуа-Грегуара;
- в. проба двойного пятна;
- г. проба Ривальты;
- д. симптом «ваньки-встаньки».

92. При ранении сердца срочная торакотомия выполняется на этапе:

- а. первой медицинской помощи;
- б. квалифицированной медицинской помощи;
- в. первой врачебной помощи;
- г. само- и взаимопомощи;
- д. все утверждения верны.

93. Основные осложнения ранения пищевода:

- а. подкожная эмфизема;
- б. пневмоторакс;
- в. медиастинит;
- г. перитонит;
- д. анаэробная флегмона заглоточного пространства.

94. Отсроченные торакотомии выполняются при:

- а. свернувшемся гемотораксе;
- б. двустороннем напряженном пневмотораксе;
- в. наличии крупных инородных тел в легких и плевре;
- г. остром абсцессе легкого, занимающем более 1 сегмента;
- д. все утверждения верны.

95. Малый гемоторакс - это:

- а. скопление крови в плевральных синусах (200-500мл);
- б. скопление крови до угла лопатки;
- в. скопление крови только в одной плевральной полости;
- г. скопление крови в плевральных синусах при наличии признаков продолжающегося кровотечения;
- д. скопление крови в подкожной клетчатке и межмышечном пространстве груди.

96. Футляр для сосудисто-нервного пучка шеи образует в основном

- а. поверхностная фасция
- б. глубокая (предпозвоночная) фасция
- в. собственная фасция
- г. срединная (внутренностная) фасция

97. Местом формирования диафрагмального нерва является

- а. ромбовидная ямка
- б. мостомозжечковый угол

- в. шейное сплетение
- г. плечевое сплетение

98. Наиболее рациональный способ пункции перикардита

- а. по Шарцу
- б. по Пирогову
- в. по Шапошникову
- г. по Ларрею
- д. по Марфану

99. Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры

- а. подключичная вена
- б. подключичная артерия
- в. нижняя щитовидная артерия
- г. общая сонная артерия

100. Появление венозного застоя в области головы, шеи и верхних конечностей у больного прикорневым раком правого легкого обусловлено

- а. сдавлением правой легочной артерии
- б. прорастанием опухоли в непарную вену
- в. сдавлением верхней легочной вены справа
- г. сдавлением верхней полой вены

101. Зонай распространения гематомы или гноя, развивающимися под глубоким листком поверхностной фасции живота, являются

- а. промежность
- б. паховые связки
- в. передняя поверхность бедра

102. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью

- а. растворения фибрина
- б. приостановления роста тромба
- в. увеличения количества сгустков
- г. изменения внутренней оболочки сосудов
- д. снижения активности ДНК

103. Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит

- а. лицевых вен
- б. глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- в. глубоких вен верхних конечностей
- г. поверхностных вен нижних конечностей
- д. поверхностных вен верхних конечностей

104. Пилефлебит - это тромбофлебит

- а. селезеночной вены
- б. нижней брыжеечной вены
- в. вен брыжейки желудочно-кишечного тракта
- г. воротной вены
- д. печеночной вены

105. Для острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерны

- а. резкий отек нижней конечности
- б. некроз пальцев стоп
- в. похолодание стопы
- г. симптом перемежающейся хромоты
- д. отек и гиперемия по ходу пораженных вен

106. К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме

- а. трофических язв
- б. экземы и дерматитов
- в. хронической венозной недостаточности
- г. ишемической гангрены

д. тромбоза

107. Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме

- а. беременности
- б. непроходимости глубоких вен
- в. врожденного нарушения клапанного аппарата
- г. посттромбофлебитического синдрома
- д. ортостатизма

108. Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является

- а. рассыпной тип поражения
- б. мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы
- в. рецидив после оперативного лечения
- г. непроходимость глубоких вен
- д. острый тромбоз подкожных вен в анамнезе

109. Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме

- а. дистальных отеков
- б. распирающих болей
- в. повышения температуры тела
- г. гиперемии кожи и отека по ходу вен
- д. резкой болезненности при пальпации

110. Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме

- а. повышения фибринолитической активности
- б. ожирения
- в. гиподинамии
- г. онкологических заболеваний
- д. ишемической болезни сердца

111. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме

- а. сокращения икроножных мышц
- б. возвышенного положения нижних конечностей
- в. длительного постельного режима
- г. бинтования ног эластическими бинтами
- д. раннего вставания

112. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все ниже перечисленное, кроме

- а. назначения гепарина
- б. назначения дезагрегантов
- в. лечебной физкультуры
- г. длительного постельного режима
- д. бинтования ног эластичным бинтом

113. Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что

- а. могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии
- б. приведут к варикозному расширению подкожных вен
- в. вызовут гангрену стопы
- г. могут послужить причиной эмболии сосудов мозга
- д. могут послужить причиной послеоперационной пневмонии

114. В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается

- а. пигментация кожи
- б. атрофия эпидермиса
- в. плотный отек, не образующий ямки при надавливании
- г. фиброз кожного и подкожного слоя
- д. все перечисленное

115. При врожденной артериовенозной фистуле характерно

- а. ветвистая аневризма
- б. гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы)
- в. гроздевидная аневризма
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного

116. Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено

- а. нарушением клапанного аппарата вен
- б. нарушением свертывающей системы крови
- в. нарушением артериального кровотока в конечности
- г. сердечной слабостью
- д. нарушением водно-солевого обмена

117. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них

- а. отсутствует развитая коллатеральная сеть
- б. сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения
- в. имеется особый тип иннервации
- г. затруднен лимфоотток
- д. имеется особое строение кожи

118. После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как

- а. выделяются токсические вещества
- б. повреждаются симпатические волокна
- в. нарушается межтканевой обмен
- г. все утверждения верны
- д. все утверждения неверны

119. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

- а. сроком с момента прободения
- б. степенью воспалительных изменений брюшины
- в. величиной перфоративного отверстия
- г. локализацией перфоративного отверстия
- д. возрастом больного

120. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать

- а. анализ кала на скрытую кровь
- б. контрастную рентгеноскопию желудка
- в. анализ желудочного сока на скрытую кровь
- г. фиброгастроскопию
- д. определение гемоглобина и гематокрита

121. Лечение тромбоза легочной артерии следует начинать с

- а. назначения антикоагулянтов
- б. перевязки нижней полой вены
- в. тромбэктомии
- г. эмболэктомии из легочной артерии
- д. антибиотиков

122. Пациент с искусственным механическим клапаном сердца должен получать антикоагулянтную терапию

- а. в течение госпитального периода
- б. в течение первого года после операции
- в. пожизненно
- г. при наличии тромбозомболических осложнений

123. Адекватная дозировка антикоагулянта непрямого действия определяется уровнем протромбина крови (по Квику)

- а. до 40%
- б. 40 - 50%
- в. 60% и выше

124. При передозировке антикоагулянта непрямого действия необходимо, прежде всего

- а. отменить препарат
- б. уменьшить дозу препарата
- в. заменить препарат другим аналогичного действия
- г. назначить антидоты антикоагулянтов
- д. заменить антикоагулянт препаратом антиагрегантного действия

125. При каких обстоятельствах показано назначение антибактериальных препаратов у пациента-носителя искусственного клапана

- а. ОРЗ, трахит, бронхит
- б. неосложненная экстракция зуба
- в. вскрытие панариция, карбункула
- г. осложненные экстракция зуба, панариций, карбункул, ангина.
- д. пневмонии
- е. всё перечисленное

126. Какой из перечисленных симптомов имеет наихудшее прогностическое значение у больного с аортальным стенозом

- а. стенокардия
- б. застойная сердечная недостаточность
- в. сердцебиение
- г. одышка при нагрузке
- д. синкопе

127. Синдром "верхней поллой вены" является наиболее часто проявлением

- а. гистоплазмоза (склерозирование средостения)
- б. внутригрудного зоба
- в. аневризмы грудной аорты
- г. сдавливающего перикардита
- д. бронхогенной карциномы

128. Повреждение, каких структур сердца возможно при хирургическом закрытии межжелудочкового мембранозного дефекта ввиду их близкого расположения к указанному дефекту

- а. аортальный клапан и проводящие пути
- б. клапан легочной артерии
- в. митральный клапан
- г. коронарный синус

129. Абсолютным показанием к хирургическим методам лечения ИБС являются

- а. нестабильная стенокардия и стабильная стенокардия, не поддающаяся медикаментозной терапии
- б. острый инфаркт миокарда
- в. застойная сердечная недостаточность
- г. постинфарктные осложнения (аневризма сердца, митральная недостаточность, дефект межжелудочковой перегородки)

130. Главным определяющим фактором операбельности пациентов с дефектом межжелудочковой перегородки является

- а. размер дефекта
- б. локализация дефекта
- в. давление в легочной артерии
- г. легочно-сосудистое сопротивление
- д. возраст пациента

131. Какой из перечисленных диагностических критериев наиболее вероятно отражает степень выраженности клапанного стеноза легочной артерии

- а. ЭКГ
- б. рентгенограмма грудной клетки
- в. интенсивность шума
- г. выраженность 2-го тона

132. К основным проявлениям и симптомам аортального стеноза, ассоциирующимся с угрозой смерти в ближайшем периоде, относятся

- а. удушье, стенокардия, синкопе, застойная сердечная недостаточность
- б. сердцебиение
- в. всё перечисленное

133. Фактором, предрасполагающим к формированию тромбов в аппаратах вспомогательного кровообращения (желудочковой поддержки) является

