

4. Біль в животі. Синдром гострого живота. Діагностика і лікувальна тактика. Диференційна діагностика гострих захворювань органів черевної порожнини та їх ускладнень. *

Пацієнтка віком 26 років скаржиться на переймоподібний біль у животі, проноси зі значною кількістю слизу та крові, підвищення температури тіла до 37,5-38,0°C. Об'єктивно спостерігається: блідість шкіри та слизових оболонок, астенична будова тіла. Під час пальпації виявлено болючість за ходом товстої кишки. За результатами колонофіброскопії: стінка прямої та сигмоподібної кишки набрякла, ерозії, дрібні виразки, у просвіті - слиз із кров'ю. Який найімовірніший діагноз?

Неспецифічний виразковий коліт

Хронічний ентерит

Рак товстої кишки

Хвороба Крона

Шигельоз

Чоловік 43-х років скаржиться на наявність випинання в правій пахвинній ділянці, яке збільшується під час фізичного навантаження. Хворіє 6 місяців, за цей час випинання збільшилось. В правій пахвинній ділянці видно еластичне випинання розмірами 8х5 см. Під час пальпації воно зникає, після цього звільняється простір між ніжками пупартової зв'язки розміром 4х4 см, над ним позитивний симптом кашльового поштовху. Який діагноз можна припустити?

Правобічна вправима пахвинна грижа

Правобічна вправима стегова грижа

Кіста правого сім'яного канатика

Правобічний пахвинний лімфаденіт

Правобічна вправима грижа дугласової лінії

Жінка 43-х років скаржиться на гострий нападоподібний біль в животі, нудоту, багаторазове блювання застійним кишковим вмістом, здуття живота, затримку газів. Хворіє 7 годин. Пульс - 116/хв. Язик сухий, коричневий. Живіт симетрично здутий, м'який, болючий. Перкуторно: тимпаніт. Аускультативно: кишкові шуми з металевим відтінком, шум плескоту, шум падаючої краплі. Який найбільш імовірний діагноз?

Гостра кишкова непрохідність

Гострий некротичний панкреатит

Гострий деструктивний холецистит

Гострий ерозивний гастрит

Гострий неспецифічний коліт

Пацієнт віком 43 роки скаржиться на стійкий біль в епігастрії, що не коригується прийомом антацидів. Під час ФГДС виявлено множинні виразкові дефекти шлунка та дванадцятипалої кишки на фоні вираженої гіперацидності. В аналізі крові спостерігається підвищений рівень гастрину. Який найімовірніший діагноз?

Синдром Золлінгера-Еллісона

Синдром Дабіна-Джонсона

Хвороба Крона

Синдром Жильбера

Гострий панкреатит

До лікаря звернулася жінка 74 років зі скаргами на біль у пахвинній ділянці справа. Ці симптоми виникли раптово близько 2 годин тому. З анамнезу відомо: пацієнтка каже, що ці симптоми вже були у неї близько 3 тижнів тому, але самі зникли, після того як хвора лягла. Об'єктивно спостерігається: нижче пупартової зв'язки пальпується щільне, напружене утворення до 3,5 см у діаметрі, різко болюче, симптом "кашльового поштовху" негативний. Який діагноз найімовірніший?

Набута защемлена стегова грижа

Набута защемлена пахова грижа

Набута невправима стегова грижа

Набута невправима пахова грижа

Паховий лімфаденіт

У пацієнта 42-х років виник "кинджальний" біль в епігастральній ділянці, що поширився через кілька годин над всією поверхнею живота. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Протягом багатьох років страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. При рентгенографії живота: вільний газ під куполами діафрагми. Ваш імовірний діагноз:

Перфорація порожнистого органу. Перитоніт

Виразкова хвороба шлунка в стадії загострення

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

Хронічний гастрит

Гострий панкреатит

Пацієнт віком 25 років раптово відчув біль у животі, що виник дві години тому, інтенсивність болю наростає. Об'єктивно спостерігається: шкіра і слизові оболонки бліді, вкриті липким потом. Живіт напружений. Печінкова тупість відсутня. Із анамнезу відомо, що було блювання, хворіє на виразкову хворобу шлунка протягом 10 років. За результатами рентгенографії ОЧП виявлено: під правим куполом діафрагми - смужка газу. Який найімовірніший діагноз?

Перфоративна виразка шлунка

Гострий панкреатит

Гострий холецистит

Тромбоз мезентеріальних судин
Пенетрація виразки в підшлункову залозу

Пацієнт віком 47 років скаржиться на переймоподібний біль у верхніх відділах живота, постійну нудоту, періодичне блювання після їжі, відсутність відходження калу і газів. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом 30 год. Об'єктивно спостерігається: живіт незначно здутий, болючий у мезогастрії, під час пальцевого дослідження прямої кишки патології не виявлено. Під час рентгенологічного дослідження черевної порожнини спостерігається: множинні чаші Клойбера. Який найімовірніший діагноз?

Кишкова непрохідність

Неспецифічний виразковий коліт
Стеноз вихідного відділу шлунка
Гострий панкреатит
Перфорація порожнистого органа

Пацієнт віком 27 років упродовж 5 років лікувався з приводу НВК. Чоловік звернувся зі скаргами на виражений біль у животі, що з'явився 3 години тому, гази не відходять. Об'єктивно спостерігається: сухий язик, живіт не бере участі в акті дихання, позитивні симптоми подразнення очеревини. Пульс - 120/хв. Встановіть імовірний діагноз.

