СЕМЕСТР 1

ЗАДАЧИ

1.Пациент перенес операцию на сердце по протезированию митрального и аортального клапана механическими протезами и получает антикоагулянты непрямого действия. В течении последней недели появились подкожные гематомы (при малейшем ударе появляются синяки), заметила, что при чистке зубов наблюдается кровоточивость из десен, а при мочеиспускании моча стала розового цвета. Какой диагноз Вы установите?

2.У пациента длительное время держится субфебрильная температура, периодически озноб, появились мелкие высыпания на нижних конечностях, на передней брюшной стенке, боли в области селезенки. Объективно: кожные покровы земленистого цвета, истощен. Диастолический шум над аортальным клапаном и систолический на верхушке сердца с иррадиацией в подмышечную область. Диагноз? Тактика лечения?

3.Через 2 года после операции на сердце по поводу замены митрального клапана у пациента появились следующие жалобы: одышка в покое, нехватка воздуха, сердцебиение, кашель с розовой мокротой, пастозность голеней, тяжесть в правом подреберье (увеличение печени). Диагноз? Тактика лечения?

4. Пациент отмечает увеличение живота, одышку, нехватку воздуха, увеличение шейных вен, увеличение печени, отеки на нижних конечностях. В анамнезе состоял на учете по поводу туберкулеза легких. Положение в постели вынужденное, с высокими подушками. Спит в течении 2 месяцев сидя, поскольку лежа затрудняется дыхание. На рентгеновском снимке выраженного увеличения тени сердца нет, но перикард утолщен и местами кальцинирован. Диагноз. Лечение.

5. Больной Н., 53 лет, перенес операцию аортокоронарного шунтирования. Послеоперационный период осложнился нагноением раны. После выписки из стационара через 3 месяца появились постоянные боли в области сердца, купирующие комбинацией нитроглицерина и болеутоляющих препаратов. При коронарографии выявлен тромбоз одного из шунтов. Тактика лечения.

6. Пациентка Н. взята на операцию по поводу ишемической болезни сердца. При стернотомии выявляется повышенная кровоточивость. Время свертываемости 8мин.24сек. О чем это говорит и, что не предпринял лечащий врач? Дальнейшая тактика?

7. Женщина перенесла операцию на сердце – протезирование митрального клапана механическим протезом и пластику трикуспидального клапана. На второй год забеременела и готовилась к родам, несмотря на запреты. Признаков декомпенсации кровообращения нет. Какова тактика ведения беременности и родоразрешения?

8. Пациентка Г., 28лет, с приобретенным стенозом аортального клапана и наличием беременности сроком 29-30 недель пришла на прием к врачу. При обследовании на ЭХОКГ выявляется средний градиент на аортальном клапане 35 мм.рт.ст. Врачебная тактика.

9. В клинику доставлен пациент с острыми сильнейшими болями за грудиной, падением артериального давления с подозрением на острый инфаркт миокарда, но на ЭКГ данных за нарушение коронарного кровообращения нет. В анамнезе перенесенный 10 лет назад сифилис. Предположительный диагноз. Врачебная тактика?

10. Пациент после перенесенного инфекционного процесса, нормализации температуры жалуется на боли в области сердца, одышку при малейшей нагрузке, периодически подъемы артериального давления. Над сердцем в точке Боткина выслушивается шум Флинта, а артериальное давление 140/10мм.рт.ст. 130/0мм.рт.ст Предположительный диагноз?. Врачебная тактика?

11. Больной после операции на сердце (трехклапанной коррекции порока) готовился к выписке из стационара, но на 12 сутки появились явления декомпенсации кровообращения – отеки на нижних конечностях, увеличение печени до 8см и под края реберной дуги, одышка в покое, падение артериального давления до 70/40мм.рт.ст., тоны сердца приглушены, тоны работы искусственных клапанов сердца ослаблены. О каком осложнении послеоперационного периода можно говорить? Предположительный диагноз? Врачебная тактика?

12. В туберкулезный диспансер привезли из далекого села пациентку в тяжелом состоянии с наличием выраженных хрипов, кашлем с кровохарканием, выраженной одышки, клокочущим дыханием, сердцебиением, нехваткой воздуха. Объективно: положение на кровати вынужденное – сидя с опорой руками о край кровати, лечь не может. Истощена, кожные покровы бледные, на щеках «румянец». Выслушать сердце не удается из-за тахикардии и выраженных влажных хрипов. С каким диагнозом необходимо дифференцировать туберкулез легких?

13. У больного на фоне инфекционного эндокардита осложненного абсцессом фиброзного кольца аортального клапана в послеоперационном периоде возникла полная поперечная блокада. Проводилась противоотечная терапия, временная стимуляция, метаболическая терапия в течение 21 дня. Блокада сохраняется. Какова дальнейшая тактика?

14. Пациентка длительное время страдала калькулезным холециститом, но у нее был приобретенный митральный порок сердца, который ограничивал объем инфузий. Ей выполнена операция на сердце – протезирование митрального клапана и пластика трикуспидального клапана. Пациентка принимает непрямые антикоагулянты. Какова тактика при выполнении операции у этой больной при холецистэктомии?

15. Больной поступил в клинику с жалобами на одышку, нехватку воздуха, отеки на нижних конечностях, тяжесть в правом подреберье (увеличение печени), увеличение живота, увеличение шейных вен и усиленная их пульсация. На рентгеновском снимке имеется увеличение тени сердца, аускультативно глухость тонов сердца. Вольтаж ЭКГ снижен. Какое заболевание сердца имеет такую клиническую картину

16. У пациента возник приступ суправентрикулярной тахикардии 150-180 в мин. и у Вас нет препаратов, которые могли бы купировать приступ. Какими функциональными пробами Вы можете воспользоваться для снятия приступа тахикардии, пока не приедет машина «скорой помощи»?

17. Пациент наркоман поступает в клинику в активной стадии инфекционного бактериального эндокардита с температурой тела 39,20С, кашлем, выраженными хрипами, которые слышны на расстоянии. На рентгенснимках увеличение отделов сердца за счет правого предсердия, явная картина левосторонней верхнедолевой пневмонии с признаками абсцедирования. На ультразвуковом исследовании тотальная трикуспидальная недостаточность, наличие вегетаций на клапане. Какова дальнейшая тактика?

18. В больницу доставлен пациент, ранее оперированный по поводу замены митрального и аортального клапана. У него наблюдалась субфебрильная температура, озноб, одышка. В анализах лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышенная СОЭ. После экстракции зуба у него появились эти жалобы. Как можно оценить его состояние?

19. Пациенту запланировано протезирование аортального клапана. Перед операцией при ультразвуковом исследовании фиброзное кольцо аортального клапана составляло 17мм, восходящая аорта – 3,2см. Интраоперационно обнаружено, что фиброзное кольцо значительно меньше, чем результаты исследования и планируемый протез 17 размера туда имплантировать невозможно. Тактика? Какой вид операции необходимо выполнить?