- а. прерывистое пережатие канюль с целью определения сердечного выброса
- б. высокие характеристики потока
- в. введение протамина для нейтрализации гепарина после отключения искусственного кровообращения
- г. длительность искусственного кровообращения

134. Какой из перечисленных факторов является наиболее важным компонентом кардиоплегического раствора, предназначенного для проведения безопасной остановки сердца

- а. высокая концентрация калия
- б. низкая концентрация кальция
- в. кислородная емкость
- г. гипотермия
- д. метаболические субстраты

135. Увеличение гипертрофии правого желудочка, и поворот электрической оси сердца вправо на ЭКГ у пациента с митральным стенозом является прямым следствием

- а. сужения митрального отверстия меньше $1,5 \text{ см}^2$
- б. венозной легочной гипертензии
- в. недостаточности клапанов легочной артерии
- г. усиления легочно-сосудистого сопротивления
- д. трикуспидальной недостаточности

136. Наиболее вероятным этиологическим фактором аневризм дуги аорты является

- а. сифилис
- б. атеросклероз
- в. травма
- г. гипертензия
- д. медиоцистонекроз

137. Пациент доставлен с колотой раной левой половины грудной клетки, гипотензией, приподнятой пульсацией шейных вен и тахикардией. Наиболее полезной диагностической процедурой в такой ситуации будет

- а. рентгенография грудной клетки
- б. ЭКГ
- в. измерение центрального венозного давления
- г. левосторонняя торакотомия
- д. перикардиоцентез

138. В настоящее время наиболее частой причиной недостаточности митрального клапана является

- а. ревматизм
- б. бактериальный (инфекционный) эндокардит
- в. пролапс митрального клапана
- г. дисфункция папиллярных мышц
- д. разрыв хорд

139. У больного 58 лет на фоне постоянных интенсивных болей за грудиной возникают мучительная изжога, срыгивание съеденной пищей. Боли нередко иррадиируют в межлопаточное пространство и левое плечо. На ЭКГ незначительные изменения миокарда. Какое исследование Вы предпочтете?

- а. фонокардиография
- б. рентгенологическое исследование желудка

- в. лапароскопия
- г. исследование КЩС
- д. УЗИ грудной клетки

140. Развитию приступа стенокардии способствуют следующие факторы:

- а. катехоламиновый спазм коронарных артерий
- б. гиперагрегация тромбоцитов
- в. повышение внутриполостного давления в левом желудочке
- г. пароксизмы тахикардии
- д. правильно все

141. Больная 16 лет поступила в клинику с жалобами на боли в области сердца по типу стенокардических, головокружения, обмороки. При пальпации области сердца над аортой выявляется систолическое дрожание, верхушечный толчок смещен влево. Аускультативно над верхушкой сердца отмечено ослабление I тона, над аортой II тон ослаблен. Глубокий систолический шум над аортой. Какой тип порока следует диагностировать?

- а. недостаточность трехстворчатого клапана
- б. сочетанный митральный порок
- в. стеноз устья аорты
- г. недостаточность аортального клапана
- д. сужение левого атриовентрикулярного отверстия

142. У больного 39 лет, в прошлом перенесшего инфаркт миокарда, через 3 недели после АКИП на фоне приема антикоагулянтов усилилась одышка, появились отеки, значительно увеличилось размеры сердца и сгладились дуги контура. Назовите наиболее вероятные причины:

- а. гидроперикард
- б. гемоперикард
- в. повторный инфаркт миокарда
- г. инфекционный экссудативный перикардит.

143. Больной 48 лет поступил в клинику с диагнозом: задний инфаркт миокарда. На третьи сутки наблюдения внезапно стала нарастать одышка, появились боли и чувство распирания в правом подреберье, отеки на ногах. Состояние тяжелое, бледность кожи, акроцианоз, в легких хрипов нет. ЧДД=24 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные, выслушивается пансистолический шум по парастеральной линии, определяется систолическое дрожание. ЧСС=96 в мин. АД=100/60 мм рт.ст., печень увеличена на 6 см. Предположительный диагноз:

- а. ревматический порок сердца
- б. пролапс митрального клапана
- в. разрыв межжелудочковой перегородки
- г. отек легких
- д. тромбоэмболия легочной артерии

144. Признаками стабильной стенокардии высокого функционального класса являются:

- а. изменение фракции выброса
- б. ЭКГ-признаки повреждения миокарда в боковой стенке
- в. повышение уровня изoenзимов ЛДГ и КФК в плазме
- г. снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле менее 50 Вт
- д. снижение уровня пороговой нагрузки на тредмиле ниже 120 Вт

145. Достоверным критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:

- а. уменьшение вольтажа всех зубцов
- б. подъем сегмента ST
- в. депрессия ST более чем на 2 мм
- г. появление отрицательных зубцов T
- д. тахикардия

146. Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют:

- а. одышка и утомляемость при физической нагрузке, систоло-диастолический шум во II-III межреберье слева от грудины;
- б. яркий румянец, АД с большим пульсовым колебанием за счет низкого диастолического давления;
- в. диастолический шум в III межреберье справа от грудины.

147. Укажите симптом, наиболее достоверный для стенокардии:

- а. загрудинная боль при физической нагрузке
- б. нарушение ритма
- в. депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступа болей
- г. патологический зубец Q
- д. подъем ST на высоте боли

148. Причиной органического поражения трикуспидального клапана является:

- а. ревматизм
- б. инфекционный эндокардит
- в. аномалия Эбштейна
- г. травма
- д. все перечисленное

149. Выберите, какое из приведенных мероприятий показано при лечении выпотного перикардита при угрозе тампонады сердца:

- а. назначение сердечных препаратов
- б. назначение диуретиков
- в. назначение антикоагулянтов
- г. пункция перикарда
- д. субтотальная перикардэктомия

150. К проявлениям декомпенсации гипертрофированного сердца относится:

- а. миогенная дилатация полостей
- б. тоногенная дилатация полостей
- в. ревматический миокардит
- г. фибринозный перикардит
- д. острый бородавчатый эндокардит

151. Из перечисленных нарушений ритма в подростковом возрасте нуждаются в лечении:

- а. миграция водителя ритма
- б. суправентрикулярная экстрасистолия
- в. желудочковая экстрасистолия III, IV классов по Lown
- г. синусовая аритмия

152. Самая частая причина смерти при остром инфаркте миокарда:

- а. кардиогенный шок
- б. левожелудочковая недостаточность
- в. нарушение ритма
- г. полная A V-блокада
- д. тампонада сердца

153. Больной 45 лет поступил в клинику с симптоматикой острого переднеперегородочного инфаркта миокарда. Через 10 часов почувствовал замирание в работе сердца, усилилась слабость, появилось головокружение. На ЭКГ - синусовый ритм, ЧСС=78 уд/мин, периодически появляются по 2-3 широких желудочковых комплекса длительностью более 0,18 с, неправильной полиморфной формы, с последующей полной компенсаторной паузой. Какое осложнение инфаркта миокарда имеет место?

- а. полная атриовентрикулярная блокада
- б. желудочковая тахикардия
- в. узловая экстрасистолия
- г. суправентрикулярная тахикардия
- д. желудочковая экстрасистолия

154. Нестабильная стенокардия прогностически неблагоприятна в плане:

- а. развития инфаркта миокарда
- б. тромбоэмболии мозговых сосудов
- в. развития фатальных нарушений ритма сердца
- г. развития легочной гипертензии
- д. развития венозной недостаточности

155. Больной 47 лет поступил с жалобами на одышку при нагрузке, отеки нижних конечностей, сердцебиения. Злоупотребление алкоголем отрицает. Болеет около года. При обследовании выявлено: гиперемия лица, кардиомегалия, контрактура Дюпюитрена, гепатомегалия, трехчленный ритм на вершине сердца. При биохимическом исследовании - повышение аминотрансфераз, холестерин крови - 4,5 ммоль/л, клапанного поражения при ЭхоКГ не выявлено. Какой диагноз наиболее вероятен?

- а. дилатационная кардиомиопатия
- б. ИБС
- в. митральный стеноз
- г. гипертрофическая кардиомиопатия
- д. алкогольное поражение сердца

156. Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда:

- а. отек легких
- б. нарушение ритма
- в. острая сердечно-сосудистая недостаточность
- г. кардиогенный шок
- д. разрыв сердца

157. Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного инфаркта миокарда должна проводиться:

- а. только при неосложненном течении
- б. больным до 50-летнего возраста
- в. при первичном инфаркте миокарда
- г. при отсутствии сопутствующих заболеваний
- д. по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда

158. Повышение каких сывороточных ферментов наблюдается в первые 6-12 часов инфаркта миокарда?

- а. креатинфосфокиназа
- б. лактатдегидрогеназа
- в. аминотрансферазы
- г. щелочная фосфатаза

159. Ревматическому эндокардиту соответствует:

- а. вальвулит, формирование пороков;
- б. нарушение атриовентрикулярной проводимости, деформация в суставах;
- в. отрицательный зубец Т на ЭКГ.
- г. всё выше перечисленное

160. Наиболее информативными критериями гипертрофии правого желудочка являются:

- а. выраженное отклонение оси QRS вправо, смещение переходной зоны влево, S-тип ЭКГ.
- б. смещение переходной зоны вправо, S-тип ЭКГ.
- в. нет правильного ответа

161. При вазоспастической стенокардии препаратами выбора являются препараты следующего класса:

- а. блокаторы гистаминовых рецепторов
- б. блокаторы β -адренорецепторов
- в. блокаторы α -адренорецепторов
- г. блокаторы медленных кальциевых каналов
- д. блокаторы рецепторов ангиотензина II

162. Больной дважды лечился в хирургическом отделении по поводу гнойного перикардита. В последнее время преобладают признаки нарастания сердечной недостаточности. Выраженный цианоз, отеки на ногах, асцит. Печень увеличена, плотная. При осмотре заметно систолическое втягивание межреберного пространства в области верхушки сердца, характерна несмещаемость сердца при перемене положения больного. Шумов над областью сердца нет. Проводимые консервативные мероприятия успеха не имеют. Диагноз?