Перфорація товстої кишки. Перитоніт

Гострий апендицит
Гостра шлунково-кишкова кровотеча
Механічна кишкова непрохідність
Інвагінація товстої кишки

Пацієнт віком 40 років звернувся до лікаря зі скаргами на відчуття важкості та розпирання в епігастральній ділянці після прийому їжі, блювання 1 раз на 2-3 дні залишками їжі, вживаною напередодні, втрату маси тіла - близько 10 кг за останні 2 місяці. Із анамнезу відомо, що пацієнт хворіє на виразкову хворобу шлунка протягом 5 років. Яке ускладнення виразкової хвороби виникло в пацієнта?

Стеноз воротаря шлунку

Пенетрація
Дуоденогастральний рефлюкс
Діафрагмальна грижа
Перфорація

Пацієнт віком 38 років скаржиться на переймоподібний біль в животі, нудоту, блювання, вздуття живота, невідходження газів, закріп. Із анамнезу відомо, що нещодавно пацієнта проперовано через апендицит. Пальпаторно живіт болісний у всіх відділах, напружений. Визначається шум плескоту, нечіткі симптоми подразнення очеревини, гіперперистальтика. Який найімовірніший діагноз?

Злукова кишкова непрохідність

Розлитий перитоніт

Дивертикулярний коліт

Рак товстого кишечника

Виразкова хвороба шлунка

Хворий 27 років госпіталізований в стаціонар зі скаргами на сильний біль уздовж правого фланку, найбільш виражений у правій здухвинній ділянці. Біль виник гостро раптово в епігастрії дві години тому, з часом перейшов у праву здухвинну ділянку. З діагнозом гострий апендицит взятий на операцію. Під час лапаротомії з доступу за Волковичем-Дьяконовим виявлено, що черевна порожнина містить рідину, забарвлену жовчу. Яке захворювання найбільш вірогідне у хворого?

Перфорація виразки дванадцятипалої кишки

Перфорація дивертикула Меккеля

Розрив жовчного міхура

Розрив товстої кишки

Гострий панкреатит

У хворого 36 років, водія за фахом, годину тому виник різкий біль в епігастральній ділянці. Диспептичних явищ не відмічає. Пульс- 56/хв. Язик сухий. Спостерігається блідність, пітливість. Положення вимушене. Живіт втягнутий з напруженням м'язів. Печінкова тупість не визначається. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Який найбільш імовірний діагноз?

Перфоративна гастродуоденальна виразка .

Гострий гастродуоденіт.

Гострий холецистит.

Гостра кишкова непрохідність.

Гострий панкреатит.

Хвора, 40 р., скаржиться на схваткоподібні болі в животі, нудоту, блювоту, вздуття живота, невідходження газів, відсутність стула. Раніше була оперована з приводу деструктивного апендициту, позаматкової вагітності. Пальпаторно живіт болісний у всіх відділах, напружений. Визначається шум плескоту, нечіткі симптоми подразнення очеревини. Гіперперистальтика з металевим тоном. Який попередній діагноз?

Злукова кишкова непрохідність.

Розлитий перитоніт.

Дивертикулярний коліт.

Рак товстого кишечника.

Виразкова хвороба шлунка.

Хворий, 80 років, страждає миготливою аритмією. На цьому фоні виникли

різкі болі у черевній порожнині, вздуття живота, затримки відходження газів, стільця. Перистальтика відсутня. Перкуторно у всіх відділах тімпаніт. Rectum – ампула пуста, на рукавиці – залишки кишкового вмісту кольору малинового желе. Який діагноз?

Тромбоз мезентеріальний судин.

Рак прямої кишки.

Неспецифічний виразковий коліт.

Дивертикулярний коліт.

Хвороба Крона товстого кишечника.

Хворий 65 років, раптово відчув сильні болі в животі, які поступово підсилювалися., з'явилась нудота. Живіт помірно здутий, Гази не відходять. Стула не було. Симптом Пастернацького негативний. Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини виявила горизонтальні рівні рідини, деякі петлі утворюють „аркади”. Клініко-рентгенологічний діагноз?

Кишкова непрохідність

Ниркова коліка

Перфорація порожнистого органу

Неспецифічний виразковий коліт

Кровотеча в черевну порожнину

Хворий 56 р. скаржиться на переймободібний біль у животі, нестримну блювоту. Хворіє 12 год. без видимої причини. В анамнезі 3 роки тому операція з приводу перфоративної виразки шлунку. Язик сухий. Живіт асиметричний, визначається видима перистальтика кишки. Пальпаторно – м'який, болючий у верхній половині. Симптоми подразнення очеревини негативні. при аускультії перистальтика підсилена, дзвінка. Який найбільш ймовірний діагноз?

Гостра злукова кишкова непрохідність

Хвороба оперованого шлунку

Загострення виразкової хвороби

Гострий панкреатит

Повторна перфорація виразки

В приймальне відділення хірургічної клініки поступив хворий 56 років з защемленою килою. Защемлення виникло за 2 години до поступлення. Хворий госпіталізований в хірургічне відділення для оперативного лікування. В палаті кила самостійно вправилась. Тактика хірурга ?

Спостереження.

Негайна операція – грижесічення.

Негайна лапаротомія.

Консервативна терапія.

Застосування бандажу.

Хворий 67 років зі скаргами на переймоподібний біль в лівій половині живота, нудоту, затримку випорожнення та газів. Хворіє 6 місяців, стан погіршився останні 3 доби. Операцій не було. На протязі останніх 2 років закрепи, домішки слизу та крові в калі, схуд на 10 кг. Пульс 84/хв. Язик помірно вологий. Живіт різко здутий з асиметрією за рахунок збільшення лівої половини. Визначається шум плескотіння. Перистальтичні шуми періодично підсилюються. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини чаші Клойбера в лівій половині живота з роздутою петлю товстої кишки над ними. Ректально - симптом Обухівської лікарні. Найбільш вирогідний діагноз?

