

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Ковтун Ольга Петровна  
Должность: ректор  
Дата подписания: 13.09.2023 13:56:25  
Уникальный программный ключ:  
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757d

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии



**УТВЕРЖДАЮ**  
Проректор по образовательной  
деятельности и молодежной  
политике  
В. Бородулина  
«26» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине  
Б1.Б.01 Торакальная хирургия**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.65 Торакальная хирургия*

Квалификация: *Врач-торакальный хирург*

г. Екатеринбург,  
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Торакальная хирургия» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 1108 от 26.08.2014 года, и с учетом профессионального стандарта «Врач-торакальный хирург», утвержденного Приказом Минтруда России от 11.03.2019 г. № 140н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Должность	Уч. степень
1	Скорняков Сергей Николаевич	Заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, профессор	д.м.н.
2	Чернядьев Александрович Сергей	Зав. кафедрой хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, профессор	д.м.н.
3	Мотус Игорь Яковлевич	Профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, профессор	д.м.н.
4	Цветков Андрей Игоревич	Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, Министр здравоохранения Свердловской области	к.м.н.
5	Набойченко Евгения Сергеевна	Заведующий кафедрой клинической психологии и педагогики, доктор психологических наук, профессор, практикующий клинический психолог	д.псих.н.
6	Куликов Александр Вениаминович	Заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии, профессор, Вице-президент «Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов», Член правления Федерации анестезиологов-реаниматологов, Председатель Свердловского отделения ФАР, Президент «Ассоциации анестезиологов-реаниматологов Урала»	д.м.н.
7	Цвиренко Сергей Васильевич	Заведующий кафедрой клинической лабораторной диагностики и бактериологии, профессор	д.м.н.
8	Демидов Сергей Михайлович	Заведующий кафедрой онкологии, профессор	д.м.н.
9	Сергеев Александр Григорьевич	Заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии, доктор медицинских наук, профессор	д.м.н.
10	Насыбуллина Галия Максutowна	Заведующий кафедрой гигиены и эпидемиологии чрезвычайных ситуаций, профессор	д.м.н.
11	Климушев	Заместитель главного врача по	к.м.н.

	Владимир Николаевич	хирургии ГБУЗ СО «СОКБ№1»	
12	Сабадаш Елена Венедиктовна	Доцент кафедры фтизиатрии и пульмонологии. Старший научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России	к.м.н.
13	Кондрашов Константин Валентинович	Доцент кафедры хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии	к.м.н.
14	Михайлов Сергей Павлович	Доцент кафедры хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии	к.м.н.
15	Ушаков Алексей Александрович	Доцент кафедры хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии	к.м.н.

**Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:**

- **Аминев Х.К.** - заведующий кафедрой фтизиатрии с курсом ИДПО Башкирского государственного медицинского университета, д.м.н., профессор

- **Пилькевич Д.Н.** - старший научный сотрудник УНИИФ филиала ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России, к.м.н.

**Фонд оценочных средств обсужден и одобрен:**

- на заседании кафедры фтизиатрии и пульмонологии (протокол № 10 от «17» апреля 2023 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от «10» мая 2023 г.)

## 1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
ДЕ 1. Организация медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов грудной полости.	<p>-порядок оказания помощи по профилю «Торакальная хирургия» (Приказ МЗ РФ от 11 марта 2019 г. № 140н);</p> <p>-стандарты медицинской помощи при заболеваниях органов грудной полости;</p> <p>-клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>-порядок организации медицинской реабилитации и порядок организации санаторно-курортного лечения, основы и методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования заболеваний органов грудной полости и их последствий.</p>	<p>-использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом и его родственниками;</p> <p>-планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей среды и производственной среды;</p> <p>-выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия;</p> <p>-использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины);</p> <p>-проводить диспансерное наблюдение в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов</p>	<p>-этическими и деонтологическими методами общения с пациентом и его родственниками;</p> <p>-навыками применения основных принципов организации и управления в медицинских организациях и их структурных подразделениях (легочно-хирургических отделений в стационарах);</p> <p>-навыками применения основных медико-статистических показателей для оценки здоровья населения;</p> <p>-навыками работы с нормативной, законодательной и правовой документацией в пределах профессиональной деятельности;</p> <p>-методами объективного исследования пациента по органам и системам;</p> <p>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза в соответствии с МКБ;</p> <p>-навыками</p>	УК-1, 2; ПК-1, 2, 4, 9, 10, 11	А/01.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		медицинской помощи.	интерпретации общеклинических, биохимических, микробиологических методов исследования.		
ДЕ 2. Морфология и физиология дыхательной системы. Защитные механизмы дыхательных путей. Топографическая анатомия органов грудной полости	<p>-морфологию и физиологию органов грудной полости;</p> <p>-топографическую анатомию груди (слои, фасции, сосуды, нервы, клетчаточные пространства);</p> <p>-топографию межреберного сосудисто-нервного пучка;</p> <p>-хирургическую анатомию молочной железы (сосуды, клетчаточные пространства, лимфоотток);</p> <p>-анатомию плевры (проекция, части, отделы, связки, синусы, завороты, сосуды, нервы);</p> <p>-анатомию легких (проекция, доли, зоны, сегменты, поверхности, края, синтопия, корень легкого);</p> <p>-анатомию средостения: отделы, пространства, сосуды, нервы;</p> <p>-хирургическую анатомию перикарда,</p>	-выбрать оптимальный и безопасный хирургический доступ, плевральной пункции, установки дренажа с учетом анатомии органов грудной полости.	<p>-навыками оценки анатомических дефектов органов грудной полости;</p> <p>-навыками оценки результатов морфологических и гистологических исследований органов грудной полости;</p> <p>-навыками оценки результатов функционального состояния органов грудной полости;</p> <p>-навыками оптимального и безопасного хирургического доступа, плевральной пункции, установки дренажа с учетом анатомии органов грудной полости.</p>	УК-1; ПК-1,4,5,11	А/01.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	сердца, пищевода.				
ДЕ 3. Оперативная хирургия органов грудной полости. Оперативные доступы	<ul style="list-style-type: none"> <li>-хирургические методы лечения при патологии органов грудной полости;</li> <li>-хирургическая операция, определение, этапы, классификация;</li> <li>-виды хирургических доступов;</li> <li>-объективную характеристику хирургического доступа;</li> <li>-основные оперативные приемы в торакальной хирургии;</li> <li>-хирургический инструментарий;</li> <li>-основы хирургической техники;</li> <li>-технику соединения и разъединения тканей;</li> <li>-хирургические узлы, виды швов;</li> <li>-виды остановки кровотечений: временная и окончательная;</li> <li>-хирургический гемостаз, виды.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-пользоваться общехирургическими инструментами;</li> <li>-выполнять общеврачебные манипуляции:</li> <li>-плевральную пункцию;</li> <li>-пункцию левого желудочка и перикарда;</li> <li>-пункцию брюшной полости;</li> <li>-пункцию мочевого пузыря;</li> <li>-спино-мозговую пункцию;</li> <li>-пункцию крупных суставов конечностей.</li> <li>-выполнять экстренные хирургические операции:</li> <li>-венепункцию и венесекцию;</li> <li>-внутриартериальное нагнетание крови кровезаменителей;</li> <li>-интубацию трахеи, коникотомию и трахеостомию;</li> <li>-торакоцентез и дренирование плевральной полости при пневмотораксе;</li> <li>-транспортную и лечебную иммобилизацию при переломах костей;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-навыками обработки рук перед операцией;</li> <li>-навыками работы в операционной;</li> <li>-навыками соблюдения асептики, антисептики;</li> <li>-навыками обработки операционного поля;</li> <li>-навыками обкладывания операционного поля стерильными простынями;</li> <li>-основными положениями хирургической техники:</li> <li>-рассечение кожи с подкожной клетчаткой, фасций, апоневрозов, мышц;</li> <li>-окончательной остановки кровотечения в ране и перевязку сосуда на протяжении;</li> <li>-навыками наложения швов на кожу с подкожной клетчаткой, на фасции, апоневрозы, сосуды и нервы, на полые органы (желудок, кишечник), серозные оболочки;</li> <li>-навыками наложения швов: узловый, непрерывный, непрерывный обвивной, матрацный, П-</li> </ul>	УК-1; ПК-1,4,5,11,12	<ul style="list-style-type: none"> <li>A/01.8</li> <li>A/02.8</li> <li>A/07.8</li> <li>A/08.8</li> </ul>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		-первичную хирургическую обработку ран конечностей.	образный, косметический, кишечный.		
ДЕ 4. Патоморфология и патогенез заболеваний легких.	<p>-понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, ведущие синдромы и исходы заболеваний органов грудной полости;</p> <p>-роль морфологического исследования в современной клинической медицине;</p> <p>-клинико-морфологические аспекты, механизмы типовых патологических процессов и реакций, их проявления и значения для организма при заболеваниях дыхательных путей;</p> <p>-основы патоморфологии легких и ее изменений при различных патологических состояниях с учетом взаимосвязи функциональных систем организма и уровней их регуляции.</p>	<p>-интерпретировать результаты лабораторной и функциональной диагностики для выявления патологических процессов в органах и системах;</p> <p>-ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;</p> <p>-сличать клинический и патологоанатомический диагнозы;</p> <p>-обосновать принципы патогенетической терапии заболеваний органов дыхания;</p> <p>-применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач;</p> <p>-анализировать медицинскую информацию, опираясь на принципы доказательной медицины.</p>	<p>-медико-функциональным понятийным аппаратом по вопросам клинико-морфологических аспектов бронхолегочной патологии;</p> <p>-навыками сопоставления морфологических и клинических проявлений болезни;</p> <p>-навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов лабораторного и инструментального обследования;</p> <p>-обоснованием принципов патогенетической терапии заболеваний дыхательной системы;</p> <p>-основами врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;</p> <p>-медико-технической аппаратурой, используемой</p>	УК-1; ПК-1,4,5,11	А/01.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
			в работе с пациентами, компьютерной техникой.		
ДЕ 5. Респираторные и нереспираторные функции легких. Дыхательная недостаточность.	<p>-патогенетические механизмы формирования функциональных нарушений органов грудной полости и их классификацию;</p> <p>-эпидемиологию, этиологию и патогенез острых и хронических заболеваний дыхательных путей, приводящих к развитию дыхательной недостаточности;</p> <p>-показания и противопоказания к использованию лабораторных и инструментальных методов исследования;</p> <p>-алгоритм лечения заболеваний органов грудной полости, принципы оксигенотерапии, современные подходы к применению медикаментозной терапии заболеваний, протекающих с дыхательной недостаточностью;</p> <p>-основы нарушения артериализации крови в легких и механизмы</p>	<p>-собрать и оценить анамнез, провести объективное исследование, выявить симптомы поражения органов грудной полости;</p> <p>-определить наличие и степень дыхательной недостаточности, виды дыхательных расстройств;</p> <p>-пользоваться пульсоксиметром для определения оксигенированного гемоглобина и степени ДН;</p> <p>-поставить предварительный диагноз;</p> <p>-составить план дополнительного обследования;</p> <p>-проводить и контролировать эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, в том числе при реализации индивидуальных программ</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, клинического обследования пациента;</p> <p>-техникой выявления признаков и определением степени ДН, оценкой данных пульсоксиметрии;</p> <p>-алгоритмом диагностики и лечения ДН в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами;</p> <p>-алгоритмом оказания неотложной помощи при синдроме ДН.</p>	УК-1; ПК-4,5.	А/01.8 А/03.8 А/04.8 А/05.8 А/07.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>развития обструктивной дыхательной недостаточности (рестриктивной, диффузионной, смешанной);</p> <p>-принципы хирургического лечения при различных стадиях дыхательной недостаточности;</p> <p>-основы физиологии дыхания и газообмена в легких.</p>	<p>реабилитации или абилитации инвалидов;</p> <p>-проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения;</p> <p>- оказание медицинской помощи в экстренной форме;</p> <p>-проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>			
ДЕ 6. Факторы риска возникновения заболеваний органов дыхания	<p>-причины возникновения патологических процессов в легких, их механизмы развития, клинические проявления;</p> <p>-значение наследственности;</p> <p>-профессиональные вредные факторы, влияние экологии, вредные привычки;</p> <p>-основы иммунологии</p>	<p>-составлять план обследования больного с использованием современных лабораторных и инструментальных методов исследования;</p> <p>-интерпретировать результаты исследований: лабораторных, в том числе иммунологических, рентгенологических, функциональных и др.</p>	<p>-методикой сбора и анализа пульмонологического, аллергологического и иммунологического анамнеза;</p> <p>-методикой объективного обследования больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);</p> <p>-навыками</p>	УК-1, 2; ПК-1,2,3,4,5,6,8,9	А/01.8 А/03.8 А/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	легких; -механизмы аллергических реакций и их роль в патогенезе заболеваний легких.		интерпретации результатов лабораторных, в т.ч. иммунологических, инструментальных методов диагностики; -алгоритмом постановки клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования (иммунограмма, аллергопробы), привлечения узких специалистов (аллерголог-иммунолог).		
ДЕ 7. Эндоскопические и функциональные методы диагностики заболеваний органов грудной полости.	-методы лабораторной и инструментальной (в т.ч. эндоскопической, функциональной) диагностики заболеваний органов грудной полости; -классификацию функциональных нарушений и осложнений при заболеваниях органов грудной полости; -способы оценки тяжести состояния пациентов с заболеваниями органов грудной полости; -способы определения функции легких, вида и степени дыхательной недостаточности;	-проводить диагностику (с использованием функциональных, эндоскопических и микробиологических методов) с целью выявления состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, у пациентов с заболеваниями органов грудной полости; -разрабатывать план инструментального исследования пациентов с заболеваниями органов грудной полости или подозрением на заболевания органов грудной полости;	-интерпретацией лабораторных и инструментальных методов исследования; -алгоритмом постановки клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования (в т.ч. с использованием эндоскопических, функциональных методов обследования, а также методов этиологической диагностики).	УК-1; ПК-1,2,4,5,6	A/01.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>-технику оценки состояния функции внешнего дыхания методом спирометрии, в том числе алгоритм проведения пробы с бронхолитиком и бронхиального провокационного теста;</p> <p>-особенности оценки функциональных показателей, а также эндоскопической картины при бронхолегочной патологии у разных возрастных категорий пациентов;</p> <p>-принципы диагностики, дифференциальной диагностики состояний, требующих диагностики и оказания медицинской помощи в неотложной форме при заболеваниях органов грудной полости;</p> <p>-симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате лабораторных и инструментальных исследований у пациентов с подозрением на заболевания</p>	<p>-интерпретировать и анализировать результаты эндоскопических и функциональных методов исследования пациентов с заболеваниями органов грудной полости или подозрением на заболевания органов грудной полости;</p> <p>-проводить дифференциальную диагностику заболеваний органов грудной полости;</p> <p>-выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате проведения лабораторных и инструментальных исследований;</p> <p>-проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или</p>			

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	органов грудной полости	абилитации инвалидов; -проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения; -проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения			
ДЕ 8. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости.	-классификацию функциональных нарушений и осложнений при заболеваниях органов грудной полости; -клиническую и рентгенологическую семиотику заболеваний органов грудной полости; -особенности клинического течения и рентгенологических проявлений течения заболеваний органов грудной полости у разных возрастных категорий;	-проводить диагностику с целью выявления состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме, у пациентов с заболеваниями органов грудной полости; -разрабатывать план инструментального исследования пациентов с заболеваниями органов грудной полости или подозрением на заболевания органов грудной полости; -интерпретировать и	-интерпретацией инструментальных методов исследования; -алгоритмом постановки клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования.	УК-1; ПК-1,2,4,5,6	A/01.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>-особенности клинического проявления и инструментальные признаки течения внелегочных проявлений болезней органов грудной полости;</p> <p>-принципы диагностики, дифференциальной диагностики состояний, требующих диагностики и оказания медицинской помощи в неотложной форме при заболеваниях органов грудной полости;</p> <p>-симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате инструментальных исследований у пациентов с подозрением на заболевания органов грудной полости.</p> <p>-методы инструментальных исследований пациентов с заболеваниями органов грудной полости или подозрением на него под лучевой навигацией.</p>	<p>анализировать результаты рентгенологических методов исследования пациентов с заболеваниями органов грудной полости или подозрением на заболевания органов грудной полости;</p> <p>-проводить дифференциальную диагностику заболеваний органов грудной полости;</p> <p>-выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате проведения инструментальных исследований;</p> <p>-диагностика заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, грудной клетки и органов грудной полости, требующих хирургического лечения;</p> <p>-проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной</p>			

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		<p>клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;</p> <p>-проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения;</p> <p>-проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>			
ДЕ 9. Методы этиологической диагностики заболеваний органов грудной полости.	<p>-морфологию бактерий, питание, дыхание, рост и размножение микробов;</p> <p>-развитие инфекционного процесса, органы и клетки иммунной системы;</p> <p>-возбудителей бактериальных и вирусных инфекций;</p>	<p>-готовить препараты для микроскопии, проводить посевы на питательные среды;</p> <p>-проводить простые серологические реакции;</p> <p>-различать возбудителей бактериальных инфекций по морфологическим и биохимическим свойствам;</p>	<p>-микробиологической терминологией, техникой микроскопирования;</p> <p>-иммунологической терминологией, техникой постановки простых серологических реакций;</p> <p>-микробиологической терминологией, техникой посева и</p>	УК-1; ПК-1,5,11.	А/01.8 А/03.8 А/04.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	-правила отбора клинического материала.	-отбирать пробы для бактериологического исследования.	микроскопирования; -микробиологической терминологией, техникой посева и микроскопирования; -навыками: -биопсии плевры, легкого; -чрезбронхиальной биопсии легких; -плевральной пункции.		
ДЕ 10. Классификация заболеваний и патологических состояний органов грудной полости. Пороки и аномалии развития органов дыхания. Наследственно обусловленные заболевания органов дыхания.	-классификацию заболеваний и патологических состояний органов грудной полости; -пороки развития органов дыхания – аплазия и гипоплазия, стенозы трахеи, бронхов, синдром Вильямса-Кемпбелла, Маклеода, Марфана, Зиверта-Картегенера, Менье-Курна; -классификацию, этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики данных состояний; -наследственно обусловленные заболевания органов дыхания: муковисцидоз, дефицит $\alpha 1$ -ингибиторов протеаз, болезнь Гирке, системные	-собрать и оценить анамнез жизни и заболевания, провести объективное исследование пациента, выявить симптомы поражения органов грудной полости; -определить наличие и степень дыхательной недостаточности, вид дыхательных расстройств; -пользоваться пульсоксиметром для определения оксигенированного гемоглобина; -поставить предварительный диагноз; -составить план дополнительного обследования; -интерпретировать данные лабораторных и	-методикой сбора анамнеза, клинического обследования пациента; -способами выявления признаков и определения степени ДН, оценкой данных пульсоксиметрии; -алгоритмом диагностики и лечения в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами; -интерпретацией лабораторных и инструментальных методов исследования; -алгоритмом оказания неотложной помощи при urgentных состояниях, развивающихся на фоне декомпенсации основной бронхолегочной патологии.	УК-1; ПК-1, 2, 5, 6, 8	А/01.8 А/02.8 А/03.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	соединительнотканые синдромы, болезнь Рандю-Ослера, их основные диагностические критерии, принципы терапии и профилактики; -показания для хирургической коррекции аномалий развития органов грудной полости; -особенности клинического течения и дифференциальной диагностики вышеперечисленных состояний в разные возрастные периоды.	инструментальных (ОАК, б/х, бактериологических, Ре-легких, КТВР легких, спирометрии, бодиплетизмографии, DLCO) исследований; -назначить лечение бронхолегочного заболевания.			
ДЕ 11. Основные методы лечения пациентов с заболеваниями органов грудной полости. Виды хирургических вмешательств	-порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Торакальная хирургия»; -стандарты медицинской помощи при заболеваниях органов грудной полости; -клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов грудной полости; -медицинские показания и медицинские противопоказания к	-разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями органов грудной полости; -назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями органов грудной полости; -назначать немедикаментозную терапию пациентам с заболеваниями органов грудной полости; -проводить респираторную поддержку,	-методами лечения медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с заболеваниями органов грудной полости; -методами оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при острых и неотложных состояниях в торакальной хирургии (ОДН, приступ бронхиальной астмы, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс); -методами непрямого массажа сердца,	УК-1; ПК-1,2,5,6,8,11,12.	А/02.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>назначению лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых у пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-медицинские показания и медицинские противопоказания к хирургическому лечению пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-принципы и методы оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам с заболеваниями органов грудной полости в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов</p>	<p>в том числе кислородотерапию, СРАР-терапию, неинвазивную вентиляцию легких;</p> <p>-оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозной терапии у пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-обосновывать тактику медикаментозной терапии с учетом индивидуальных особенностей пациента, имеющих коморбидных состояний, беременности;</p> <p>-оказывать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, и контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>искусственной вентиляции легких, остановки наружного, внутреннего кровотечения, наложения повязки на рану;</p> <p>-навыками:</p> <p>-плевральной пункции;</p> <p>-дренирования плевральной полости;</p> <p>-регионарных методов обезболивания;</p> <p>-наложения пневмоперитонеума;</p> <p>-ригидной бронхоскопии;</p> <p>-удаления инородных тел;</p> <p>-восстановления проходимости трахеи;</p> <p>-установки эндобронхиального обтуратора;</p> <p>-установки эндобронхиального клапана;</p> <p>-санации трахеобронхиального дерева;</p> <p>-трахеальной интубации под контролем гибкой бронхоскопии;</p> <p>-микротрахеостомии;</p> <p>-трахеостомии;</p> <p>-атипичной резекции легкого;</p>		