ИБС, хроническая сердечно-легочная недостаточность

- а. сухой перикардит
- б. цирроз печени
- в. слипчивый перикардит
- г. экссудативный перикардит

163. При лечении стабильной артериальной гипертонии не назначают:

- а. β -блокаторы
- б. инъекции дибазола
- в. антагонисты кальция
- г. ингибиторы АПФ
- д. блокаторы рецепторов ангиотензина II

164. У больного уровень артериального давления без гипотензивной терапии не снижается ниже 180/100 мм рт.ст. Отмечается изменение сосудов глазного дна типа Салюс II. Индекс гипертрофии миокарда Соколова составляет 48 мм. Какой стадии по классификации ВОЗ соответствует данное заболевание?

- а. I стадия
- б. II стадия
- в. III стадия
- г. пограничная гипертензия

165. При локальном стенозе крупной коронарной артерии оптимальным методом лечения стенокардии является:

- а. консервативная терапия коронаролитическими препаратами
- б. транслюминальная ангиопластика коронарных артерий
- в. разрушение атероматозной бляшки режущим баллоном
- г. операция аорто-коронарного шунтирования
- д. пересадка сердца

166. Какие ЭКГ-критерии характерны для наджелудочковой экстрасистолы?

- а. преждевременный комплекс QRS
- б. экстрасистолический комплекс похож на основной
- в. наличие неполной компенсаторной паузы
- г. наличие деформированного зубца Р перед экстрасистолическим комплексом
- д. правильно все

167. Эквивалентом стенокардии может служить следующий симптом:

- а. изжога при быстрой ходьбе
- б. головокружение при переходе в ортостаз
- в. повышение АД при физической нагрузке
- г. колющие боли в сердце при наклонах туловища.

168. При измерении АД у пациентки 35 лет в положении сидя и лежа зарегистрированы значения АД 150/85 мм рт.ст. В ортостазе уровень АД 160/90 мм рт.ст. Какое заключение можно сделать по результатам измерений?

- а. у больной пограничная артериальная гипертензия
- б. у пациентки нормальная реакция АД на ортостаз
- в. симптомы указывают на ортостатическую гипертензию
- г. у больной артериальная гипертензия II стадии
- д. у больной артериальная гипертензия III стадии

169. Для гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией характерно:

- а. головокружения
- б. загрудинные боли

- в. обмороки
- г. все перечисленное.

170. У больного стенокардия покоя в течение 3-х месяцев. Принимает по 50 таблеток нитроглицерина. Ваша тактика?

- а. выполнить компьютерную томографию
- б. госпитализировать в блок интенсивной терапии и произвести коронарографию
- в. усилить медикаментозную терапию
- г. направить на санаторное лечение
- д. выполнить велоэргометрию

171. В участковой больнице хирург решил выполнить пробу Пратта с 2-мя бинтами. Для чего она выполняется?

- а. для выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
- б. для определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
- в. для исследования недостаточности перфорантных вен
- г. для диагностики окклюзии подколенной артерии

172. При оформлении хирургом поликлиники больного 62 лет на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был выявлен ряд симптомов, из которых к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не относится:

- а. трофические язвы
- б. экзема и дерматит
- в. хроническая венозная недостаточность
- г. перемежающаяся хромота
- д. тромбоз вен

173. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен ряд симптомов. Какие из указанных проявлений локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию: дистальные отеки

- а. распирающие боли
- б. повышение температуры тела
- в. гиперемия кожи по ходу вен
- г. резкую болезненность при пальпации

174. Какую патологию можно заподозрить у больного, обратившегося в поликлинику к хирургу. С явлениями мигрирующего флебита: лейкомию

- а. злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы
- б. тромбангиитную окклюзию сосудов
- в. узелковый периартериит
- г. варикозно-расширение вен

175. Какие осложнения наиболее опасны после стационарного лечения по поводу флеботромбоза нижних конечностей?

- а. тромбэмболия легочной артерии
- б. варикоз подкожных вен
- в. ишемическая гангрена стопы
- г. ишемический инсульт

176. Амбулаторный хирург должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбэмболии:

- а. сосудов головного мозга
- б. коронарных артерий
- в. легочной артерии
- г. легочных вен
- д. артерий почки и печени

177. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбэмболических осложнений включает все, кроме:

- а. антикоагулянтов
- б. дезагрегантов
- в. лечебной физкультуры
- г. длительного постельного режима
- д. компрессионной терапии нижних конечностей

178. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики тромбэмболии легочной артерии у больного после флебэктомии не применяют:

- а. дезагреганты
- б. антикоагулянты
- в. гемодилюцию
- г. компрессионную терапию нижних конечностей

179. Скаким наиболее редким осложнением варикозной болезни может встретиться амбулаторный хирург?

- а. экзематозный дерматит
- б. тромбоз малоберцовой вены
- в. разрыв варикозного узла
- г. трофическая язва
- д. гиперпигментация

180. На приеме у амбулаторного хирурга явилась женщина, 23 лет, с просьбой определить возможности малоинвазивного лечения варикозной болезни. При этом хирург должен знать, что противопоказаниями для склеротерапии при варикозной болезни нижних конечностей является:

- а. трофические расстройства кожи
- б. магистральная архитектура вен
- в. облитерирующие заболевания артерий
- г. ночные судороги

181. При беседе с больной в условиях амбулатории хирург сказал, что при варикозной болезни может привести к, кроме:

- а. беременности
- б. статической нагрузки
- в. облитерирующих заболеваний артерий
- г. непроходимости глубоких вен
- д. генетической предрасположенности

182. Как из выявленных хиругом на приеме в поликлинике заболеваний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- а. нарушение клапанного аппарата вен
- б. нарушение свертывания крови
- в. патология артериального кровотока в конечности
- г. сердечная слабость
- д. патология водно-солевого обмена

183. На приеме хирургу экстренно привели молодого человека, попавшего в автомобильную аварию, с признаками острого кровотечения из раны бедра. Какие методы остановки кровотечения нельзя выполнить в поликлинике?:

- а. прижатая питающего сосуда к кости
- б. тугой тампонады раны
- в. жгута на конечность

- г. наложения зажима в ране
- д. наложения сосудистого шва

184. В участковую амбулаторию к хирургу привезли тракториста с раной локтевой области, артериальным кровотечением. Больному введены обезболивающие, поставлена система для внутривенных инфузий, наложены жгуты выше раны. Больного решено направить специализированным транспортом в сосудистый стационар. Сколько времени может находиться жгут на конечности без периодического распускания?

- а. 1 час
- б. 2 часа
- в. 3 часа
- г. 4 часа

185. При лечении в поликлинике больного после операции имплантации сосудистого протеза хирург оценил вероятность тромбоза протеза. При этом фактором менее всего влияющим на частоту осложнения будет:

- а. анемия
- б. замедление кровотока
- в. повышение свертывания крови
- г. атеросклероз
- д. инфицирование

186. При лечении в поликлинике больных пожилого и старческого возраста следует помнить, что наиболее часто тромбируются:

- а. висцеральные ветви аорты
- б. сама аорта
- в. подвздошные артерии
- г. бедренные артерии

187. На прием к хирургу в поликлинику привели больного с признаками острой артериальной ишемии нижней конечности. Что нельзя отнести к характерным симптомам данной патологии?

- а. бледность кожи
- б. похолодание кожи
- в. отсутствие или ослабление пульса ниже уровня окклюзии
- г. периодические судороги в голени
- д. постоянные боли в конечности

188. При обследовании в поликлинике хирург не обнаружил у больного пульса на правой лучевой артерии. При каком заболевании это может быть?

- а. болезнь Такаса
- б. тромбофлебит локтевой вены
- в. облитерирующий атеросклероз нижних конечностей
- г. аортоартериит
- д. тромбангиит Бюргера

189. При выборе метода лечения больного облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей амбулаторный хирург не мог рекомендовать:

- а. симпатэктомию
- б. сафенэктомию
- в. протезирование артерии
- г. консервативное лечение

190. При осмотре больного в поликлинике хирургом заподозрена эмболия

правой подколенной артерии. Для данного заболевания нехарактерны:

- а. мерцательная аритмия
- б. отсутствие пульсации на стопе
- в. отсутствие пульсации на правой бедренной артерии
- г. боли в правой голени
- д. бледность кожи стопы

191. При исследовании больного, 64 лет, в поликлинике хирург заподозрил у него синдром Лериша. Для него не характерны:

- а. высокая перемежающаяся хромота
- б. отсутствие пульса на бедренных артериях
- в. импотенция
- г. усиленный венозный рисунок
- д. бледность кожных покровов нижних конечностей

192. В поликлинике хирург выявил у больного, 48 лет, явления острой артериальной ишемии правой нижней конечности I-б стадии. Что должен сделать хирург?