Обтураційна кишкова непрохідність /пухлинного генезу/.

Заворот сигмоподібної кишки

Тромбоз мезентеріальних судин

Неспецифічний виразковий коліт

Спайкова непрохідність кишечника

Хворий 18 років поступив зі скаргами на біль в правій половині живота, які періодично приймають переймоподібний характер, нудоту, багаторазову блювоту їжею та жовчею, затримку випорожнення та газів на протязі доби. В 7 років була апендектомія. Пульс 96/хв. Язик помірно вологий. Живіт дещо здутий з невеликою асиметрією за рахунок збільшення правої половини. Визначається шум плескотіння. Перистальтичні шуми періодично підсилюються. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини поодинокі чаші Клойбера. Найбільш вирогідний діагноз?

Спайкова кишкова непрохідність

Заворот сигмоподібної кишки

Тромбоз мезентеріальних судин

Неспецифічний виразковий коліт

Обтураційна кишкова непрохідність /пухлинного генезу/

Хвора 60 років страждає хронічним калькульозним холециститом. 2 доби тому після вживання жирної їжі і сурогатів алкоголю з'явився біль оперізуючого характеру, нудота, багаторазове блювання, яке не приносило полегшення, іктеричність склер. При огляді стан важкий, задуха, живіт болючий в епігастрії. Констатовані ознаки делірію. Перистальтика значно послаблена. Позитивний симптом Холстеда. При пальпації в епігастральній ділянці визначається помірно болючий інфільтрат. Пульс 120/хв, АТ 80/40 мм рт.ст. При лапароскопії: у черевній порожнині геморагічний екссудат, багато вогнищ стеатонекрозу. Добовий діурез до 100 мл. Рівень Са крові 1,75 ммоль/л. Який діагноз?

Гострий асептичний некротичний панкреатит

Гострий інфікований некротичний панкреатит

Гострий деструктивний холецистит

Токсичний гепатит

Отруєння сурогатами алкоголю

У хворого, 35 років, після вживання алкоголю з'явився інтенсивний біль оперізуючого характеру, нудота, багаторазове блювання. При лапароскопії виявлений у черевній порожнині геморагічний ексудат і вогнища стеатонекрозу. Після консервативного лікування стан покращився. Проте на 21 добу з'явився помірно болючий інфільтрат в епігастральній ділянці, нерухомий. Пульс 88/хв, АТ- 100/60 мм рт.ст. Температура тіла 36,4°C. Добовий діурез до 1000 мл. При ультрасонографії визначається порожнисте утворення в ділянці голівки підшлункової залози діаметром до 6 см. Який найбільш вірогідний діагноз?

Постнекротична кіста підшлункової залози

Абсцес підшлункової залози

Абсцес черевної порожнини

Кіста печінки

Рак підшлункової залози

Хвора 42 років скаржиться на різкий пекучий оперізуючий біль в епігастральній ділянці живота. На фоні постійного болю виникають приступи його посилення, що супроводжується печією, багаторазовим блюванням жовчю. Захворювання пов'язує з прийняттям напередодні значної кількості жирної гострої їжі. Хвора неспокійна. Загальний стан середньої важкості. Частота пульсу 94/хв. АТ- 150/90 мм рт.ст. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини пневматоз поперечно-ободової кишки. Лейкоцити крові - $10,8 \times 10^9/\text{л}$. Цукор крові – 4,3 ммоль/л. Діастаза сечі 512 од. Який найбільш імовірний діагноз?

Гострий панкреатит

Загострення виразкової хвороби

Перфоративна виразка шлунка

Гострий холецистит

Ниркова коліка

Хворий, 42 років, страждає виразковою хворобою шлунка протягом 10 років. Два місяці тому болі стали постійними, іррадіюючи в поперек, інколи оперізуючого характеру. При ендоскопічному дослідженні визначається глибока ніша, розташована на задній стінці ближче до малої кривизни антрального відділу шлунка. Яке ускладнення виразкової хвороби виникло у хворого?

Пенетрація.

Стеноз.

Малігнізація.

Перфорація.

Кровотеча.

Хвора 54 років госпіталізована в хірургічне відділення зі скаргами на наявність пухлиноподібного утворення в зоні післяопераційного рубця. Із

анамнезу відомо, що 3 роки тому оперована з приводу гострого деструктивного апендициту. В післяопераційному періоді мало місце нагноєння післяопераційної рани. Об'єктивно: хвора підвищеного харчування, в вертикальному положенні в зоні післяопераційного рубця визначається випуклість розмірами 14х16 см., м'якоеластичної консистенції. В положенні лежачи випин зникає. Який попередній діагноз у пацієнтки?

Післяопераційна вентральна грижа

Пухлина черевної порожнини

Киста права яєчника

Інфільтрат післяопераційного рубця

Пухлина черевної стінки

Хвору 37 років впродовж 5 років непокоїть біль в животі, частий [до 10-12 разів на добу] стілець з домішками слизу та крові, загальна слабкість, схуднення. 4 години тому з'явився різкий біль в животі, який через півгодини дещо зменшився і зосередився в лівій половині живота. Шкіра бліда. Температура 37,7°C, PS- 110/хв. АТ 110/60 мм рт.ст. Язик сухий. Нижня частина живота відстає в акті дихання. При пальпації живота відмічається болючість та напруження м'язів в лівій половині живота, де визначається позитивний симптом Щоткіна- Блюмберга. Який попередній діагноз?