20. Больной в прошлом курильщик, перенес операцию на сердце и в ближайшем послеоперационном периоде и появился выраженный кашель. Затем на 5-6сутки стал отмечать наличие хруста в области операционной раны при кашле и движениях. Температура повышалась до 38,70С, из раны через швы стало поступать грязно-геморрагическая жидкость. В анализах лейкоцитоз, увеличенное СОЭ, анемия. Какое осложнение послеоперационного периода развилось у пациента?

21. Больной после операции на сердце выписан из стационара и поступил в терапевтический стационар. На 2 сутки появились явления декомпенсации кровообращения – отеки на нижних конечностях, увеличение печени до 8см из под края реберной дуги, одышка в покое, падение артериального давления до 70/40мм.рт.ст., тоны сердца приглушены. Через 3суток состояние ухудшилось. Какие мероприятия необходимо предпринять?

22. Женщина после операции на сердце – протезирования митрального клапана ***механическим протезом*** забеременела и доносила до 36 недель. Какова тактика родоразрешения?

23. Женщина после операции на сердце – протезирования митрального клапана ***биологическим протезом*** забеременела и доносила до 36 недель. Какова тактика родоразрешения?

24. У больного после операции на сердце после перевода в отделение интенсивной терапии по дренажным трубкам стало поступать кровянистое отделяемое с высоким содержанием эритроцитов. При каком темпе кровопотери необходимо решать вопрос о рестернотомии, если все показатели свертывающей системы крови в пределах допустимой нормы?

25 Больной с проникающим ножевым ранением в правую половину грудной клетки поступил в хирургической отделение ЦРБ. При рентгенологическом исследовании установлен гидроторакс (гемоторакс II степени). Произведена срочная торакотомия, на которой в плевральной полости после удаления 1,0 литра крови обнаружено кровотечение из межрёберной артерии. Плевральная полость дренирована 2 дренажами. В послеоперационном периоде через 2 суток по дренажам стал отходить гнойный экссудат до 150,0 мл в сутки. Сформулируйте полный диагноз: основной и осложнение

Тестирование к зачету 1 семестра

1. Какие изменения происходят в организме при «синих » пороках сердца (1 – общая гипоксия ; 2 – гиперволемия и гипертензия в системе легочной артерии ; 3 – хронический

катар верхних дыхательных путей ; 4 – задержка развития ; 5 –гиповолемия малого круга)?
1) 1, 2, 3, 4
2) 1, 3, 4
3) 1, 4
4) 2, 3, 4, 5
5) 1, 4, 5

2. Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют (1 – одышка и утомляемость при физической нагрузке ; 2 – яркий румянец ; 3 – АД с большим Пульсовым колебанием за счет диастолического давления ; 4 – систоло-диастолический шум во 2-3 межреберье слева от грудины ; 5 – диастолический шум в 3 межреберье справа от грудины):
1) 1, 3, 4
2) 2, 5
3) 2, 3, 5
4) 1, 5
5) все верно

3. Методами диагностики врожденных пороков сердца являются (1 – рентгенография органов грудной клетки ; 2 – ангиокардиография ; 3 – фонокардиография ; 4 – ЭКГ ; 5 – катетеризация полостей сердца ; 6 – эхокардиография):
1) 1, 2, 3
2) 2, 4, 5
3) 1, 4, 5
4) все верно
5) все неверно

4. В клинику для оперативного лечения поступила больная , 36 лет , с сочетанным ревматическим митральным пороком с преобладанием стеноза , осложненным мерцательной аритмией . Какие характерные осложнения могут возникнуть у больной в дооперационном периоде (1 – ТЭЛА ; 2 – отек легких ; 3 – гемоперикард ; 4 - синдром Бадда -Киари ; 5 – эмболия сосудов большого круга кровообращения)?
1) все верно
2) 1, 2, 3
3) 1, 2, 4
4) 2, 4, 5
5) 2, 5

5. В клинику поступила больная , 42 лет , с ревматическим сочетанным митральным пороком . С целью уточнения диагноза ей проведено рентгенологическое исследование . Укажите рентгеноскопические и рентгенографические признаки характерные для митрального стеноза в отличие от митральной недостаточности (1 – отклонение пищевода по дуге малого радиуса ; 2 – отсутствие симптома «коромысла »; 3 –резкое увеличение левого желудочка ; 4 – отклонение пищевода по дуге большого радиуса ; 5 – отсутствие увеличения левого желудочка):
1) 1, 2, 3
2) 2, 3, 4
3) 2, 4, 5
4) 1, 2, 5
5) 3, 4

6. При обследовании больной , 35 лет , диагностирован митральный стеноз . С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность (1 – рентгенография сердца ; 2 – эхокардиография ; 3 – ЭКГ ; 4 - фонокардиография ; 5 – сцинтиграфия миокарда):
1) все верно
2) 1, 3, 5
3) 2, 3, 4
4) 2, 5
5) 1, 2

7. Больной , 31 года , клинически поставлен диагноз ревматического сочетанного митрального порока . С помощью какого метода можно точно определить степень сопутствующей недостаточности клапана ?
1) зондирование правых отделов сердца
2) зондирование левых отделов сердца
3) левая вентрикулография
4) рентгенография сердца
5) грудная аортография

8. Укажите , какие симптомы наблюдаются при сдавливающем перикардите (1 – отсутствие верхушечного толчка ; 2 – наличие шумов в сердце ; 3 – увеличение печени ; 4 – появление асцита ; 5 – спленомегалия):
1) 1, 3, 4
2) 2, 4, 5
3) 1, 4, 5
4) 2, 3, 4
5) 1, 2, 3

9. Укажите , какие данные специальных методов исследования характерны для сдавливающего перикардита (1 – повышение АД ; 2 – гипопротеинемия ; 3 – высокие цифры венозного давления ; 4 – резкое снижение вольтажа зубцов ЭКГ ; 5 –лейкопения)?
1) 1, 2, 3
2) 1, 3, 4
3) 2, 3, 5
4) 2, 3, 4
5) 1, 3, 4

10. Какое мероприятие показано при выпотном перикардите ?
1) назначение инотропных препаратов
2) назначение диуретиков
3) назначение антикоагулянтов
4) пункция перикарда
5) субтотальная перикардэктомия

11. Наиболее рациональным методом пункции перикарда при перикардите является метод:
1) Шарца
2) Пирогова
3) Куршмана
4) Марфана
5) Ларрея

12. Какие осложнения возможны при аневризме сердца (1 – гипоксия мозга ; 2 – гипоксия миокарда ; 3 – тромбоэмболия ; 4 – сердечная недостаточность ; 5 – цирроз печени)?
1) 2, 5
2) 2, 3
3) 3, 4
4) 2, 4
5) 1, 5