- а. назначить консервативное лечение в условиях поликлиники
- б. сделать разрезы на стопе
- в. срочно направить в ангиологический стационар
- г. провести гипербарическую оксигенацию
- д. рекомендовать первичную ампутацию конечности

193. Какой наиболее эффективный метод профилактики прогрессирования варикозной болезни нижних конечностей может назначить амбулаторный хирург?

- а. соблюдение рационального режима труда и отдыха
- б. компрессированную терапию нижних конечностей
- в. физиотерапевтическое лечение
- г. ограничение тяжелой физической нагрузки
- д. комплексную терапию вазопротекторами

194. Из генетических факторов врожденных пороков сердца чаще встречаются:

- а. единый мутантный ген
- б. хромосомные нарушения
- в. мультифакториальное наследование
- г. правильно А и Б

195. При развитии врожденного порока имеет значение прием:

- а. медикаментов
- б. наркотиков
- в. гормонов
- г. контрацептивов
- д. всего перечисленного в определенный период развития

196. Врожденный порок сердца чаще всего встречается в виде синдрома при:

- а. едином мутантном гене
- б. хромосомных операциях
- в. мультифакториальном наследовании
- г. обычной популяции
- д. правильного ответа нет
- е. правильно А и Б

197. Высокая гипертензия малого круга приводит к:

- а. гипертрофии средней оболочки мелких мышечных артерий
- б. клеточной пролиферации интимы сосудов
- в. склерозу внутренней оболочки мелких сосудов
- г. истончению средней оболочки
- д. всему перечисленному

198. Легочная гипертензия является следствием:

- а. гиповолемии малого круга кровообращения
- б. гиперволемии малого круга кровообращения
- в. гиперволемии большого круга кровообращения
- г. гиповолемии большого круга кровообращения

199. При подготовке больного к операции по поводу врожденного порока сердца необходимо выполнить все перечисленное, кроме:

- а. санации носоглотки
- б. устранения кариеса
- в. лечения пиелонефрита
- г. купирования сердечной недостаточности

200. При операциях на открытом сердце чаще применяются:

- а. продольная стернотомия
- б. боковая торакотомия слева
- в. поперечная стернотомия
- г. боковая торакотомия справа
- д. двухплевральный доступ

Ответы на тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний
ординаторов по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»

[illegible]

Ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний по дисциплине «Сердечно-сосудистая хирургия»

Задача № 1

У больной 46 лет в детстве после перенесенного ревматизма сформировался стеноз митрального отверстия. В течение многих лет чувствовала себя удовлетворительно, но в последнее время, после частых ангин, состояние резко ухудшилось: появились одышка, кашель с выделением «ржавой» мокроты, сердцебиение, боли в области сердца, отеки на ногах, прибавила в весе.

Объективно: кожа и слизистые оболочки цианотичны, границы сердца равномерно расширены. Пульс 100 в мин., АД 120/60 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, 24 в мин.. Венозное давление 200 мм вод.ст. В легких выслушиваются влажные хрипы. Печень увеличена, болезненна при пальпации, стопы и голени отечны. Содержание в крови эритроцитов - $5,5 \times 10^{12}/л$. При рентгенологическом исследовании выявлено усиление сосудистого рисунка легких.

Вопросы:

1. Какие симптомы право- или левожелудочковой недостаточности имеются у больной? Какое заболевание является основным, какое - осложнением?
2. О чем свидетельствует появление у больной хрипов и изменения дыхания?
3. Какая одышка характерна для данной больной?
4. Почему у больной возник цианоз кожных и слизистых покровов?
5. Каких видов гипоксия возникла у больной?
6. Каков возможный механизм эритроцитоза?

Эталон ответа:

1. Основное заболевание - ревматизм, осложнение - стеноз митрального отверстия.
2. В легких возникают застойные явления.
3. Сердечная. В большей степени должен быть затруднен выдох.
4. Вследствие снижения оксигемоглобина крови и венозной гиперемии.
5. Циркуляторная и дыхательная гипоксии.
6. В ответ на гипоксию выделяются эритропоэтины.

Задача № 2

Больной 22 лет поступил в клинику с жалобами на упорные головные боли, периодически появляющиеся онемение пальцев рук и ухудшение зрения. Считает себя больным около 12 лет. Живет в хороших условиях, соль употребляет умеренно, не курит. При объективном обследовании обнаружено расширение границ сердца влево, акцент II тона на аорте. Пульс - 100 в мин., АД 190/100 мм рт.ст.. На ФКГ определяется систолический шум над пупком. На ангиограмме выявлено сужение почечных артерий, при офтальмоскопии - мелкое кровоизлияние на глазном дне. В анализе мочи - небольшая протеинурия и гематурия.

Вопросы:

1. По поводу какой патологии поступил больной в клинику?
2. Что является причиной данного заболевания?
3. С чем связано расширение границ сердца?
4. С чем связано ухудшение зрения и онемение пальцев?
5. Принцип лечения.

Эталон ответа:

1. Артериальная гипертензия.
2. Сужение почечных сосудов.
3. Гипертрофия левого желудочка сердца.
4. С нарушением микроциркуляции.
5. Оперативное вмешательство на сосудах почек.

Задача № 3

Больной 50 лет, начальник участка, в течение 15 лет страдает гипертонической болезнью с периодическими кризами. Много курит, любит острую и соленую пищу, во время очередного криза появились резкие боли за грудиной, отдающие в левую руку и не проходящие после приема нитроглицерина, слабость, холодный пот.

При осмотре больного: сознание спутанное, кожные покровы и слизистые бледные. Конечности холодные и влажные. Пульс 120 в мин., нитевидный, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст., тоны сердца глухие. На ЭКГ отрицательный зубец Т. Рост больного 175 см, вес 95 кг.

Вопросы:

1. Какой диагноз поставили больному в клинике?
2. Что является основным заболеванием, что осложнением?
3. Какие факторы способствовали заболеванию?

Эталон ответа:

1. Инфаркт миокарда.
2. Основное - гипертоническая болезнь, осложнение - инфаркт, кардиогенный шок.
3. Курение, избыточное потребление соли, психоэмоциональные стрессы, астеня.

Задача № 4

Больной 46 лет поступил в клинику с инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. Состояние больного при поступлении и в последующие дни было удовлетворительным. Отмечалась положительная динамика на ЭКГ. Больной соблюдал требуемый режим, хорошо переносил лекарственные препараты. Через 2 недели состояние больного ухудшилось. Появились резкие боли за грудиной, тахикардия, одышка, единичные хрипы в легких, поднялась температура до 38°C. На ЭКГ - отрицательный зубец Т, в крови лейкоцитов - $12 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилов 7%. После проведения противоаллергической терапии состояние больного вновь улучшилось.

Вопросы:

1. Чем можно объяснить ухудшение в состоянии больного?
2. Какие дополнительные методы в исследовании можно провести для уточнения вашего предположения?
3. Каков возможный механизм одышки и температуры?

Эталон ответа:

1. Образование антител на поврежденную ткань (синдром Дресслера).
2. Определить уровень антител.
3. В связи с повышением венозного давления в малом круге кровообращения возникает интерстициальная форма легочного отека. Наличие поврежденных тканей приводит к выделению эндопирогенов и возбуждению центра терморегуляции.

Задача № 5

В поликлинику обратилась больная 45 лет с жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях.

При осмотре правой голени в н/3 над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налетом, отделяемое умеренное гнойное, зловонное. Отмечается расширение большой подкожной вены: на бедре - в виде мягкого шнура, а в н/3 бедра и по всей голени - варикозное изменение. При пальпации вены и её узлов болезненности, и уплотнений не обнаружено. Пульсация артерий определяется хорошо.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях – о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.
3. Выпишите рецепт _____, показания и противопоказания к применению.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Хроническая венозная недостаточность. Варикозное расширение вен правой нижней конечности. Трофическая язва правой голени.

Обоснование диагноза: Жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях.

При осмотре правой голени в 1/3 над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налетом, отделяемое умеренное гнойное, зловонное. Отмечается расширение большой подкожной вены: на бедре – в виде мягкого шнура, а в 1/3 бедра и по всей голени – варикозное изменение. При пальпации вены и её узлов болезненности, и уплотнений не обнаружено. Пульсация артерий определяется хорошо.

Дифференциальная диагностика с окклюзионными заболеваниями артерий.

Классификация данной патологии:

- стадия компенсации;
- стадия декомпенсации

Этиология – недостаточность клапанного аппарата; несостоятельность коммуникантных вен; венозная гипертензия.

Патогенез – затруднение оттока венозной крови и развитие венозной гипертензии

Возможные осложнения – тромбофлебит, тромбоз и тромбоземболия, трофические нарушения.

Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Диагностическая программа:

1. Состояние венозных клапанов определяется при помощи пробы Троянова-Тренделенбурга: больного укладывают горизонтально и приподнимают больную ногу вверх. Легким поглаживанием освобождают вену от наполняющей её крови. Затем прижимают вену сверху у места впадения её в бедренную вену. Не отпуская руки, просят больного встать на ноги. Венозная сеть не заполнена. Если теперь быстро отнять руку, то можно видеть, как кровь устремляется сверху вниз и заполняет вену. Это означает, что симптом Тренделенбурга положительный. Он указывает на наличие обратного тока крови сверху вниз.
2. Для определения проходимости глубоких вен (при их непроходимости операция по удалению поверхностных вен не производится, т.к. в послеоперационный период в этом случае развивается лимфостаз) проводится проба Дельбе-Пертеса: на конечность с наполненными венами накладывают эластичный бинт и просят больного маршировать в течение 10 минут. Если глубокие вены проходимы, то кровь по коммуникантным венам оттекает в глубокие, поверхностные вены спадаются (это положительный симптом). При непроходимости глубоких вен поверхностные остаются напряженными, это оценивается как отрицательная проба Дельбе-Пертеса.
3. Для выявления несостоятельности коммуникантных вен проводят пробу Шейниса: больному в горизонтальном положении накладывают 3 жгута (не артериальных, а сдавливающих только поверхностные вены). Первый – на верхнюю треть бедра, второй – над коленным суставом, третий – ниже коленного сустава. Затем больной

встает. Если вены между жгутами заполняются кровью, то это свидетельствует о несостоятельности коммунікантных вен.