Перфорація товстої кишки

Перфоративна виразка шлунка

Тромбоемболія брижових судин

Гострий панкреатит

Заворот сигмовидної кишки

Хворого 70 років останнім часом турбувало пухлинне утворення у пахвинній ділянці справа та дизурія. 5 годин тому випинання дещо збільшилось у розмірах, стало різко болючим, посилилась дизурія. При огляді у пахвинній ділянці справа визначається випинання у формі кулі, болюче, не вправляється в черевну порожнину, симптом "кашльового поштовху" негативний. Поставте попередній діагноз?

Защемлена ковзна грижа.

Защемлена пахвинна грижа

Защемлена стегова грижа

Пухлина сечового міхура

Фіброма передньої черевної стінки

На обліку у сімейного лікаря знаходяться пацієнти з перніціозною анемією, пептичною виразкою шлунка, пептичною виразкою дванадцятипалої кишки, хворобою Менетріє, поліпом шлунка. Яке з цих захворювань не є передраковим для раку шлунка?

Пептична виразка дванадцятипалої кишки

Пептична виразка шлунка

Перніціозна анемія

Хвороба Менетріє

Поліп шлунка

Хворий протягом 10 років страждав виразковою хворобою шлунка, під час чергового загострення поступив в стаціонар. За останній час схуд. Апетит знизився. При обстеженні в епігастрії пальпується різко болючий утвір. Аналізи крові та сечі без особливостей. При рентгенологічному дослідженні виявлено по малій кривизні нішу діаметром 2 см. Стінка шлунка ригідна, складки слизової оболонки набряклі. При пальпації ця ділянка різко болюча. Який вірогідний діагноз?

Рак шлунка

Хвороба Менетріє

Атрофічний гастрит

Хронічний панкреатит

Виразкова хвороба шлунка

Хворий 40-ка років скаржиться на біль в епігастральній ділянці натще, печію. При пальпації помірна болючість у пілородуоденальній зоні. Який метод діагностики буде найінформативнішим?

Фіброезофагогастродуоденоскопія

Рентгеноскопія шлунка та 12-палої кишки

Внутрішньошлункова рН-метрія

Дихальний уреазний тест

УЗД черевної порожнини

До лікаря звернувся чоловік 36 років зі скаргами на пекучий загрудинний біль, що зазвичай виникає за 1- 1,5 години після вживання їжі. Зазначає, що біль підсилюється в горизонтальному положенні. Під час ЕГДС виявлено 2 вогнищевих ураження нижньої третини слизової оболонки стравоходу до 5 мм у межах однієї складки. Яка тактика лікаря буде найбільш доречною?

Призначення інгібіторів протонної помпи

Хірургічне лікування

Призначення кларитроміцину

Призначення ненаркотичних анальгетиків

У хлопця 18 років скарги на переймоподібний біль у животі, рідкі випорожнення до 6 разів на добу з домішками слизу та свіжої крові. Хворіє впродовж року. Схуд на 10 кг. Об'єктивно встановлено: живіт м'який, болючий по ходу товстої кишки, особливо зліва. Сигмовидна кишка спазмована. У крові виявлено: еритроцити - $3,2 \times 10^{12}/л$, НЬ - 92 г/л, лейкоцити - $10,6 \times 10^9/л$, ШОЕ - 34 мм/год. Іригоскопія показала: товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нечіткі, симптом «водопровідної труби». Який найбільш ймовірний діагноз?

Неспецифічний виразковий коліт

Амебна дизентерія

Хронічний ентероколіт

Туберкульоз кишечника
Хвороба Крона

Хворий 32-х років скаржиться на тупий біль у лівому підребер'ї після прийому жирної та копченої їжі, блювання без полегшення. Випорожнення блискучі, з неприємним запахом. Хворіє впродовж 8 років, зловживає алкоголем. Зниженого живлення. Шкіра бліда і суха. Язик з білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, болючий в зоні Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Який імовірний діагноз?

Хронічний панкреатит

Виразкова хвороба

Хронічний гепатит

Хронічний холецистит

Хронічний гастродуоденіт

Хворий 48-ми років госпіталізований з нападами судом. Багато років страждає на виразку 12-ти палої кишки (ДПК). Протягом останнього місяця спостерігає щоденне блювання, схуд на 20 кг. Об'єктив-но: хворий виснажений. В епігастральній ділянці визначається "шум плеску". Нижня межа шлунка на рівні гребінцевої лінії. Лабораторно: загальний білок - 47 г/л; К - 2,1 ммоль/л, Na-118 ммоль/л, Са -1,6 ммоль/л, хлориди - 82 ммоль/л, гематокрит - 64%. Який попередній діагноз?

Субкомпенсований стеноз воротаря

Кровоточива виразка 12-ти палої кишки

Малігнізована виразка шлунка

Декомпенсований стеноз воротаря

Компенсований стеноз воротаря

Хворий 43-х років страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки протягом 8-ми років. Під час роботи на садовій ділянці відчув різкий біль у епігастральній ділянці, слабкість, запаморочення. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс - 102/хв., слабкий, артеріальний тиск - 100/60 мм рт.ст., живіт не приймає участі у акті дихання, напружений, болісний у епігастрії, печінкова тупість відсутня. Яке захворювання є найбільш імовірним?