13. У больного стенокардия покоя в течение трех месяцев. Принимает по 50 таблеток нитроглицерина в день. Ваша тактика ?
1) выполнить компьютерную томографию
2) выполнить коронарографию
3) увеличить медикаментозную терапию
4) направить на санаторное лечение
5) выполнить нагрузочные пробы

14. Больной , 53 лет , страдает стенокардией напряжения . На коронарограммах стеноз передней межжелудочковой артерии (около 70% просвета). Больной может работать, но 2-3 раза в день возникают боли в сердце . Ваша тактика ?
1) настаивать на изменении характера работы
2) усилить медикаментозную терапию
3) рекомендовать санаторное лечение
4) рекомендовать оперативное лечение сейчас
5) рекомендовать оперативное лечение после консервативного стационарного лечения

15. Перечислите противопоказания к хирургической коррекции ИБС (1 – возраст более 70 лет ; 2 – постоянное АД выше 180/100 мм рт . ст .; 3 – избыточная масса тела ; 4 – тяжелые сопутствующие заболевания ; 5 – поражение дистальных отделов коронарных артерий ; 6 – диаметр коронарных артерий менее 1,5 мм):
1) 2, 4, 5, 6
2) 1, 2, 3
3) 3, 4, 6
4) 1, 3, 6
5) 2, 3

16. Перечислите показания к хирургической коррекции ИБС (1– низкая толерантность к физической нагрузке ; 2 – сужение коронарной артерии более 75%; 3 – сужение ствола левой коронарной артерии менее 70%; 4 – поражение трех коронарных артерий ; 5 – замещение миокарда в зоне пораженной артерии обширным трансмуральным рубцом ????):
1) 1, 2, 3, 4
2) 1, 5
3) 4, 5
4) 5
5) все верно

17. У больной Н ., 45 лет , при проведении эхокардиографии выявлено, что диаметр левого атриовентикулярного отверстия составляет 2,0 см . На свободных краях створок митрального клапана имеются единичные участки кальциноза. Полость левого предсердия умеренно увеличена. Ваше заключение о состоянии митрального клапана (1 – митральный клапан не изменен ; 2 – резкий стеноз ; 3 – значительный стеноз ; 4 – умеренный стеноз ; 5 – 1 степень кальциноза ; 6 – II степень кальциноза ; 7 – III степень кальциноза)?

1) 1
2) 2, 5
3) 3, 6
4) 4, 5
5) 2, 7

18. У больной Н ., 28 лет , диагностирован ревматический «чистый » митральный стеноз без грубых изменений клапанных структур . Диаметр митрального отверстия 0,6 см. Кальциноза створок клапана нет . III функциональный класс заболевания . Какие операции могут быть показаны в данном случае ? (1 - закрытая инструментальная митральная комиссуротомия ; 2 – реконструктивная операция на митральном клапане в условиях искусственного кровообращения ; 3 – протезирование митрального клапана ; 4 – рентгеноэндоваскулярная баллонная дилатация митрального отверстия ; 5 – открытая митральная комиссуротомия)
1) все ответы верны
2) 1, 2, 5
3) 1, 4, 5
4) 2, 5
5) 1, 4

19. В клинику поступила больная Р, 42 лет, с митральным стенозом. При эхокардиографическом и рентгеноскопическом обследовании выявлено выраженное ограничение подвижности створок митрального клапана и кальциноз III степени. Диаметр митрального отверстия – 0,5 см . III функциональный класс заболевания. Укажите разновидности оперативных вмешательств , показанных в этом конкретном случае (1 – открытая митральная комиссуротомия ; 2 – протезирование митрального клапана механическим протезом ; 3 – замещение митрального клапана биологическим протезом ; 4 – закрытая чрезжелудочковая митральная инструментальная комиссуротомия ; 5 – рентгеноэндоваскулярная болланная дилатация левого митрального отверстия):
1) 4
2) 4, 5
3) 5
4) 1
5) 2, 3

20. В клинику поступила больная М ., 48 лет , с митральным стенозом . Пир обследовании выявлено сочетанный митральный порок с преобладанием недостаточности , тромбоз левого предсердия . Грубых изменений створок , хорд и сосочковых мышц нет . III функциональный класс заболевания . Ваша хирургическая тактика ?
1) следует отказаться от оперативного лечения и проводить консервативную терапию
2) выполнить протезирование митрального клапана
3) произвести тромбоэктомию из левого предсердия и реконтруктивную операцию на митральном клапане
4) начать тромболитическую терапию
5) прибегнуть к удалению тромба из левого предсердия с
помощью балонного катетера Фогарти

21.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 ?
1) ИБС, хроническая сердечно -легочная недостаточность
2) сухой перикардит
3) цирроз печени
4) слипчивый перикардит
5) экссудататативный перикардит

22. Больной , 40 лет , поступил с выраженным асцитом , отеками на нижних конечностях, расширеннием подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, шее. Из расспросов больного выявить причину заболевания не удается, нельзя исключить сдавливающий перикардит, цирроз печени с портальной гипертензией. Укажите, какие методы исследования необходимы для исключения или подтверждения одного из предполагаемых диагнозов ? (1 – рентгенологичское исследование грудной клетки в прямой и боковой проекциях ; 2 – рентгенокимография, электрокимография,3 – спленопортография , 4 – термография)
1) 1, 2
2) 1, 3
3) 1, 4
4) 2, 3
5) 2, 4

23. При клиническом обследовании больного , 15 лет, установлено : смещение верхушечного толчка влево , границы сердца смещены вверх и влево, сердечная талия сглажена , при аускультации : на верхушке осалабление 1 тона , так же систолический шум, акцент 2 тона на легочным стволом . При R-графии : увеличение левых отделов сердца . Ваш диагноз ?
1) сужение левого атриовентикулярного отверстия
2) недостаточность митрального клапана
3) подострый затяжной эндокардит
4) недостаточность клапана аорты
5) стеноз устья аорты

24. 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 систолической дрожание, верхушечный толчок смещен влево. Аускультативно над верхушкой отмечено ослабление 1 тона , над аортой 2 тон ослаблен , грубый систолический шум над аортой . Какой тип порока следует диагностировать ?
1) недостаточность трехстворчатого клапана
2) сочетанный митральный порок
3) стеноз устья аорты
4) недостаточность аортального клапана
5) сужение левого атривентикулярного отверстия

25. В клинику поступила больная 69 лет , ранее перенесшая инфаркт миокарда и страдающая мерцательной аритмией , у которой при обследовании диагностирована эмболия бедренной артерии , ишемия III-B степени (тотальная ишемическая мышечная контрактура конечности). Оптимальным методом лечения в данном случае будет :
1) экстренная эмболэктомия
2) тромболитическая терапия
3) только антикоагулянтная терапия
4) только симптоматическая терапия