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	медицинской помощи.		<ul style="list-style-type: none"> <li>-анатомической сегментэктомии;</li> <li>-резекции доли легкого (лобэктомия);</li> <li>-удаления легкого (пневмонэктомия);</li> <li>-плеврэктомии;</li> <li>-декортикации легкого;</li> <li>-эхинококкэктомии;</li> <li>-реконструктивно-пластических операций на грудной стенке и диафрагме;</li> <li>-операций при кистах и опухолях средостения;</li> <li>-дренирования абсцесса легкого;</li> <li>-дренирования средостения;</li> <li>-операций при неотложных состояниях и повреждениях органов грудной полости.</li> </ul>		
ДЕ 12. Тактика ведения пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры	-эпидемиологию, этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию, диагностические критерии, принципы лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и	-собрать и оценить анамнез жизни и заболевания, провести объективное исследование пациента, выявить симптомы поражения органов грудной полости; -определить наличие и степень дыхательной недостаточности, вид дыхательных расстройств;	-методикой сбора анамнеза, клинического обследования пациента; -способами выявления признаков и определения степени ДН, оценкой данных пульсоксиметрии; -алгоритмом диагностики и лечения заболеваний органов грудной полости в	УК-1; ПК-1,2,3,4,5, 6, 8, 11,12	А/01.8 А/02.8 А/03.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>плевры;</p> <p>-алгоритм неотложной помощи при гнойно-деструктивных заболеваниях легких и плевры;</p> <p>-показания для вспомогательных методов вентиляции легких;</p> <p>-показания для госпитализации пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями;</p> <p>-показания для перевода пациента с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры. в отделении реанимации и интенсивной терапии;</p> <p>- профилактику гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры.</p>	<p>-пользоваться пульсоксиметром для определения оксигенированного гемоглобина;</p> <p>-поставить предварительный диагноз;</p> <p>-составить план дополнительного обследования;</p> <p>-интерпретировать данные лабораторных и инструментальных (ОАК, б/х, бактериологических, Ре-легких, КТВР легких, спирометрии, бодиплетизмографии, DLCO) исследований;</p> <p>- определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с травмой органов грудной клетки</p>	<p>соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами;</p> <p>-интерпретацией лабораторных и инструментальных методов исследования;</p> <p>-алгоритмом оказания неотложной помощи при urgentных состояниях.</p>		
<p>ДЕ 13. Диагностика и лечение пациентов с травмами органов грудной полости.</p>	<p>-эпидемиологию, этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию, диагностические критерии,</p>	<p>-собрать и оценить анамнез жизни и заболевания, провести объективное исследование пациента, выявить</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, клинического обследования пациента;</p> <p>-способами выявления признаков и определения</p>	<p>УК-1; ПК-1,2,3,4,5, 6, 8, 11,12</p>	<p>A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/08.8</p>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
Пневмоторакс (открытый, закрытый, напряженный)	<p>принципы лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения пациентов с травмами органов грудной полости;</p> <p>-эпидемиологию, этиологию, патогенез, клинические проявления, классификации, диагностические критерии, принципы лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения пациентов с травмами органов грудной полости;</p> <p>-алгоритм неотложной помощи при травмах органов грудной полости;</p> <p>-показания для вспомогательных методов вентиляции легких;</p> <p>-современные подходы к назначению антимикробной терапии и противовирусной терапии, ингаляционной терапии;</p> <p>-показания для госпитализации пациентов с травмами органов грудной полости;</p> <p>-профилактика травматизма.</p>	<p>симптомы с травмами органов грудной полости;</p> <p>-определить наличие и степень дыхательной недостаточности, вид дыхательных расстройств;</p> <p>-пользоваться пульсоксиметром для определения оксигенированного гемоглобина;</p> <p>-поставить предварительный диагноз;</p> <p>-составить план дополнительного обследования;</p> <p>-интерпретировать данные лабораторных и инструментальных (ОАК, б/х, бактериологических, Re-легких, КТВР легких, спирометрии, бодиплетизмографии, DLCO) исследований;</p> <p>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с травмой органов грудной</p>	<p>степени ДН, оценкой данных пульсоксиметрии;</p> <p>-алгоритмом диагностики и лечения заболеваний органов грудной полости в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами;</p> <p>-интерпретацией лабораторных и инструментальных методов исследования;</p> <p>-алгоритмом оказания неотложной помощи при urgentных состояниях;</p> <p>-плевральная пункция;</p> <p>- дренирование плевральной полости;</p> <p>- регионарных методов обезболивания;</p> <p>- наложения пневмоперитонеума;</p> <p>- ригидной бронхоскопии;</p> <p>- удаления инородных тел;</p> <p>- восстановления проходимости трахеи;</p> <p>- установки эндобронхиального обтуратора;</p> <p>- установки</p>		

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		клетки	эндобронхиального клапана; - санации трахеобронхиального дерева; - трахеальной интубации под контролем гибкой бронхоскопии; - микротрахеостомии; - трахеостомии; - атипичной резекции легкого; - анатомической сегментэктомии; - резекции доли легкого (лобэктомия); - удаления легкого (пневмонэктомия); - плеврэктомии; - декорткации легкого; - реконструктивно-пластических операций на грудной стенке и диафрагме; - дренирования средостения; - операций при неотложных состояниях и повреждениях органов грудной полости.		
ДЕ 14. Особенности организации и оказания медицинской помощи	-основные положения нормативных правовых актов, регламентирующие организацию и оказание	-организовывать работы подчиненного коллектива по оказанию специализированной	-навыками работы в составе бригады специализированной медицинской помощи в	УК-1; ПК-1, 3, 8, 9,12	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
населению по профилю "торакальная хирургия" и медицинской эвакуации в условиях чрезвычайных ситуаций, при террористических актах и военных конфликтах	<p>медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах;</p> <p>-задачи, принципы построения и функционирования государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;</p> <p>-задачи, организация, порядок создания и работы формирований и организаций службы медицины катастроф;</p> <p>-классификацию, общую характеристику чрезвычайных ситуаций, террористических актов и военных конфликтов, их поражающие факторы, величина и структура санитарных потерь;</p> <p>-основы организации и порядок оказания медицинской помощи населению при ликвидации медико-санитарных последствий природных и техногенных чрезвычайных ситуаций, террористических актов и военных</p>	<p>медицинской помощи по профилю "торакальная хирургия" в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах;</p> <p>-выполнять медицинскую сортировку и оказывать специализированную медицинскую помощь населению по профилю "торакальная хирургия" в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах;</p> <p>-производить работы по подготовке и медицинской эвакуации пораженных в специализированные медицинские организации;</p> <p>-оказывать экстренную консультативную медицинскую помощь по профилю "торакальная хирургия", в том числе с применением информационно-телекоммуникационных технологий.</p>	<p>чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах;</p> <p>-навыками медицинской сортировки и оказания специализированной медицинской помощи населению по профилю «Торакальная хирургия» в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах применительно к своей специальности;</p> <p>-навыками проведения работ по подготовке и медицинской эвакуации пораженных в специализированные медицинские организации;</p> <p>-навыками оказания экстренной консультативной медицинской помощи по профилю «Торакальная хирургия», в том числе с применением информационно-телекоммуникационных технологий.</p>		<p>A/05.8</p> <p>A/07.8</p> <p>A/08.8</p>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>конфликтов;  -клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях по профилю «Торакальная хирургия»;  -принципы организации медицинской сортировки, порядок оказания специализированной медицинской помощи населению в чрезвычайных ситуациях, при террористических актах и военных конфликтах на этапах медицинской эвакуации;  -порядок организации медицинской эвакуации в режиме чрезвычайных ситуаций, при террористических актах и военных конфликтах;  -принципы организации оказания экстренной консультативной медицинской помощи по профилю «Торакальная хирургия», в том числе с применением информационно-телекоммуникационных технологий.</p>				

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
ДЕ 15. Доброкачественные опухоли органов грудной полости	<p>-эпидемиологию, этиологию, патогенез, клинические проявления, классификацию, диагностические критерии, принципы лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения пациентов с доброкачественными опухолями органов грудной полости;</p> <p>-показания для вспомогательных методов вентиляции легких;</p> <p>-современные подходы к хирургическому лечению доброкачественных опухолей органов грудной полости</p>	<p>-собрать и оценить анамнез жизни и заболевания, провести объективное исследование пациента, выявить симптомы поражения органов грудной полости;</p> <p>-определить наличие и степень дыхательной недостаточности, вид дыхательных расстройств;</p> <p>-пользоваться пульсоксиметром для определения оксигенированного гемоглобина;</p> <p>-поставить предварительный диагноз;</p> <p>-составить план дополнительного обследования;</p> <p>-интерпретировать данные лабораторных и инструментальных (ОАК, б/х, бактериологических, Ре-легких, КТВР легких, спирометрии, бодиплетизмографии, DLCO) исследований;</p> <p>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, клинического обследования пациента;</p> <p>-способами выявления признаков и определения степени ДН, оценкой данных пульсоксиметрии;</p> <p>-методами диагностики доброкачественных опухолей органов грудной полости;</p> <p>-алгоритмом диагностики и лечения заболеваний органов грудной полости в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами;</p> <p>-интерпретацией лабораторных и инструментальных методов исследования;</p> <p>-алгоритмом оказания неотложной помощи при urgentных состояниях, развивающихся на фоне доброкачественных опухолей органов грудной полости.</p>	УК-1; ПК-1,2,3,4,5, 6, 8, 11,12	A/01.8 A/02.8 A/03.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с травмой органов грудной клетки.			
ДЕ 16. Тактика ведения пациентов с поражениями легких опухолевой природы.	-распространенность, классификацию, этиологию, патогенез, механизмы формирования опухолевых заболеваний легких, плевры, средостения и диафрагмы, морфологическую основу при отдельных нозологических формах; -особенности клинической картины, типы нарушения функции внешнего дыхания при различных опухолевых заболеваниях органов грудной полости; -классификацию рака легких по стадиям, системе TNM; -современные методы диагностики опухолевых заболеваний органов грудной полости: рентгенография ОГК, КТВР, функциональные методы диагностики; -возможности	-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO <sub>2</sub> ; -составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования; -оценить данные лабораторного (ОАК, биохимическое, бактериологическое, газовый состав крови, КЩС), морфологического (биопсия, цитологическое исследование) и инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография, бодиплетизмография) методов исследования; -провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями легких и внелегочными патологиями;	-методикой сбора анамнеза, объективного исследования; -методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO <sub>2</sub> ; -интерпретацией результатов обследования (лабораторного, в т.ч. морфологического, и инструментального); - алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования; -определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с травмой органов грудной клетки;	УК-1; ПК-1,2,4,5,6,8, 10	A/01.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	морфологической диагностики опухолевых заболеваний легочной ткани, плевры, диафрагмы; -определение понятия «карциноидный синдром»; -принципы консервативного и хирургического лечения при опухолевых поражениях легких; - прогноз и исходы.	-обосновать и сформулировать диагноз; -назначить терапию в соответствии с принятыми порядками, стандартами и клиническими рекомендациями; -маршрутизировать пациента с опухолевым поражением легких, плевры, диафрагмы в учреждения онкологической службы	-атипичной резекции легкого; -натомической сегментэктомии; -резекцией доли легкого (лобэктомия); -удалением легкого (пневмонэктомия); -плеврэктомии; -декортикацией легкого.		
ДЕ 17. Туберкулез органов дыхания	-эпидемиологию, этиологию, патогенез, факторы риска развития туберкулеза органов дыхания; -механизмы развития туберкулеза; -классификация туберкулеза -клинические формы; -методы диагностики: туберкулеза органов дыхания, оценка функции внешнего дыхания, пикфлоуметрия; -дифференциальный диагноз; -хирургическое лечение туберкулеза органов дыхания; -послеоперационные осложнения: профилактика,	-анализировать анамнез заболевания и жизни, выделением факторов риска развития туберкулез органов дыхания; -провести объективное исследование, измерить SpO <sub>2</sub> ; -составить план обследования и обосновать выбор методов исследования; -оценить данные лабораторного (ОАК, иммунологического) и инструментального (R, КТ ОГК, спирография) методов исследования; -провести пикфлоуметрию; -провести дифференциальную	-методом сбора анамнеза заболевания и жизни; -методикой объективного исследования и проведения физикального обследования органов дыхания, оценкой показателей SpO <sub>2</sub> ; -интерпретацией результатов обследования (ОАК, аллергологическое, иммунологическое), пикфлоуметрии, спирографии; -алгоритмом обоснования и постановки клинического диагноза; -алгоритмом назначения базисной терапии; -алгоритмом назначения терапии и выбор метода хирургического лечения у	УК-1; ПК-4,5,6,8,9, 10,11	А/01.8 А/03.8 А/04.8 А/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>диагностика и лечение</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-особенности техники операций при туберкулезе;</li> <li>-прогноз и возможные исходы при туберкулезе органов дыхания; факторы, влияющие на них.</li> </ul>	<p>диагностику с другими хроническими заболеваниями легких;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-обосновать и сформулировать диагноз в соответствии с классификацией;</li> <li>-назначить и обосновать антибактериальную терапию;</li> <li>-рекомендовать методы профилактики;</li> <li>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с травмой органов грудной клетки.</li> </ul>	<p>пациентов с туберкулезом органов дыхания;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-навыками:</li> <li>- дренирования плевральной полости;</li> <li>- установки эндобронхиального клапана;</li> <li>- санации трахеобронхиального дерева;</li> <li>- трахеальной интубации под контролем гибкой бронхоскопии;</li> <li>- атипичной резекции легкого;</li> <li>- анатомической сегментэктомии;</li> <li>- резекции доли легкого (лобэктомия);</li> <li>-удаления легкого (пневмонэктомия);</li> <li>-плеврэктомии;</li> <li>-биопсия плевры, легкого;</li> <li>-чрезbronхиальной биопсии легких.</li> </ul>		
<p>ДЕ 18. Дифференциальная диагностика при плевральном синдроме, заболевания плевры</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-эпидемиологию, этиологию и патогенез заболеваний, протекающих с плевральным синдромом;</li> <li>-классификацию плеврального выпота, характеристики</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-провести объективное обследование больного, физикальное исследование по системам;</li> <li>-составить план обследования и обосновать выбор дополнительных</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-методикой сбора анамнеза, объективного исследования;</li> <li>-методикой выявления признаков ДН, ХСН, оценкой SpO2, функционального класса</li> </ul>	<p>УК-1; ПК-1, 3, 4, 5, 6, 8</p>	<p>А/01.8 А/03.8 А/04.8 А/05.8</p>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>плевральной жидкости;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-методику проведения плевральной пункции;</li> <li>-основные клинические симптомы заболеваний, протекающих с синдромом плеврального выпота;</li> <li>-показания и противопоказания к использованию лабораторных, инструментальных методов исследования, особенности их проведения;</li> <li>-алгоритм лечения заболеваний, протекающих с синдромом плеврального выпота;</li> <li>-показания, противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов;</li> <li>-принципы диспансерного наблюдения, профилактики заболеваний;</li> <li>-осложнения, исходы, прогноз при различных нозологических формах.</li> </ul>	<p>методов исследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-оценить данные лабораторного (ОАК, биохимическое, бактериологическое, газовый состав крови, КЩС) и инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография, бодиплетизмография, ЭХО-КГ, нагрузочные тесты) методов исследования;</li> <li>-выполнять плевральную пункцию;</li> <li>-интерпретировать результаты бактериологического и цитологического исследования плевральной жидкости;</li> <li>-провести дифференциальную диагностику между заболеваниями, протекающими с синдромом плеврального выпота;</li> <li>-обосновать и сформулировать диагноз;</li> <li>-назначить терапию в соответствии с принятыми порядками, стандартами и клиническими</li> </ul>	<p>ХСН;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального);</li> <li>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования;</li> <li>-алгоритмом назначения терапии и выбор метода хирургического лечения у пациентов с плевральным выпотом;</li> <li>-навыками:</li> <li>-дренирования плевральной полости;</li> <li>-санации трахеобронхиального дерева;</li> <li>-чрезbronхиальной биопсии легких;</li> <li>-биопсии плевры и легкого;</li> <li>-плевральной пункции.</li> </ul>		

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		рекомендациями.			
<p>ДЕ 19. Легочное кровотечение. Диагностика, лечение. Спонтанный пневмоторакс. Диагностика, лечение.</p>	<p>-эпидемиологию, этиологию и патогенез, неотложных состояний в торакальной хирургии (ОДН, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс); -клинические признаки, дифференциальный диагноз вышеперечисленных состояний; -показания и особенности проведения лабораторных, инструментальных методов исследования при развитии неотложных состояний; -алгоритмы оказания неотложной помощи. Показания, противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов; -показания и противопоказания к ИВЛ; -принципы диспансерного наблюдения, профилактики заболеваний. Осложнения. Прогноз.</p>	<p>-выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез; -провести объективное исследование больного, физикальное исследование органов кровообращения, дыхания, мочевой системы. Оценить основные физиологические константы; -составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования; -оценить результаты КЩС, ЭКГ, б/х исследования крови, пульсоксиметрии; -провести дифференциальную диагностику; -сформулировать диагноз в соответствии с клиническими федеральными рекомендациями и обосновать его; -назначить и обосновать лечение неотложных состояний; -рекомендовать пациентам методы</p>	<p>-методом сбора анамнеза заболевания и жизни; -методикой оценки объективного статуса больного и проведения физикального обследования органов кровообращения, дыхания; -оценкой основных физиологических констант; -интерпретацией результатов КЩС, электрокардиографии, биохимического исследования крови, пульсоксиметрии; -алгоритмом обоснования и постановки клинического диагноза; -алгоритмом купирования критических жизнеугрожающих состояний; -навыками: -дренирования плевральной полости; -санации трахеобронхиального дерева; -плевральной пункции; -бронхоскопии; -торакоскопии.</p>	<p>УК-1; ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12</p>	<p>A/01.8 A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/07.8</p>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		профилактики возникновения неотложных состояний.			
<p>ДЕ 20. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Диагностика, лечение. Острый респираторный дистресс синдром (ОРДС). Диагностика, лечение.</p>	<p>-эпидемиологию, этиологию и патогенез неотложных состояний в торакальной хирургии (ТЭЛА, ОРДС); -клинические признаки, дифференциальный диагноз вышеперечисленных состояний; -показания и особенности проведения лабораторных, инструментальных методов исследования при развитии неотложных состояний; - алгоритмы оказания неотложной помощи. Показания, противопоказания к применению основных групп лекарственных препаратов; -показания и противопоказания к ИВЛ; -принципы диспансерного наблюдения, профилактики заболеваний. Осложнения. Прогноз.</p>	<p>-выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез; -провести объективное исследование больного, физикальное исследование по системам органов; -оценить основные физиологические константы; -составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования; -оценить результаты КЩС, ЭКГ, б/х исследования крови, пульсоксиметрии; -провести дифференциальную диагностику; -сформулировать диагноз в соответствии с клиническими рекомендациями и обосновать его; -назначить и обосновать лечение неотложных состояний; -рекомендовать</p>	<p>-методом сбора анамнеза заболевания и жизни; -методикой оценки объективного статуса больного и проведения физикального обследования органов кровообращения, дыхания; -оценкой основных физиологических констант; -интерпретацией результатов КЩС, электрокардиографии, биохимического исследования крови, пульсоксиметрии; -алгоритмом обоснования и постановки клинического диагноза; -алгоритмом купирования критических жизнеугрожающих состояний консервативными и хирургическими методами.</p>	<p>УК-1; ПК-1, 2, 4, 5, 6, 8, 10, 12</p>	<p>A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/07.8</p>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		пациентам методы профилактики возникновения неотложных состояний.			
ДЕ 21. Заболевания, травмы, инородные тела пищевода, трахео-пищеводный свищ, ахалазия пищевода	<p>-Определение понятия, частота;</p> <p>-Механизмы повреждения пищевода;</p> <p>-Патоморфологические изменения, тракционный дивертикул пищевода, величина, форма и направление свищевого хода, типичная локализация</p> <p>-Патофизиологические расстройства системы пищеварения, дыхания, органов средостения и плевральной полости;</p> <p>-Клиника и диагностика травматических повреждений пищевода, инородных тел, трахеопищеводных и пищеводноплевральных свищей, ахалазии пищевода; эндоскопические и рентгеноконтрастные методы исследования, компьютерная томография;</p> <p>-Эндоскопические методы лечения, способы удаления инородных тел. Стандарты динамического</p>	<p>-выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез;</p> <p>-провести объективное исследование больного, физикальное исследование органов кровообращения, дыхания, мочевой системы. Оценить основные физиологические константы;</p> <p>-составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования;</p> <p>-оценить результаты КЩС, ЭКГ, б/х исследования крови, пульсоксиметрии;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику;</p> <p>-сформулировать диагноз в соответствии с клиническими федеральными рекомендациями и обосновать его;</p> <p>-назначить и обосновать лечение неотложных</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, объективного исследования;</p> <p>-методикой выявления признаков ДН, ХСН, оценкой SpO<sub>2</sub>, функционального класса ХСН;</p> <p>-интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального);</p> <p>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования;</p> <p>-алгоритмом назначения терапии и выбор метода хирургического лечения у пациентов с плевральным выпотом;</p> <p>-навыками:</p> <p>-торакацентеза;</p> <p>-торакоскопии;</p> <p>-торакотомии.</p>	УК-1; ПК-1, 2, 54, 5, 6, 8, 10, 12	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/08.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>наблюдения после их удаления;</p> <p>-Тактика при инородных телах патологически измененного пищевода;</p> <p>-Показания и противопоказания к хирургическому лечению</p> <p>-Выбор хирургического доступа, срока и объема оперативного вмешательства, методика и техника ушивания свищей пищевода, виды резекции и пластики пищевода;</p> <p>-Операция разобщения трахеопищеводного свища;</p> <p>-Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.</p>	<p>состояний;</p> <p>-рекомендовать пациентам методы профилактики возникновения неотложных состояний.</p>			
<p>ДЕ 22.</p> <p>Грибковые и паразитарные заболевания органов дыхания.</p> <p>Пневмокониозы.</p>	<p>-распространенность, классификацию, этиологию, патогенез, механизмы формирования грибковых и паразитарных заболеваний органов дыхания, морфологическую основу, при отдельных нозологических формах (аспергиллез, зигомикоз, инвазивный кандидоз легких; альвеококкоз, эхинококкоз);</p>	<p>-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования;</p> <p>-оценить данные лабораторного (ОАК, биохимическое, бактериологическое,</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, объективного исследования;</p> <p>-методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального);</p> <p>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12</p>	<p>A/01.8</p> <p>A/03.8</p> <p>A/04.8</p> <p>A/05.8</p>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>-особенности клиники, типы нарушения функции внешнего дыхания при различных заболеваниях, особенности этиологии воспалительного процесса;</p> <p>-распространенность, классификацию, этиологию, патогенез, механизмы формирования пневмокониозов;</p> <p>-современные методы диагностики грибковых, паразитарных заболеваний легких, пневмокониозов, заболеваний плевры: рентгенография ОГК, КТВР, возможности этиологической диагностики;</p> <p>-возможности морфологической диагностики, роль биопсии легкого;</p> <p>-принципы лечения и профилактики при грибковых, паразитарных заболеваниях легких, пневмокониозах, заболеваниях плевры;</p> <p>-показания для хирургической коррекции данных состояний;</p> <p>-прогноз и исходы.</p>	<p>газовый состав крови, КЩС) и инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография) методов исследования;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями легких;.</p> <p>-обосновать и сформулировать диагноз;</p> <p>-назначить терапию в соответствии с принятыми порядками, стандартами и клиническими рекомендациями;</p> <p>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с грибковыми и паразитарными заболеваниями легких.</p>	<p>обоснованием дополнительного обследования;</p> <p>-алгоритмом назначения терапии при заболеваниях легких;</p> <p>-навыками:</p> <p>-эхинококкэктомии;</p> <p>-удаления кист легкого.</p>		