Перфорація виразки

Шлункова кровотеча

Загострення панкреатиту

Кишкова непрохідність

Інфаркт міокарда

Чоловік 58-ми років, скаржиться на постійний біль в епігастрії, що іррадіює в спину і посилюється після прийому жирної їжі. Пацієнт відмічає слабкість, за останні 2 місяці втратив у вазі до 9 кг. Місяць тому з'явилась жовтяниця, що поступово зростає. Живіт м'який, печінка не збільшена. При лабораторному дослідженні крові гемоглобін - 68 г/л, лейкоцити - $9,0 \times 10^9$ /л, швидкість

зсідання еритроцитів - 36 мм/год. На УЗД: жовчний міхур великих розмірів, конкрементів не містить, холедох розширений, в головці підшлункової залози - округле утворення до 4 см в діаметрі з нечіткими контурами. Який діагноз є найбільш імовірним?

Рак головки підшлункової залози

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки з пенетрацією в головку підшлункової залози

Рак шлунка з метастазами в печінку

Хронічний індуративний панкреатит

Хронічний холецистопанкреатит

Хлопчик 15-ти років протягом останніх 5 років хворіє на виразкову хворобу 12-палої кишки. Останнє загострення хвороби було весною. Раптово з'явився "кинджальний" біль в епігастрії, який дещо тамувався в колінно-ліктьовому положенні. Стан дитини тяжкий, різка блідість, тахікардія, симптоми подразнення очеревини. Який найбільш імовірний діагноз?

Перфорація 12-палої кишки

Гострий апендицит

Калькульозний холецистит

Гостра кишкова непрохідність

Гострий панкреатит

Пацієнт 60-ти років скаржиться на практично постійне відчуття важкості та переповнення в епігастрії, що посилюється після їжі, відрижку з тухлим запахом, іноді блювання з'їденою 1-2 дні тому їжею, схуднення. 12 років тому вперше виявлена виразка пілоричного каналу. Спостерігав періодичний "голодний" біль, з приводу якого приймав ранітидин. Погіршення протягом 3-х місяців. Об'єктивно: визначається "шум плескоту" в епігастрії. Про яке ускладнення йдеться?

Стеноз пілоруса

Пенетрація виразки шлунка

Функціональний спазм воротаря

Стороннє тіло шлунка (безоар)

Малігнізація виразки шлунка

До дільничного терапевта звернувся пацієнт 43-х років зі скаргами на печію, відрижку кислим, появу болю під час ковтання їжі, а також неможливістю вживати тверду їжу. Хворий повідомив, що печія та відрижка кислим у нього спостерігається впродовж 8-мироків. Погіршення свого стану спостерігає останні 3 місяці. Яке обстеження потрібно пройти пацієнту в першу чергу?

Фіброезофагогастродуоденоскопія

Тест з інгібітором протонної помпи

Добовий езофаго-рН-моніторинг

Багатодинний езофаго-рН-моніторинг

Комп'ютерна томографія органів грудної клітки

Хворому 54 роки. Впродовж року лікується з приводу недиференційованої форми раку легень. Наразі приєдналися відчуття тяжкості та болючість у правому підребер'ї. Який метод діагностики буде найбільш інформативним в даному випадку?

Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини

Радіоізотопна гепатографія

Вазографія печінки

Діагностична лапароскопія

Ультразвукова біолокація з прицільною пункційною біопсією

Хворий 48-ми років госпіталізований з нападами судом. Багато років страждає на виразку 12-ти палої кишки (ДПК). Протягом останнього місяця спостерігає щоденне блювання, схуд на 20 кг. Об'єктивно: хворий виснажений. В епігастральній ділянці визначається "шум плеску". Нижня межа шлунка на рівні гребінцевої лінії. Лабораторно: загальний білок - 47 г/л; К - 2,1 ммоль/л, N a – 118 ммоль/л, C a - 1,6 ммоль/л, хлориди - 82 ммоль/л, гематокрит - 64%. Який попередній діагноз?

Декомпенсований стеноз воротаря

Кровоточива виразка 12-ти палої кишки

Субкомпенсований стеноз воротаря

Малігнізована виразка шлунка

Компенсований стеноз воротаря

Хворий 58-ми років скаржиться на здуття кишечника, закрепи, різку слабкість, схуднення. Впродовж останнього місяця випорожнення лише після прийому проносних. Під час пальпації живота спостерігається щільне утворення у лівій здухвинній ділянці. Який найбільш імовірний діагноз?

Рак сигмоподібної кишки

Рак сліпої кишки

Пухлина брижі товстої кишки

Пухлина заочеревинного простору зліва

Рак лівого сечоводу

Дівчинка 13-ти років протягом 5-ти років скаржиться на біль у правому підребер'ї, що віддає у праву лопатку, напади болю пов'язані з порушенням дієти, вони нетривалі, легко знімаються спазмолітичними засобами. Під час нападу болю пальпація живота болюча, максимально в точці проєкції жовчного міхура. З найбільшою імовірністю у хворого має місце:

Дискінезія жовчовивідних шляхів

Хронічний холецистит

Хронічний гастродуоденіт

Хронічний панкреатит

Виразкова хвороба 12-палої кишки

У хворого з виразковою хворобою 12-палої кишки змінилася клінічна картина: біль постійний з іррадіацією у спину, що посилюється після їжі, погано зупиняється атропіном. Втрата ваги за півроку до 6 кг. Ендоскопічно виявлена виразка цибулини 12-палої кишки з щільними краями, деформація цибулини. Чим можна пояснити зміни клінічної картини?

Пенетрація

Перфорація

Дуоденоспазм

Малігнізація

Стеноз воротаря

У хворого 48-ми років після вживання 700 мл горілки та великої кількості їжі з'явилися нестримне блювання, інтенсивний біль за грудниною та в епігастральній ділянці з іррадіацією у хребет, задишка. Втратив свідомість. Об'єктивно: ЧД- 28/хв. Рс- 54/хв. АТ- 80/50 мм рт.ст. Підшкірна крепітація в ділянці шиї, ціаноз обличчя. Тони серця послаблені. Дихання везикулярне з обох боків. Напруження м'язів у епігастральній ділянці. Чим може бути обумовлений стан хворого?