5) первичная ампутация конечности

26. У больной , 34 лет , без сердечно -сосудистого анамнеза диагностировано нарушение кровообращения в правой плечевой артерии, ишемия II-б степени. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 78 уд . мин . на ЭКГ и эхокардиографии патологии не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину острой артериальной непроходимости :
1) митральный стеноз
2) неспецифический аорто -артериит
3) компрессиооное сдавление подключичной артерии до -
бавочным шейным ребром
4) острый тромбоз глубоких вен голени
5) аневризма сердца

27. У больной 56 лет , страдающей ИБС и мерцательной аритмией, диагностирована эмболия правой подвздошной артерии. При исследовании системы гемостаза у этой больной можно ожидать следующие нарушения (1 – гипокоагуляцию ; 2 – гиперкоагуляцию ; 3 – угнетение фибринолиза ; 4 – гиперагрегацию тромбоцитов ; 5 – гипоагрегацию тромбоцитов):
1) 1,4
2) 2,3 , 4
3) 1, 3, 4
4) 1, 5
5) 2, 4

28. Больной 49 лет , заболел остро сутки назад , когда появились сильные боли в левой ноге , похолодание и онемение ; отметил ограничения движений в суставах пальцев стопы. Шесть месяцев назад перенес инфаркт миокарда. Состояние больного средней тяжести, пульс 80 уд . мин ., аритмичный . Кожные покровы левой нижней конечности бледные, холодные на ощупь , имеется умеренный отек голени, пальпаторно определяется болезненность икроножных мышц и снижение глубокой чувствительности . при пальпации определяется усиленная пульсация бедренной артерии на уровне пупартовой связки , ниже – пульсация артерий отсутствует на всем протяжении конечности . правая нижняя конечность не изменена . Выберите правильный метод лечения данного больного :
1) экстренная изолированная эмболэктомия из бедренной артерии
2) экстренная эмболэктомия из бедренной артерии в сочетании с фасциотомией
3) имплантация кава -фильтра
4) произвести илеокаваграфию и в зависимости от результатов выбрать метод лечения
5) антикоагулянтная и неспецифическая противовоспалительная терапия

29. У больной 54 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца , подозревается эмболия подколенной артерии. При обследовании можно выявить следующие признаки вышеуказанной локализации эмболической окклюзии (1– отсутствие пульсации бедренной артерии ; 2 – отсутствие пульсации подколенной артерии ; 3 – отсутствие пульсации артерий стопы ; 4 – усиление пульсации подколенной артерии по сравнению с контралатеральной ; 5 – ослабление пульсации подколенной артерии):
1) 2, 3
2) 1, 5
3) 3, 4
4) 1, 2, 3
5) все верно

СЕМЕСТР 2

ЗАДАЧИ

1. У больной 45 лет, длительное время страдающей варикозной болезнью нижних конечностей , неделю назад появились боли и уплотнения по ходу поверхностных вен левой голени . При осмотре – состояние удовлетворительное . На внутренней поверхности по ходу варикозно-расширенных вен пальпируется болезненный тяж и определяется гиперемия кожи над ним до средней трети бедра . Отека и цианоза левой ноги нет . Пульсация артерий сохранена . Диагноз : тромбофлебит поверхностных вен голени . Тактика ? (1 – аспирин и бутадион ; 2 – регионарная тромболитическая терапия ; 3 – перстезия . Пульсация подколенной и артерий стопы не определяется . Диагноз ? Тактика ?

2. У больной 23 лет , илеофеморальный флеботромбоз , беременность 39 недель . При ретроградной илеокаваграфии обнаружен флотирующий тромбоз общей подвздошной вены. Из -за сдавления нижней полой вены маткой имплантация кава -фильтра в инфраренальный сегмент аорты технически невыполнима . Диагноз ? Тактика ?

3. Вы осматриваете больную 27 лет , у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени . Трофических расстройств кожи нет . Проба Троянова -Тренделенбурга положительная . При радикулидной флебографии установлена несостоятельность перфоративных вен в средней и нижней третях голени . Что нужно этой больной нужно рекомендовать ?

4. Больной 37 лет поступил с жалобами на отек левой ноги, варикозное расширение вен на бедре и в нижней части живота , часто рецидивирующую трофическую язву на внутренней поверхности левой голени . Выше указанные жалобы появились 3 года назад после операции апендэктомии , когда развился отек и цианоз левой нижней конечности . При контрастной дистальной восходящей и тазовой флебографии установленное , что глубокие вены голени и бедренная реканализированы, имеется окклюзия левой подвздошной вены и перфоративный сброс крови из глубоких вен в поверхностные вены. Диагноз ? Тактика ?

5. Больная 22 лет , поступила в клинику с диагнозом варикозная болезнь обеих нижних к нечносте . Это заболевание появилось в 16-летнем возрасте . При осмотре отмечено , что имеется резкое варикозное расширение в бассейнах большой и малой подкожных вен , варикозно изменены их ветви. В области голеностопных суставов имеется пстозность тканей . Выяснить у этой больной причину варикозной болезнистные в нижней трети голени. Диагноз ? Тактика ?

Тестирование к зачету 2 семестра

Заболевания артерий

1. Лучшим методом лечения аневризмы аорты является :
1) гомотрансплантация
2) гетеротрансплантация
3) аутовенозный трансплантат
4) иссечение с анатамозом конец в конец
5) замешение пораженного участка аорты синтетическим
Протезом

2. Атеросклеротические аневризмы чаще всего располагаются

в :
1) подколенной артерии
2) лучевой артерии
3) бедренной артерии
4) плечевой артерии
5) дистальной части брюшной аорты

3. Артерио -венозный свищ образуется в результате :
1) ранения
2) инфекции
3) новообразования
4) все верно
5) все неверно

4. Синдром Рейно не наблюдается при :
1) болезни Бюргера
2) склеродермии
3) стенозе подключичной артерии
4) шейном ребре
5) артерио -венозном свище

5. Характерным эффектом действия ангиотензина -2 является :
1) увеличение продукции альдостерона
2) увеличение продукции ренина
3) резкое изменение тонуса сосудов
4) все верно
5) все неверно

6. На мысль о мезентериальном тромбозе может навести :
1) коликообразные боли в животе
2) схваткообразные боли в животе
3) периодически пропадающая боль в животе
4) больв животе не соответствующая клиническим находкам , позволяющим бы объяснить ее интенсивность
5) все верно

7. Современная теория этиологии облитерирующего тромбангиита :
1) никотиновая
2) эндокриновая
3) инфекционно -аллергическая
4) кортикостероидная
5) тромбогенная

8. В дифдиагнозе между острым венозным и артериальном тромбозом учитывается все , кроме :
1) характера отека
2) окраски кожи
3) состояния поверхностных вен
4) пульсации артерий
5) пола больного