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
ДЕ 23. Заболевания органов средостения	<p>-распространенность, классификацию, этиологию, патогенез, механизмы формирования патологии органов средостения;</p> <p>-особенности клиники, типы нарушения функции внешнего дыхания при различных заболеваниях органов средостения;</p> <p>-современные методы диагностики патологии органов средостения: рентгенография и КТ ОГК;</p> <p>-возможности морфологической диагностики, роль биопсии органов средостения;</p> <p>-показания для хирургической коррекции данных состояний;</p> <p>-прогноз и исходы.</p> <p>-медиастинит: классификация, этиология, диагностика, принципы лечения;</p> <p>-хирургические доступы и объем оперативного вмешательства при медиастините.</p>	<p>-выявлять и оценивать жалобы, анализировать анамнез;</p> <p>-провести объективное исследование больного, физикальное исследование органов кровообращения, дыхания;</p> <p>-оценить основные физиологические константы;</p> <p>-составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования;</p> <p>-оценить результаты КЩС, ЭКГ, б/х исследования крови, пульсоксиметрии;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику;</p> <p>-сформулировать диагноз в соответствии с клиническими федеральными рекомендациями и обосновать его;</p> <p>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, объективного исследования;</p> <p>-методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального);</p> <p>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования;</p> <p>-выполнением:</p> <p>-медиастинокопии;</p> <p>-биопсии средостения;</p> <p>-операций при кистах и опухолях средостения;</p> <p>-дренирования средостения.</p>	УК-1; ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12	A/01.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с заболеваниями грудной клетки и грудины.			
ДЕ 24. Заболевания грудной стенки и грудины	<p>-этиология, патогенез заболеваний грудной стенки;</p> <p>-современные методы диагностики заболеваний грудной стенки и грудины;</p> <p>-консервативное и хирургическое лечение;</p> <p>-закрытые и открытые повреждения костей грудной стенки, врожденные заболевания;</p> <p>-принципы лечения и профилактики при заболеваниях грудной стенки и грудины;</p> <p>-показания для хирургической коррекции данных состояний;</p> <p>-хирургические методы лечения;</p> <p>-прогноз и исходы.</p>	<p>-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования;</p> <p>-оценить данные лабораторного (ОАК, биохимическое, бактериологическое, газовый состав крови, КЩС) и инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография) методов исследования;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями легких;</p> <p>-обосновать и сформулировать диагноз;</p> <p>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, объективного исследования;</p> <p>-методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального);</p> <p>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования;</p> <p>-навыками:</p> <p>-реконструктивно-пластических операций грудной клетке;</p> <p>-торакотомии;</p> <p>-медиастиноскопии;</p> <p>-стернотомии.</p>	УК-1; ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12	А/01.8 А/03.8 А/04.8 А/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с заболеваниями грудной клетки и грудины.			
ДЕ 25. Хирургия диафрагмы	-этиологию, классификацию заболеваний диафрагмы; -клинику, современную диагностику; -диафрагмальные грыжи; -релаксацию диафрагмы; -хирургические методы лечения патологии диафрагмы; -хирургическую тактику при врожденных заболеваниях, травмы диафрагмы; -прогноз и исходы.	-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO <sub>2</sub> ; -составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования; -оценить данные лабораторного инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография) методов исследования; -провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов грудной полости; -обосновать и сформулировать диагноз; -определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки	-методикой сбора анамнеза, объективного исследования; -методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO <sub>2</sub> ; -навыками интерпретации результатов обследования (лабораторного и инструментального); -алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования; -навыками: реконструктивно-пластическими операциями на диафрагме; -торакотомией.	УК-1; ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12	A/01.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/07.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с патологией диафрагмы.			
ДЕ 26. Заболевания гортани и верхних дыхательных путей	<p>-этиологию, патогенез заболеваний гортани и верхних дыхательных путей;</p> <p>-современные методы диагностики заболеваний гортани и верхних дыхательных путей (острых и хронических);</p> <p>-консервативное и хирургическое лечение;</p> <p>-принципы профилактики при заболеваниях гортани и верхних дыхательных путей;</p> <p>-показания для хирургической коррекции данных состояний;</p> <p>-предоперационная санация;</p> <p>-хирургические методы лечения;</p> <p>-прогноз и исходы.</p>	<p>-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования;</p> <p>-оценить данные лабораторного инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография) методов исследования;</p> <p>-провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-обосновать и сформулировать диагноз;</p> <p>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, объективного исследования;</p> <p>-методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального);</p> <p>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования;</p> <p>-алгоритмом оказания неотложной помощи при патологии гортани и верхних дыхательных путей, при выраженных стенозах трахеи;</p> <p>-навыками:</p> <p>-удаления инородных тел;</p> <p>-восстановления проходимости трахеи;</p> <p>-установки</p>	УК-1; ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12	А/01.8 А/02.8 А/03.8 А/04.8 А/05.8 А/07.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту с заболеваниями гортани и верхних дыхательных путей.	эндобронхиального обтуратора; -установки эндобронхиального клапана; -санации трахеобронхиального дерева; -трахеальной интубации под контролем гибкой бронхоскопии; -микротрахеостомии; -трахеостомии; -операций при неотложных состояниях и повреждениях органов грудной полости		
ДЕ 27. Хирургические вмешательства на грудном симпатическом стволе	-топографическая анатомия симпатического ствола; -заболевания, требующие хирургического вмешательства на симпатическом стволе; -хирургические доступы, виды и объемы оперативного вмешательства.	-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO <sub>2</sub> ; -составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования; -оценить данные лабораторного инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография) методов исследования; -провести	-методикой сбора анамнеза, объективного исследования; -методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO <sub>2</sub> ; -интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального); -алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования; -симпатэктомией.	УК-1; ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12	A/01.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов грудной полости; -обосновать и сформулировать диагноз; -определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту после хирургического вмешательства на симпатическом стволе.			
ДЕ 28. Патологические состояния, связанные с грудным лимфатическим протоком	-анатомия лимфатической системы органов грудной полости; -топографическая анатомия грудного лимфатического протока; -хирургические вмешательства на грудном лимфатическом протоке; -осложнения, связанные с повреждением лимфатического протока; -хилоторакс: хирургические методы лечения.	-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO <sub>2</sub> ; -составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования; -оценить данные лабораторного инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография) методов исследования;	-методикой сбора анамнеза, объективного исследования; -методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO <sub>2</sub> ; -интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального); -алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного обследования.	УК-1; ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/04.8 A/05.8 A/07.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
		<p>-провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-обосновать и сформулировать диагноз;</p> <p>-определить объем хирургического вмешательства, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту после хирургического вмешательства на симпатическом стволе.</p>			
<p>ДЕ 29. Отбор пациентов с заболеваниями органов грудной полости на хирургическое лечение пациентов. Предоперационная подготовка пациентов с заболеваниями органов грудной полости.. Послеоперационные осложнения, диагностика, основные методы лечения. профилактика</p>	<p>-показания и противопоказания к оперативному вмешательству пациентов с патологией органов грудной полости;</p> <p>-предоперационная подготовка в стационаре, санитарная подготовка;</p> <p>-осложнения в раннем и позднем послеоперационном периоде;</p> <p>-методы лечения послеоперационных</p>	<p>-провести объективное обследование больного, физикальное исследование органов дыхания, измерить SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-составить план обследования и обосновать выбор дополнительных методов исследования;</p> <p>-оценить данные лабораторного инструментального (R, бронхологическое, сцинтиграфия, КТВР, спирография) методов</p>	<p>-методикой сбора анамнеза, объективного исследования;</p> <p>-методикой выявления признаков ДН, оценкой SpO<sub>2</sub>;</p> <p>-интерпретацией результатов обследования (лабораторного и инструментального);</p> <p>-алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза с обоснованием дополнительного</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1,2,3,4,5,6,8,10,12</p>	<p>A/01.8</p> <p>A/02.8</p> <p>A/03.8</p> <p>A/04.8</p> <p>A/05.8</p> <p>A/07.8</p>

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	осложнения; -профилактика возможных послеоперационных осложнений.;	исследования; -провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями органов грудной полости; -обосновать и сформулировать диагноз; -определить объем хирургического вмешательства при развившихся послеоперационных осложнениях, риски, составить план подготовки к оперативному вмешательству, назначить лечение и реабилитационные мероприятия пациенту после хирургического вмешательства	обследования; -алгоритмом оказания неотложной помощи при послеоперационных осложнениях.		
ДЕ 30. Реабилитация и диспансеризация пациентов с заболеваниями органов грудной полости.	-порядок организации медицинской реабилитации и порядок организации санаторно-курортного лечения; -основы и методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями органов грудной полости; -побочные эффекты и возможные осложнения медицинской реабилитации	-разрабатывать план мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями органов грудной полости; -определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентам с заболеваниями органов	-навыками составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и санаторно-	УК-1; ПК-1, 2, 3, 8, 9	А/03.8 А/04.8

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>пациентов при заболеваниях органов грудной полости и методы их предотвращения;</p> <p>-медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий для пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-медицинские показания и медицинские противопоказания к санаторно-курортному лечению пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями органов грудной полости к врачам-специалистам для назначения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, и</p>	<p>грудной полости;</p> <p>-проводить медицинскую реабилитацию пациентов с заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями органов грудной полости к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, и санаторно-курортного лечения;</p> <p>-оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации, в том числе реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов, при заболеваниях органов грудной полости;</p> <p>-проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения по формированию здорового</p>	<p>курортного лечения, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>-навыками проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;</p> <p>-навыками направление пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации</p>		

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
	<p>проведения санаторно-курортного лечения;</p> <p>-нормативные правовые акты, регламентирующие порядок проведения диспансерного наблюдения пациентов с заболеваниями органов грудной полости.</p>	<p>образа жизни, включая формирование побуждения к отказу от курения, и профилактике заболеваний органов грудной полости;</p> <p>-проводить диспансерное наблюдение за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями органов грудной полости;</p> <p>-проводить индивидуальные и групповые занятия с пациентами при хронических заболеваниях органов грудной полости по принципам самоповедения и самоконтроля.</p>	<p>индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>-навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмами, грудной клетки и органов грудной полости, требующими хирургического лечения, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и санаторно-курортного лечения, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов</p>		

Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций			ОК (УК, ОПК, ПК)	Трудовая функция (профессиональный стандарт «Врач-торакальный хирург»)
	Знать:	Уметь:	Владеть:		
			медицинской помощи		

## **2. Аттестационные материалы**

### **2.1. Клинический разбор больного**

Ординатор проводит осмотр и опрос больного (жалобы, анамнез заболевания и жизни), знакомится с результатами лабораторных и инструментальных исследований, осмотров специалистов (изучает историю болезни) и формулирует клинический диагноз. Назначает комплексное лечение и дает рекомендации по профилактике болезни, диспансерному наблюдению.

При необходимости, участники клинического разбора задают дополнительные вопросы докладчику.

В заключение преподаватель подводит итог клинического разбора, приводит аргументы в пользу основного и сопутствующего клинического диагноза.

### **2.2. Тестовые задания и ситуационные задачи**

В тестовом задании ординатору дается тестовый контроль и ситуационные задачи, согласно темам, обозначенных в кодификаторе

#### **Примеры тестовых вопросов и ситуационных задач по дидактическим единицам.**

#### **ДЕ 1. Организация медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов грудной полости.**

##### **1. При оказании медицинской помощи пациент имеет право**

- а) на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении
- б) на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
- в) на отказ от медицинского вмешательства
- г) на получение информации о своих правах и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья
- д) на возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи
- е) на допуск к нему адвоката или иного законного представителя, допуск к нему священнослужителя
- ж) все вышеперечисленное

##### **2. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет**

- а) средств местной администрации
- б) средств государственных предприятий учреждений
- в) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений
- г) средств граждан

##### **3. Высокотехнологичная медицинская помощь:**

- а) обособлена в своем определении и анализе
- б) является частью специализированной медицинской помощи
- в) является частью системы государственных гарантий граждан РФ
- г) устанавливается в ежегодно корректируемых объемах в ЛПУ
- д) устанавливается согласно программе ОМС

**4. Какие из перечисленных видов медицинских осмотров для рабочих, состоящих**

**под диспансерном наблюдением, необходимы**

- а) предварительные (при поступлении на работу)**
- б) периодические (в период работы)**
- в) целевые (на выявление заболеваний определенной нозологии)**
- г) после снятия с соответствующей группы инвалидности**

**5. Ворота гортани образованы**

**а) надгортанником, верхушками черпаловидных хрящей и черпалонадгортанными складками**

- б) щитовидным и черпаловидными хрящами**
- в) перстневидным и черпаловидными хрящами**
- г) щитовидным и перстневидным хрящами**
- д) перстневидным хрящом и первым трахеальным кольцом**

**6. Возвратные нервы иннервируют**

- а) гортань и трахею**
- б) глотку, гортань, трахею и пищевод (верхний отдел)**
- в) гортань и глотку**
- г) глотку и пищевод**
- д) щитовидную железу, гортань и глотку**

**7. Бифуркация трахеи у взрослых расположена на уровне**

- а) грудинного конца II ребра**
- б) грудинных концов II - III ребер**
- в) угла Людовика**
- г) грудинного конца IV ребра**

**8. Корень легкого проецируется на уровне**

- а) II-IV ребер**
- б) III-V ребер**
- в) IV-VI ребер**
- г) IV-V ребер**
- д) III-IV ребер**

**9. Наиболее важными в осуществлении акта дыхания являются**

- а) наружные межреберные мышцы**
- б) внутренние межреберные мышцы**
- в) диафрагма**
- г) мышцы живота**
- д) все одинаково важны**

**10. Анатомическими образованиями, прилежащими к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи, являются**

- а) легочные артерии**
- б) перикард и левое предсердие**
- в) легочные вены**
- г) перикард и правое предсердие**
- д) перикард и правый желудочек**

**11. По отношению к аорте пищевод в нижнегрудном его отделе располагается**

- а)зади от аорты**
- б)справа от аорты
- в)слева и спереди от аорты
- г)правильного ответа нет

**12. Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры**

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

**13. Блуждающий нерв вызывает**

- а) учащение сердечных сокращений и усиление систолы
- б) учащение сердечных сокращений и ослабление систолы
- в) урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы**
- г) урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы

**14.Появление венозного застоя у больного злокачественной опухолью грудной полости обусловлено**

- а) сдавлением правой легочной артерии
- в) прорастанием опухоли в непарную вену
- г) сдавлением верхней легочной вены справа
- д) сдавлением верхней полой вены**

**15. Грудной лимфатический проток впадает**

- а) в угол между левой внутренней яремной и левой подключичной венами**
- б) в непарную вену
- в) в верхнюю полую вену
- г) в левую плечеголовную вену

**16. Легочная связка образована**

- а) дубликатурой костальной плевры
- б) дубликатурой медиастинальной плевры**
- в) дубликатурой диафрагмальной плевры

**17. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться**

- а) с томографии легких
- б) с прицельной рентгенографии
- в) с бронхографии
- г) с суперэкспонированной рентгенографии
- д) с обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях**

**18. Обычный вдох начинается с сокращения:**

- а) внутренних межреберных мышц и мышц плечевого пояса;
- б) мышц груди и спины;
- в) наружных межреберных мышц и диафрагмы;**
- г) мышц шеи и внутренних межреберных мышц.

**19. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) состоит из:**

- а) дыхательного объема (ДО)+остаточного объема (ОО);
- б) дыхательного объема (ДО)+резервного объема вдоха (РОВд) ;
- в) дыхательного объема (ДО)+ резервного объема вдоха (РОВд)+ резервного объема выдоха (РОВвд);**
- г) дыхательного объема (ДО)+ резервного объема выдоха (РОВвд) + остаточного объема (ОО).

**20. При перерезке обоих блуждающих нервов дыхание:**

- а) становится редким и глубоким;**
- б) становится поверхностным и частым;
- в) не изменяется;
- г) прекращается.

**21. До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач?**

- а) до 10 дней
- б) до 15 дней**
- в) до 30 дней
- г) до 45 дней

**22. На какой максимальный срок может продлить ВК листок нетрудоспособности?**

- а) до 2 месяцев
- б) до 3 месяцев
- в) до 6 месяцев
- г) до 10 месяцев**
- д) до 4 месяцев

**23. На медико-социальную экспертную комиссию больного при реконструктивных операциях направляют не позднее:**

- а) 4 недель лечения
- б) 4 месяцев лечения
- в) 10 месяцев лечения
- г) 12 месяцев лечения**
- д) срок не установлен, и решение принимает лечащий врач

**24. Перечислите виды медицинской помощи, предоставляемые населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий:**

- а) первичная медико-санитарная помощь;
- б) неотложная медицинская помощь
- в) скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная);
- г) специализированная медицинская помощь, в том числе высо-котехнологичная;
- д) все выше перечисленные.**

**25. Право на получение листка нетрудоспособности имеют**

- а) граждане Российской Федерации**
- б) иностранные граждане, работающие в учреждениях РФ, независимо от форм собственности**
- в) учащиеся средних учебных заведений
- г) безработные граждане, состоящие на учете в органах труда и занятости

д) безработные граждане, не состоящие на учете в органах труда и занятости

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 72 лет.* Жалуется на одышку при умеренной ходьбе, кашель с мокротой, периодические боли за грудиной, головные боли.

*Анамнез.* Длительно и интенсивно курящий. Гипертоник. Стенокардия. В анамнезе инфаркт миокарда 7 лет назад. На приеме у терапевта был год назад. Рекомендации не выполняет, препараты «от давления» принимает вразнобой, нерегулярно, по самочувствию. Последний год усилился кашель, мокрота стала отходить хуже. При обследовании по поводу катаракты прошел флюорографию, где обнаружено шаровидное образование в верхней доле левого легкого. До этого флюорографию не проходил много лет.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. Питание снижено. Тургор кожи вялый. Грудная клетка бочкообразной формы. Дыхание равномерно ослаблено, единичные сухие хрипы с обеих сторон. ЧСС = 78 в 1 минуту, единичные экстрасистолы. АД 165/100. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Выраженное варикозное расширение вен обеих нижних конечностей.

*Обзорная рентгенограмма ОГК.* Слева во II сегменте определяется интенсивная тень с бугристыми, четкими контурами, диаметром до 5 см. Левый корень несколько расширен. Аорта уплотнена. Тень левого желудочка умеренно расширена.

#### Вопросы:

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия требуются для уточнения диагноза и лечебной тактики. Какие из них должны быть проведены на амбулаторном этапе.
3. Консультации каких специалистов необходимы.
4. Определить дальнейшую тактику ведения пациента.
5. Если в перспективе потребуется хирургическое лечение, то какая подготовка требуется, и что можно проводить амбулаторно.

#### Задача № 2.

У осужденного, находящегося в местах лишения свободы за совершенное преступление, при плановом флюорографическом обследовании был установлен диагноз: туберкулёз правого лёгкого под вопросом. При исследовании мокроты методом прямой микроскопии диагноз подтвердился (ВС+). Вместе с тем больной категорически отказался от госпитализации в противотуберкулёзное отделение тюремной больницы. Врач разъяснил возможные последствия отказа от госпитализации и лечения, социальную опасность данного заболевания, а также правовые нормы по принудительной госпитализации. Однако пациент не изменил своего решения и написал заявление на имя начальника колонии о категорическом отказе от госпитализации в тюремную больницу.

#### Вопросы:

1. Как следует поступить врачу в данной ситуации?
2. Установлены ли законодательством основания для оказания принудительной медицинской помощи?

#### Задача № 3.

В период очередного отпуска с 1 по 28 августа, работая на садово-огородном участке, мастер коммерческого предприятия получил перелом IV и V ребра. Был нетрудоспособен с 9 августа по 12 сентября.

#### Вопросы:

1. Будет ли в данном случае выдан ЛН?
2. С какого дня может быть выдан ЛН и на какой срок?

3. С какого дня нетрудоспособности может оплачиваться ЛН?

#### **Задача № 4.**

В связи с возникшим осложнением в послеоперационном периоде, пациент находился в стационаре торакальной клиники с 17 января по 15 марта. На проезд в хирургическую клинику, где проводилась операция и на обратную дорогу требуется 4 суток.

#### **Вопросы:**

1. Будет ли выдан в данном случае листок нетрудоспособности?
2. Если да, то на какой срок и кем согласно положениям он может быть выдан?

### **ЦЕ 2. Топографическая анатомия органов грудной полости**

**1. Надгрудинное межапоневротическое пространство располагается между фасциями шеи:**

- а) поверхностной и собственной
- б) собственной и лопаточно-ключичной**
- в) лопаточно-ключичной и внутришейной

**2. В предлестничном промежутке проходит:**

- а) подключичная артерия
- б) подключичная вена**
- в) плечевое сплетение

**3. В межлестничном промежутке проходят:**

- а) подключичные артерия и вена
- б) подключичная артерия и плечевое сплетение**
- в) подключичная вена и плечевое сплетение

**4. Назовите нерв, располагающейся в пищеводно-трахеальной борозде:**

- а) блуждающий нерв
- б) диафрагмальный нерв
- в) большой внутренностный нерв
- г) возвратный гортанный нерв**
- д) подъязычный нерв

**5. Где чаще всего удается обнаружить и выделить грудной проток для лимфосорбции:**

- а) в венозном углу Пирогова слева**
- б) в венозном углу справа
- в) в области левой внутренней яремной вены
- г) в области левой подключичной вены
- д) в области правой подключичной вены

**6. Расположение сосудов и нерва в межреберном сосудисто-нервном пучке сверху вниз следующее:**

- а) артерия, вена, нерв
- б) вена, артерия, нерв**
- в) нерв, артерия, вена
- г) вена, нерв, артерия

**7. В воротах левого легкого главный бронх и легочные сосуды располагаются сверху вниз в следующем порядке**

- а) артерия, бронх, вены
- б) бронх, артерия, вены
- в) вены, бронх, артерия

**8. В воротах правого легкого главный бронх и легочные сосуды располагаются сверху вниз в следующем порядке**

- а) артерия, бронх, вены
- б) бронх, артерия, вены
- в) вены, бронх, артерия

**9. Бронхиальные артерии в количестве 2-4 к каждому легкому являются ветвями:**

- а) внутренних грудных артерий
- б) грудного отдела аорты
- в) задних межреберных артерий

**10. Венозная кровь от легких оттекает в основном по бронхиальным венам, впадающим:**

- а) во внутренние грудные вены
- б) в межреберные вены
- в) в непарную и полунепарную вены

**11. Количество сегментов в правом легком равно:**

- а) 8
- б) 9
- в) 10
- г) 11
- д) 12

**12. Количество сегментов в левом легком чаще равно:**

- а) 8
- б) 9
- в) 10
- г) 11
- д) 12

**13. Капсула молочной железы образована:**

- а) собственной фасцией груди
- б) поверхностной фасцией
- в) ключично-грудной фасцией
- г) молочная железа лежит вне фасций

**14. Лимфатический узел Зоргиуса располагается:**

- а) над ключицей позади наружного края грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- б) по ходу внутренней грудной артерии
- в) в центре подмышечной впадины
- г) под наружным краем большой грудной мышцы на уровне 3-го ребра
- д) под краем широчайшей мышцы спины

**15. Внутренняя грудная артерия отходит от:**

- а) подмышечной артерии
- б) подключичной артерии**
- в) наружной сонной артерии
- г) дуги аорты
- д) плечеголового ствола

**16. Наиболее точное положение фронтальной плоскости, разделяющей средостение на передний и задний отделы - уровень:**

- а) задних поверхностей корней легких и задней стенки трахеи**
- б) середины трахеи и главных бронхов
- в) передних поверхностей корней легких

**17. Для людей с долихоморфной грудной клеткой характерно положение сердца:**

- а) вертикальное**
- б) косое
- в) поперечное

**18. Из четырех камер сердца, участвующих в образовании его передней поверхности, основной является:**

- а) левое предсердие
- б) левый желудочек
- в) правое предсердие
- г) правый желудочек**

**19. Вилочковая железа располагается:**

- а) в верхнем отделе переднего средостения**
- б) в нижнем отделе переднего средостения
- в) в верхнем отделе заднего средостения
- г) в нижнем отделе заднего средостения
- д) на границе переднего и заднего средостений

**20. Сзади к вилочковой железе прилежат анатомические образования:**

- а) нисходящая аорта и пищевод
- б) симпатический ствол и полунепарная вена
- в) плечеголовые вены, дуга аорты и перикард**
- г) грудной проток
- д) корень легкого

**21. Сзади и слева к верхней полой вене прилежит:**

- а) трахея**
- б) пищевод
- в) перикард и сердце
- г) вилочковая железа
- д) восходящая аорта

**22. Вдоль правой стенки верхней полой вены располагается:**

- а) корень правого легкого
- б) правый блуждающий нерв
- в) правый диафрагмальный нерв**
- г) грудная часть грудного протока
- д) правый симпатический нерв

**23. Непарная вена чаще впадает:**

- а) в переднюю стенку верхней полой
- б) в заднюю стенку верхней полой**
- в) в правую стенку верхней полой
- г) в левую стенку верхней полой
- д) определенного места впадения нет

**24. На передне-левой поверхности дуги аорты находятся:**

- а) правый блуждающий нерв
- б) левый блуждающий нерв**
- в) левый диафрагмальный нерв**
- г) правый диафрагмальный нерв
- д) левый симпатический ствол

**25. Левый возвратный гортанный нерв от левого блуждающего нерва обычно отходит:**

- а) выше дуги аорты
- б) на уровне передней стенки дуги аорты
- в) у нижнего края дуги аорты**
- г) на всех вышеперечисленных уровнях
- д) возвратный нерв в грудной полости от блуждающего не отходит

**26. Правый возвратный гортанный нерв от правого блуждающего нерва обычно отходит:**

- а) у верхнего края правой подключичной артерии
- б) у нижнего края правой подключичной артерии**
- в) на уровне корня легкого
- г) у места отхождения плечеголового ствола
- д) на уровне верхнего края дуги аорты

**27. Корень правого легкого сверху огибает:**

- а) дуга аорты
- б) верхняя полая вена
- в) правая плечеголовая вена
- г) непарная вена**
- д) грудной проток

**28. Находясь в предпозвоночной клетчатке, грудной проток в заднем средостении располагается между:**

- а) пищеводом и полунепарной веной
- б) грудной аортой и непарной веной**
- в) пищеводом и симпатическим стволом
- г) непарной и полунепарной венами
- д) задней поверхностью легкого и полунепарной веной

**29. Укажите расположение вилочковой железы:**

- а) на шее спереди и по бокам трахеи
- б) в заднем средостении
- в) в переднем нижнем средостении между грудиной и перикардом
- г) в переднем средостении между грудиной и плечеголовными венами**
- д) в переднем средостении под дугой аорты

**30. Сколько серозных полостей в грудной полости:**

- а) 1
- б) 2
- в) 3**
- г) 4
- д) 5

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

*Пациентка 67 лет.* Жалуется на резкую одышку, тяжесть в обеих половинах грудной клетки.