Розрив стравоходу

Гострий інфаркт міокарда

Пневмоторакс

Розшаровуюча аневризма аорти

Тромбоемболія легеневої артерії

Хворий 42-х років скаржиться на постійний біль в епігастральній ділянці з іррадіацією в спину, нудоту, блювання, печію. Хворіє на виразкову хворобу duodenum протягом 20-ти років. Об'єктивно: пониженого харчування, язик обкладений, вологий. Живіт напружений, болючий під час пальпації в пілородуоденальній зоні. Позитивний симптом Образцова. Субфебрилітет. У крові: лейкоц.- 10, 0×10⁹ / ШЗЕ- 24 мм/год. Рентгенологічно: в цибулині duodenum занурена тришарова ніша 0,7х1,0 см. Реакція Грегерсена негативна. Яке ускладнення має місце в даному випадку?

Пенетрація

Перфорація

Кровотеча

Малігнізація

Стеноз воротаря

Хворий 37-ми років скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який посилюється після приймання їжі, нагинанні тулуба. Два роки тому переніс операцію з приводу деструктивного панкреатиту. Об'єктивно: дефіцит маси тіла 15 кг. Рс- 80/хв. Живіт не здутий. У лівій підреберній ділянці пальпується утворення щільної консистенції, не рухоме, трохи болюче. Розміри 15х20 см, контури чіткі. В крові відхилень від норми немає. Запідозрена кіста підшлункової залози. Назвіть інструментальний метод

обстеження, що дозволить встановити діагноз:

Діагностична лапароскопія і біопсія

УЗД

Оглядова рентгенографія черевної порожнини

Комп'ютерна томографія

Поєднання УЗД та КТГ

До лікарні ургентно потрапила хвора 24-х років з проявами перитоніту. 16 годин тому перенесла кримінальний аборт. Об'єктивно: бліда, язик сухий. Черевна стінка у диханні участі не бере, під час пальпації вона напружена, симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний у всіх відділах. У крові: лейкоц.- 15×10^9 /л, паличкоядерних 20%. Яка лікувальна тактика?

Термінова лапаротомія

Консервативне лікування, спостереження

Діагностичний лапароцентез

Діагностична лапароскопія

Проведення плазмаферезу

Хворого госпіталізовано з підозрою на гостру кишкову непрохідність. Який з методів дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

Лапароцентез

Лапароскопія

УЗД

ФГДС

Хвора віком 50-ти років скаржиться на біль у правій пахвинній ділянці. При дослідженні у положенні стоячи виявлено, що нижче правої шкірної пахвинної складки наявне випинання розмірами 3х3 см, яке в положенні лежачи вправляється під пахвинну зв'язку, по зовнішньому краю визначається пульсація стегнової артерії. Який найбільш імовірний діагноз?

Стегнова грижа

Метастаз злоякісної пухлини

Пахвинний лімфаденіт

Пахвинна грижа

Доброякісна пухлина

Хворий 50-ти років скаржиться на гострий біль у епігастральній ділянці, часте блювання, різку загальну слабкість. Хворіє впродовж 2-х діб. Об'єктивно: різка блідість шкірних покривів, язик сухий. Рс- 100/хв., слабого наповнення, АТ- 110/70 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, помірно болючий в епігастрії та мезогастрії, симптомів подразнення очеревини немає. Перистальтика значно посилена у мезогастрії зліва. При оглядовій рентгенографії є чаші Клойбера зліва. Про яку патологію слід

думати?

Кишкова непрохідність

Гострий панкреатит

Проривна виразка 12-палої кишки

Гострий холецистит

Харчове отруєння

Під час оперативного втручання у хворого 30-ти років виявлено тонко-тонкокишковий конгломерат темного кольору, кишка в якому визнана нежиттєздатною. Привідна кишка розширена до 7-8 см, роздута, переповнена кишковим вмістом та газом. Яка патологія призвела до оперативного втручання?

Інвагінаційна (змішана) непрохідність

Странгуляційна непрохідність

Обтураційна непрохідність

Паралітична непрохідність

Спастична непрохідність

Хвора 65-ти років 3 години тому відчула різкий біль у животі з іррадіацією в праву лопатку; було одноразове блювання. Лікується з приводу ревматоїдного артриту. Об'єктивно: блідість шкіри, АТ100/60 мм рт.ст., Рс-60/хв. Живіт значно болючий та напружений в епігастрії та правому підребер'ї, позитивні симптоми подразнення парієтальної очеревини, над правою реберною дугою - тимпаніт. Яка тактика лікаря швидкої допомоги?

Доставити хвору в хірургічний стаціонар

Ввести знеболюючі препарати, динамічний нагляд

Промити шлунок

Ввести спазмолітичні препарати

Доставити хвору в ревматологічне відділення

Хворий 62-х років доставлений до хірургічного відділення зі скаргами на раптове виникнення болю у пупковій ділянці, яка супроводжувалась неприємністю, іррадіює у спину, пахвинну ділянку. Об'єктивно: стан важкий, болісність під час пальпації у пупковій ділянці, кишкові шуми послаблені. Відзначається зниження артеріального тиску. На УЗД: вільна рідина у черевній порожнині, потовщення стінки черевної аорти. Який найбільш імовірний діагноз?