4. Флебодиагностика (венография) производится с целью получения представления о состоянии всей венозной сети нижней конечности. В последнее время предпочтительным считается метод внутривенной флебодиагностики.
5. Необходимо провести у женщины гинекологическое и ректальное обследование, у мужчин ректальное обследование с целью выявления опухолей органов малого таза, которые могут быть причиной варикозного расширения вен. С этой же целью производят УЗИ органов малого таза (особенностью подготовки к этому методу исследования является условие наполненного мочевого пузыря).
6. Среди других дополнительных методов исследования имеют значение измерение венозного давления (флебодиагностика), кожная термометрия, капилляроскопия, лимфодиагностика, рео- и плетизмография.

Лечебная программа.

В данном случае, учитывая выраженность варикозного расширения вен и наличие язвы, консервативная терапия не показана.

Если проведенные диагностические мероприятия свидетельствуют о проходимости глубоких вен, то больной показана операция по удалению большой подкожной вены нижней конечности.

До операции следует добиться максимального очищения язвы от некротических тканей и уменьшить отделяемое из раны, т.е. «из стадии гидратации процесс перевести в стадию дегидратации». Это достигается ежедневными перевязками или с помощью наложения «сапожка» из пасты Унна или гипса.

Накладывается гипсовый сапожок, захватывающий стопу, голеностопный сустав и две трети голени. Конечность остается в гипсе 2 недели. После снятия гипса язва или совсем эпителизируется, или очищается и уменьшается в размерах. Этот метод основан на действии бактериофагов, которые развиваются под глухой гипсовой повязкой. Кроме того, гипсовая повязка создает покой ране.

Также в предоперационный период проводят новокаиновые паранефральные блокады по А.В. Вишневскому с целью воздействия на симпатическую нервную систему.

Хирургическая операция заключается в перевязке и удалении подкожных вен и перевязке коммунікантных вен голени над- или подфасциально в сочетании с иссечением язвы и замещением образовавшегося дефекта кожи свободными кожными аутоотрансплантатами. Операция производится под общим обезболиванием: например в/в наркоз (ГОМК, сомбревин, калипсол) с элементами нейролептанальгезии (таламонал).

В последнее время широко применяется перидуральная или спинномозговая анестезия.

Ведение послеоперационного периода имеет ряд особенностей.

1. Больной находится в постели первый день после операции с приподнятой ногой-нога на шине Беллера.
2. На следующий день больному разрешаются движения в голеностопном и коленном суставах (это предупреждает возможность тромбообразования).
3. С 3-4 дня больному разрешается ходить.
4. На 8 день снимают швы и больной покидает клинику.

В послеоперационный период рекомендуется в течение 3 месяцев ношение эластичного бинта, избегать сидения с опущенными ногами, лучше или лежать, или ходить.

Рецепт _____, показания и противопоказания к применению

Задача № 6

В поликлинику обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20 -летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда

появилась перемежающаяся хромота через 400м. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз и обоснуйте его исходя из условий задачи. При необходимости проведите дифференциальную диагностику. Расскажите о классификации (если таковая имеется), этиологии, патогенезе, клинике данной патологии, (при инфекционных заболеваниях – о эпидемиологии и мероприятиях проводимых в очаге), возможных осложнениях.
2. Расскажите о предстоящем обследовании, лечении в стационаре и последующей реабилитации пациентов с данной патологией.
3. Выпишите рецепт, определите фармакологическую группу, показания и противопоказания к применению.
4. Иллюстрация.

Эталон ответа:

Диагноз: Хроническая артериальная недостаточность. Облитерирующий эндартериит. Стадия III- декомпенсации кровообращения и трофических расстройств

Обоснование диагноза: Жалобы на перемежающуюся хромоту. Месяц назад появились боли в I пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен, курильщик с 20 -летним стажем

Дифференциальная диагностика с: хронической венозной недостаточностью

Классификация данной патологии:

Хроническая артериальная недостаточность (эндартериит, атеросклероз).

Этиология – снижение артериального кровоснабжения нижних конечностей.

Патогенез – на фоне выраженной ишемии развиваются некробиотические и некротические процессы.

Возможные осложнения – трофические язвы, гангрена.

Обследование, лечение в стационаре и последующая реабилитация пациента.

Обследование

Дополнительные объективные методы исследования.

Врач дополнительно выявляет для подтверждения диагноза симптомы плантарной ишемии:

1. Симптом Оппеля- Бюргера: В положении лежа больной поднимает конечности вверх и удерживает 1-2 минуты. Стопа пораженной ноги становится бледной. После опускания ног в горизонтальное положение бледность сменяется гиперемией.
2. Проба Самуэlsa. В горизонтальном положении больной совершает сгибательные и разгибательные движения в голеностопных суставах. При нарушении кровообращения наступает бледность стопы и боль в икроножной мышце.
3. Коленный феномен Д.И. Панченко. Сидя на стуле, больной укладывает пораженную конечность на здоровую. Через 1-2 минуты появляются боли в мышцах голени или стопы, онемение пальцев, парестезии.
4. Проба Н.Н Бурденко. Больной становится босыми ногами на пол, затем по сигналу садится и поднимает ноги. На подошвенной поверхности больной ноги длительное время остаются бледные пятна.

Диагностическая программа в стационаре:

1. Осмотр конечностей, определение пульсации сосудов, проведение проб для выявления плантарной ишемии.

2. Осциллография. Осциллометрический индекс в норме на бедре равен 20-25мм, на голени-10-15мм. У больного с облитерирующим эндартериитом индекс резко снижен.
3. 3.Проба Алексеева. Измеряется кожная температура нижних конечностей с помощью термopара (электротермометра). Измерение производится до и после физической нагрузки. При облитерирующем эндартериите наблюдается снижение температуры на несколько десятых, а то и целых (на 1-20 С) после ходьбы.
4. 4.Проба Минора на потоотделение. Кожа смазывается раствором Люголя, высушивается и припудривается крахмалом. Ноги помещают в суховоздушную ванну и согревают. Через 30 мин. оценивают результат пробы. Участки, где окрашивание менее интенсивно, имеют большую степень нарушения кровообращения.
5. 5.Артериография производится путем введения контрастного вещества в артерию конечности. Такая артериограмма позволяет увидеть облитерацию сосуда или даже полную непроходимость артериального ствола.
6. 6.Общие методы обследования: рентгенография легких, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, кровь на сахар, ЭКГ, коагулограмма.

Лечение – комплексное.

При I и II стадиях ишемического синдрома показано консервативное лечение, включающее:

1. Сосудорасширяющие, спазмолитические средства (пармидин, продектин, ангиин).
2. Витамины (B1, B2, B6, C).
3. Паранефральные новокаиновые блокады по А.В. Вишневскому- одна блокада в 5 дней.
4. Обезболивающие препараты (анальгин, вплоть до наркотических анальгетиков). Хороший эффект достигается внутриартериальным введением 10 мл 1% раствора новокаина и 1 мл морфина.
5. Повязка с мазью А.В. Вишневского на нижнюю конечность.
6. Постельный режим.
7. Гипербарическая оксигенация.
8. Физиотерапевтическое лечение: диатермия, УВЧ, Д – Арсонваль.
9. Антикоагулянты (гепарин, синкумар, фенилин).
10. Препараты химической десимпатизации (пахикарпин, карбохолин, родергам, тетамон).
11. Санаторно курортное лечение: Сочи, Мацеста, Пятигорск.

Хирургическое лечение показано в III и IV стадиях ишемического синдрома.

1. Поясничная грудная симпатэктомия.
2. Ампутация конечности производится при гангрене.

Данному больному показана консервативная терапия в полном объеме и некрэктомия язвы I пальца, при неэффективности данного лечения - поясничная симпатэктомия.

3. *Рецепт.*

Задача № 7

Больная 48 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение тяжести, полноты в ногах, быструю их утомляемость при длительном стоянии или ходьбе. Эти явления довольно быстро проходят после того, как больная принимает горизонтальное положение. Болеет в течение 11 лет. При обследовании выявлено резкое расширение поверхностных вен левой голени и бедра с выраженной пигментацией и трофическими нарушениями кожных покровов в дистальных отделах конечности. Там же отмечается пастозность и небольшой отек.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие функциональные пробы следует выполнить?
- 3) Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
- 4) Лечение?

Эталон ответа:

- 1) Варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств.
- 2) Пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга, Пратта и Шейниса.
- 3) Флебграфия, дуплексное сканирование сосудов нижних конечностей.
- 4) Радикальная операция. Флебэктомия комбинированная.