*Анамнез.* Шесть лет назад комбинированное лечение по поводу рака левой молочной железы. Полгода назад появился двухсторонний плевральный выпот, в котором обнаружены опухолевые клетки. Прошла три курса полихимиотерапии. В течение последней недели резкое ухудшение состояния, тяжесть в груди, одышка.

*Объективно.* Состояние тяжелое. Цианоз. Отеки на ногах. Дыхание ослаблено, больше слева. Почти по всем легочным полям тупой перкуторный звук.

*Обзорная рентгенограмма ОГК.* Оба гемиторакса субтотально затемнены за счет выпота в плевральных полостях. УЗИ ОГК: массивное скопление жидкости в обеих плевральных полостях, больше слева.

**Вопросы:**

1. В чем заключается неотложная помощь больной.
2. В каких межреберьях и по какой линии необходимо выполнять плевральные пункции.
3. Повреждения каких органов при этом следует остерегаться.

**Задача № 2.**

На рентгенограмме грудной клетки выявлено инородное тело в просвете правого главного бронха.

**Вопросы:**

1. Какие топографо-анатомические особенности трахеи и главных бронхов обуславливают попадание инородного тела чаще в правый, чем в левый бронх.

**Задача №3.**

При эзофагоскопии была повреждена задняя стенка пищевода на уровне второго сужения.

**Вопросы:**

1. Укажите, куда мог проникнуть эзофагоскоп?
2. В какое клетчаточное пространство могла попасть инфекция?

**Задача №4.**

У больного после автодорожной травмы груди образовался хилоторакс (лимфотечение) справа.

**Вопросы:**

1. Можно ли ориентировочно указать на уровень повреждения грудного лимфатического протока?

**Задача № 5.**

В хирургическое отделение доставлен пострадавший с ножевым ранением передней грудной стенки, явлениями острой кровопотери. Рана размером 2 см расположена в поперечном направлении в IV межреберном промежутке, кнаружи от

левого края грудины. При ревизии раны было обнаружено повреждение сосудов грудной стенки, париетальной плевры. Глубже лежащие образования не повреждены.

**Вопросы:**

1. Укажите, какие сосуды могли быть повреждены?

**Задача № 6.**

При обследовании у больного был выявлен экссудативный перикардит. Рекомендовано провести пункцию перикарда.

**Вопросы:**

1. Укажите место для пункции перикарда.
2. Какой синус будете пунктировать?
3. Какие синусы перикарда вы знаете, какие образования их формируют?

**Задача № 7.**

При обследовании больному был поставлен диагноз: "Диафрагмальная грыжа".

**Вопросы:**

1. Укажите, через какие отверстия и слабые места диафрагмы может выйти грыжа?

**Задача № 8.**

В хирургическую клинику поступил больной в тяжелом состоянии. При обследовании был поставлен диагноз: "Гангрена правого легкого". Больному выполнена правосторонняя пульмонэктомия.

**Вопросы:**

1. Укажите синтопию элементов корня правого легкого;
2. Порядок обработки элементов корня легкого;
3. Повреждения какого сосуда при обработке правого бронха может произойти?

**ДЕ 3. Оперативная хирургия органов грудной полости.**  
**Оперативные доступы.**

**1. При выполнении трахеотомии больному следует придать положение:**

- а) на спине: голова запрокинута кзади, под лопатки подложен валик
- б) на спине: голова повернута влево, под лопатки подложен валик
- в) на спине: голова повернута влево, правая рука оттянута вниз
- г) полусидя с запрокинутой кзади головой
- д) лежа на правом или левом боку

**2. Флегмоны какого клетчаточного пространства шеи могут осложниться задним медиастинитом:**

- а) надгрудинного межпозвоночного
- б) превисцерального
- в) ретро-висцерального (околопищеводного)
- г) поднижнечелюстного
- д) клетчаточные пространства шеи не сообщаются с клетчаткой заднего средостения

**3. По отношению к какому анатомическому образованию различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеотомии:**

- а) по отношению к перстневидному хрящу
- б) по отношению к щитовидному хрящу

- в) по отношению к подъязычной кости
- г) **по отношению к перешейку щитовидной железы**
- д) по отношению к кольцам трахеи – верхним, средним и нижним

**4. При вскрытии интрамаммарного абсцесса применяется разрез:**

- а) вертикальный
- б) **полукруглый под железой**
- в) поперечный
- г) **радиальный**

**5. При выполнении плевральной пункции иглу через межреберный промежуток следует проводить:**

- а) у нижнего края вышележащего ребра
- б) на середине расстояния между ребрами
- в) **у верхнего края нижележащего ребра**

**6. При поднадкостничной резекции ребра надкостница рассекается:**

- а) П-образно
- б) дугообразно
- в) линейным разрезом
- г) поперечным разрезом
- д) **Н-образно**

**7. При ушивании раны сердца накладываются швы:**

- а) **узловые или П-образные**
- б) узловые или непрерывный
- в) П-образные или непрерывный

**8. Для операции ушивания раны желудочка сердца истинны следующие три утверждения:**

- а) **швы следует накладывать атравматическими иглами**
- б) **на стенку сердца накладывают узловые швы**
- в) на стенку сердца накладывают непрерывный шов
- г) при наложении швов нельзя прокалывать эндокард
- д) **нельзя захватывать в шов крупные подэпикардальные артерии**

**9. Пункция перикарда выполняется наиболее часто в точке Ларрея. Укажите место ее расположения:**

- а) **между мечевидным отростком и левой реберной дугой**
- б) между мечевидным отростком и правой реберной дугой
- в) в 4-м межреберье слева от грудины

**10. При операциях на сердце чаще всего применяют доступы:**

- а) поперечные-чрездвухплевральные
- б) **срединную стернотомию**
- в) **левосторонний переднебоковой доступ в четвертом межреберье**
- г) торакофренотомию
- д) тораколапаротомию

**11. При операциях на легких применяют доступы:**

- а) **передне-боковые**
- б) **задне-боковые**

- в) боковые**
- г) срединную стернотомию
- д) чрездвухплевральные

**12. Для пластики пищевода используют:**

- а) тонкую кишку**
- б) толстую кишку
- в) большую кривизну желудка**
- г) эксплантаты (синтетические трубки)
- д) кожу

**13. При пункции плевральной полости вкол иглы производят по верхнему краю ребра в межреберье:**

- а) 6
- б) 7-8**
- в) 9
- г) 10
- д) 11

**14. При скоплении воздуха в плевральной полости прокол плевры производят спереди грудной клетки в межреберье:**

- а) 1
- б) 1-2
- в) 3-4**
- г) 5-6
- д) 7-8

**15. При поднадкостничной резекции ребра надкостница отделяется с задней его поверхности:**

- а) крючком Фарабефа
- б) остеотомом
- в) распатором Дуайена**
- г) изогнутым распатором Фарабефа
- д) ретрактором

**16. При экстраплевральной торакопластике рассекаются все слои грудной стенки, кроме:**

- а) подкожной клетчатки
- б) поверхностной и собственной фасции
- в) наружных мышц
- г) париетальной плевры**
- д) надкостницы и ребра

**17. Горизонтальная часть передне-бокового доступа к легким проходит по межреберью:**

- а) 3-му
- б) 4-му**
- в) 5-му
- г) 6-му
- д) 7-му

**18. Разрез мягких тканей при передне-боковом доступе к легким начинается по парастеральной линии от уровня ребра:**

- а) II
- б) III**
- в) IV
- г) V
- д) VI

**19. Разрез мягких тканей при задне-боковом доступе к легким начинается по паравертебральной линии на уровне остистых отростков грудных позвонков:**

- а) II-III
- б) III-IV**
- в) IV-V
- г) V-VI
- д) I-II

**20. Разрез грудной стенки при передне-боковом доступе заканчивается на уровне линии:**

- а) передней подмышечной
- б) средней подмышечной
- в) задней подмышечной**
- г) лопаточной
- д) паравертебральной

**21. При пульмонэктомии по поводу рака легкого обработка элементов корня легкого начинается с:**

- а) легочной артерии
- б) легочной вены**
- в) главного бронха
- г) зонального бронха
- д) зональной артерии

**22. При пульмонэктомии по поводу гангрены легкого обработка элементов его корня начинается с:**

- а) верхней легочной вены
- б) нижней легочной вены
- в) легочной артерии
- г) главного бронха**
- д) непарной вены

**23. Для доступа к сердцу проводят горизонтальную левостороннюю торакотомию по межреберью:**

- а) 2-му
- б) 3-му
- в) 4-му**
- г) 5-му
- д) 6-му

**24. Т-образный чрезплевральный доступ к сердцу предусматривает рассечение:**

- а) грудины
- б) левого межреберного промежутка**

- в) грудины и левого межреберного промежутка
- г) левого и правого межреберных промежутков
- д) ни один из вариантов

**25. При чрезгрудинной продольной торакотомии вскрывается:**

- а) левый плевральный мешок;
- б) правый плевральный мешок;
- в) не вскрывается левый плевральный мешок;
- г) не вскрывается правый плевральный мешок;
- д) **не вскрываются оба мешка;**

**26. При создании искусственного пищевода по Ру-Герцену кишечная трубка проводится:**

- а) позади грудины
- б) в переднем средостении
- в) в заднем средостении
- г) **впереди грудины под кожей**
- д) через левый и правый плевральные мешки

**27. По способу Еремеева трубка искусственного пищевода проводится:**

- а) впереди грудины под кожей
- б) **в ретростернальном клетчаточном пространстве**
- в) через левый плевральный мешок
- г) через переднее средостение
- д) через заднее средостение

**28. Правосторонний хилезный плеврит возникает при повреждении грудного протока на уровне:**

- а) Th2
- б) Th3
- в) Th4
- г) **Th5 и ниже**
- д) L1

**29. Левосторонний хилезный плеврит возникает при повреждении грудного протока на уровне позвонков:**

- а) L2
- б) Th12 - Th10
- в) Th10 - Th8
- г) Th8 - Th5
- д) **Th5 и выше**

**30. При пункции перикарда чаще пунктируют синус перикарда:**

- а) косой
- б) поперечный
- в) **передне-нижний**
- г) задне-нижний
- д) не имеет значения

## Ситуационные задачи

### Задача № 1.

*Женщина 48 лет.* Жалуется на затрудненное дыхание (затруднен вдох и выдох), периодически трудности при проглатывании пищи. Указанные явления в течение последних 2 лет, постепенно нарастают.

*Анамнез.* Около 4-5 лет назад был поставлен диагноз зоба. Обследовалась, было сказано, что зоб эутиреоидный. Никаких препаратов не принимала.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. Женщина пикнической конституции, повышенного питания. ИМТ = 31. При осмотре обращает на себя внимание асимметрия шеи с выпуклостью справа. Пальпаторно там же определяется овальное эластическое образование до 5х6 см, смещаемое при глотании. В остальном без особенностей.

*Лучевое обследование.* Легочные поля прозрачны. Сердце «лежачее». Справа в переднем средостении гомогенная овоидная тень, до 8х8 см. Слева – тень такого же характера, достигающее уровня дуги аорты. При контрастировании пищевода последний в шейно-грудном отделе отклонен кзади. КТ: Справа в проекции доли щитовидной железы овальная тень, книзу истончающаяся и уходящая в заднее средостение справа и слева. Пищевод отклонен влево. Сосудистый пучок в средостении смещен кпереди и влево.

**Вопросы:**

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия требуются для уточнения диагноза и лечебной тактики.
3. Консультации каких специалистов необходимы.
4. Определить дальнейшую тактику ведения пациента.
5. Какой хирургический доступ потребуется при хирургическом вмешательстве.

**Задача № 2.**

В травмпункт обратился пациент с жалобами на наличие раны на грудной клетки, боли в области раны, одышку. Из анамнеза известно, что 1 час назад получил удар ножом в левую половину грудной клетки от неизвестного лица на улице.

При осмотре: в левой половине грудной клетки, в области V межреберья имеется колото-резанная рана 1,5 x 1,0 см, без признаков кровотечения; дыхание частое, поверхностное; АД 90/70 мм рт ст.; PS 112 ударов в минуту, аритмичный. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки выявлено увеличение тени сердца – трапецевидная форма.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какими должны быть действия врача?
3. Как называется необходимая больному операция? Какой доступ предпочтителен в данной ситуации?
4. Какие хирургические манипуляции должен выполнить хирург во время операции?
5. Чем должна быть закончена операция и как проконтролировать отсутствие остаточной крови в перикарде?

**Задача № 3.**

Больную в течение 2 недель беспокоил кашель, повышение температуры тела до 38 С. При обращении к врачу была выявлена правосторонняя пневмония, Лечилась амбулаторно, без видимого эффекта. В дальнейшем появились колющие боли в правой половине грудной клетке, усиливающиеся при дыхании и кашле, температура тела повысилась до 39 С, появилась тахикардия 96-98 ударов в минуту, одышка до 28 в минуту, цианоз. При перкуссии отмечено притупление перкуторного звука до IV ребра справа, ослабление дыхания над этой зоной.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В каком месте в этом случае необходимо пунктировать больную?
3. Какие функции выполняет плевральная пункция в данном случае?
4. Дальнейшая лечебная тактика. В случае необходимости оперативного вмешательства, какой доступ будет предпочтителен? Изложите принципы выбора оперативного доступа при вмешательствах на сердце и крупных сосудах грудной клетки.

#### **Задача № 4.**

Для наложения хирургических швов применяют режущие (трехгранные) и колющие (круглые) иглы.

#### **Вопросы:**

1. Объясните различие в формировании лигатурного канала этими хирургическими иглами.
2. Укажите назначение двугранной посадочной площадки у режущей иглы.

#### **Задача 4**

У больного З., 15 лет, рубцовый стеноз пищевода, неподдающийся бужированию.

#### **Вопросы:**

1. Какая восстановительная операция показана ему?
2. Какие органы могут быть использованы с этой целью?

#### **Задача № 5.**

У больного Н., 65 лет, бронхоэктатическая болезнь с локализацией бронхоэктазов в нижней доле правого легкого.

#### **Вопросы:**

1. Какая операция показана ему?
2. Какой доступ предпочтителен при этом?

### **ДЕ 4. Патоморфология и патогенез заболеваний легких**

**1. Наиболее часто способствует возникновению спонтанного пневмоторакса все перечисленное, кроме**

- а) разрыв субплевральной кисты
- б) разрыв врожденной или эмфизематозной буллы
- в) прорыв абсцесса легкого в плевральную полость
- г) спаечный процесс в результате перенесенного плеврита, пневмоний

**2. Где обычно выявляются бронхогенные кисты?**

- а) область периферических бронхов
- б) над диафрагмой
- в) переднее средостение, область крупных бронхов
- г) заднее средостение
- д) грудная стенка

**3. К врачу впервые обратился больной 50 летс единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить**

- а) бронхит острый
- б) бронхоэктатическую болезнь
- в) плеврит
- г) рак легкого
- д) бронхит хронический

**4. Переднее средостение является излюбленным местом локализации**

- а) энтерогенной кисты средостения
- б) бронхогенной кисты средостения
- в) целомической кисты перикарда
- г) лимфогранулематоза средостения**
- д) тимомы

**5. В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования**

- а) как липома средостения
- б) как невринома средостения**
- в) как паразитарная киста средостения
- г) как дермоидная киста средостения
- д) как мезотелиома локальная

**6. Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает**

- а) верхние доли обоих легких
- б) базальные сегменты нижних долей
- в) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого**
- г) среднюю долю
- д) отдельные сегменты обоих легких

**7. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол"**

- а) является характерным только для бронхоэктатической болезни
- б) может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры**
- в) более характерен для пороков сердца
- г) характерен для актиномикоза
- д) характерен для туберкулеза

**8. Реактивный экссудативный плеврит может быть**

- а) при острой пневмонии
- б) при поддиафрагмальном абсцессе
- в) при остром холецистите и панкреатите
- г) при септической пневмонии
- д) при всех перечисленных заболеваниях**

**9. При тампонаде сердца наблюдаются**

- а) снижение артериального давления
- б) цианоз лица
- в) расширение границ сердца
- г) глухость тонов
- д) все перечисленное**

**10. Пневмониеподобный рак, как правило**

- а) центральный рак
- б) периферический рак**

**11. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает**

- а) плоскоклеточный рак**
- б) железистый рак

- в) мелкоклеточный рак
- г) крупноклеточный рак

**12. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить**

- а) с доброкачественными опухолями легкого
- б) с метастазами
- в) с эхинококковой кистой
- г) с туберкулезом
- д) **все ответы верны**

**13. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место в следующей системе**

- а) центральной нервной системе
- б) сердечно-сосудистой системе
- в) **системе органов кровообращения**
- г) пищеварительной системе
- д) иммунной системе

**14. Клиническая картина бронхоэктатической болезни зависит от:**

- а) стороны поражения дыхательной системы
- б) **выраженности, распространенности бронхоэктазов**
- в) врожденных пороков желудочно-кишечного тракта
- г) наследственности
- д) состояния сердечно-сосудистой системы

**15. К патогенетическим факторам формирования деформаций грудной клетки не относится:**

- а) хондродисплазия реберных хрящей
- б) **родовая травма**
- в) укорочение грудино-диафрагмальной связки
- г) избыточный рост реберных хрящей
- д) хондродисплазия грудины

**16. Укажите, какой фактор не влияет на возникновение бронхоэктатической болезни:**

- а) дизонтогенетический
- б) **опухоли средостения**
- в) воздушно-капельные инфекции
- г) инородные тела
- д) туберкулез легких

**17. Для синдрома (триады) Картангенера не характерно:**

- а) дэкстракардия
- б) **стеноз трахеи**
- в) полисинусит
- г) бронхоэктазы
- д) правильно все

**18. Что является главным в основе патогенеза острой гнойной деструктивной пневмонии?**

- а) наследственность

- б) неблагоприятное течение беременности
- в) алиментарный фактор
- г) вредные привычки
- д) свойства возбудителя

**19. Укажите классификацию бронхоэктазов по генезу:**

- а) приобретенные, врожденные
- б) цилиндрические, мешотчатые
- в) односторонние, двусторонние
- г) дизонтогенетические, кистовидные
- д) диффузные, локальные

**20. В какой синдром входит воронкообразная деформация грудной клетки?**

- а) синдром Иценко-Кушинга
- б) синдром Дауна
- в) синдром Марфана
- г) синдром Картагенера
- д) синдром Ледда

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

В судебном морге проведено вскрытие трупа неизвестного *мужчины 60-65 лет*, погибшего от отравления неизвестным ядом (предположительно алкогольные суррогаты).

*При исследовании органов грудной полости обнаружено:* В грудной полости выраженный спаечный процесс. Резкое запыление легких, эмфизема, в корнях легких фиброз и плотные, черные, местами кальцинированные лимфатические узлы. В паренхиме множественные мелкие (до 0,3-0,5 см) плотные черные очажки. В верхушках обоих легких фиброз и плотные кальцинированные очаги до 0,5-0,8 см. В IXS правого легкого опухолевый узел до 4х5 см с центральным распадом.

*Гистологическое исследование:* опухолевый узел имеет строение плоскоклеточного неороговевающего рака; в паренхиме резкое запыление, пневмосклероз, эмфизема, антракотические узелки. В верхушках фиброз, плотные очаги с кальцинатами, эмфизематозные буллы.

**Задание:** на основании имеющейся информации восстановить картину жизни и болезней умершего

#### Задача №2.

*Больной К., 72 лет, пенсионер, жалуется на кашель с выделением гнойной мокроты, приступы удушья, возникающие по утрам, слабость, одышку при ходьбе, периодическое повышение температуры до 37,6—37,7°С.*

Считает себя больным 20 лет, когда после пневмонии продолжал кашлять, периодически кашель усиливался, выделялась слизисто-гнойная мокрота, повышалась температура. В последние 10 лет ежедневно по утрам выделяет до 50 мл гнойной мокроты, в период обострения – более 100 мл. Неоднократно лечился в терапевтическом и пульмонологическом отделениях. После стационарного лечения чувствовал себя лучше.

В последние годы при обострениях стали возникать приступы удушья, которые проходили после приема алулента и отхаркивания мокроты.

*При осмотре:* состояние удовлетворительное, кожные покровы и слизистые оболочки обычного цвета, пульс 80 в 1 мин, ритмичный. В сердце – возрастные изменения. Грудная клетка увеличена в переднезаднем направлении, межреберные промежутки втягиваются при вдохе. ЧД 22 в 1 мин. *Перкуторно* легочный тон с коробочным оттенком с обеих сторон.

*Аускультативно* дыхание жесткое, единичные сухие хрипы на выдохе, влажные, звучные, мелко- и крупнопузырчатые хрипы в нижних отделах легких и в межлопаточной области.

Живот мягкий, безболезненный. Пальцы в виде барабанных палочек.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования могут подтвердить Ваш диагноз?
3. Ваша врачебная тактика?

**Задача № 3.**

*Больная Ч., 40 лет*, поступила в клинику в связи с обострением хронического бронхита, с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку при физическом напряжении, потливость, субфебрильную температуру, осиплость голоса.

*При осмотре:* диффузный цианотический оттенок кожных покровов, акроцианоз, пастозность лица и голеней. Грудная клетка эмфизематозно расширена, экскурсия ее снижена. Межреберные промежутки сглажены, а надключичные ямки втянуты. При пальпации грудной клетки выявляется ее ригидность. *Перкуторно* над легкими коробочный звук, нижние границы легких опущены книзу на 1 ребро, экскурсия легочного края между максимальным вдохом и выдохом составляет  $\pm 2$  см. Голосовое дрожание и бронхофония снижены. *Аускультативно* в легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы с обеих сторон, дыхание ослабленное с жестковатым оттенком, удлинено на выдохе. ЧД 28 в 1 мин. Тоны сердца значительно приглушены, акцентирован II тон над легочной артерией, тахикардия. ЧСС 108 в 1 мин. АД 17,3/11,3 кПа (130/85 мм рт. ст.). Пальпируется увеличенная печень, выступающая из-под реберного края на 2 см, поверхность ее ровная, безболезненная. Печень плотная, край ее закруглен. Границы по Курлову 11-12-10 см.

**Вопросы:**

1. Какие визуальные и физические признаки (симптомы) бронхиальной обструкции?
2. Ваш полный предварительный диагноз?
3. Какие признаки легочно-сердечной недостаточности?
4. Какие необходимы методы обследования?

**Задача № 4.**

*Больной К., 64 лет*, поступил в клинику с жалобами на кашель, отделение слизистой мокроты с прожилками алой крови, усиливающуюся одышку, периодическую боль в правой половине грудной клетки, потерю в массе тела (7 кг за 3 мес), субфебрилитет, общую слабость.

Болеет 3 мес. Курит с детства. Работает в запыленных условиях. Ухудшение состояния отмечает в последние 2,5-3 мес, когда появились вышеуказанные симптомы.