Розрив аневризми черевної аорти

Перфорація виразки шлунка

Гострий панкреатит

Перитоніт

Гострий аппендицит

У хворого 54-х років, який протягом 10-ти років хворіє на виразкову хворобу 12-ти палої кишки, після прийому їжі, виник гострий "кинджальний" біль в

епігастрії. Об'єктивно: блідий, брадикардія, "дошкоподібний живіт", різко позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Яку патологію запідозрить лікар швидкої допомоги?

Проривна виразка 12-ти палої кишки

Тромбоз кишечнику

Гостра кишкова непрохідність

Защемлена кила

Гострий панкреатит

Хвора скаржиться на біль у епігастральній ділянці оперізуючого характеру, нудоту, багаторазове блювання, здуття черева, наростаючу слабкість. Стан тяжкий, виражена блідість шкірних покривів, Ps100/хв., АТ- 90/50 мм рт.ст. Язик сухий, обкладений. Живіт здутий, але м'який при пальпації. Симптомів подразнення очеревини немає. У крові: лейкоц.- 26×10^9 /л, амілаза - 44 г(год·л). Який найбільш вірогідний діагноз?

Гострий панкреатит

Пенетрація та кровотеча з виразки 12-ти палої кишки

Гострий холецистит

Гострий тромбоз мезентеріальних судин

Гострий апендицит

У хворого 54-х років раптово з'явився сильний біль у надчеребній ділянці. Об'єктивно: вимушене положення тіла. Біль при пальпації живота по всій поверхні, напруженість м'язів черевної стінки. Печінкова тупість відсутня. Який із методів діагностики слід застосувати для встановлення діагнозу?

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини

Пневмоперитонеографія

Фіброгастродуоденоскопія

Іригоскопія

Контрастна рентгенографія шлунку та 12-ти палої кишки

Пацієнт 48-ми років при бужуванні стравоходу з причини рубцевої стриктури відчув різкий біль у животі. Раніше хворів на виразкову хворобу 12-ти палої кишки. При огляді: живіт різко напружений, болючий; Ps110/хв. Болюче ковтання слини. Блідість шкірних покривів. Який найбільш вірогідний діагноз?

Перфорація абдомінального відділу стравоходу

Гострий інфаркт міокарда

Защемлення діафрагмальної грижі

Перфорація виразки 12-ти палої кишки

Тромбоз мезентеріальних судин

Чоловік 40-ка років зловживає алкоголем. Висловлює скарги на постійний біль у епігастральній ділянці. У процесі обстеження виявлені зміни протоки підшлункової залози - множинні ділянки звуження з послідуєчим

розширенням. Яка з перерахованих операцій найбільш показана пацієнту?

Латеральна панкреатоеюностомія

Дистальна панкреатоеюностомія

Сфінктеротомія

Дистальна панкреатектомія

Тотальна панкреатектомія

Хворий 42-х років зі скаргами на гострий біль в епігастральній ділянці, що почався раптово на тлі повного здоров'я, та підвищення температури тіла до 38,5°C, з позитивним симптомом Щоткіна-Блюмберга, потребує хірургічної медичної допомоги. Який вид хірургічної допомоги за часом може бути наданий хворому?

Екстрена (невідкладна)

Екстрена (невідкладна) або відтермінована

Планова

Відтермінована або планова

Екстрена (невідкладна) або планова

Семимісячна дитина шпиталізована до хірургічного відділення за 8 годин після захворювання зі скаргами на напади неспокою, біль у животі, одноразове блювання. Об'єктивно спостерігається: у правій половині живота пальпується пухлиноподібне утворення. Під час ректального дослідження виявлено кров у вигляді «малинового желе». Яке захворювання можна припустити?

Інвагінацію кишечника

Ентерокістому

Пухлину черевної порожнини

Глистну інвазію

Подвоєння кишечника

Чоловіка віком 45 років шпиталізовано до лікарні у тяжкому стані. З анамнезу відомо, що до шпиталізації він хворів прогягом 3-х тижнів на пневмонію. Об'єктивно встановлено: шкіра та слизові темноземлистого кольору, температура тіла — 38°C, задишка у стані спокою, дихання зліва різко ослаблено. Спостерігається кашель із рясним харкотинням. Рентгенологічно виявлено затемнення лівого геміторака. Який діагноз найімовірніший?

Емпієма плеври

Пухлина легені

Пневмоторакс

Бронхіт

Пневмонія

Чоловік віком 35 років скаржиться на періодичні болі в епігастрії в нічний час. Діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки. Який

неінвазивний метод діагностики інфекції *Helicobacter pylori*, що володіє найбільшою чутливістю і специфічністю, необхідно призначити пацієнту насамперед?

С-сечовинний дихальний тест

Визначення фекального антигену

Визначення IgA, IgM у слині

Визначення IgG, IgM у сироватці крові

Гастроскопія з біопсією

Семимісячна дитина шпиталізована до хірургічного відділення за 8 годин після захворювання зі скаргами на напади неспокою, біль у животі, одноразове блювання. Об'єктивно спостерігається: у правій половині живота пальпується пухлиноподібне утворення. Під час ректального дослідження виявлено кров у вигляді «малинового желе». Яке захворювання можна припустити?

Інвагінацію кишечника

Ентерокістому

Пухлину черевної порожнини

Глистну інвазію

Подвоєння кишечника

Чоловік віком 38 років скаржиться на переймоподібні болі в животі, нудоту, блювоту, вздуття живота, невідходження газів, відсутність стільця. Із анамнезу відомо, що нещодавно пацієнта проперовано з приводу апендициту. Пальпаторно живіт болісний у всіх відділах, напружений. Визначається шум плескоту, нечіткі симптоми подразнення очеревини, гіперперистальтика. Який попередній діагноз?