Задача № 8

Больная 42 лет поступила с жалобами на боли по ходу варикозно расширенных вен по медиальной поверхности верхней трети правой голени, нижней и средней трети бедра, общее недомогание, повышение температуры до 37,6°C. Больна вторые сутки. Процесс начался после ушиба голени и быстро распространяется вверх. Варикозное расширение вен 18 лет. При осмотре: выраженное варикозное расширение вен системы большой подкожной вены без признаков трофических нарушений, гиперемия и припухлость по ходу вены. Пальпаторно - повышение кожной температуры и болезненное уплотнение на всем протяжении.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте развернутый диагноз.
- 2) В чем опасность осложнения и представляет ли оно угрозу жизни больного?
- 3) Какой должна быть тактика поликлинического хирурга и дежурного хирурга стационара при поступлении такого больного?

Эталон ответа:

- 1) Варикозная болезнь. Острый тромбоз поверхностных вен.
- 2) В быстром нарастании тромбоза в проксимальном направлении и угрозе тромбоэмболии легочной артерии.
- 3) Хирург поликлиники должен немедленно госпитализировать больную, а дежурный хирург стационара выполнить в экстренном порядке операцию Троянова-Тренделенбурга.

Задача № 9

У больного 62 лет после перенесенного тромбоза бедренной вены справа имеется выраженный стойкий отек и расширение надлобковых вен. Трофических расстройств мягких тканей конечностей не отмечается. При антеградной флебографии выявлена посттромботическая окклюзия подвздошной и бедренной вен выше сафено-бедренного соустья и ниже его.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Тактика лечения?

Эталон ответа:

- 1) Посттромботическая болезнь. Варикозная форма, I стадия.
- 2) Хирургическое лечение - перекрестное шунтирование большой скрытой веной другой стороны над лоном (операция Пальма).

Задача № 10

К сосудистому хирургу обратилась молодая женщина, у которой на фоне неосложненной протекающей беременности появились варикозно-расширенные вены на правой ноге. Хирургом установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее трети. При пальпации вены мягкие, безболезненные, кожа над ними неизменена.

Вопросы:

Исходя из клинической ситуации, что необходимо рекомендовать больной?

Эталон ответа:

- 1) Ношение эластических бинтов; операцию флебэктомии в послеродовом периоде.

Задача № 11

У больной 48 лет с острым тромбозом левой нижней конечности, находящейся на лечении в стационаре и не соблюдающей строгого постельного режима, внезапно на фоне полного благополучия появились резкие боли за грудиной, одышка, нехватка воздуха, головокружение.

Вопросы:

- 1) Какой диагноз можно поставить больной?
- 2) Какова тактика лечения?

Эталон ответа:

- 1) Тромбоз легочной артерии.
- 2) Экстренная терапия тромбоза легочной артерии в условиях реанимации, тромболитическая терапия.

Задача № 12

Больной 60 лет обратился к врачу с жалобами на интенсивные боли в правой голени в покое и усиливающиеся при ходьбе. Эти явления появились внезапно 2 месяца назад и постепенно прогрессировали. При осмотре выявлено, что кожа правой стопы имеет цвет слоновой кости, на ощупь холоднее, чем слева. Симптом «плантарной ишемии» положительный. Пульс на подколенной артерии и ниже не определяется.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Тактика ведения больного?
- 3) Варианты возможной тактики лечения в стационаре?

Эталон ответа:

- 1) Атеросклеротический тромбоз на уровне бедренной артерии.
- 2) Необходима срочная госпитализация в отделение сосудистой хирургии.
- 3) После обследования с применением доплерографии и ангиографии оперативное лечение: тромбэктомия или шунтирование.

Задача № 13

Через сутки от начала заболевания в приемное отделение доставлен больной 53 лет. При поступлении предъявлял жалобы на сильные боли в левой ноге, постоянного характера, появившиеся внезапно на фоне относительного благополучия. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до уровня верхней трети бледные, холодные на ощупь, с «мраморным рисунком». Отеков нет, активные движения в суставах пальцев сохранены, пульсация на подколенной и артериях стопы отсутствует. Из анамнеза жизни известно, что больной около года назад перенес инфаркт миокарда, имеется мерцательная аритмия.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Что, по Вашему мнению, могло явиться причиной возникновения данного заболевания?
- 3) Как Вы будете лечить больного?

Эталон ответа:

- 1) У больного клиническая картина тромбоза бедренной артерии, ишемия IIБ стадии.
- 2) Постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия.
- 3) Показана экстренная операция - тромбэктомия.

Задача № 14

Больной 26 лет поступил с жалобами на перемежающуюся хромоту через 150 метров, похолодание конечностей, парестезии стоп, облысение голеней. Болен в течение 6 месяцев, до этого перенес нервное потрясение, много курит. При обследовании пульс на бедренной и подколенной артериях несколько ослаблен, шум не выслушивается. Проба

Оппеля - 30 секунд. Проба Лененнедо – Лавастина - 18 секунд. Реоиндекс - 0.5. На теплогрармах - тепловая «ампутация» пальцев стоп. На ангиограмме - стенозирование дистальных участков артерий голени.

Вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) План дополнительного исследования?
- 3) Тактика лечения?

Эталон ответа:

- 1) Облитерирующий эндартериит II стадии.
- 2) Допплерография, радионуклидное исследование микроциркуляции.
- 3) Лечение консервативное: режим, спазмолитические смеси, квантовая терапия для улучшения микроциркуляторных процессов, прекращение курения.

Задача № 15

У больного 67 лет, страдающего гипертонической болезнью, при осмотре обнаружено опухолевидное образование в мезогастрии слева размерами 12×10×7 см, плотное на ощупь, неподвижное, пульсирующее.

Вопросы:

- 1) Наличие какого заболевания можно предположить у больного?
- 2) Какие дополнительные методы исследования можно провести больному?
- 3) Ваша лечебная тактика?

Эталон ответа:

- 1) Аневризму брюшного отдела аорты.
- 2) Для подтверждения диагноза целесообразно выполнить УЗИ, а затем аортографию.
- 3) При подтверждении диагноза показано оперативное лечение - резекция аневризмы с протезированием.

Задача № 16

Поступает больной с атеросклеротической гангреной стопы с распространением отека на голень вплоть до коленного сустава. Гангрена носит влажный характер и сопровождается выраженным эндотоксикозом. У больного несколько тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, в анамнезе 2 инфаркта миокарда. Сахарный диабет средней тяжести.

Вопросы:

- 1) Ваша тактика?

Эталон ответа:

- 1) Показана срочная ампутация средней или нижней трети бедра после минимальной терапевтической подготовки.

Задача № 17

Больной, 25 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 сут, усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, слабость.

Около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб после переохлаждения появился кашель, насморк, к врачу не обращался, работал.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧД -20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет.

Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. Тоны

сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастернальной линии прослушивается на ограниченном участке «скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. Пульс - 128 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Какие результаты, подтверждающие диагноз, вы ожидаете получить?
4. Составьте план лечения.
5. Каков прогноз заболевания?

Эталон ответа:

1. Острый фибринозный перикардит. Характерным в данном случае является связь заболевания с переохлаждением, длительный характер болей в сердце, связанный с актом дыхания и изменением положения тела. Среди общих симптомов отмечается лихорадка, озноб, потливость. Патогномоничный признак - шум трения перикарда, для которого характерна ограниченная локализация, «скребущий» звук, отсутствие иррадиации, усиление на высоте вдоха и при надавливании грудной клетки стетоскопом.
2. Общий анализ крови, биохимический анализ крови (КФК, КФК МВ, ЛДГ, тропонин), ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки. В анализе крови возможен лейкоцитоз, сдвиг влево, ускорение СОЭ. Исследование ферментов крови проводится для исключения поражения миокарда. На ЭКГ, учитывая ранний срок заболевания, вероятно, будет наблюдаться конкордантный подъем сегмента ST в основных, возможно, грудных отведениях. Рентгенологические и ЭхоКГ-признаки при остром и сухом перикардите отсутствуют.
3. Госпитализация больного. Назначение НПВС, при отсутствии эффекта - преднизолон.
4. Выздоровление.
5. Возможна трансформация в острый экссудативный или в констриктивный перикардит.

Задача № 18

Больная, 18 лет, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительном физическом напряжении и в покое, чувство тяжести и давления за грудиной, сердцебиение, боли в коленных и голеностопных суставах, повышение температуры тела до 38,5 °С, охриплость голоса, кашель.

Из анамнеза известно, что около месяца назад перенесла ангину. Через 2 нед появились боли в коленных и голеностопных суставах, повысилась температура тела. Ухудшение самочувствия последние 5 дней, когда появились вышеперечисленные жалобы, носящие нарастающий характер.

Состояние больной тяжелое. Положение ортопноэ. Цианоз губ, шеи, пальцев рук. Набухание шейных вен. Покраснение, припухлость и ограничение подвижности в коленных и голеностопных суставах. На внутренней поверхности ног - кольцевидная эритема. Лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Грудная клетка конической формы. Число дыханий - 28 в минуту. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет.

Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, сглаженность межреберных промежутков. Границы относительной тупости сердца: правая - на 3 см снаружи от правого края грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - на уровне второго ребра. Верхушечный толчок определяется в четвертом межреберье по передней подмышечной линии.

При аускультации: тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, малого наполнения, ритмичный. АД - 80/50 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный при пальпации. При глубокой пальпации определяется сигмовидная кишка, подвижная, безболезненная.

Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, край ее закруглен, чувствителен при пальпации. Область почек не изменена. Симптом Пастернацкого отрицателен. Селезенка не увеличена.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, без очаговых и инфильтративных изменений. Расширение размеров сердечной тени во всех направлениях, особенно вверх и вправо. Дуги сердца не дифференцируются, сосудистый пучок укорочен, пульсация резко ослаблена.