*При осмотре:* больной пониженного питания, кожа бледная, одышка в покое. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, там же определяется небольшое выпячивание грудной клетки. При перкуссии справа соответственно нижней трети легких притупление с косой верхней границей, идущей к подмышечной впадине. При аускультации в зоне притупления резкое ослабление дыхания, а в нижних отделах – его отсутствие, рассеянные сухие хрипы на остальном протяжении.

*Анализ крови:* л.  $18 \times 10^9/\text{л}$ , п. 18%, СОЭ 54 мм/ч.

*Результаты рентгенологического исследования:* затемнение справа со смещением средостения влево.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие заболевания следует исключить?
3. Ваша врачебная тактика?

**ДЕ 5.Респираторные и нереспираторные функции легких.**  
**Дыхательная недостаточность.**

- 1. При хроническом бронхите отмечается кашель с мокротой**
  - а) 2 мес. не менее 2-х лет
  - б) 3 мес. не менее 2-х лет**
  - в) 3 мес. не менее 3-х лет
  - г) 4 мес. не менее 3-х лет
  
- 2. Одна из причин развития дыхательной недостаточности обструктивного типа это:**
  - а) спадение бронхиол при утрате легкими эластических свойств;**
  - б) нарушение синтеза сурфактанта;
  - в) пневмония;
  - г) пневмоторакс.
  
- 3. При обследовании вентиляционной функции легких у больного выявлены следующие показатели: ДО ↓, МОД ↑, МАВ ↓, МВЛ ↓, РД ↓, Ровд ↓, ЖЕЛ ↓, Ровьд ↓, ОЕЛ ↓, ООЛ ↓, ОВФ1с ↓, инд. Тиффно 90%. Для каких заболеваний характерны такие показатели?**
  - а) эмфизема легких;
  - б) пневмония;
  - в) бронхиальная астма;
  - г) обструктивный бронхит.**
  
- 4. Наиболее вероятная причина тахипноэ это:**
  - а) гипероксия;**
  - б) повышение АД;
  - в) понижение возбудимости дыхательного центра;
  - г) повышение возбудимости дыхательного центра.
  
- 5. Причиной нарушения диффузной способности легких является:**
  - а) обтурация ветвей легочной артерии;
  - б) утолщение альвеоло-капиллярной мембраны;**
  - в) отек слизистой бронхов;
  - г) расстройство перфузии.
  
- 6. При каком заболевании развивается гиповентиляционная ДН, типа II:**
  - а) вдыхание токсических газов;
  - б) бронхопневмонии;
  - в) интерстициальный отек легких;**
  - г) бронхоэктатическая болезнь.
  
- 7. Какие изменения показателей внешнего дыхания характерны для тяжелой ДН (3 стадии):**
  - а) понижение ЖЕЛ;**
  - б) повышение ЖЕЛ;
  - в) повышение МОД;

г) понижение МОД.

**8. Причиной респираторного дистресс-синдрома взрослых является:**

- а) эмфизема легких;
- б) хронический обструктивный бронхит;
- в) болезни иммунной аутоагрессии;**
- г) стеноз гортани.

**9. Причиной нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений, приводящей к локальной гиповентиляции легких является:**

- а) тромбоз легочной артерии;
- б) нарушение растяжимости легких;**
- в) обтурация ветвей легочной артерии;
- г) спазм мышц стенок ветвей легочной артерии.

**10. Нарушение диффузных свойств альвеоло-капиллярных мембран играет основную роль в развитии дыхательной недостаточности при:**

- а) интерстициальном отёке легкого;
- б) нарушении синтеза сурфактанта;**
- в) бронхиальной астме;
- г) отеке гортани.

**11. Укажите показатель индекса Тиффно при бронхиальной астме:**

- а) 90%;
- б) 80%;
- в) 50%;**
- г) 85%.

**12. Компенсаторный механизм, обеспечивающий нормальный газовый состав крови при ДН это:**

- а) гипервентиляция;**
- б) гиповентиляция;
- в) замедление кровотока;
- г) уменьшение МОС.

**13. Начальное и ведущее звено в патогенезе респираторного дистресс-синдрома взрослых это:**

- а) легочная артериальная гипертензия;
- б) отек легких;
- в) уменьшение количества сурфактанта;
- г) повышение проницаемости сосудов легких для белка.**

**14. Нарушения вентиляции легких, как правило, развиваются по обструктивно-**

**рестриктивному (смешанному) типу при:**

- а) пневмонии;
- б) хроническом обструктивном бронхите;
- в) плеврите;
- г) эмфиземе легких.**

**15. Показатель индекса Тиффно у больных эмфиземой легких составляет:**

- а) 90%;
- б) 80%;

- в) 70%;
- г) **50%.**

**16. К интрапульмональным причинам ДН относятся:**

- а) **нарушения вентиляционно-перфузионных соотношений;**
- б) нарушение эфферентной регуляции дыхательных мышц и диафрагмы;
- в) поражение дыхательных мышц;
- г) нарушения дыхательных экскурсий грудной клетки.

**17. Одним из проявлений рестриктивных нарушений является:**

- а) участие вспомогательных дыхательных мышц;
- б) затрудненный выдох;
- в) увеличение эластического сопротивления легких;
- г) **затруднённый вдох.**

**18. Назовите внелегочный этиологический фактор развития ДН:**

- а) обтурация просвета нижних дыхательных путей;
- б) поражение альвеолярной ткани;
- в) повышение ОЦК;
- г) **поражение ЦНС и периферической нервной системы.**

**19. Какое дыхание является терминальным?**

- а) Чейна-Стокса;
- б) **Куссмауля;**
- в) Биота;
- г) тахипноэ.

**20. При обследовании вентиляционной функции легких у больного выявлены следующие показатели: МОД ↑, МВЛ ↓, ЖЕЛ N, ОВФ1с ↓, инд. Тиффно ↓, МАВ ↓, РД ↓, ОЕЛ ↑. Для каких заболеваний они наиболее характерны?**

- а) пневмония;
- б) тяжелая эмфизема легких;
- в) **бронхиальная астма;**
- г) ателектаз легких.

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 50 лет. Жалобы на одышку в покое, непродуктивный кашель, общую слабость.*

*Анамнез. Курил свыше 30 лет, последние 3 года не курит. Одышка появилась 4 года назад, неуклонно прогрессирует. Лечится ингаляторами, которые дают временный эффект.*

*Объективно. Состояние средней тяжести. Одышка в покое до 28 в мин. Участие вспомогательной мускулатуры в дыхании. Акроцианоз Грудная клетка бочкообразная. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание равномерно ослаблено, рассеянные сухие хрипы. АД 150/110.*

*Отеки на нижних конечностях.*

*Обзорная рентгенограмма легких. Легкие эмфизематозны (горизонтальный ход ребер, выстояние верхушек легких). Рисунок прикорневой усилен. Тень сердца расширена преимущественно за счет правых отделов.*

#### Вопросы:

1. Диагноз.

2. Возможности медикаментозной терапии.
3. Возможности паллиативной и радикальной медицинской помощи.
4. Прогноз.

### Задача № 2.

*Больной В., 62 года*, поступил в стационар с жалобами на выраженную одышку при небольшой физической нагрузке, при подъеме менее чем на один этаж и при разговоре, постоянный кашель с мокротой. Кашель и одышку при умеренной физической нагрузке отмечает около 15 лет. Состояние ухудшилось около месяца: нарастает одышка, мокрота приобрела гнойный характер, в небольшом количестве, температура субфебрильная. Пользуется сальбутамолом 4-5 раз в день для уменьшения одышки. Курит около 40 лет по 20 сигарет в день и больше, работает преподавателем в училище.

*Объективно*: цианоз лица, ЧД 22, выдох удлиннен через сомкнутые губы, грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии легких коробочный звук, при аускультации свистящие хрипы над всей поверхностью легких. Тоны сердца приглушены, границы сердца не изменены, ЧСС 90 уд/мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий при пальпации безболезненный, печень не увеличена, отеков нет.

*Спирометрия*: ОФВ<sub>1</sub> - 36% от должных значений, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ - 66%

#### Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие изменения на рентгенограмме можно ожидать?
4. О чем свидетельствуют показатели спирометрии?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6. Составьте план лечения.

### Задача № 3.

*Больной 56 лет*, обратился с жалобами на одышку, с затруднением выдоха, возникающую при физической нагрузке, кашель с отхождением мокроты желтого цвета в небольшом количестве, слабость, повышение температуры до 37,4С. Из анамнеза заболевания: страдает хроническим бронхитом в течение 20 лет. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно в домашних условиях. Настоящее ухудшение около недели, когда стал отмечать ознобы, усиление кашля с мокротой желтого цвета, появилась одышка при обычной физической нагрузке.

*Из анамнеза жизни*: шахтерский стаж 15 лет, курит по 1,5 пачки папирос в день в течение 30 лет. *Объективно*: Общее состояние средней степени тяжести. Диффузный розовый цианоз, нормальная влажность кожи. Грудная клетка бочкообразной формы. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. ЧД 25 в мин. Голосовое дрожание симметрично с обеих сторон. *При перкуссии* - коробочный звук, нижние границы легких смещены вниз. В легких дыхание жесткое, над всеми легочными полями свистящие и жужжащие хрипы, усиливающиеся при глубоком дыхании. Бронхофония не усилена. Тоны сердца приглушены, правильного ритма и соотношения, частотой 88 в мин. АД 135/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезнен. Размеры печени по Курлову 987см. Симптом поколачивания отрицательный.

*Данные дополнительных методов исследования*:

1. ОАК: Нв – 135 г/л, эр. –  $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. –  $12,0 \times 10^9$ /л; э – 1%, п/я – 5%, с/я – 79%; л – 14%, м – 1%, СОЭ 12 мм/час.

2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность 1,020; белок – отр., ацетон – отр., лейкоц. – 0-1 в п.зр., эр – ед. в п.зр.

3. Рентгенография ОГК: расширение межреберных промежутков, повышенная воздушность легочной ткани, усиление легочного рисунка, опущение диафрагмы, границы сердца не смещены.

4. АЛТ – 0,34 ммоль/л, АСТ – 0,36 ммоль/л, общий белок - 70 г/л, глюкоза - 4,7 ммоль/л.

5. Спирометрия: ОФВ1-70%, ОФВ1/ФЖЕЛ-60%.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Объясните наличие лейкоцитоза в крови.
3. Механизм возникновения одышки.
4. Определите индекс курильщика.
5. Оцените результаты спирометрии.

**ДЕ 6. Факторы риска возникновения заболеваний органов дыхания**

**1. К несовместимой с жизнью врожденной аномалии относится**

- а) гипоплазия легкого
- б) агенезия трахеи**
- в) поликистоз легких
- г) секвестрация

**2. Что такое агенезия легкого?**

- а) отсутствие легкого с главным бронхом**
- б) отсутствие только паренхимы легкого
- в) эмфизематозно измененное легкое
- г) легочная секвестрация
- д) недоразвитие паренхимы легкого

**3. Что характерно для аплазии легкого?**

- а) отсутствие легкого с главным бронхом
- б) эмфизематозно измененная доля
- в) бронхоэктазы
- г) отсутствие паренхимы легкого при наличии зачатка главного бронха**
- д) недоразвитие паренхимы легкого

**4. Трахеобронхомегалия – это:**

- а) врожденное расширение трахеи и бронхов**
- б) хронический деформирующий бронхит
- в) синдром Хаммана – Рича
- г) кистозная форма бронхоэктазов
- д) синдром Картагенера

**5. Основной причиной врожденной лобарной эмфиземы являются:**

- а) аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха**
- б) аспирация мекония
- в) аномальное отхождение легочных сосудов
- г) опухоли средостения
- д) дефицит сурфактанта

**6. Назовите возможные механизмы повреждения тканей при аутоиммунных заболеваниях:**

- а) синтез провоспалительных цитокинов;**
- б) синтез противовоспалительных цитокинов;
- в) инфильтрация клетками и их активация;**
- г) синтез реакинов;

- д) дегрануляция тучных клеток;
- е) **активация системы комплемента.**

**7. Назовите возможные механизмы повреждающего действия дыхательных путей макрофагами:**

- а) **NO;**
- б) **фактор роста фибробластов;**
- в) гиалуронидаза;
- г) гистамин.

**8. Какие проявления характерны для анафилаксии?**

- а) **отек верхних дыхательных путей;**
- б) **отек легких;**
- в) **отек кожи;**
- г) парез дыхательной мускулатуры;
- д) диарея.

**9. Какие симптомы характерны для миастении гравис?**

- а) деменция;
- б) депрессия;
- в) **парез лицевого нерва;**
- г) **дыхательная недостаточность;**
- д) **птоз.**

**10. К факторам, вызывающим профессиональные заболевания, относятся:**

- а) химические и биологические
- б) промышленные аэрозоли
- в) физические
- г) перенапряжение отдельных органов и систем
- д) **все перечисленное**

**11. К профессиональным заболеваниям пылевой этиологии относятся все, кроме:**

- а) антракосиликоза
- б) пылевого бронхита
- в) талькоза
- г) **интоксикации марганцем**
- д) пневмокониоза сварщика

**12. К профессиям, при которых возможно развитие сидеросиликоза, относятся все перечисленные, исключая:**

- а) **рабочих литейных цехов**
- б) шахтеров железорудных шахт
- в) рабочих металлургических заводов черной металлургии
- г) **правильный ответ б) и в)**
- д) все перечисленные

**13. Наиболее характерным видом поражения слизистой оболочки бронхов для пылевого воздействия является:**

- а) **атрофический**
- б) гипертрофический
- в) катаральный

- г) гипотрофический
- д) все перечисленные

**14. К видам пыли, вызывающим развитие аллергического экзогенного альвеолита,**

**относятся:**

- 1)асбестовая;
  - 2)злаковая;
  - 3)кварцевая;
  - 4)шерстяная;
  - 5)древесная
- а) если верно 1, 2 и 3
  - б) если верно 2, 3 и 4
  - в) если верно 3, 4 и 5
  - г) если верно 2, 4 и 5**
  - д) если верно 1, 3 и 5

**15. К пылям, вызывающим развитие силикоза, относятся:**

- а) электросварочный аэрозоль
- б) кварцевая (содержащая свободный диоксид кремния)**
- в) древесная
- г) пыль шерсти
- д) хлопковая

**16. К достоверным канцерогенам относятся следующие органические вещества:**

- 1)бензидин;
  - 2)ксилол;
  - 3)битум;
  - 4)бензпирен;
  - 5)хлорамин;
  - б)продукты сжигания дизельного топлива
- а) если верно 1, 2 и 3**
  - б) если верно 2, 3 и 4
  - в) если верно 3, 4 и 5
  - г) если верно 4, 5 и 6
  - д) если верно 1, 2 и 4

**17. К достоверным канцерогенам относятся следующие металлы:**

- 1)цинк;
  - 2)кадмий;
  - 3)кобальт;
  - 4)мышьяк;
  - 5)никель;
  - б)хром
- а) если верно 1, 2 и 3
  - б) если верно 2, 3 и 4**
  - в) если верно 3, 4 и 5
  - г) если верно 4, 5 и 6
  - д) если верно 1, 2 и 4

**18. Рак легких могут вызвать все перечисленные вещества, кроме:**

- а) бенз(а)пирена
- б) хрома
- в) парафина**
- г) никеля
- д) асбеста

**19. Раком легкого чаще болеют:**

- а) женщины
- б) мужчины**
- в) в равной мере и те, и другие

**20. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся:**

- а) имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем
- б) больные хроническим бронхитом
- в) длительно и много курящие
- г) все варианты верны**
- д) нет верного ответа

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

*Мужчина 24 лет.* Поступил в неотложном порядке с жалобами на боль правой половине грудной клетки, резкую одышку, учащенное сердцебиение, слабость.

*Анамнез.* Два часа назад при натуживании почувствовал внезапную резкую боль в правой половине грудной клетки, резкую одышку. Вызвал скорую помощь. Указывает, что два года назад был подобный приступ, но меньшей интенсивности. Тогда все постепенно прошло. Курит с 13 лет. Три раза болел пневмониями (стороны не помнит).

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. Питание снижено. Резко астеническая конституция. Грудная клетка рахитической формы. Дыхание справа не выслушивается, слева везикулярной дыхания, единичные сухие хрипы. ЧД = 28 в 1 мин., дыхание поверхностное. ЧСС = 78 в 1 минуту, АД 110/70.

*Обзорная рентгенограмма ОГК.* Справа легочный рисунок не прослеживается. Легкое в тотальном коллапсе. Средостение смещено влево.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. В чем заключается неотложная помощь больному.
3. Какие факторы риска в возникновении этого заболевания у данного пациента.
4. Дать рекомендации по дальнейшей тактике ведения данного пациента, образу жизни.

**ДЕ 7. Эндоскопические и функциональные методы диагностики заболеваний органов грудной полости. Методы этиологической диагностики заболеваний органов грудной полости.**

**1. При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод**

- а) не имеющий никакого значения
- б) имеющий значение для уточнения диагноза
- в) имеющий лечебное значение**
- г) имеющий лечебное и диагностическое значение
- д) имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

**2. Показаниями к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является**

- а) статус астматикус
- б) легочное кровотечение
- в) гемангиома
- г) инородное тело бронха
- д) **рак легкого**

**3. Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является**

- а) **диссеминированные заболевания легких**
- б) легочное кровотечение
- в) центральный рак легкого
- г) статус астматикус
- д) инородное тело бронха

**4. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1.5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38°С. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. Наиболее вероятный диагноз**

- а) рак легкого
- б) бронхоэктатическая болезнь
- в) абсцесс легкого
- г) **аспирацию инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза**

**5. Больному следует рекомендовать**

- а) удаление нижней доли правого легкого
- б) **диагностическую бронхоскопию, удаление инородного тела и в последующем повторные лечебные бронхоскопии**
- в) удаление правого легкого
- г) консервативную терапию: противовоспалительные средства, ингаляция, отхаркивающие средства и др.

**6. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является**

- а) плевральная пункция
- б) назотрахеальная катетеризация
- в) микротрахеостома
- г) **лечебная бронхоскопия**
- д) дренирование плевральной полости

**7. У больной 30 лет имеются жалобы на выраженную одышку, появившуюся 3 месяца назад, общую слабость. Температура нормальная, кашля нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. На**

рентгенограммах легких с обеих сторон множественные мелкоочаговые тени, создающие сетчатость легочного рисунка.

**Заключение:** диссеминированный процесс в легких неясной этиологии. При бронхоскопии бронхиальное дерево не изменено. Наиболее достоверным методом диагностики будет

- а) бронхоскопия и пункционная биопсия бифуркационных лимфоузлов
- б) прескаленная биопсия
- в) медиастиноскопия
- г) "малая торакотомия" и биопсия легкого
- д) **чрезбронхиальная биопсия легочной ткани**

**8. Мокроту для бактериологического исследования собирают в**

- а) сухую пробирку
- б) сухую банку
- в) стерильную пробирку
- г) **стерильную банку**

**9. Эластические волокна в мокроте определяются при**

- а) бронхиальной астме
- б) бронхите
- в) **абсцессе легкого**
- г) очаговой пневмонии

**10. В анализе крови при абсцессе легкого определяется лейкоцитоз**

- а) базофильный
- б) **нейтрофильный**
- в) эозинофильный

**11. Бронхиальная обструкция выявляется с помощью**

- а) **спирографии, пневмотахографии**
- б) бронхоскопии
- в) исследования газов крови
- г) рентгенографии легких
- д) ангиопульмонографии

**12. При поражении саркоидозом мышцы сердца чаще наблюдаются следующие симптомы:**

- 1. боли в области сердца, повышение артериального давления;
- 2. боли в области сердца, понижение артериального давления;
- 3. боли в области сердца, изменение артериального давления, углубление зубца Q на электрокардиограмме;
- 4. боли в области сердца, признаки нарушения внутрижелудочковой проводимости на электрокардиограмме

- а) если правильный ответ 1,2 и 3
- б) если правильный ответ 1 и 3
- в) если правильный ответ 2 и 4
- г) **если правильный ответ 4**
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4

**13. Туберкулезная этиология плеврита доказывается:**

- 1. обнаружением микобактерий туберкулеза в плевральном экссудате и мокроте;

**2. обнаружением клеток туберкулезной гранулемы в биоптате плевры;**  
**3. обнаружением признаков туберкулеза легких, бронхов или внутригрудных лимфатических узлов;**

**4. наличием контакта с больным туберкулезом**

**а) если правильный ответ 1,2 и 3**

б) если правильный ответ 1 и 3

в) если правильный ответ 2 и 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильный ответ 1,2,3 и 4

---

**14. В норме процент фракции выброса левого желудочка, измеренный по формуле Тейхольца составляет**

а) менее 60%

б) 30%

**в) более 60%**

г) от 20 до 50%

д) от 30 до 50%

**15. К эхокардиографическим признакам тампонады сердца относятся:**

**1. дилатация нижней полой вены;**

**2. отсутствие реакции нижней полой вены на вдох;**

**3. высокая степень зависимости скорости кровотока на клапане от акта дыхания (более 30%);**

**4. уменьшение объемов полостей сердца и нарушение систолической функции**

а) если правильны ответы 1,2 и 3

б) если правильны ответы 1 и 3

в) если правильны ответы 2 и 4

г) если правильный ответ 4

**д) если правильны ответы 1,2,3,4**

**16. При раке легкого в мокроте определяют**

а) атипичные клетки

б) спирали Куршмана

в) микобактерии

г) кристаллы Шарко-Лейдена

**17. При рестриктивных нарушениях вентиляции наиболее часто уменьшается следующий показатель легочной вентиляции:**

а) дыхательный объем

б) остаточный объем легких

**в) жизненная емкость легких\***

г) общая емкость легких

д) функциональная остаточная емкость легких

**18. Какое исследование необходимо выполнить для оценки проницаемости кислорода через альвеолярную мембрану**

а) бодиплетизмография

б) сцинтиграфия

**в) диффузионная способность легких**

**19. Какие цифры считаются нормальными для давления в легочной артерии**

**а) 28-30 мм рт ст**

- б) 50-60 мм рт ст
- в) 100-200 мм Н2О ст
- г) 28-30 мм Н2О ст

**20. К числу «неотложных» диагностических мероприятий при подозрении на тромбоэмболию легочной артерии необходимо отнести все кроме**

- а) ЭКГ
- б) исследование функции внешнего дыхания**
- в) рентгенографию грудной клетки
- г) ангиопульмонографию
- д) Д-димер

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 45 лет.* Жалобы на выраженную постоянную одышку, неуклонно прогрессирующую в течение последних 2 лет.

*Анамнез.* Одышка появилась около 5 лет назад. Неоднократно обращался к врачам, получал таблетки, ингаляторы с временным эффектом. При рентгеновском обследовании отмечали диффузные изменения в легких (рентгеновского архива нет). Курил более 20 лет, последние 3 года не курит.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. Питание снижено. Астеническая конституция. Грудная клетка рахитической формы. Дыхание везикулярное, равномерно ослабленной с обеих сторон, единичные сухие хрипы. ЧД = 24 в 1 мин. ЧСС = 72 в 1 минуту, АД 145/90.

*Лучевое обследование.* По всем легочным полям деформация рисунка, множественные интерстициальные тяжи, узелки, мелкие буллы. Уплотнение корней легких. Тень сердца несколько расширена за счет правых отделов. Местами в паренхиме участки по типу «матовых стекол».

#### **Вопросы:**

1. Предположительный диагноз.
2. Показания к эндоскопическому исследованию.
3. Какой порядок эндоскопических биопсийных методов следует предпочесть.
4. Прогноз заболевания.