Злукова кишкова непрохідність

Дивертикулярний коліт

Виразкова хвороба шлунка

Рак товстого кишечника

Розлитий перитоніт

Пацієнт 48-ми років через 1,5 години, при бужуванні стравоходу з причини рубцевої стриктури, вічув різкий біль в животі. Раніше хворів виразковою хворобою 12-ти палої кишки. При огляді: живіт різко напружений, болючий; Рс- 110/хв. Болюче ковтання слини. Блідість шкірних прокривів. Який найбільш вірогідний діагноз?

Перфорація абдомінального відділу стравоходу

Перфорація виразки 12-ти палої кишки

Защемлення діафрагмальної грижі

Гострий інфаркт міокарда

Тромбоз мезентеріальних судин

Хворий Н., 30 років, надійшов зі скаргами на гострий біль в животі. При

обстеженні: хворий лежить на правому боці з приведеними колінами до живота. При повороті на спину біль в животі різко підсилюється. В анамнезі: виразкова хвороба 12-палої кишки. При оглядовій рентгенографії визначається вільний газ під правим куполом діафрагми. Яке ускладнення наступило у хворого?

Перфорація

Дуоденально – єюнальна нориця

Кровотеча з виразки

Пенетрація

Пілородуоденальний стеноз

Хворий 47 років, госпіталізований в хірургічне відділення зі скаргами на болі в животі спастичного характеру, нудоту, багаторазову блювоту, сухість в роті. Хворіє на протязі 16 годин. В анамнезі - холецистектомія 2 роки тому. Подібні скарги з'явилися після вживання бобових харчів. Об'єктивно: живіт помірно здутий, болючий. Аускультативно: кишкові шуми посилені. Симптом Щоткіна-Блюмберга негативний. Гази відходять, затримка випорожнення. При рентгенографії черевної порожнини виявлені “арки” та “чаші Клойбера”. Який із діагнозів наймовірніший?

Гостра тонкокишкова спайкова непрохідність.

Обтураційна товстокишкова непрохідність.

Гострий панкреатит.

Харчове отруєння

Ниркова коліка.

При дослідженні шлункової секреції за допомогою максимального гістамінового тесту у хворого з підозрою на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки одержані показники: ВАО - 21 мекв/л*год., МАО - 62 мекв/л.год. та ВАО<МАО на 72%. Для якого захворювання характерні ці показники.

Синдром Золінгера-Елісона.

Виразка шлунка.

Виразка дванадцятипалої кишки.

Норма.

Рак шлунка.

До хірургічного відділення госпіталізовано хвору зі скаргами на переймоподібний біль та відчуття важкості у правому підребер'ї, нудоту, багаторазове блювання жовчю. Хворій виставлено діагноз “Гострий холецистит”. Про яку причину хвороби слід думати у першу чергу?

Жовчнокам'яна хвороба

Хронічний панкреатит

Перихоледохеальний лімфаденіт

Аскаридоз загальної жовчної протоки

Хронічний стенозуючий папіліт

Хвора 38 років госпіталізована зі скаргами на постійний біль у правому підребер'ї з іррадіацією у праву половину попереку, праве надпліччя, нудоту, тричі було блювання. Хворіє 2 доби. Температура тіла 38°C. Пульс 96 уд. в хв., задовільний. Пальпаторно у правому підребер'ї визначається напруження м'язів та щільно-еластичне, болюче, утворення, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$, діастаза сечі 190 г/кр/л/год. Який найбільш ймовірний діагноз?

Гострий обтураційний деструктивний холецистит

Водянка жовчевого міхура

Апендикулярний інфільтрат

Рак жовчевого міхура

Гостра кишкова непрохідність

Хворому 56 років, госпіталізованому в ургентному порядку в хірургічну клініку, встановлено діагноз: гострий холецистит. При обстеженні визначались незначна м'язова напруга в правому підребер'ї, напружений болючий жовчний міхур, нечіткий симптом Щоткіна-Блюмберга. На протязі доби проводилось консервативне лікування (спазмолітики, антибіотики, анагетіки). Покращення стану не наступило. Як далі лікувати хворого?

Термінова операція – холецистектомія

Продовжити назначену терапію, спостереження

Доповнити лікування паранефральною блокадою

Доповнити лікування дезінтоксикаційною терапією

Доповнити лікування гормонотерапією

Хворий 35 років скаржиться на схваткоподібний біль в животі, нудоту, блювання, відсутність відходження газів та калу. Хворіє 5 годин. Рік тому хворому була виконана операція–резекція шлунка з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки. Стан хворого тяжкий. Пульс 102/хв. Язик сухий. Живіт здутий, асиметричний, м'який. Перкуторно-тимпаніт. Аскультативно-кишкові шуми не прослуховуються. При оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини – чашки Клойбера. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

Гостра спайкова кишкова непрохідність

Рак товстої кишки

Апендикулярний інфільтрат

Злоякісна пухлина тонкої кишки

Защемлена післяопераційна грижа

При операції з приводу правосторонньої пахової грижі у 30-річного чоловіка у гризовому мішку хірург знайшов appendix та гіпоплазоване яєчко. Яка грижа у цього хворого?

Вроджена пахова грижа

Пряма пахова грижа

Коса пахова грижа
Ковзна пахова грижа
Грижа Ріхтера

Під час грижосічення у пацієнта 22 років виявили знаходження яєчка у гризовому мішку. Яка грижа у хворого?

Вродженна коса пахвинна грижа

Набута коса пахвинна грижа

Пряма пахвинна грижа

Стегнова грижа

Затульна грижа