9. Клиническими симптомами ТЭЛА являются все , кроме :

1) боли за грудиной
2) коллапса
3) удушья
4) цианоза лица и верней половины тела
5) ослабления дыхания

10. Сущность пробы Оппеля состоит в :
1) утомлении ног
2) реактивной гиперемии
3) побледнении подошвенной поверхности стопы
4) побледнении пальцев
5) боли в икроножных мышцах

11. Синдром Лериша может быть причиной тромбоза :
1) бедренной артерии
2) подколенной артерии
3) бифуркации аорты и подвздошных артерий
4) почечной артерии
5) тромбоэмболии легочной артерии

12. В первой стадии облитерирующего тромбангиита показана :
1) консервативная терапия
2) поясничная симпатэктомия
3) восстановительная операция
4) первичная ампутация
5) периартериальная симпатэктомия

13. При острой артериальной недостаточности , проявляющейся плегией и тотальной мышечной контрактурой , устанавливается степень ишемии :
1) 1 Б
2) 2 Б
3) 3 А
4) 3 Б
5) 3 В

14. Для острой ишемии конечности 1 Б степени не характерны :
1) чувство онемения и похолодания в конечности
2) парастезии
3) боли в покое
4) бледность кожи
5) субфасциальный отек

15. При эмболии бифуркации аорты чаще применяется доступ :
1) нижнесрединная лапаротомия
2) забрюшинный по Робу
3) односторонний бедренный
4) двусторонний бедренный
5) торакофренолапаротомия

16. Современным инструментом , используемым для эмболэктомии , является :
1) сосудистое кольцо Вольмера
2) вакуум -отсос

3) баллонный катетер Фогарти
4) петля Дормиа
5) окончатые щипцы Люера

17. Наиболее частой причиной артериального тромбоза является :
1) облитерирующий тромбангит
2) облитерирующий атеросклероз
3) пункция и катетеризация артерий
4) экстравазальная компресия артерий
5) полицитемия

18. Для острой ишемии конечности 2 Б степени не характерно :
1) боль в конечности
2) «мраморный » рисунок кожи
3) похолодание конечности
4) отсутствие активных движений конечности
5) мышечная контрактура

19. Синдром Лериша – это :
1) брахиоцефальный неспецифический артериит
2) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
3) капилляропатия дистальных отделов конечности
4) мигрирующий тромбангиит
5) окклюзия нижней полой вены

20. Наиболее точным методом диагностики ТЭЛА является :
1) обзорная рентгенография грудной клетки
2) ЭКГ
3) радиокардиография
4) фонокардиография
5) перфузионной скинирование легких

21. Основным фактором , определяющим лечебную тактику при острой артериальной недостаточности , является :
1) возраст больного
2) тяжесть общего состояния
3) степень ишемии конечности
4) наличие сопутствующего атеросклеротического поражения или окклюзии пораженной артерии
5) локализации тромбоза или эмболии

22. Для эмболии поверхностной бедренной артерии не характерно :
1) отсутствие пульсации под пупартовой связкой
2) отсутствие пульсации бедренной артерии в гунтеровом канале
3) отсутствие пульсации подколенной артерии
4) усиление пульсации (по сравнению с другой ногой) артерии тотчас под пупартовой связкой
5) бледность конечности

23. Для острой артериальной недостаточности конечностей не характерно :
1) отсутствие пульса
2) парастезии

3) трофические язвы голени
4) паралич конечности
5) бледность кожи бедра

24. При быстропрогрессирующей гангрене стопы необходимо :
1) сделать множественные разрезы кожи стопы
2) срочно выполнить ампутацию
3) произвести шунтирование артерии
4) пытаться перевести влажную гангрену в сухую
5) проводить массивную антибиотикотерапию

25. Какое положение нужно придать конечности, чтобы определить пульсацию подколенной артерии :
1) разогнуть в коленном суставе
2) согнуть в коленном суставе
3) ротивать кнаружи
4) ротировать кнутри
5) поднять под углом 30 градусов

26. Что такое коллатеральное кровообращение :
1) уменьшенное кровообращение в конечности после перевязки артерии и вены
2) кровоток по боковым ветвям после прекращения движения крови по магистральной артерии
3) движение крови в восходящем направлении
4) восстановленное кровообращение в конечности
5) все верно

27. Наиболее частой причиной развития ТЭЛА является тромбофлебит :
1) лицевых вен
2) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
3) глубоких вен верхних конечностей
4) поверхностных вен нижних конечностей
5) поверхностных вен верхних конечностей

28. Отдаленными последствиями ТЭЛА являются :
1) инфаркт легкого
2) пневмония
3) ателектаз
4) абсцедирование и эмпиема плевры
5) все верно

29. Аускультация сосудов важна при :
1) болезни Рейно
2) артериальном стенозе
3) варикозном расширении вен
4) постромбофлебическом синдроме
5) акроцианозе

30. К характерным изменнениям сосудов при сахарном диабете относится :
1) склероз артериол
2) петлистый артериальный тромбоз
3) развитие синдрома Лериша

4) тромбоз бедренной артерии
5) акроцианоз

31. К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относится :
1) жидкий стул с примесью крови
2) рвота
3) боль в животе , иррадиирующая в спину
4) дряблость передней брюшной стенки
5) все перечисленное

32. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью :
1) предотвратить дальнейшее расширение сосуда
2) предотвратить двусторонний подострый эндокардит
3) предотвратить сердечную недостаточность
4) востановить нормальное кровообращение прежде , чем
произойдет разрыв сосуда
5) обратить в норму симптом Тинеля

33. При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является :
1) удаление всех окаймлений ложного мешка
2) лигирование артерии и вены в четырех местах
3) широкое рассечение для лигирования коллатералей
4) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы
5) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

34. Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопы противопоказано в связи с тем , что :
1) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции
2) развившаяся в результаты этого ишемия может усилить гангрену
3) может усилиться болевой синдром
4) может усилиться интоксикация
5) может иметь место все перечисленное

35. При врожденной артериовенозной фистуле характерно :
1) ветвистая аневризма
2) гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы)
3) гроздевидная аневризма
4) все перечисленное
5) ничего из перечисленного

36. Наиболее частой причиной эмболий артерий большого круга кровообращения является :
1) ИБС
2) атеросклероз дуги аорты
3) аневризма аорты
4) артерио -венозные свищи
5) тромбоз вен системы нижней полой вены

37. У больного 32, страдающего облитерирующим тромбангитом с явлениями хронической артериальной ишемии правой ноги , при осмотре можно выявить следующие характерные клинические признаки (1 – низкая перемежающая хромота ; 2 – отсутствие пульса на артериях стопы ; 3 – снижение тактильной чувствительности стоп ; 4 – усиление