### **ДЕ 8. Лучевая диагностика заболеваний органов грудной полости.**

**1. Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует**

- а) тотальной пневмонии
- б) скоплению жидкости в плевральной полости или напряженному пневмотораксу**
- в) гипоплазии легкого
- г) ателектазу легкого

**2. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться**

- а) с томографии легких
- б) с прицельной рентгенографии
- в) с бронхографии
- г) с суперэкспонированной рентгенографии
- д) с обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях**

3. Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан исключить

- а) рак легкого
- б) доброкачественную опухоль
- в) эмфизему легкого
- г) инородное тело
- д) кисту легкого

4. Справа в кардиодиафрагмальном углу у больной 40 лет определяется патологическая тень. Наиболее часто такую тень дают

- а) лимфогранулематоз средостения
- б) рак легкого
- в) парастернальная липома и целомическая киста перикарда
- г) аневризма сердца

5. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктатической болезни является

- а) бронхография
- б) рентгенография
- в) рентгеноскопия
- г) томография
- д) компьютерная томография

6. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является

- а) боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
- б) боль в предреберье
- в) пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании
- г) ослабленное дыхание на стороне травмы
- д) общее тяжелое состояние больного

7. Больной 22 лет. При флюорографии выявлено шаровидное образование верхней доли левого легкого. Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Предыдущая флюорография 3 года назад – норма. Из анамнеза известно, что служил в пограничных войсках в Таджикистане. Предполагаемый диагноз.

- а) рак легкого
- б) туберкулома
- в) паразитарная киста
- г) абсцесс легкого

8. При обнаружении у пациента во время флюорографического исследования небольшого шаровидного затемнения в легком вы должны

- а) уточнить морфологический характер опухоли
- б) выяснить, когда производилось предпоследнее рентгенологическое исследование, и что оно показало
- в) ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли
- г) применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли
- д) выполнить все вышеперечисленное

**9. При каких заболеваниях наблюдается быстрая динамика размеров сердечно-сосудистой тени:**

- а) миокардит
- б) легочное сердце
- в) экссудативный перикардит**
- г) миокардиодистрофия

**10. В среднем этаже переднего средостения часто локализуется:**

- а) внутригрудной зоб
- б) тимома**
- в) киста перикарда
- г) бронхогенная киста

**11. Наиболее характерные признаки пареза диафрагмы:**

- а) высокое расположение её
- б) смещение срединной тени
- в) смещение срединной тени при дыхании больного
- г) парадоксальное движение диафрагмы**

**12. Крупные обызвествления говорят о доброкачественной природе образования средостения при:**

- а) опухоли щитовидной железы**
- б) неврогенной опухоли
- в) всех образований, имеющих обызвествления

**13. Какие образования средостения дают скорлупообразное обызвествление?**

- а) целомическая киста перикарда
- б) бронхогенная киста**
- в) энтерогенная киста
- г) неврогенные образования

**14. При саркоидозе Бека наиболее характерно увеличение лимфоузлов:**

- а) паратрахеальных
- б) бифуркационных
- в) трахеобронхиальных
- г) бронхопульмональных**

**15. Смещение патологической тени при глотании характерно для:**

- а) дермоидов средостения
- б) опухоли вилочковой железы
- в) за грудиного зоба**
- г) бронхогенной кисты

**16. Пневмоторакс при рентгенологическом исследовании относится к:**

- а) синдрому тотального затемнения**
- б) синдрому кольцевидной тени
- в) синдрому обширного просветления

**17. Тотальное затемнение легочного поля без смещения органов средостения характерно для**

- а) цирроза легкого**
- б) фибротракса

- в) экссудативного плеврита
- г) ателектаза легкого
- д) пневмонии

**18. Смещение средостения в здоровую сторону характерно для**

- а) центрального рака легкого
- б) экссудативного плеврита
- в) ателектаза доли
- г) хронической пневмонии

**19. Рентгеновская компьютерная томография наиболее информативна при исследовании**

- а) лимфатических узлов средостения
- б) пульсации сердца
- в) подвижности диафрагмы

**20. Дифференциальная диагностика туберкулемы легкого и периферического рака основывается на ряде признаков, например:**

- а) анализе характера контура
- б) локализации очага
- в) размерах образования
- г) изменении плевры

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Юноша 17 лет.* Жалобы на кашель с гнойной мокротой до 150-200 мл в сутки, недомогание, периодическую одышку при физической нагрузке.

*Анамнез.* В детстве неоднократные пневмонии, чаще с левой стороны. В течение последних 5-6 лет в весенне-осенний сезон обострения заболевания в виде усиления кашля, появления гнойной мокроты, субфебрилитета.

*Объективно.* Конституция астеническая. Питание понижено. В легких дыхание везикулярное, справа единичные сухие хрипы, слева множественные сухие и влажные разнокалиберные хрипы. ЧД=22. АД 120/75 мм рт ст.

*Рентгенография органов грудной полости:* С обеих сторон легочный рисунок усилен в нижних отделах. Средостение смещено влево. Симптом «двойного контура» левого желудочка.

*Компьютерная томография органов грудной полости:* слева в уменьшенной по объему нижней доле отмечается сближение и деформация бронхов, просветы бронхов расширены. Справа бронхи нижней и средней долей несколько деформированы.

*Бронхоскопия.* Двухсторонний эндобронхит в нижних долях: I степени справа и II-III степени слева.

#### Вопросы:

1. Интерпретация данных лучевого исследования.
2. Сопоставление данных лучевого исследования и эндоскопической картины.
3. Клинический диагноз.
4. Тактика лечения и прогноз.

#### Задача № 2.

*Пациентка X., 32 года.* Рентгенограмма органов грудной клетки: справа нижняя половина лёгочного поля затемнена. Затемнение интенсивное, однородное, нижняя граница его сливается с диафрагмой, верхняя - вогнутая, косовосходящая от переднего конца III ребра до боковой поверхности I ребра (линия Дамуазо). В правой боковой

проекция отмечается, что затемнение занимает периферические отделы лёгочного поля. Левое лёгочное поле прозрачно, лёгочный рисунок не изменён. Синусы плевры свободны. Тень средостения смещена влево, обычных размеров и конфигурации. Правый купол диафрагмы не дифференцируется, левый расположен на уровне VI ребра, форма его куполообразная.

**Вопросы:**

1. Какие рентгенологические синдромы вы выявили?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

**Задача № 3.**

*Пациентка М., 56 лет.* На рентгенограммах: в левом корне обнаруживается тень неправильной полусферической формы, размерами 4х6 см, с неровными бугристыми и лучистыми контурами. На остальном протяжении левое и правое лёгкие прозрачны, лёгочный рисунок не изменён. Левый корень сливается с вышеописанным затемнением. Правый корень не расширен, структурен. Тень средостения обычного расположения, несколько расширена за счёт левого желудочка сердца, аорта имеет обычное расположение и диаметр, уплотнена. В плевральной полости жидкости не определяется. Диафрагма расположена на уровне VI ребра, форма её куполообразная.

**Вопросы:**

1. Какие рентгенологические синдромы вы выявили?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы инструментального исследования необходимо провести пациентке?

**Задача № 4.**

Пациент З, 24 года. На рентгенограмме ОГК: слева в S<sub>III</sub> обнаруживается тень округлой формы, диаметром до 3 см с чёткими ровными контурами, средней интенсивности, создаётся впечатление неоднородности структуры за счёт центрально расположенных нескольких крупноглыбчатых обызвествлений. В окружности тени лёгочные поля прозрачны, как и в правом лёгком. Лёгочный рисунок с обеих сторон не изменён. Корни не расширены, структурны. Синусы плевры свободны. Тень средостения не смещена, обычных размеров и конфигурации. Диафрагма расположена на уровне VI ребра, форма её куполообразна.

**Вопросы:**

1. Какие рентгенологические синдромы вы выявили?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

**ДЕ 9. Методы этиологической диагностики заболеваний органов грудной полости.**

**1. Полисахаридная капсула обеспечивает:**

- а) вирулентность
- б) резистентность к фагоцитозу
- в) резистентность к антибиотикам

**2. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются:**

- а) рост бактерий в организме человека или животных
- б) рост на синтетических средах
- в) культивирование при низких температурах
- г) рост на средах, содержащих большое количество углеводов

**3. Для выявления клеточной стенки применяют следующие методы:**

- а) метод Грама**
- б) метод Циля-Нильсена**
- в) метод Нейссера
- г) метод Ожешки
- д) метод Бурри-Гинса

**4. Клеточная стенка бактерий выполняет следующие функции:**

- а) осуществление транспорта веществ**
- б) выполняет каталитическую функцию
- в) защищает от внешних воздействий**
- г) определяет антигенную структуру**

**5. Устойчивость бактерий к лекарственным препаратам детерминируется:**

- а) R-плазмидой**
- б) F-плазмидой
- в) Col-плазмидой
- г) Ent-плазмидой

**6. Среди патогенных бактерий наиболее часто встречаются:**

- а) облигатные аэробы
- б) облигатные анаэробы
- в) факультативные анаэробы**
- г) чрезвычайно кислородо-чувствительные

**7. Наиболее частым механизмом устойчивости к антибиотикам является:**

- а) нарушение проницаемости микробной клетки
- б) выведение антибиотика из клетки
- в) модификация мишени
- г) энзиматическая инаktivация антибиотика**

**8. К резидентной микрофлоре кожи относятся:**

- а) эпидермальный стафилококк**
- б) микрококки**
- в) сарцины**
- г) дифтероиды**
- д) гемолитические стрептококки

**9. К стадиям развития инфекционного процесса относятся:**

- а) циклический период
- б) инкубационный период**
- в) период реконвалесценции**
- г) продромальный период**
- д) период развития болезни**

**10. Инаппарантные формы инфекционного процесса характеризуются:**

- а) очень тяжелым течением
- б) отсутствием клинических симптомов**
- в) внезапным самопроизвольным прекращением инфекционного процесса
- г) быстрым развитием характерных клинических симптомов

**11. Abortивные формы инфекционного процесса характеризуются:**

- а) очень тяжелым течением
- б) отсутствием клинических симптомов
- в) внезапным самопроизвольным прекращением инфекционного процесса**
- г) быстрым развитием характерных клинических симптомов

**12. Манифестные формы инфекционного процесса характеризуются:**

- а) очень тяжелым течением
- б) отсутствием клинических симптомов
- в) внезапным самопроизвольным прекращением инфекционного процесса
- г) быстрым развитием характерных клинических симптомов**

**13. К факторам патогенности, обуславливающим адгезию и колонизацию, \ относятся:**

- а) плазмокоагулаза
- б) капсула
- в) гиалуронидаза
- г) фибринолизин
- д) адгезины**

**14. К факторам патогенности, обуславливающим инвазивность и агрессивность, относятся:**

- а) плазмокоагулаза
- б) капсула
- в) гиалуронидаза
- г) фибринолизин**
- д) адгезины

**15. К факторам патогенности, определяющим антифагоцитарную активность, относятся:**

- а) плазмокоагулаза
- б) капсула**
- в) гиалуронидаза
- г) фибринолизин
- д) адгезины

**16. Под бактериемией понимают:**

- а) процесс возникновения вторичных отдаленных очагов во внутренних органах
- б) процесс, при котором в крови и лимфе наблюдается присутствие микроорганизмов**
- в) процесс, при котором в крови и лимфе наблюдается присутствие и размножение микроорганизмов
- г) процесс, при котором наблюдается наличие токсинов в крови

**17. Под септикопиемией понимают:**

- а) процесс возникновения вторичных отдаленных очагов во внутренних органах**
- б) процесс, при котором в крови и лимфе наблюдается присутствие микроорганизмов
- в) процесс, при котором в крови и лимфе наблюдается присутствие и размножение микроорганизмов
- г) процесс, при котором наблюдается наличие токсинов в крови

**18. Сепсисом является:**

- а) процесс возникновения вторичных отдаленных очагов во внутренних органах
- б) процесс, при котором в крови и лимфе наблюдается присутствие микроорганизмов
- в) процесс, при котором в крови и лимфе наблюдается присутствие и размножение микроорганизмов**
- г) процесс, при котором наблюдается наличие токсинов в крови

**19. К клеточным факторам неспецифической защиты организма относятся:**

- а) тучные клетки
- б) лейкоциты
- в) макрофаги**
- г) натуральные киллерные клетки
- д) лимфоциты

**20. При первичном иммунном ответе первыми появляются:**

- а) IgA
- б) IgM**
- в) IgE
- г) IgG
- д) IgD

**21. При первичном иммунном ответе:**

- а) вырабатываются только Ig M
- б) вырабатываются только IgG
- в) вырабатываются сначала Ig M, а затем IgG**

**22. К неспецифическим факторам защиты организма относятся:**

- а) система комплемента и фагоцитоза**
- б) антителогенез
- в) интерферон;
- г) бактерицидные субстанции ткани, гидролитические ферменты
- д) лизоцим, НК- и К-клетки

**23. К иммунокомпетентным клеткам относятся:**

- а) Т-лимфоциты
- б) В-лимфоциты
- в) макрофаги**
- г) НК-клетки

**24. Гуморальную регуляцию иммунного ответа осуществляют:**

- а) гуморальные факторы вилочковой железы
- б) факторы, усиливающие и подавляющие функциональную активность клеток**
- в) гуморальные факторы макрофагов
- г) гуморальные факторы костного мозга

**25. В трехклеточной системе кооперации иммунного ответа принимают участие:**

- а) Т-лимфоциты
- б) В-лимфоциты**

- в) макрофаги**
- г) недифференцированные клетки и нейтрофилы

**26. Основными признаками, характеризующими антигены, являются:**

- а) чужеродность**
- б) антигенность**
- в) иммуногенность**
- г) специфичность**

**27. Первичный иммунный ответ после введения антигена развивается:**

- а) через 1–2 дня
- б) через 3–4 дня**
- в) через 5–6 дней
- г) через 7–10 дней
- д) через 10–12 дней

**28. Феноменами специфического взаимодействия сывороточных антител с антигенами являются:**

- а) агглютинация**
- б) преципитация**
- в) лизис**
- г) цитотоксичность**

**29. Интерфероны нарушают:**

- а) адсорбцию вируса**
- б) проникновение вируса**
- в) депротенинизацию вируса**
- г) процессы транскрипции и трансляции вирусных РНК**
- д) сборку вирионов
- е) выход вирионов из клетки**

**30. К специфическим факторам защиты организма относится:**

- а) антителообразование**
- б) гиперчувствительность немедленного типа**
- в) иммунологическая память**
- г) иммунологическая защита, осуществляемая комплементом, интерфероном, некоторыми белками крови

**31. Лимфокинами являются:**

- а) факторы, обуславливающие подвижность лимфоцитов
- б) медиаторы иммунного ответа, продуцируемые лимфоцитами**
- в) вещества, продуцируемые бактериями и убивающие лимфоциты

**32. К тканевым механизмам противомикробной резистентности относятся:**

- а) барьерная функция кожи и слизистых оболочек**
- б) система комплемента
- в) воспаление**
- г) фагоцитоз**

**33. К гуморальным механизмам противомикробной резистентности относится:**

- а) лизоцим**

- б) интерферон**
- в) система пропердина**
- г) функция естественных киллеров

**34. К выделительным механизмам противомикробной резистентности относятся:**

- а) экскреторная функция почек**
- б) кашель**
- в) фагоцитоз
- г) чихание

**35. В процессе фагоцитоза выделяют следующие стадии:**

- а) узнавание
- б) таксис**
- в) адгезия
- г) внутриклеточное переваривание

**36. Завершенный фагоцитоз заканчивается:**

- а) внутриклеточным перевариванием**
- б) поглощением
- в) киллингом

**37. Антигенами являются:**

- а) вещества или тела, несущие признаки чужеродной генетической информации**
- б) все вещества организма
- в) высокомолекулярные соединения

**38. К основным свойствам антигенов относятся:**

- а) способность индуцировать развитие иммунного ответа**
- б) способность проникать в межклеточную жидкость
- в) способность вступать во взаимодействие с продуктами иммунного ответа, индуцированного аналогичным антигеном**

**39. Гаптеном называется:**

- а) антиген не обладающий способностью индуцировать развитие иммунного ответа, но способный взаимодействовать с продуктами иммунного ответа**
- б) антигены, вызывающие полноценный иммунный ответ
- в) неорганические соединения

**40. Антителами называют:**

- а) сывороточные белки, образующиеся в ответ на введение (попадание) антигена**
- б) все сывороточные белки
- в) белки системы комплемента

**41. Основными свойствами антител являются:**

- а) специфичность**
- б) гетерогенность**
- в) чужеродность

**42. Перечислите основные классы иммуноглобулинов:**

- a) Ig A
- б) Ig G**
- в) Ig C
- г) IgM
- д) Ig B

**43. Роль иммуноглобулинов заключается в:**

- а) реализации клеточного типа иммунного ответа
- б) реализации гуморального типа иммунного ответа**
- в) реализации неспецифических факторов резистентности

**44. Иммунный ответ может быть следующих типов:**

- а) антибактериальный**
- б) антитоксический**
- в) антиаллергический
- г) противовирусный**
- д) противопротозойный**
- е) противогрибковый**

**45. Стерильным иммунитетом является:**

- а) иммунитет, сохраняющийся в отсутствие микроорганизма;**
- б) иммунитет, существующий только при наличии возбудителя в организме;
- в) иммунитет, обусловленный антителами.

**46. К центральным органам иммунной системы относятся:**

- а) красный костный мозг**
- б) лимфатические узлы
- в) тимус**
- г) селезенка
- д) кровь

**47. К периферическим органам иммунной системы относятся:**

- а) тимус
- б) лимфатические узлы**
- в) селезенка**
- г) кровь**

**48. Основными клетками иммунной системы являются:**

- а) фагоциты
- б) макрофаги**
- в) лимфоциты**

**49. Т-лимфоциты формируются:**

- а) в тимусе**
- б) в селезенке
- в) в лимфатических узлах

**50. Для реакций гиперчувствительности II типа характерно:**

- а) вырабатываются антитела к компонентам клеточных мембран клеток организма**
- б) эти реакции являются проявлением ГНТ;**
- в) обусловлены патогенным действием циркулирующих иммунных комплексов

- г) являются IgE-зависимыми
- д) являются проявлением ГЗТ

**51. Для реакций гиперчувствительности III типа характерно:**

- а) эти реакции являются проявлением ГНТ**
  - б) реакции возникают, когда в организме образуются иммунные комплексы**
- (ИК)**
- в) приводят к развитию аллергического воспаления, кровоизлияниям и некрозу**
  - г) поражения носят местный или общий характер**
  - д) являются IgE-зависимыми

**52. Для реакций гиперчувствительности IV-го типа характерно:**

- а) являются IgE-зависимыми
- б) это клеточно-опосредованные реакции**
- в) взаимодействие осуществляется между антигеном и сенсibilизированными иммунокомпетентными клетками**
- г) используется для аллергодиагностики инфекционных заболеваний**
- д) эти реакции являются проявлением ГНТ

**53. Для иммунопрофилактики и иммунотерапии применяют следующие основные группы препаратов:**

- а) препараты микробного происхождения для профилактики и терапии (вакцины, зубиотики, бактериофаги)**
- б) лечебные иммунные препараты (Ат)**
- в) диагностические иммунные препараты, аллергены**
- г) иммуномодуляторы**
- д) антибиотики

**54. К сывороточным иммунным препаратам относятся:**

- а) иммуномодуляторы
- б) иммунные сыворотки**
- в) иммуноглобулины**
- г) «чистые» антитела**
- д) моноклональные антитела**
- е) инактивированные вакцины

**55. Стафилококки могут вызывать:**

- а) только заболевания носоглотки
- б) только нагноения ран
- в) гнойно-воспалительные поражения любых органов и тканей**
- г) только септические процессы

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.**

*Мужчина 55 лет.* Жалобы на резкую слабость, одышку, кашель со скудной мокротой, временами с примесью крови.

*Анамнез.* Два дня назад снят с поезда на станции Камышлов по причине тяжелого состояния с потерей сознания. Транспортом МЧС перевезен в областную больницу. Больной заторможен, из-за чего полностью анамнез собрать не удается.

*Объективно.* Состояние тяжелое. Одышка в покое. Акроцианоз. ЧД=28. АД 90/60, ЧСС 112 уд.в 1 мин. В легких на фоне ослабленного дыхания крепитирующие хрипы.

Слева в нижних отделах дыхание не выслушивается. Тоны сердца приглушены. Отеки на нижних конечностях.

*Лучевое исследование.* В легких с обеих сторон сливающиеся инфильтративно-очаговые тени. Тень сердца расширена за счет контура левого желудочка. Слева жидкость до уровня IV ребра.

*Бронхоскопия.* Двухсторонний диффузный эндобронхит I- II степени.

**Вопросы:**

1. Предположительный диагноз.
2. Какие биологические субстраты необходимо исследовать.
3. Какие методы этиологической диагностики необходимы.
4. Лечение и прогноз.

**Задача № 2.**

У больного хирургического отделения с послеоперационным нагноением раны на 3-й день после операции начался озноб, затем резко повысилась температура, ухудшилось общее состояние. Лечащим врачом был поставлен диагноз: сепсис.

1. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

**Задача № 3.**

У больного с обширной инфицированной раной для анализа было взято раневое отделяемое. Исследуемый материал засеяли на элективные плотные и жидкие среды. Через сутки в посевах на плотную среду обнаружили среднего размера желтоватые выпуклые колонии с ровными краями и блестящей поверхностью. В пробирках с бульоном образовалась равномерная муть. В окрашенных по Грамму мазках из колоний обнаружили небольшие (по 2-3 бактерии) группы шаровидных бактерий, окрасившихся в сине-фиолетовый цвет.

**Вопросы:**

1. Какой метод диагностики был применен?
2. Какие элективные среды использовали?
3. К какой группе может быть отнесен выделенный возбудитель?

**ДЕ 10. Классификация заболеваний и патологических состояний органов грудной полости. Пороки и аномалии развития органов дыхания.**

**Наследственно обусловленные заболевания органов дыхания.**

**1. Частота рождения детей с аномалиями развития составляет 1 на:**

- а) 10000 родов
- б) 5000 родов
- в) 1000 родов
- д) 500 родов
- е) **50 родов.**

**2. Новорождённый при первом же кормлении начинает кашлять. При втором кормлении развивается приступ дыхательной недостаточности. Наиболее вероятно:**

- а) врождённый порок сердца
- б) грыжа диафрагмы
- в) **атрезия пищевода**
- г) пилоростеноз
- д) атрезия 12-перстной кишки.