ЭКГ: вольтаж *QRS* резко снижен, отрицательный зубец *T* в I, II, III, V2-V6 отведениях.

Анализ крови: Hb - 125 г/л, эритроциты - 4×10^{12} /л, лейкоцитов - $10,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 5 %, СОЭ - 42 мм/ч, СРБ - резко положительный, титр антистрептолизина-О - 1250 Ед, титр антигиалуронидазы - 865 Ед.

Анализ мочи: относительная плотность - 1018, реакция кислая, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Какие еще методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какие осложнения данного заболевания можно наблюдать у больной?
5. Какова тактика лечения?

Эталон ответа:

1. Диагноз: ревматизм, активная фаза. III степень активности. Ревматический полиартрит. Острый экссудативный перикардит. Тампонада сердца. Указание в анамнезе на перенесенную ангину, полиартрит, кольцевидную эритему, увеличение СОЭ, высокий титр противострептококковых антител, повышение СРБ позволяет поставить диагноз ревматизма высокой степени активности, ревматического полиартрита. Острый экссудативный перикардит установлен на основании жалоб больной, объективного исследования, указывающих на расширение границ сердца. Подтверждением являются данные рентгенологического исследования, характерные изменения на ЭКГ. Кашель, охриплость голоса, нарастающая одышка, тахикардия, гипотония, набухшие шейные вены, глухость тонов сердца позволяют заподозрить тампонаду сердца.
2. ЭхоКГ, измерение венозного давления.
3. Постельный режим, диета с ограничением соли и жидкости. В случае наличия тампонады - перикардиоцентез. Лечение основного заболевания: антибиотики пенициллинового ряда, кортикостероиды, НПВС, колхицин. В случае отсутствия в течение 2 нед эффекта от проводимой терапии и сохранения большого объема выпота показан перикардиоцентез с введением кортикостероидов в полость сердечной сумки.

Задача № 19

Больной, 42 года, поступил в стационар с жалобами на одышку при нагрузке и в покое, сердцебиение, слабость, возникающую при незначительной физической нагрузке, снижение трудоспособности, тяжесть в правом подреберье, потерю веса.

В 30-летнем возрасте лечился по поводу туберкулеза легких. Считает себя больным около года, когда стали появляться одышка, сердцебиение при физической нагрузке. Последние 2 мес самочувствие ухудшилось, усилилась одышка. Беспокоит быстрая утомляемость, значительное снижение трудоспособности. Проводимое лечение сердечными гликозидами, мочегонными эффекта не принесло.

Объективно: пониженного питания, бледен, цианоз губ, ушей. Число дыханий - 24 в минуту в покое, 30 в минуту - при незначительно физической нагрузке (5 приседаний). Набухание шейных вен. В легких перкуторно - легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у левого края грудины, левая - на 2 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - нижний край 3 ребра по парастернальной линии. Тоны сердца глухие. Пульс - 108 в минуту. Ритм правильный. АД - 110/75 мм рт.ст. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет.

Анализ крови: Hb - 120 г/л, лейкоциты - $8,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3 %, сегментоядерные - 73 %, лимфоциты - 15 %, эозинофилы - 2 %, моноциты - 3 %, СОЭ - 15 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность - 1015, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 65 г/л, билирубин - 20 ммоль/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, креатинин - 127 ммоль/л, калий - 4,5 мэкв/л.

УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени увеличена на 5 см, диффузно-неоднородной структуры, умеренное расширение воротной вены, селезенка не увеличена, небольшое количество жидкости в брюшной полости.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, в прикорневых зонах множественные петрификаты, очаги Гопа справа, междолевые шварты справа. Границы сердца в пределах нормы, по правому контуру сердечной тени определяется кольцообразное обызвествление сердечной сорочки, снижение пульсации.

ЭКГ: ритм синусовый, двугорбые зубцы *P*, амплитуда *QRS* снижена, отрицательный зубец *T* во II, III, aVF, V1-V3 отведениях.

ЭхоКГ: утолщение, сращение, кальциноз перикарда, ограничение движений задней стенки левого желудочка.

Вопросы:

- 1.Предположите наиболее вероятный диагноз.
- 2.Что послужило причиной данного заболевания?
- 3.Тактика ведения больного.
- 4.Показания к хирургическому лечению.

Эталон ответа:

- 1.Констриктивный перикардит.
- 2.Туберкулез легких.
- 3.Консультация хирурга для решения вопроса о проведении перикардэктомии.
- 4.Показание к операции - признаки нарушения кровообращения и венозного кровотока.

Задача № 20

Больная 59 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие трофической язвы на внутренней поверхности правой голени, чувство тяжести и появление отека к концу дня в области правой голени.

Варикозным расширением поверхностных вен правой нижней конечности страдает 11 лет. 2 года назад на внутренней поверхности правой голени в нижней ее трети появилась язва, которая не закрывается до настоящего времени. К концу рабочего дня появляется чувство тяжести, отек правой стопы и голени.

Объективно: пульс 72 в мин. удовлетворительных качеств. АД 150/80 мм рт. ст. На внутренней поверхности правого бедра и голени имеются варикозно расширенные вены, на голени варикозные узлы спаяны с кожей. В области внутренней лодыжки имеется трофическая язва размерами 8x8 см, чистая, по краям видны вялые грануляции. При проведении пробы Прата выявлена несостоятельность коммуникантных вен в нижней трети правой голени, пробы Броди-Троянова-Тренделенбурга - несостоятельность

остиальных клапанов, пробы Дельбе-Пертеса – быстрое опорожнение вен правой голени при ходьбе.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Какова тактика?
3. Какими методами лечения может воспользоваться врач у данной больной?

Эталон ответа:

Варикозное расширение большой подкожной вены справа в стадии субкомпенсации (трофическая язва правой голени в нижней трети).

Возможно несколько вариантов лечения:

- а. Заживить трофическую язву в условиях стационара (применение ферментов, давящая повязка, бинтование конечности эластическим бинтом). После заживления трофической язвы произвести венэктомию с обязательной перевязкой и пересечением несостоятельных коммуникантных вен под язвой.
- б. Если заживить трофическую язву не получится, то сначала перевязать и пересечь несостоятельную коммуникантную вену под язвой. После заживления язвы – операция венэктомия.

Задача № 21

Больная 43 лет, поступила в клинику с жалобами на чувство тяжести, боли, усталость в ногах при ходьбе, отек голеней к концу рабочего дня, варикозное расширение вен.

Больна с 23 лет, когда во время беременности заметила появление расширенных вен на правой голени. Заболевание постепенно прогрессировало, появилось расширение вен левой голени, отечность голеней и стоп, появляющаяся к концу дня, и исчезающая после пребывания в горизонтальном положении в течение 8 часов.

Объективно: в вертикальном положении больной на внутренней поверхности голеней и бедер видны варикозно расширенные вены в виде узлов различной величины, кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга – быстрое заполнение вены сверху в низ при снятии жгута справа и слева. Проба Дельбе-Пертеса сомнительная с обеих сторон.

Флебография дистальная – выраженный варикоз подкожных вен, главным образом, средней верхней трети правой голени, контуры глубоких вен четкие, коммуникантные вены расширены.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. С какой целью проводилась флебография?
3. Какое лечение показано больной?

Эталон ответа:

Варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей в стадии субкомпенсации. Высокий и низкий сброс крови в поверхностные вены.

Дистальная флебография производилась из-за сомнительного результата пробы Дельбе-Пертеса.

Больной показана операция венэктомия с пересечением и перевязкой несостоятельных коммуникантных вен (по Кокету, Линтону).

Задача № 22

Рядовой доставлен в МПП на автотранспорте с места боевого столкновения. Со слов сопровождающего санитарного инструктора, около получаса назад неизвестный нанес ему несколько ударов штык-ножом сзади в область груди. На месте оказана помощь в виде наложения повязки из ППИ на область ранений, введения промедола из шприц-тюбика. При поступлении состояние расценено как средней тяжести. Бледный, покрыт

холодным потом. Вялый, адинамичный. Одышка до 30 в минуту, пульс 110 в минуту, АД 80/40 мм рт.ст. Над правым легким дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, слева резко ослаблено, в нижних и задне-базальных отделах не выслушивается. При аускультации слева крупнопузырчатые влажные хрипы. По передней поверхности левой половины грудной клетки определяется подкожная эмфизема. Слева в седьмом межреберном промежутке по лопаточной линии линейная рана размером 3х1 см с ровными краями, умеренным кровотечением из нее, в проекции V ребра по заднеподмышечной линии линейная рана размером 4х1 см с выраженным отеком тканей вокруг и постоянным истечением темной крови. На 2 см выше угла лопатки линейная рана длиной 7 см, глубиной 0,5 см с незначительным кровотечением.

При рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной полости: правое легкое расправлено, без свежих очаговых и инфильтративных элементов, слева определяется эмфизема мягких тканей, левое легкое частично коллабировано, приблизительно на 1/2 объема, в плевральной полости жидкость с горизонтальным уровнем по заднему отрезку VII ребра. Тень средостения не расширена, смещена вправо. Задание

1. Сформулируйте диагноз.

2. Определите тяжесть состояния раненого при сортировке.

3. Определите порядок оказания помощи.

4. Укажите характер и объем необходимой помощи.