пульса подколенной артерии по сравнению со здоровой конечностью ; 5 –исчезновение волосяного покрова на голени пораженной ноги):
1) 1, 2, 3
2) 1, 3, 5
3) 2, 3
4) 2, 3, 4, 5
5) 1, 2, 3, 5

38. Для проведения дифференциальной диагностики между облитерирующим тромбангитом и ранним атеросклерозом у больного 36 лет с явлениями хронической ишемии 2 Б степени необходимо провести следующие исследования (1 –определить кислотно -щелочное состояние крови ; 2 – изучить липидный обмен ; 3 – ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей ; 4 – изучить состояние иммунной системы ; 5 – аорто -артериографию):
1) 1, 2
2) 2, 3, 4
3) 4, 5
4) 1, 3, 5
5) 2, 3, 4, 5

39. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом правой почечной артерии с вазоренальной гипертензией правильным методом лечения будет :
1) консервативная терапия
2) бифуркационное аорто -бедренное протезирование
3) бифуркационное аорто -бедренное шунтирование , пластика почечной артерии
4) нефроэктомия
5) периартериальная симпатэктомия

40. У больного 40 лет , внезапно появились боли в левой ноге , чувство онемения и похолодания в ней . Ранее отмечал боль в поясничной области с иррадиацией в левую ногу . Состояние удовлетворительное , пульс 80 ударов в минуту , ритмичный .
Кожные покровы левой ноги бледные , холодные на ощупь , глубокая чувствительность до средней трети голени резко снижена. Активные движения пальцев левой стопы отсутствуют . Пульсация бедренной артерии сохранена на уровне пупартовой связки , дистальнее – отсутствует . Наиболее полную информацию о характере заболевания можно получить с помощью следующих метолов исследования . (1 –сфигмография ; 2 – аорто -артериография ; 3 – термография ; 4-– ультразвуковая доплерография ; 5 – окклюзионная плетизмография)
1) 1, 2, 3
2) 1, 3, 5
3) 2, 4
4) 4, 5
5) 2, 3

41. Больной 57 лет , страдающей ИБС и постинфарктным кардиосклерозом , произведена эмболэктомия из правой общей бедренной артерии с полным восстановлением кровотока . Через 12 часов у больной отмечено нарастание одышки до 30 в минуту , болезненность передней группы мышц правой голени и ее отек . С момента операции больная выделила 150 мл мочи . Причина симптоматики ?
1) острый илео -феморальный флеботромбоз
2) массивная эмболия легочной артерии
3) инфаркт миокарда

4) постишемический синдром
5) ишемический полиневрит

42. Больной , 24 лет , последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе , может пройти без остановки 50-60 метров . Кожные покровы левой стопы и голени бледные прохладные на ощупь . Активные движения в полном объеме , гипостезия на стопе . Пульсация бедренной и подколенной артерии – четкая , на артериях стопы – не определяется .
Диагноз ?
1) ранний облитерирующий атеросклероз магистральных артерий левой ноги
2) облитерирующий тромбангит
3) неспецифический аорто -артериит
4) постромбофлебитический синдром
5) синяя флегмазия левой ноги

43. Больной , 26 лет , последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе , может пройти без остановки 50-60 метров . Кожные покровы левой стопы и голени бледные прохладные на ощупь . Активные движения в полном объеме , гипостезия на стопе . Пульсация бедренной и подколенной артерии – четкая , на артериях стопы – не определяется . Наиболее полную информацию о характере заболевания можно получить с помощью следующих метолов исследования . (1 – доплерография сосудов нижних конечностей ; 2 – аортоскопия ; 3 – ультразвуковое ангиосканирование сосудов нижних конечностей ; 4 – радиоизотопная аортография ; 5 – артериография нижних конечностей)
1) 1, 2, 3
2) 2, 3, 4
3) 2, 4, 5
4) 1, 3, 5
5) 1, 2, 5

44. При осмотре пациента , 30 лет , обнаружены явления хронической артериальной недостаточности правой ноги неясной этиологии. Из анамнеза – аппендектомия , тонзилэктомия , холодовая аллергия , много курит , большие эмоциональные нагрузки . На учете у эндокринолога не состоит . Пульсация бедренной и подколенной артерии – четкая , на артериях стопы – не определяется . Диагноз ?
1) облитерирующий тромбангит
2) диабетическая ангиопатия
3) неспецифический аорто -артериит
4) облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
5) болезнь Рейно

45. Больного 62 лет , в течение 10 лет беспокоят боль в левой ноге , может пройти без остановки 50 м . Кожные покровы левой стопы и голени бледные прохладные на ощупь . Активные движения в полном объеме . Пульсация бедренной артерии в паховой складке отчетливая , дистальнее пульсации нет . При ангиографии – окклюзия бедренной артерии в среднем сегменте , контуры ее неровные . Подколенная артерия заполняется через коллатерали . Диагноз ?
1) болезнь Рейно
2) синдром Лериша
3) эмболия левой бедренной артерии
4) острый тромбоз левой бедренной артерии
5) атеросклеротическая окклюзия бедренной артерии

46. У больного 49 лет , в течение 6 лет отмечается высокая перемежающая хромота , боли в мезогастрии , усиливающиеся после еды , высокие цифры артериального давления . По поводу болей в животе обследован в стационаре , но проведенные рентгенография желудка , холеграфия , гастродуоденоскопия патологии не выявили . Гипотензивная терапия эффекта не дала . Артериальное давление держалось на цифрах 260/160 мм рт . ст. Живот мягкий , безболезненный во всех отделах , перистальтика отчетливая . Кожные покровы обеих конечностей бледные , прохладные на ощупь . Активные движения в полном объеме . Пульсация артерий на всем протяжении нижних конечностей не определяется . Выберите правильный диагноз :
1) расслаивающаяся аневризма брюшной аорты
2) холецисто -коронарный синдром
3) атеросклеротическая окклюзия аорты с поражением висцеральных ветвей
4) острый тромбоз аорты
5) неспецифический аорто –артериит

47. Больного 54 лет , в течение 5 лет беспокоят боли в левой стопе и голени при ходьбе , в последнее время может пройти без остановки 40-50 м . Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь . Активные движения в полном объеме, пульсация артерий не определяется на всем протяжении конечности . Пульсация правой бедренной , подколенной артерий и артерий стопы отчетливая. При ангиографии получено изображение брюшной аорты и правых подвздошных и бедренных артерий . Левые подвздошные артерии не контрастируются. Левая бедренная артерия заполняется через выраженные коллатерали . Выберите правильную лечебную тактику :
1) антикоагулянтная терапия
2) боковая пластика левой подвздошной артерии
3) левостороннее аортобедренное шунтирование
4) регионарная тромболитическая терапия
5) аутоартериальная профундопластика