**3. Муковисцидозу соответствуют все ниже перечисленные признаки, КРОМЕ:**

- а) частота 1 на 2000 новорождённых
- б) повышение концентрации NaCl в поте
- в) патология лёгких
- г) слизистая кишечника гистологически не изменена
- д) аутосомно-доминантный тип наследования**

**4. Самая частая форма атрезии пищевода:**

- а) без трахеопищеводной фистулы
- б) с трахеопищеводной фистулой с верхней трети
- в) с фистулой в нижней трети**
- г) с двойной фистулой
- д) с атрезией 12-перстной кишки

**5. Какой тип трахеомалиции встречается чаще:**

- а) I тип
- б) II тип**
- в) III тип

**6. Укажите причину первичного стеноза трахеи и бронхов:**

- а) пороки развития трахеи или бронхиальной стенки**
- б) сдавление извне сосудом
- в) бронхогенная киста
- г) зубная железа

**7. Укажите причину вторичного стеноза трахеи и бронхов:**

- а) пороки развития трахеи или бронхиальной стенки
- б) врожденная киста шеи**
- в) трахеомалиция
- г) ларингомалиция

**8. Укажите сроки формирования стеноза трахеи и бронхов:**

- а) 4-5 недель
- б) 5-6 недель
- в) 6-7 недель
- г) 7-8 недель**

**9. Укажите классификацию стенозов трахеи и бронхов:**

- а) органические**
- б) функциональные**
- в) врожденные
- г) приобретенные

**10. Назовите признаки, характерные для синдрома Картагенера:**

- а) обратное расположение внутренних органов**
- б) хронический бронхолегочный процесс**
- в) патология придаточных пазух носа**
- г) односторонняя эмфизема легкого

**11. Назовите признаки, характерные для синдрома Маклеода:**

- а) обратное расположение внутренних органов
- б) хронический бронхолегочный процесс**
- в) патология придаточных пазух носа

г) односторонняя эмфизема легкого

**12. Укажите частоту встречаемости трахеопищеводного свища у новорожденных:**

- а) 1 на 100
- б) 1 на 3000**
- в) 1 на 10000
- г) 1 на 100000

**13. Какие виды диафрагмально-плевральных грыж встречаются наиболее часто:**

- а) левосторонние**
- б) правосторонние

**14. Какие грыжи относятся к врожденным диафрагмальным:**

- а) парастернальные истинные**
- б) травматические
- в) диафрагмально-плевральные
- г) грыжи пищеводного отверстия

**15. Какой порок характеризуется недоразвитием хрящевой и эластич. ткани дистальных отделов бронхов от 2-4 до 6-8 порядков ветвления:**

- а) ларингомаляция
- б) гипоплазия легкого
- в) с-м Вильямса-Кэмпбелла**
- г) кистозная гипоплазия

**16. Трахео-бронхомегалия порок развития, характеризуется:**

- а) сужением трахеи и главных бронхов
- б) расширением трахеи и главного бронха**

**17. Назовите формы трахеопищеводных свищей:**

- а) узкие и длинные**
- б) широкие и короткие**
- в) широкие и длинные
- г) узкие и короткие

**18. Агенезия легкого – это:**

- а) врожденное отсутствие легкого**
- б) врожденное отсутствие легкого с рудиментарным бронхом
- в) недоразвитие всех структурных единиц легкого

**19. Аплазия легкого отличается от агенезии:**

- а) наличием рудиментарного бронха, заканчивающего слепо**
- б) недоразвитием всех структурных единиц легкого
- в) недоразвитие на уровнях деления сегментарных и субсегментарных бронхов.
- г) равномерным уменьшением легкого

**20. Врожденная эмфизема легкого это:**

- а) сегментарная бронхомаляция
- б) отсутствие промежуточных генераций бронхов
- в) врожденное перерастяжение доли легкого**

г) разрастание терминальных бронхиол

**21. Бронхогенная киста представляет собой:**

- а) множественную полость однокамерную полость округлой формы
- б) одиночную однокамерную полость округлой формы**
- в) аденоматозную мальформацию
- г) чрезмерное разрастание терминальных бронхиол

**22. К истинным врожденным диафрагмальным грыжам относятся:**

- а) парастернальные
- б) френоперикардальные**
- в) грыжа пищеводного отверстия**
- г) травматическая

**23. Диафрагмально-плевральные грыжи могут быть:**

- а) только ложными
- б) только истинными
- в) как истинными так и ложными**
- г) симметричными

**24. Ложные диафрагмальные грыжи чаще чем истинные приводят к:**

- а) обструктивному синдрому
- б) желудочно-пищеводному рефлюксу
- в) неприятным ощущениям в эпигастрии
- г) выраженному компрессионному синдрому**

**25. Кистозная гипоплазия легкого (врожденный поликистоз) — порок развития, при котором:**

- а) субсегментарные бронхи или бронхиолы представляют собой расширение**
- б) кистообразной формы различных размеров.
- в) альвеолы представляют собой расширение кистообразной формы различных размеров.
- г) субсегментарные бронхи или бронхиолы представляют ателектозированные участки.

**26. Кистозная гипоплазия обозначается в литературе множеством синонимов:**

- а) поликистоз
- б) врожденные бронхоэктатические кисты
- в) сотовое легкое
- г) ячеистое легкое
- д) кистозная болезнь
- е) пузырчатое перерождение легкого
- ж) все перечисленное**

**27. Симптоматика кистозной гипоплазии легкого определяется:**

- а) вторичным бронхитом**
- б) неспецифическим воспалительным процессом в измененных отделах легочной ткани**
- в) обструктивным бронхитом

**28. Наиболее частой аномалией трахеи является:**

- а) трахеопищеводный свищ
- б) трахеомаляция**
- в) трахеобронхомегалия

**29. Опорными моментами для подтверждения врожденности заболевания являются:**

- а) обнаружение значительных изменений в легких полостного характера при отсутствии в анамнезе тяжелого острого воспаления (абсцессы, пневмонии);
- б) относительная доброкачественность течения, не соответствующая значительности выявленных морфологических изменений (большие по объему множественные полости и т. д.);
- в) изменения в легком типа множественных тонкостенных кист
- г) все перечисленное**

**30. При врожденной эмфиземе легких, чаще поражается:**

- а) верхняя доля левого легкого**
- б) верхняя доля правого легкого
- в) нижняя доля левого легкого
- г) нижняя доля правого легкого

**31. Укажите все пороки, приводящие к локализованной эмфиземе:**

- а) гипоплазия гладких мышц терминальных и респираторных бронхиол с гипертрофией эпителиальной выстилки;
- б) агенезия всего респираторного отдела с отсутствием респираторных бронхиол и альвеолярной ткани.
- в) отсутствие промежуточных генераций бронхов.
- г) все вышеперечисленное**

**32. От истинных бронхогенных кист легкого следует отличать:**

- а) кистоподобные полости**
- б) абсцесс легкого
- в) сегментарный ателектаз

**33. Проявления бронхогенной кисты обуславливаются возникновением:**

- а) в ее полости нагноительного процесса**
- б) хронического бронхита

**34. Основной симптом у пациентов с трахеомаляцией:**

- а) кашель**
- б) асфиксия во сне
- в) Wheezing

**35. Характерный признак врожденной легочной секвестрации:**

- а) добавочная гипоплазированная доля с автономным кровоснабжением**
- б) локальная бронхомаляция
- в) врожденная киста, сообщающаяся с бронхом
- г) аномалия развития плевры

#### Ситуационные задачи

**Задача №1.**

*Мужчина 26 лет. Жалобы на боль в правой половине грудной клетки, одышку.*

*Анамнез.* Несколько часов назад почувствовал «укол» в левой половине грудной клетки. Поставил себе диагноз «спонтанный пневмоторакс справа» и вызвал скорую помощь. Эпизоды спонтанного пневмоторакса справа и слева по несколько раз в год в течение последних 6 лет. В ряде случаев легкие расправлялись сами, кроме того, выполнялись пункции и дренирования плевральных полостей. Указывает, что пневмотораксами страдал отец.

*Объективно.* Конституция резко астеническая. Рост 185 см. Пальцы кистей рук по типу «паучьих лап». Дыхание справа не выслушивается. Слева везикулярное, равномерно ослабленное дыхание.

*Лучевое исследование.* Справа легкое коллабировано на  $\frac{1}{2}$  своего объема. Легочный рисунок разряжен. КТ: в верхушке левого легкого мелкие эмфизематозные буллы.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой наследственный синдром следует предположить.
3. Тактика лечения и прогноз.

**Задача № 2.**

*Мальчик Саша Г., 6 лет.* Жалобы на влажный кашель, с мокротой белого цвета, свистящее дыхание. В течении жизни часто болел ОРВИ, бронхитами. Состояние средней степени тяжести. При аускультации легких - дыхание жесткое справа. В нижних отделах правого легкого разнокалиберные влажные и сухие хрипы. ЧД – 30-32 в минуту. При перкуссии сердце определяется справа. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. ЧСС - 105. Печень пальпаторно определяется слева, селезенка справа.

*Дополнительные методы обследования:* Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. Определяется правостороннее положение сердца и газового пузыря желудка. Легочный рисунок усилен, обогащен. Правый корень легкого расширен, бесструктурен, повышенной интенсивности. Левый купол диафрагмы выше правого, синусы свободны.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы инструментальной диагностики необходимо выполнить?
3. Ваша врачебная тактика?

**ДЕ 11. Основные методы лечения пациентов с заболеваниями органов грудной полости**

**1. Согласно федеральному закону от 21.11.2011 п 323-ФЗ к виду медицинской помощи относится:**

- а) паллиативная
- б) первая
- в) санаторно-курортная
- г) стационарная

**2. Стандарты медицинской помощи утверждаются:**

- а) министерством здравоохранения РФ
- б) правительством РФ
- в) руководством медицинской организации
- г) российской академией наук

**3. Согласно федеральному закону от 21.11.2011 N 323-ФЗ к формам медицинской помощи относится медицинская:**

- а) экстренная, неотложная, плановая
- б) первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная**
- в) амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
- г) по врачебным специальностям

**4. Выберите № приказа Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Торакальная хирургия»:**

- в) №323-ФЗ,
- б) № 898н,**
- в) №597Н.

**5. При напряженном пневмотораксе и напряженной эмфиземе средостения первая помощь заключается в:**

- а) пульмонэктомии или лобэктомии
- б) дренировании плевральной полости и дренировании средостения по Гателю**
- в) торакотомии и декомпрессии методом широкого вскрытия средостения
- г) дренировании плевральной полости двумя дренажами

**6. Радикальные способы лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса:**

- а) дренирование плевральной полости и введение антибиотиков
- б) торакотомия, резекция патологических очагов в легком и плеврэктомия**
- в) бронхоскопия и пломбировка бронха
- г) пункция плевральной полости

**7. Какие действия хирурга являются правильными при гемопневмотораксе:**

- а) торакотомия и устранение причин гемопневмоторакса
- б) дренирование плевральной полости двумя дренажами и аутогемотрансфузия**
- в) дренирование плевральной полости одним дренажом и удаление воздуха и крови
- г) пункция плевральной полости и удаление воздуха и крови

**8. Установите первоначальные действия при лечении легочных кровотечений:**

- а) торакотомия, лобэктомия или пульмонэктомия на высоте кровотечения
- б) проведение управляемой гипотонии с комплексом гемостатической терапии, бронхоскопия и пломбировка бронха**
- в) ангиография бронхиальных артерий с последующей их эмболизацией на высоте продолжающегося кровотечения
- г) инфузионная терапия, включая гемотрансфузию

**9. Укажите радикальные методы лечения при легочных геморрагиях:**

- а) эмболизация бронхиальных артерий
- б) пломбировка бронха и эмболизация бронхиальных артерий**
- в) управляемая гипотония и пломбировка бронха

г) резекция патологически измененной части легкого

**10. Основной медицинский документ стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного:**

- а) медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)
- б) журнал учета приема больного и отказав в госпитализации (форма № 001/у)
- в) статистическая карта выбывшего из стационара (форма № 006/у)

**11. Основной первичный медицинский документ больного, лечащегося амбулаторно или на дому:**

- а) медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у)
- б) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у)
- в) выписка из медицинской карты амбулаторного больного (форма № 027/у)

**12. Оптимальная тактика при остром абсцессе легкого в первые дни от начала заболевания:**

- а) дренирование плевральной полости
- б) массивная антибактериальная терапия
- в) санационная бронхоскопия
- г) плевротомия
- д) резекция легкого

### Ситуационные задачи

**Задача № 1.**

Перед вами хирургическая классификация туберкулеза легких по Ю.М.Левашеву, Ю.М.Репину, А.В.Елькину (2006).

Стадия развития	Клинические формы туберкулеза легких		
I хирургическая стадия	Очаговый	Кавернозный	Туберкулемы
II хирургическая стадия	Фиброзно-кавернозный		
III хирургическая стадия	Распространенный и осложненный ЛУ туберкулез с некупированным прогрессированием, плевролегочными и системными осложнениями		
IV хирургическая стадия	Декомпенсированный туберкулез легких		

**Задание.** Выберите варианты хирургических вмешательств при каждой форме туберкулеза с учетом локализации процесса.

### ДЕ 12. Тактика ведения пациентов с гнойно-деструктивными заболеваниями легких и плевры

1. У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедированы.

**Томография: Корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена. ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит. Ваш диагноз?**

- а) гангрена лёгкого
- б) эмпиема плевры
- в) **острая деструктивная пневмония**

**2. Главным этиологическим фактором (механизмом) в развитии абсцесса и гангрены легкого является:**

- А. Бронхогенный фактор**
- В. Травматизм
- С. Бронхоэктатическая болезнь
- Д. Септическая эмболия
- Е. Распространение инфекции с соседних гнойных очагов

**3. Главной причиной гангрены легкого является:**

- А. Сниженная иммунная реакция
- В. Преклонный возраст пациента
- С. Сопутствующие заболевания
- Д. Микрофлора
- Е. Сниженная реактивность организма и микрофлора**

**4. Какая микрофлора чаще вызывает гангрену легких?**

- А. Простейшие
- В. Грибковая инфекция
- С. Грамположительные аэробы
- Д. Грамотрицательные аэробы
- Е. Анаэробная неклостридиальная микрофлора**

**5. Чаще всего аспирационные абсцессы лёгких расположены:**

- А. В передне-нижних сегментах нижних долей
- В. В латеральных сегментах нижних долей
- С. В верхушечных сегментах верхних долей
- Д. В передних сегментах верхних долей
- Е. В задних сегментах верхних долей**

**6. Бронхогенные абсцессы лёгких чаще бывают:**

- А. Множественными
- В. Периферическими
- С. Одиночными**
- Д. Центральными**
- Е. Двухсторонними

**7. Абсцессы лёгких, образованные вследствие септической эмболии, бывают:**

- А. Центральными
- В. Множественными**
- С. Периферическими**
- Д. Одиночными
- Е. Двухсторонними

**8. Который из нижеперечисленных клинических признаков нехарактерен для первой фазы**

**абсцесса легкого?**

- A. Кашель
- B. Синдром гнойно-септической интоксикации
- C. Отхождение гнойной мокроты**
- D. Одышка
- E. Болевой синдром

**9. Какой симптом регрессирует во второй фазе абсцесса легкого?**

- A. Кровохарканье
- B. Кашель
- C. Одышка
- D. Отхождение гнойной мокроты**
- E. Интоксикационный синдром**

**10. Физикальный синдром характерный для I фазы абсцесса легкого является:**

- A. Синдром легочного растяжения (гиперинфляции)
- B. Синдром легочной конденсации (сгущения)**
- C. Сдвиг средостения в противоположную сторону
- D. Полостной синдром
- E. Синдром гидроторакса

**11. Физикальный синдром характерный для II фазы абсцесса легкого является:**

- A. Синдром легочного растяжения (гиперинфляции)
- B. Синдром легочной конденсации (сгущения)
- C. Сдвиг средостения в противоположную сторону
- D. Полостной синдром**
- E. Синдром гидроторакса

**12. Какой из параклинических методов исследования является наиболее информативным в первой фазе абсцесса легкого?**

- A. Сканирование с радионуклидами
- B. Бронхоскопия
- C. Томография с трансторакальной пункцией**
- D УЗИ
- E. Бронхография

**13. Рентгенологическими признаками гангрены легкого являются:**

- A. Легочная конденсация (инфильтрация)
- B. Синдром легочного растяжения (гиперинфляции)
- C. Одиночная полость
- D. Четкое жидкостное образование
- е) Диффузное легочное затемнение с очагами деструкции (пчелиные соты)**

**14. С какой из форм осумкованной эмпиемы плевры более затруднен дифференциальный диагноз острого абсцесса легкого?**

- A. Верхушечной эмпиемой
- B. Медиастинальной эмпиемой
- C. Междолевой эмпиемой с бронхиальным свищем**
- D. Пристеночной эмпиемой
- E. Наддиафрагмальной эмпиемой

**15. С какими полостными образованиями грудной полости затруднен дифференциальный диагноз абсцесса легкого?**

- A. Атипическая форма рака легкого
- B. Туберкулезная каверна
- C. Нагноившаяся киста с бронхиальным свищем**
- D. Бронхоэктатическая болезнь
- E. Медиастинальный абсцесс

**16. Самым частым осложнением пиогенного абсцесса легкого является:**

- A. Генерализация гнойно-септического процесса с отдаленными абсцессами
- B. Пиопневмоторакс**
- C. Кровотечение
- D. Острый медиастинит
- E. Поражение здорового легкого

**17. Самое тяжелое и опасное осложнение абсцесса легкого является:**

- A. Серозно-фибринозный плеврит
- B. Гнойный плеврит
- C. Гнойный плеврит с бронхиальным свищем
- D. Профузное кровотечение**
- E. Острый медиастинит

**18. Профузное легочное кровотечение возникает чаще при:**

- A. Бронхоэктатической болезни
- B. Абсцессе легкого
- C. Туберкулезе легких
- D. Раке легких
- E. Гангрене легких**

**19. Что является чаще причиной профузного кровотечения при абсцессе и гангрене легких?**

- A. Эрозии слизистой бронхов
- B. Ветви легочной артерии
- C. Межреберные артерии
- D. Дуга аорты и грудной отдел аорты
- E. Бронхиальные артерии**

**20. Для определения характера микрофлоры при абсцессе и гангрене легкого достоверным является исследование:**

- A. Откашливаемой мокроты
- B. Жидкости, использованной при лаваже бронхов
- C. Аспирированной жидкости при бронхоскопии
- D. Назофарингиального мазка
- E. Материала, полученного при трансторакальной пункции патологического**

**очага**

**21. Основными методами консервативного лечения абсцесса и гангрены легкого являются:**

- A. Коррекция водно-электролитного обмена**
- B. Антибиотикотерапия**
- C. Дезинтоксикация**

**D. Санирование гнойного очага**

E. Активная иммунокоррекция

**22. Самым эффективным методом санирования острого абсцесса легкого является:**

A. Ингаляция с аэрозолями

B. Пассивное дренирование (постуральное дренирование)

**C. Торакоплеврорпневмоцентез с дренированием**

D. Бронхиальный лаваж катетером

E. Бронхоскопия с лаважем

**23. Методом выбора для санирования больших абсцессов легких со значительными по величине секвестрами и выраженным интоксикационным синдромом является:**

A. Торакоплеврорпневмоцентез с дренажем

B. Бронхоскопия

C. Бронхиальный лаваж катетером

D. Микротрахеостома

**E. Тораконевмотомия с дренированием абсцесса**

**24. Который из методов гемостаза практически не реализуем при кровотечении из абсцесса легкого?**

A. Бронхоскопия с обструкцией бронха

**B. Колабирование пораженного легкого**

C. Эмболизация бронхиальных артерий

D. Тораконевмотомия с ушиванием кровоточащего сосуда

E. Резекция легкого

**25. Методом выбора при хирургическом лечении гангрены легких, осложненной профузным и повторным кровотечением, является:**

A. Бронхоскопия и лаваж бронхиального дерева

B. Повторные плевральные пункции

C. Минимальная плевротомия (закрытая)

D. Тораконевмотомия с тампонадой

**E. Резекция легкого**

**26. Оптимальным методом местного лечения прорвавшегося в плевральную полость острого пиогенного или гангренозного абсцесса является:**

A. Бронхоскопия и лаваж бронхиального дерева

B. Повторные плевральные пункции

C. Минимальная плевротомия (закрытая)

**D. Широкая торакотомия с санированием и дренированием плевральной полости и абсцесса**

E. Резекция легкого

**27. При определении результатов консервативного лечения абсцесса легких которое из утверждений неверно:**

A. Выздоровление наступает в 80-85% случаев

B. Полное выздоровление (клиническое и морфологическое) наступает в 25-40% случаев

C. Клиническое выздоровление наступает в 35-50% случаев

**D. Переход в хроническую форму наступает в 50% случаев**

Е. Смертность составляет 1-2%

**28. Которые из ниже перечисленных факторов способствуют переходу острого абсцесса в хронический?**

- А. Запоздалое консервативное лечение**
- В. Несоблюдение правил антибиотикотерапии**
- С. Верхушечное расположение абсцесса
- Д. Неадекватная дезинтоксикационная терапия**
- Е. Абсцесс значительных размеров с большими секвестрами, неадекватно санированный**

**29. Самое тяжелое осложнение хронического абсцесса является:**

- А. Туберкулезная инфекция остаточной полости
- В. Грибковая суперинфекция
- С. Амилоидоз внутренних органов**
- Д. Кровохарканье
- Е. Пиосклероз с вторичными бронхоэктазами

**30. Самым эффективным методом диагностики хронического абсцесса является:**

- А. Ангиопульмонография
- В. Радионуклидное сканирование
- С. Обзорная рентгенограмма
- Д. Бронхоскопия
- Е. Компьютерная томография и бронхография**

**31. Которые из форм хронического абсцесса легкого не будут подвержены хирургическому лечению?**

- А. Повторные кровотечения
- В. Асимптомная остаточная полость**
- С. Прогрессирующий пиосклероз
- Д. Частое обострение хронического гнойного процесса
- Е. Малигнизация

**32. Методами выбора в лечении хронического абсцесса легкого являются:**

- А. Общее консервативное лечение
- В. Бронхоскопия и лаваж бронхиального дерева
- С. Торакотомия с дренированием
- Д. Антибиотикотерапия
- Е. Резекция легкого**

**33. Которые из ниже перечисленных осложнений возникают чаще в ранний послеоперационный период у больных, оперированных с различными гнойными процессами легочной паренхимы?**

- А. Бронхоспазм
- В. Шоковое легкое
- С. Ателектазы
- Д. Перегрузка (наводнение) бронхов секретом**
- Е. Бронхопневмония

**34. Оптимальным методом профилактики эмпиемы плевры после резекции легкого, выполненной по поводу гнойных паренхиматозных процессов, является:**

- А. Коррекция гомеостаза

- В. Антибиотикотерапия
- С. Коррекция иммунного статуса
- D. Расправление легкого и адекватное дренирование**
- Е. Ингаляции с аэрозолями

**35. Что является самой частой причиной развития неспецифических гнойных плевритов:**

- A. Гнойно-воспалительные заболевания легочной паренхимы бронхов**
- В. Гнойные процессы, находящиеся по соседству
- С. Отдаленные гнойные процессы
- Д. Травма грудной клетки
- Е. Хирургические вмешательства на грудной клетке

**36. Какая микрофлора чаще высевается при неспецифическом гнойном плеврите?**

- А. Аэробы
- В. Неклостридиальные анаэробы
- С. Грибковая инфекция
- Д. Клостридиальная анаэробная инфекция
- Е. Аэробы и неклостридиальная анаэробная флора**

**37. В начальной фазе диффузного гнойного плеврита боль имеет следующий характер:**

- A. Грудная колика**
- В. Диффузная грудная боль
- С. Боль в определенной точке
- Д. Межреберные боли
- Е. Боли в межлопаточно-позвоночной области

**38. При гнойных сформировавшихся плевритах боль имеет следующий характер:**

- А. Грудная колика
- В. Диффузная грудная боль**
- С. Боль в определенной точке
- Д. Межреберные боли
- Е. Боли в межлопаточно-позвоночной области

**39. Какой из нижеперечисленных синдромов характерен для гнойных плевритов?**

- А. Синдром легочной гиперинфляции (растяжение легкого)
- В. Синдром легочной конденсации (сгущение легкого)
- С. Полостной синдром
- D. Синдром гидроторакса**
- Е. Смешанный физикальный синдром

**40. Какой из признаков гидроторакса исчезает при сформировавшейся эмпиеме?**

- А. Снижение голосового дрожания
- В. Легочная тупость
- С. Везикулярное дыхание ослабленное
- Д. Повышенная верхушечная воздушность
- Е. Крепитация и шум трения плевры**

**41. Исходя из расположения осумкованного гнойного плеврита, которое из утверждений**

неверно?