Эталон ответа:

Диагноз. Открытая травма груди. Множественные колото-резаные ранения груди. Проникающее колото-резаное ранение левой половины груди с повреждением левого легкого. Левосторонний пневмогемоторакс. Шок II степени.

Тактика и лечение. Раненый относится ко 2-й группе, нуждается в экстренной помощи на данном этапе. Направляется в перевязочную в первую очередь, где выполняется дренирование плевральной полости под местной анестезией силиконовыми трубками с боковыми отверстиями в четвертом межреберном промежутке по среднеподмышечной линии с последующей активной аспирацией с разрежением 30-40 см вод.ст. Выполняется проба Рувиуа-Грегуара. В данном случае можно предположить, что продолжающегося кровотечения нет. ПХО ран груди, остановка кровотечения из мягких тканей, ушивание ран. Одновременно проводят противошоковые мероприятия.

Задача № 23

Сержант доставлен в приемно-сортировочное отделение (ПСО) ОМедБ на носилках из автопарка. Со слов сопровождающих, около 15 мин назад при проведении регламентных работ был зажат между двумя грузовиками. При поступлении состояние тяжелое. Возбужден, положение вынужденное, полусидя, дыхание поверхностное, Kloкочущее. Частота дыхания 35-40 в минуту. Кожный покров лица гиперемирован, склеры инъектированы, с петехиальными кровоизлияниями. На передней поверхности груди и шеи выраженная подкожная эмфизема. При осмотре: грудная клетка деформирована, сдавлена в переднезаднем направлении, при вдохе обе половины ее западают в месте с верхней частью тела грудины. Левая ключица деформирована, ясно определяется «ступенька» ближе к груди. Пульс 128 в минуту, аритмичный, АД 70/30 мм рт.ст. На ЭКГ: мерцательная аритмия, частые, по типу тригемении левожелудочковые экстрасистолы.

При рентгенографии органов грудной клетки: эмфизема мягких тканей верхней половины туловища, множественные переломы по переднеподмышечной, заднеподмышечной и лопаточной линиям: справа II, III, IV, V, VII, IX ребер со смещением отломков кверху на ширину ребра, слева с I по IV ребро со смещением отломков кверху приблизительно на 1/2 ширины ребра и 7,8 по заднеподмышечной линии без смещения отломков. Кроме того, определяются перелом левой ключицы в средней трети со смещением внутреннего отломка книзу и латерально, поперечный перелом грудины в

месте соединения рукоятки с телом со смещением тела грудины кзади на $1/2$ толщины грудины и многооскольчатый перелом угла левой лопатки без существенного смещения отломков. Оба легких частично коллабированы: левое легкое в верхних и боковых отделах приблизительно на $1/3$ объема, правое легкое в верхних отделах на $1/4$ объема. Определяется снижение прозрачности правого легочного поля в нижних отделах, расширение тени средостения.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите порядок и направление эвакуации из ПСО.
3. Определите характер, порядок и время выполнения дополнительных методов исследования.
4. Определите порядок и объем квалифицированной помощи.
5. Определите время и направление дальнейшей эвакуации.

Эталон ответа:

Диагноз. Закрытая травма груди. Множественные переломы ребер, грудины, левой лопатки, левой ключицы, разрыв левого грудиноключичного сочленения. Флотирующая грудь. Ушиб и разрывы обоих легких. Двусторонний пневмоторакс. Ушиб сердца. Шок II степени.

Тактика и лечение. Пострадавший направляется в операционную в первую очередь, в которой проводится общий анализ крови для определения группы крови и Rh-фактора, исследование КОС, интубируется трахея, налаживается ИВЛ, осуществляется санация трахеобронхиального дерева от крови и слизи через интубационную трубку. Затем выполняется дренирование обеих плевральных полостей толстыми двухканальными трубками в четвертом межреберном промежутке по среднеподмышечной линии. Активная аспирация с разрежением 30–40 см вод.ст. В данном случае интубация трахеи и ИВЛ должны быть выполнены первыми, так как риск развития напряженного пневмоторакса на ИВЛ хоть и существенный, однако время для его ликвидации есть. В то же время у пострадавшего выраженная гипоксия, практически асфиксия, и времени на ее ликвидацию нет. Учитывая механизм травмы, возможно повреждение органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Завершающим этапом будут лапароцентез с установкой шарящего катетера и катетеризация мочевого пузыря. Противошоковые мероприятия проводят с момента поступления. После устранения угрожающих жизни последствий травмы пострадавший должен быть направлен на этап оказания специализированной медицинской помощи.

Задача № 24

При движении в походной колонне произошел подрыв головной автомашины на mine. При осмотре одного из раненых состояние расценено как средней степени тяжести, возбужден, на боли не жалуется. Кожный покров бледный, покрыт испариной. Обстоятельств ранения не помнит. Индивидуальные средства защиты отсутствуют. При осмотре на коже лица определяются мелкие точечные отверстия с серым ободком без кровотечения. Левая кисть разрушена, определяются костные отломки пястных костей и фаланг пальцев, кожный покров практически отсутствует, кровотечение значительное несколькими пульсирующими струйками толщиной 1–2 мм. На левой половине груди от переднеподмышечной линии до заднеподмышечной линии от III до VI ребра определяется дефект мягких тканей, боковые отделы V ребра отсутствуют, в рану выделяется алая пенная кровь с пузырьками воздуха, через дефект видно частично коллабированное легкое, с обрывками одежды.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите последовательность и объем оказания помощи на месте.
3. Определите порядок эвакуации.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз. Минно-взрывное ранение. Ранение левой кисти, продолжающееся артериальное кровотечение. Проникающее ранение левой половины груди. Левосторонний открытый пневмоторакс.

Тактика и лечение. Показаны временная остановка кровотечения из левой руки жгутом, наложение клапанной окклюзирующей повязки на рану груди, наложение асептических повязок на кисть и на грудь, введение наркотических обезболивающих средств, антибиотики перорально. Эвакуация осуществляется на носилках при возможности сразу на этап специализированной помощи.

Задача № 25

В МПП обратился капитан. Жалобы на сильные боли в левой половине груди, затруднение дыхания. Со слов военнослужащего, накануне днем при проведении занятий по физической подготовке на полосе препятствий упал с «бревна», ударился левой половиной груди о край снаряда. Сразу почувствовал сильную боль в груди, однако значения этому не придал, продолжил проведение занятий. К вечеру боль усилилась. Ночь не спал из-за болей. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. Грудная клетка цилиндрической формы, при дыхании левая половина отстает. Пальпация грудной клетки слева по заднеподмышечной линии в проекции VII-VIII ребер резко болезненна. Крепитация отломков и подкожная эмфизема не определяются. При аускультации слева дыхание жесткое, справа везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20-22 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 84 в минуту. Пульс ритмичный, хорошего качества, АД 120/60 мм рт.ст. При рентгенографии органов грудной клетки: перелом VII ребра слева по среднеподмышечной линии со смещением отломков на 1/3 ширины ребра. Легкие расправлены без свежих очаговых и инфильтративных изменений, в заднем синусе слева небольшое количество жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу при сортировке.
3. Определите характер и объем необходимой помощи.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз. Закрытая травма груди. Перелом VII ребра слева. Левосторонний малый гемоторакс.

Тактика и лечение. Пострадавший относится ко 2-й группе, нуждается в оказании экстренной помощи и лечении на этом этапе эвакуации. Объем помощи включает введение обезболивающих средств, спирто-новокаиновую или новокаиновую блокаду места перелома. Возможно развитие осложнений в виде пневмоили гемоторакса в результате повреждения сосуда грудной стенки или легкого отломком ребра. Рекомендуется динамическое наблюдение в течение 10 дней с выполнением рентгенографии при признаках развития осложнений.

Задача № 26

В объединенный госпиталь войск ООН на территории военного конфликта вертолетом доставлен военнослужащий ООН. При поступлении в ПСО сознание отсутствует. Сопровождающие не владеют английским языком. Обстоятельства и характер ранения выяснить не удастся. Под форменной одеждой на грудной клетке спереди имеется повязка из ППИ, полностью пропитанная кровью. Катетеризована правая кубитальная вена, куда проводится инфузия 0,9% раствора хлорида натрия. Кожный покров бледный, холодный. Зрачки узкие. Пульс нитевидный, АД не определяется. После снятия повязки на передней поверхности груди слева в четвертом межреберном промежутке между парастернальной и среднеключичной линиями

определяется округлое ранение диаметром около 1 см с пояском осаднения. Выходного отверстия нет. Из раны поступает кровь широкой неп пульсирующей струей. Справа над легким выслушивается ослабленное дыхание. Слева над всей поверхностью дыхательные шумы не проводятся. Частота дыхания до 40 в минуту. Живот не напряжен, мягкий при пальпации, напряжения мышц нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите группу при сортировке.
3. Определите характер и объем диагностических мероприятий.
4. Определите характер и объем необходимой помощи.

Эталон ответа:

Предварительный диагноз. Открытая травма груди. Огнестрельное пулевое слепое проникающее ранение левой половины груди с повреждением сердца. Левосторонний гемоторакс. Терминальное состояние.

Тактика и лечение. Относится к I-й группе, нуждается в экстренной хирургической и реанимационной помощи. Дополнительные диагностические мероприятия не проводят. Реанимационные мероприятия и операцию начинают одновременно в операционной. Выполняют переднебоковую торакотомию слева в пятом межреберном промежутке, широкую перикардотомию, ушивание раны сердца с обязательной ревизией задней поверхности сердца, санацию и дренирование левой плевральной полости.