48. При атеросклеротической окклюзии бедренной, подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией IV стадии , гангреной стопы правильным выбором лечебной тактики является :
1) только консервативное лечение
2) поясничная симпатэктомия
3) реконструктивная сосудистая операция
4) первичная ампутация нижней конечности
5) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень

49. У больной 32 лет , на пятые сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной , удушье , потеря сознания , кратковременная асистолия . После эффективных реанимационных мероприятий состояние больной крайне тяжелое . Определяется цианоз лица и верхней половины туловища , набухание шейных вен . Одышка до 30 в минуту . В легких дыхание проводится с обеих сторон . Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки , усиление сосудистого рисунка на бедре . При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования . Легочно –артериальное давление достигает 600 мм рт . ст . Выполнение какого хирургического вмешательства считается оптимальным в подобной ситуации ?
1) эмболэктомия из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения, перевязка внутренних подвздошных вен
2) эмболэктомия из легочной артерии в условиях искусственного кровообращения, чреспредсердная имплантация кава -фильтра

3) эмболэктомия в условиях временной окклюзии полых вен , пликация нижней полой вены механическим швом
4) эмболэктомия в условиях временной окклюзии полых вен, ампутация матки с придатками
5) отсроченная эмболэктомия из легочной артерии в случае неэффективности тромболитической терапии

СЕМЕСТР 3

ЗАДАЧИ

1.Больной перенес операцию на сердце и в ближайшем послеоперационном периоде появился хруст в области операционной раны при движениях и глубоком дыхании. Температура повышалась до 39,20С, из раны через швы стало поступать гнойное отделяемое. В анализах лейкоцитоз, увеличенное СОЭ, анемия. Возникло подозрение на развитие гнойного переднего медиастенита с расхождением краев грудины. Что необходимо предпринять?

2. У больного после операции на сердце после перевода в отделение интенсивной терапии по дренажным трубкам стало поступать кровянистое отделяемое с высоким содержанием эритроцитов. При каком темпе кровопотери необходимо решать вопрос о рестернотомии, если все показатели свертывающей системы крови в пределах допустимой нормы?

3. В клинику доставлен пациент с острыми сильнейшими болями за грудиной, падением артериального давления с подозрением на острый инфаркт миокарда, но на ЭКГ данных за нарушение коронарного кровообращения нет. В анамнезе перенесенный 10 лет назад сифилис. Какой диагноз можно предположить?

4. Пациент поступил в клинику с жалобами на одышку, сердцебиение, наличие отеков на нижних конечностях, тяжесть в правом подреберье, пульсация шейных вен, их увеличение особенно в положении лежа. Из анамнеза 2 месяца назад попал в автодорожную катастрофу с черепно-мозговой травмой. Лечился в травматологическом стационаре. Какой предположительный диагноз?

5. Пациенту во время драки был нанесен удар отверткой в область сердца. Его доставили в больницу, но клиники проникающего ранения сердца не было. На УЗИ сердца признаком тампонады сердца нет, Падение артериального давления и снижение уровня гемоглобина в периферической крови нет. Состояние пациента не страдает. В течение 4-5 дней пациенту проводится антибиотикотерапия. Несмотря на это в крови появляется выраженный лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов и увеличение палочкоядерных до 12. Температура тела не снижается ниже 37,20С и появился озноб. О каком состоянии можно думать?

6. Пациент наркоман поступает в клинику в активной стадии инфекционного бактериального эндокардита с температурой тела 39,20С, кашлем, выраженными хрипами, которые слышны на расстоянии. На рентгенснимках увеличение отделов сердца за счет правого предсердия, явная картина левосторонней верхнедолевой пневмонии с признаками абсцедирования. На ультразвуковом исследовании тотальная трикуспидальная недостаточность, наличие вегетаций на клапане. Какова дальнейшая тактика?

7. У пациента сразу после операции протезирования митрального клапана развился острый инфаркт миокарда. Какие возможные причины развития острого инфаркта миокарда у пациента?

Тестирование к зачету 3 семестра

1. В обосновании патогенеза варикозной болезни наибольшее признание получила теория:
1) механическая
2) гормональная
3) ангидисплазий
4) наследственная
5) коллагенозов

2. Малая подкожная (скрытая) вена обычно располагается :
1) в подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени
2) в подкожной клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции
3) между листками глубокой фасции на всем протяжении
4) субфасциально
5) между листками глубокой фасции в верхней половине голени и субфасциально

3. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является :
1) эластическая компрессия конечности
2) соблюдения рационального режима труда и отдыха
3) ограничение физической нагрузки
4) терапия вазопротекторами
5) физиотерапевтическое лечение

4. К осложнениям варикозной болезни относят :
1) пигментацию кожи
2) индурацию подкожной клетчатки
3) трофические язвы
4) тромбофлебит
5) слоновость

5. При оценки проходимости глубоких вен используется функциональная проба :
1) Тальмана
2) Шейниса
3) Гаккенбруха
4) Мейо -Претта
5) Броди -Троянова –Тренделенбурга

6. Для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен используется проба :
1) трехжгутовая (Щейниса)
2) маршевая (Дельбе -Пертеса)
3) Троянова -Тренделенбурга
4) Претта
5) Тальмана

7. Определить несостоятельность коммуникантных вен позволяют все пробы , кроме :
1) Тальмана
2) Сикара

3) Троянова -Тренделенбурга
4) Шейниса
5) Претта

8. Устранить сброс крови из глубоких вен в поверхностные позволяют операции :
1) Троянова -Тренделенбурга
2) Коккета
3) Линтона
4) ни одна из них
5) все операции

9. К операциям , направленным на удаление подкожных вен относятся все , кроме :
1) Маделунга
2) Шеде -Кохера
3) Бебкокка
4) Нарата
5) Троянова –Тренделенбурга

10. Радикальным вмешательством при варикозной болезни будет :
1) устраняющее сброс из глубоких вен в поверхностные
2) обеспечивающее удаление несостоятельных поверхностных вен
3) корригирующее несостоятельные клапаны глубоких вен
4) решающее все эти задачи
5) задачи 1 и 2

11. При первичном варикозном расширении вен нижних конечностей показано :
1) эластическое бинтование
2) хирургическое лечение
3) лечебная физкультура
4) массаж
5) рефлексотерапия

12. После флебэктомии рекомендуется :
1) ранее вставание
2) эластичное бинтование конечности
3) физиотерапия
4) лечебная гимнастика
5) все перечисленное

13. Для флеботромбоза подвздошно -бедренного сегмента не характерно :
1) гиперемия кожи бедра в области прохождения вен
2) отек стопы и голени
3) распирающие боли в бедре
4) увеличение объема бедра и голени
5) цианотичность кожи бедра

14. Наиболее опасным осложнением тромбоза глубоких вен является :
1) трофическая язва голени
2) ТЭЛА
3) тромбофлебит поверхностных вен
4) облитерация глубоких вен
5) слоновость

15. Для подключично -подмышечного венозного тромбоза не характерно :
1) усталость в руке при работе
2) отек руки
3) цианоз кожных покровов руки
4) распирающие боли в руке
5) снижение пульса на лучевой артерии

16. При илеофеморальном венозном тромбозе у беременной необходимо :
1) госпитализировать больную в родильный дом
2) проводит консервативную терапию без госпитализации
3) определить характер лечения после определения протромбинового индекса в амбулаторных условиях
4) госпитализировать в сосудистое отделение
5) направить больную в женскую консультацию

17. Распространению тромбоза в венах нижних конечностей препятствуют :
1) строгий постельный режим
2) антикоагулянтная терапия
3) антиагрегантная терапия
4) эластическое бинтование
5) все перечисленное

18. Современным методом диагностики тромбоза нижней полой вены является :
1) радиоиндикация меченным фибриногеном
2) ретроградная илеокаваграфия
3) дистальная возходящая функциональная флебография
4) сфигмография
5) ретроградная бедренная флебография

19. Не характерным для синдрома Педжета , болезни Педжета - Шреттера является :
1) цианоз лица и шеи
2) распирающие боли в руке
3) цианоз кожи руки , усиление венозного рисунка
4) отек руки
5) все перечисленное характерно

20. Для постромбофлебического синдрома не характерно :
1) гиперпигментация кожи
2) застойный дерматоз и склероз
3) образование трофических язв
4) бледная «мраморная » кожа
5) вторичный варикоз поверхностных вен

21. Тромбофлебит и варикозное расширение какой подкожной вены чаще наблюдается на бедре и голени :
1) vena femoralis
2) vena saphena magna
3) vena obturatoria
4) vena saphena parva
5) vena profunda femoris

22. С какой стороны от бедренной артерии располагается бедренная вена у основания бедренного треугольника :
1) медиально
2) латерально
3) сзади
4) спереди
5) перпендикулярно

23. Операция Троянова -Тренделенбурга заключается в :
1) перевязка большой подкожной вены в устье со всеми притоками в сафенобедренном треугольнике
2) удаление подкожных вен методом тоннелирования
3) удаление подкожных вен зондом
4) перевязке коммуникантных вен над фасцией
5) субфасциальной перевязке коммуникантных вен

24. Операция Нарата заключается в :
1) удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
2) удалении подкожных вен из небольших разрезов
3) удаление подкожных вен зондом
4) чрескожном прошивании подкожных вен кетгутом
5) субфасциальной перевязке коммуникантных вен

25. Операция Маделунга заключается в :
1) удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
2) удаление подкожных вен методом тоннелирования
3) удаление подкожных вен зондом
4) чрескожном прошивании подкожных вен кетгутом
5) субфасциальной перевязке коммуникантных вен

26. Операция Клаппа заключается в :
1) удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
2) удаление подкожных вен методом тоннелирования
3) удаление подкожных вен зондом
4) чрескожном прошивании подкожных вен кетгутом
5) субфасциальной перевязке коммуникантных вен

27. Операция Кокетта заключается в :
1) удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
2) удаление подкожных вен методом тоннелирования
3) удаление подкожных вен зондом
4) перевязке коммуникантных вен над фасцией
5) чрескожном прошивании подкожных вен кетгутом

28. Операция Линтона заключается в :
1) удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
2) удаление подкожных вен методом тоннелирования
3) удаление подкожных вен зондом
4) чрескожном прошивании подкожных вен кетгутом
5) субфасциальной перевязке коммуникантных вен

29. Что из перечисленного является показанием к выполнению флебографии при хронической венозной недостаточности нижних конечностей :
1) флебоэктозии глубоких вен
2) артериовенозные аневризмы
3) распространенность тромботического процесса на систему коммуникантных и глубоких вен
4) сомнительные функциональные диагностические пробы
5) все верно

30. Симптом Троянова -Тренделенбурга служит для диагностики :
1) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей
2) острого тромбофлебита глубоких вен бедра
3) синдрома Лериша
4) постромбофлебитической болезни
5) болезни Бюргера

31. Маршевая проба проводится с целью выявления :
1) несостоятельности коммуникантных вен
2) проходимомти глубоких вен нижних конечностей
3) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
4) тромбоза подколенной артерии
5) острого тромбофлебита

32. Проба Перета проводится с целью выявления :
1) проходимости глубоких вен нижних конечностей
2) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
3) несостоятельности коммуникантных вен
4) острого тромбофлебита
5) тромбоза подколенной артерии

33. Противопоказаниями для склеротерапии варикозно расширенных вен является :
1) рассыпной тип поражения
2) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы
3) рецидив после оперативного лечения
4) непроходимость глубоких вен
5) острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

34. Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме :
1) повышение фибринолитической активности
2) ожирения
3) гиподинамии
4) онкологических заболеваний
5) ишемической болезни сердца

35. Профилактика тромболитических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все перечисленное , кроме :
1) назначения гепарина
2) назначения дезагрегантов
3) лечебной физкультуры
4) длительного постельного режима

5) бинтования ног эластичным бинтом

36. Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей
опасны тем , что :
1) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии
2) приведут к варикозному расширению вен нижних конечностей
3) вызовут гангрену стопы
4) могут быть причиной эмболии сосудов мозга
5) могут быть причиной после операционной пневмонии

37. К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относится все перечисленное , кроме :
1) расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
2) отек в области лодыжек
3) болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени
4) наличие трофической язвы на голени
5) значительное подкожное варикозное расширение вен нижней конечности

38. Антикоагулянты применяют при :
1) начинающейся гангрене
2) тромбофлебите
3) лимфангоите
4) эндартериите
5) облитерирующем атеросклерозе

39. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают :
1) антибиотики
2) спазмолитики
3) антикоагулянты
4) активные движения
5) парэнтеральное введение больших объемов жидкостей

40. Наиболее частой причиной развития трофических язв является :
1) расстройство лимфообращения
2) расстройство артериального кровообращения
3) расстройство венозного кровообращения
4) травматические повреждения
5) нарушения водно -электролитного баланса

41. Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит
к тромбоэмболии :
1) сосудов мозга
2) системы коронарных артерий
3) легочной артерии
4) легочных вен
5) артерий почек и печени

42. Смысл эластического бинтования голеней в послеоперационном периоде состоит :
1) в необходимости профилактики лимфостаза
2) в необходимости воздействия на артериальный кровоток
3) в ускорении кровотока по глубоким венам
4) в профилактике трофических расстройств

5) в необходимости большей централизации кровообращения

43. У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать :
1) лейкемию
2) злокачественную опухоль , чаще – поджелудочной железы
3) тромбоангиитное заращение сосудов
4) узловой периартрит
5) варикозное расширение вен