- A. Верхушечный плеврит
- B. Реберно-пристеночный плеврит
- C. Межсегментарный плеврит**
- D. Медиастинальный плеврит
- E. Междолевой плеврит

**42. Какой из методов диагностики наиболее эффективен при гнойном плеврите?**

- A. УЗИ
- B. Радионуклидное легочное сканирование
- C. Обзорная рентгенограмма в разных проекциях**
- D. Ангиопульмонография
- E. Бронхоскопия

**43. СМ. При какой из форм осумкованного гнойного плеврита дифференциальный диагноз является самым затруднительным?**

- A. Верхушечный плеврит
- B. Медиастинальный плеврит**
- C. Диафрагмальный плеврит
- D. Междолевой плеврит**
- E. Пристеночный плеврит

**44. Цитологическое исследование плеврального выпота при гнойном плеврите характеризуется:**

- A. Преобладанием лимфоцитов
- B. Более 50 лейкоцитов в поле зрения
- C. 50-70 лейкоцитов в поле зрения
- D. Более 100 лейкоцитов в поле зрения, из которых нейтрофилы составляют 80%**
- E. Преобладают измененные эритроциты

**45. Консервативное лечение бактериальной острой эмпиемы предусматривает следующие меры, за исключением:**

- A. Дезинтоксикации
- B. Противомикробного лечения
- C. Устранения плеврального выпота
- D. Санации первичного гнойно-септического очага
- E. Улучшения иммунного статуса при помощи активной иммунизации**

**46. Методом выбора местного лечения гнойного плеврита является:**

- A. Внутривлепральное введение антибиотиков
- B. Эвакуация плеврального выпота и расправление легкого**
- C. Торакоскопия с устранением плеврального выпота
- D. Бронхоскопия с бронхиальным лаважем и аспирацией
- E. Катетеризация подключичной вены для антибиотикотерапии

**47. Традиционными методами удаления плеврального выпота являются следующими, за исключением:**

- A. Повторных пункций
- B. Минимальной плевротомии с дренированием
- C. Широкой плевротомии без резекции ребер и дренирования
- D. Широкой плевротомии с резекцией ребер и дренирования
- E. Торакоскопии с аспирацией плеврального выпота**

**48. Метод эвакуации плеврального выпота зависит главным образом от следующих условий:**

- A. Причины плеврита**
- В. От возраста больного
- С. От реактивности организма
- D. От характера выпота и этиологии плеврита**
- Е. От характера микрофлоры

**49. Которые из нижеперечисленных факторов способствуют переходу острой эмпиемы плевры в хроническую форму?**

- A. Запоздалое лечение**
- B. Неадекватное дренирование плевральной полости**
- C. Резистентная к антибиотикам агрессивная микрофлора**
- D. Сниженная иммунная реакция**
- E. Декомпенсированные сопутствующие заболевания**

**50. Основным принципом в лечении хронической эмпиемы является:**

- А. Дезинфекция остаточной полости
- В. Антибиотикотерапия
- С. Дезинтоксикация
- Д. Коррекция гомеостаза
- E. Устранение остаточной полости**

**51. Современными хирургическими методами лечения хронической эмпиемы являются следующие, за исключением:**

- А. Экстраплевральной торакопластики
- В. Интраплевральной торакопластики
- С. Плевро-легочной декорткации
- Д. Плевро-легочной декорткации в ассоциации с парциальной резекцией легкого
- E. Экстраплевральной тампонады пластическими материалами**

**52. Какой из методов интраплевральной тампонады используется в спорадических случаях эмпиемы плевры без бронхиальных свищей?**

- А. Тампонада при помощи воска
- В. Тампонада жировой клетчаткой
- С. Тампонада при помощи губки из пластических материалов
- D. Мышечная тампонада**
- Е. Тампонада при помощи акриловых шариков

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.**

*Мужчина 49 лет.* Жалобы на общую слабость, одышку, кашель с гнойной зловонной мокротой до 200 мл в сутки, периодически с прожилками крови, боль в левой половине грудной клетки.

*Анамнез.* Две недели назад на фоне тяжелого алкогольного запоя стал лихорадить, появилась боль в груди. Несколько дней назад стала откашливаться гнойная мокрота до 150-200 мл в сутки. До этого недомогал в течение месяца, сильно пил, неоднократно подвергался переохлаждениям. Год назад болел левосторонней пневмонией. Курит более 30 лет. Злоупотребляет алкоголем. В заключении 2010-2017.

*Объективно.* Состояние тяжелое. Бледен. Акроцианоз. Лихорадит до 38,7. Откашливает зловонную мокроту. Справа на фоне жесткого дыхания сухие хрипы. Слева дыхание резко ослаблено. Перкуторный звук слева притуплен в верхних отделах.

*Лучевое исследование.* Слева в верхней доле полость деструкции до 10х12 см, в которой расположен секвестр. Слева и справа в нижних доля фокусы инфильтрации. Слева выпот до 4 ребра.

*Бронхоскопия.* Двухсторонний эндобронхит в нижних долях: I степени справа и II-III степени слева.

**Задание.**

1. Диагноз.
2. Какие методы этиологической диагностики необходимы.
3. Лечение и прогноз.

**Задача № 2.**

*У больного 45 лет с правосторонней пневмонией температура тела внезапно поднялась до 39°C, резко ухудшилось общее самочувствие, появились одышка, обильная потливость, резкие боли в груди справа при углублении дыхания, отрывистый сухой кашель. Положение больного вынужденное, полусидячее, на правом боку. Дыхание 28 в 1 минуту, поверхностное. Пульс 120 в 1 минуту, ритмичный. Осмотр выявил отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа, нижние межреберья справа расширены и сглажены. При перкуссии резкое приглушение звука с V межреберья. Дыхание в этом месте резко ослаблено.*

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз.
2. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
3. Расскажите о врачебной тактике и лечении данного заболевания.

**Задача № 3.**

*У больного, 39 лет, жалобы на кашель с мокротой, одышку, кровохарканье, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 39°C, потливость, слабость. Заболел остро 10 дней назад, повысилась температура до 39°C, появился озноб, затем присоединились указанные выше жалобы. Кашель вначале был сухой, мучительный, затем появилась мокрота. За три дня до поступления в стационар количество мокроты резко увеличилось, неприятный гнилостный запах в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку.*

Состояние больного тяжелое, кожа бледная, влажная. Над легкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 100. АД 90/60.

*Анализ крови:* гемоглобин 130 г/л лейкоциты 14,0 формула - сдвиг влево. СОЭ 50 мм.

*При рентгеноскопии грудной клетки:* слева в нижней доле полость размером 5 х 6 см с перифокальным воспалением. Корни легких не изменены.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Наметьте план обследования больного и план лечения.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Назовите ориентировочные сроки нетрудоспособности

**Задача № 4.**

*Больной 38 лет*, переведен в клинику из терапевтического отделения, где находился по поводу крупозной пневмонии. Состояние при поступлении крайне тяжелое, выраженная одышка, заторможен. Дыхание справа спереди ослаблено, с амфорическим оттенком, множество влажных хрипов. Мокрота грязного цвета до 400 мл в сутки. Р-100 уд. в мин. А/Д 110/60 мм рт.ст. анализ крови. L-10 · 800, Э-2, п-6, с- 65 химф-18 м-1, токсическая зернистость, нейрофинец (4+). СОЭ-55 мм/ч, в моче - белок, в мокроте эластические волокна.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Какими дополнительными методами и исследованиями можно подтвердить диагноз?
3. Как будете лечить больного?
4. Какие лабораторные показатели могут подтвердить успешность в лечении больного?
5. Профилактика, прогноз.

**ДЕ 13. Диагностика и лечение пациентов с травмами органов грудной полости.**  
**Пневмоторакс (открытый, закрытый, напряженный)**

**1. Больной 50 лет** получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 60/40 мм рт. ст., пульс периферических сосудов определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 3-м межреберье 1,5 см длиной по парастернальной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Какой метод лечения нужно рекомендовать больному?

- а) пункция плевральной полости
- б) комплекс реанимационных мероприятий**
- в) пункция перикарда
- г) переливание крови
- д) немедленная торакотомия

**2. Больной 20 лет** упал с 4 этажа и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями травматического шока III-IV ст., выраженной дыхательной недостаточностью, нарастающей подкожной эмфиземой. При обзорном рентгенологическом исследовании диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочное дренирование левой плевральной полости во 2-м межреберье, по дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не раскрывается. Введение второго дренажа и активная аспирация воздуха по обоим дренажам не эффективны, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения и нарастает подкожная эмфизема. При бронхоскопии – надрыв левого главного бронха. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать?

- а) продолжать активную аспирацию по двум дренажам с увеличением вакуума
- б) произвести переднюю верхнюю медиастинотомию**
- в) произвести обтурацию бронхоблокаторов
- г) сделать левостороннюю пневмонэктомию
- д) **выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха**

3. Больной получил дорожную травму, доставлен в тяжелом состоянии, картина травматического шока 1У ст. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом костей таза. Обращают на себя внимание одышка и тахикардия. Аускультативно: резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева темпанит, над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать?

- а) немедленную торакотомию
- б) лапароскопию
- в) выведение больного из шока
- г) применение различных видов новокаиновых блокад
- д) динамическое наблюдение и симптоматическое лечение

4. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом 5 ребер слева, 4 - справа, выраженная подкожная эмфизема, двухсторонний пневмоторакс. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному?

- а) двухсторонняя торакотомия
- б) наложение трахеостомии и искусственная вентиляция легких
- в) интубация и искусственная вентиляция легких
- г) дренирование обеих плевральных полостей

5. Какой пневмоторакс принято считать «напряженным» с?

- а) полным коллапсом легкого
- б) признаками эмфиземы средостения и тканей груди
- в) признаками смещения средостения в здоровую сторону
- г) признаками подкожной эмфиземы

6. Последовательность операций, применяемых для лечения «напряженного» пневмоторакса:

- а) торакотомия и ушивание поврежденного легкого
- б) дренирование средостения по Гателю
- в) дренирование плевральной полости, чередование активной и пассивной аспираций, ВТС/ торакотомия
- г) пункция плевры

7. Выберите основные признаки спонтанного пневмоторакса:

- а) боли в груди и осиплость голоса
- б) боли в груди, одышка
- в) боли в груди, одышка, кашель, изменение перкуторного тона и ослабление или отсутствие дыхания на стороне поражения
- г) боли в груди, кашель

8. При напряженном пневмотораксе и напряженной эмфиземе средостения первая помощь заключается в:

- а) пульмонэктомии или лобэктомии
- б) дренировании плевральной полости и дренировании средостения по Гателю
- в) торакотомии и декомпрессии методом широкого вскрытия средостения
- г) дренировании плевральной полости двумя дренажами

**9. Методом неотложного лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является:**

- а) торакотомия
- б) плевральная пункция и аспирация воздуха**
- в) торакоскопия с последующей дренированием плевральной полости
- г) наблюдение

**10. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает:**

- а) при абсцессе легкого
- б) при эхинококке легкого
- в) при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- г) при буллезной эмфиземе**

**11. Для острого пневмоторакса не характерно:**

- а) одышка в покое
- б) болевой синдром вплоть до шока
- в) горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости**
- г) тахикардия
- д) изменения перкуторного звука

**12. Какие осложнения возможны при неспецифическом спонтанном пневмотораксе:**

- а) напряженный пневмоторакс
- б) внутриплевральное кровотечение
- в) пневмомедиастинум
- г) все перечисленное**

**13. Тяжесть спонтанного гемопневмоторакса обусловлена:**

- а) величиной спадения легкого
- б) интенсивностью и объемом кровотечения
- в) степенью смещения средостения
- г) сочетанием всего перечисленного**

**14. Неотложные лечебные мероприятия при пневмомедиастинуме определяются:**

- а) гнусавостью голоса
- б) [подкожной эмфиземой на шее](#)
- в) экстракардиальной тампонадой сердца**
- г) одышкой

**15. Основные симптомы пневмомедиастинума:**

- а) осиплость голоса
- б) изменение перкуторного звука над легкими и ослабление дыхания
- в) подкожная эмфизема над одной из половин грудной клетки
- г) осиплость голоса, подкожная эмфизема шеи и надплечий, отслойка медиастинальных листков на рентгенограмме**

**16. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:**

- а) коллапс легкого вследствие альвеоло-бронхиального свища
- б) первичная несостоятельность культи бронха
- в) внутриплевральное кровотечение**
- г) ателектаз легкого

д) напряженный пневмоторакс

**17. Основными причинами пневмомедиастинума могут быть:**

- а) повреждение трахеи
- б) повреждение пищевода
- в) повреждение главных бронхов
- г) **все перечисленное**

**18. Что характерно для напряженного спонтанного пневмоторакса:**

- а) цианоз кожных покровов
- б) тахикардия
- в) тахипноэ
- г) смещение средостения и диафрагмы
- д) **все перечисленное**

**19. Показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются:**

- а) пневмоторакс
- б) гемоторакс
- в) свернувшийся гемоторакс
- г) **продолжающееся кровотечение в плевральную полость**
- д) сам факт проникающего ранения

**20. Характерным признаком разрыва легкого является:**

- а) кровохарканье
- б) гемоторакс
- в) пневмоторакс
- г) **правильно а, б, в**
- д) затенение легкого при рентгенологическом исследовании

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Девушка 17 лет.* Жалобы на резкую боль в правой половине грудной клетки, чувство сдавления в груди, одышку.

*Анамнез.* Два часа назад на тренировке по фигурному катанию упала, ударившись о бортик.

*Объективно.* Грудная клетка справа отстаёт в акте дыхания. Визуально и пальпаторно а уровне III-V межреберий отек, гематома и резкая болезненность при пальпации. Ощущается крепитация ребер. Дыхание справа не выслушивается. Тоны сердца ясные. АД 100/60. ЧД=26 в мин. ЧСС=108 в мин.

*Обзорная рентгенограмма грудной клетки.* Переломы боковых пластинок III-V ребер. Правое легкое коллабировано на  $\frac{3}{4}$  своего объема. Средостение умеренно смещено влево. В правой плевральной полости уровень жидкости до VI ребра.

#### Задание.

1. Диагноз.
2. Необходимые методы дообследования.
3. Тактика лечения.

#### Задача № 2.

*Больной Б., 46 лет,* жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость.

Считает себя больным в течение 2 часов, когда был сбит грузовым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, резкое усиление боли при перемене положения, головокружение.

*Объективно:* Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом.

Грудная клетка асимметричная, правая половина отстаёт в акте дыхания. Определяются множественные ссадины на правой боковой поверхности, визуально определяется смещение участка грудной стенки во время дыхания. Пальпация правой половины грудной клетки вызывает резкую болезненность, определяется костная крепитация в местах двойных переломов V-VIII ребер и подкожная крепитация в виде «хруста снега». Пальпация левой половины – без особенностей. При перкуссии справа в нижних отделах – укорочение и притупление перкуторного звука, выше – тимпанит, слева – легочный звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким – везикулярное дыхание, над правым – дыхание практически не проводится. Пульс – 128 ударов в 1 минуту, АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 36 в 1 минуту.

*На обзорной рентгенограмме ОГП* справа определяются переломы V – VI – VII – VIII ребер по передней и задней подмышечной линиям. Легкое коллабировано на 1/2, нижние отделы легочного поля справа гомогенно затемнены до уровня VI ребра с четкой горизонтальной границей.

*Дополнительные исследования.* Анализ крови: Эритроц. -  $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 86 г/л, Лейк. -  $12,8 \cdot 10^9$  /л, П - 10%, Сегм. - 75%, Лимф. - 10%, Мон. - 5%, СОЭ - 4 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

#### **Задача № 3.**

*Больной Ш., 50 лет,* Жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость.

Считает себя больным в течение 3 часов, когда был сбит легковым автомобилем, после чего отметил появление боли в правой половине груди, затруднение вдоха, нехватку воздуха, одышку, головокружение. Отмечает появление симметричного вздутия на шее, которое увеличивается, переходит на верхний отдел грудной клетки.

*Объективно.* Общее состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, цианотичные, кожа покрыта липким потом.

Дыхание поверхностное, затрудненное. Симметричные вздутия на шее, в надключичных областях, умеренное набухание шейных вен. Грудная клетка симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания. Определяются множественные ссадины на передней поверхности грудной клетки, визуально вышеописанная припухлость распространяется с шеи на лицо и верхние отделы грудной клетки. Пальпация грудной клетки вызывает умеренную болезненность в области ссадин, костная крепитация ребер не выявлена. При пальпации припухлости определяется симптом «хрустящего снега». При перкуссии над легкими – легочной звук; границы сердца в пределах нормы. Аускультативно: тоны сердца приглушены, ритмичные, над левым легким – везикулярное дыхание, над правым - несколько ослабленное. Пульс – 108 ударов в 1 мин., АД – 90/45 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий – 28 в 1 минуту.

*На обзорной рентгенограмме ОГП:* перелом III – IV ребер справа, правое легкое коллабировано на 1/4, тень средостения расширена в поперечнике.

*Дополнительные исследования.* Анализ крови: Эритроц. -  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Нв - 118 г/л, Лейк. -  $10,8 \cdot 10^9$ /л, П - 10%, Сегм. - 73%, Лимф. - 12%, Мон. - 5%, СОЭ - 4 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

#### **Задача № 4.**

*Больной В., 29 лет,* Жалуется на сильные боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку, общую слабость, наличие кровотокающей раны в правой половине грудной клетки, головокружение.

Считает себя больным в течение 1 часа, когда получил удар острым предметом в правую половину груди.

*Объективно.* Общее состояние больного тяжелое. Вынужденное положение – полусидя. Кожа и видимые слизистые бледноватые, акроцианоз, кожа покрыта липким потом.

Грудная клетка симметричная, правая половина в акте дыхания не участвует. По задне-подмышечной линии справа в VI-м межреберье определяется колотая рана 2,0x0,3 см с ровными краями, острыми углами и незначительным кровотечением. Пальпация левой половины грудной клетки безболезненная, при пальпации правой половины – определяется умеренная болезненность в области раны. При перкуссии над левой половиной грудной клетки – легочный звук, справа – притупление во всех отделах; границы сердца смещены влево. Аускультативно: тоны сердца чистые, ритмичные, над левым легким – везикулярное дыхание, справа – дыхание не проводится. Пульс – 108 ударов в 1 мин., пониженного наполнения и напряжения, АД – 90/60 мм. рт. ст. Число дыхательных экскурсий 24 в 1 мин.

*По данным обзорной рентгенограммы ОГП:* справа ниже переднего отрезка IV ребра легочное поле затемнено.

*Дополнительные исследования.* Анализ крови: Эритро.- $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, Нв -102 г/л, Лейк. -  $15,8 \cdot 10^9$ /л, П -14%, Сегм. - 72%, Лимф. - 8%, Мон. - 6%, СОЭ- 14 мм/час.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите лечебную тактику.
3. Перечислите необходимые дополнительные исследования.

### **ДЕ 14. Особенности организации и оказания медицинской помощи населению по профилю "торакальная хирургия" и медицинской эвакуации в условиях чрезвычайных ситуаций, при террористических актах и военных конфликтах.**

**1. К классификации огнестрельных ранений по характеру ранящего снаряда относятся:**

- а) пулевые
- б) осколочные
- в) шариковые
- г) дробовые
- д) **все перечисленные**

**2. Что такое зона первичного некроза?**

а) канал, возникший в результате прохождения ранящего снаряда, заполненный обрывками тканей, кровью, инородными телами

**б) зона поврежденных первично нежизнеспособных тканей, имbibированных кровью**

в) зона, где кровоизлияния, отек, и некробиоз возникают спустя некоторое время после ранения

г) зона тканей, прилегающих к раневому каналу глубиной 4 см.

**3. По очередности бактериального загрязнения ран различают:**

- 1) госпитальное
- 2) первичное
- 3) вторичное
- 4) послеоперационное.

Выберите:

- а) 1, 2
- б) 2, 3**
- в) 3, 4
- г) 1, 2
- д) 2, 4

**4. Какое значение имеет возникновение вторичного бактериального загрязнения?**

- а) сокращается срок до начала гнойного осложнения
- б) аггавируется тяжесть инфекционного осложнения
- в) возникает необходимость проведения дополнительных профилактических и лечебных мероприятий
- г) резко возрастает вероятность гнойного осложнения раневого процесса**
- д) удлиняются сроки лечения

**5. Сколько периодов различают в биологии огнестрельной раны?**

- а) один
- б) два
- в) три**
- г) четыре
- д) пять

**6. Основным критерием течения раневого процесса является:**

- а) нормализация температуры тела
- б) нормализация показателей крови
- в) динамика клинической картины раневого процесса**
- г) уменьшение раневого отделяемого

**7. Что из перечисленного является основной задачей медицинской службы армии?**

- а) вылечить максимально возможное количество ранений и заболеваний
- б) оказать помощь максимально возможному числу раненых и пораженных
- в) сохранить максимально возможное количество раненных и поражённых
- г) вернуть в строй максимально возможное количество раненых и поражённых в кратчайшие сроки**
- д) вернуть в строй максимально возможное количество раненых и поражённых в любые сроки

**8. Какие вопросы решает внутрипунктовая сортировка?**

- а) где (в каком функциональном подразделении)
- б) в какую очередь
- в) в каком объёме оказывать помощь
- г) всё правильно**

**9. Какой вид помощи оказывают раненому в МПП?**

- а) первую медицинскую помощь
- б) доврачебную
- в) первую врачебную**
- г) квалифицированную
- д) специализированную

**10. При оказании помощи раненому в задачи МПП не входит:**

- а) произвести окончательную остановку наружного кровотечения**
- б) устранить асфиксию
- в) наложить окклюзионную повязку
- г) перелить кровезаменители и кровь по показаниям
- д) ввести обезболивающее средство, сделать новокаиновую блокаду

**11. Мероприятия при оказании первой врачебной помощи не включают:**

- а) транспортную иммобилизацию
- б) трансфузионную терапию
- в) блокаду места перелома
- г) первичную хирургическую обработку раны**
- д) введение антибиотиков

Правильный ответ: г

**12. К операциям, выполняемым по жизненным показаниям, не относятся:**

- а) первичная хирургическая обработка раны**
- б) декомпрессивная трепанация черепа
- в) окончательная остановка кровотечения
- г) операции по поводу анаэробной инфекции
- д) торакотомия и лапаротомия при ранении органов грудной и брюшной полостей

**13. Чем в первую очередь определяются показания к хирургической обработке ран?**

- а) состоянием раненого
- б) характером раны**
- в) боевой и медицинской обстановкой
- г) временем прошедшим после ранения
- д) всё правильно

**14. Непосредственной задачей хирургического вмешательства является:**

- а) быстрое заживление раны
- б) сокращение сроков лечения
- в) создание условий наименее благоприятных для развития микрофлоры в ране и последующего возникновения инфекционных осложнений**
- г) скорейшее выздоровление
- д) быстрый возврат в строй

**15. Что такое первичная хирургическая обработка раны?**

- а) хирургическое вмешательство, выполненное по первичным показаниям
- б) хирургическое вмешательство, выполненное по вторичным показаниям
- в) первое по счёту хирургическое вмешательство, выполненное по первичным показаниям**
- г) первое по счёту хирургическое вмешательство, выполненное по вторичным показаниям

**16. К основным задачам ПХО огнестрельной раны не относится:**

- а) остановка кровотечения
- б) выполнение остеосинтеза по показаниям
- в) предупреждение раневой инфекции
- г) заживление раны первичным натяжением**
- д) сшивание магистральных сосудов и нервных стволов

**17. На каком этапе, как правило, выполняют ПХО ран?**

- а) МПП
- б) Омедб (див)**
- в) сортировочный госпиталь
- г) МПБ
- д) ОМО

**18. В каких случаях не производится ПХО ран?**

- а) при сквозных пулевых с точечным входным и выходными отверстиями, при отсутствии напряжения тканей и признаков повреждения крупных сосудов
- б) пулевых или мелкоосколочных ранениях груди и спины, если нет гематомы, признаков раздробления кости, открытого пневмоторакса или значительного внутриплеврального кровотечения
- в) поверхностных, множественных ранениях мелкими осколками
- г) всё правильно**

**19. Отсроченная хирургическая обработка производится:**

- а) в 1-е сутки
- б) во 2-е сутки
- в) во 2-е сутки при условии введения антибиотиков**
- г) в первые двое суток
- д) в первые 2-е суток при условии введения антибиотиков

**20. Как решается вопрос о наложении швов после ПХО огнестрельной раны:**

- а) рана ушивается
- б) в подавляющем большинстве случаев не ушивается**
- в) по усмотрению хирурга
- г) в зависимости от боевой и медицинской обстановки

**21. Вторичная хирургическая обработка огнестрельной раны подразумевает:**

- а) второе по счету хирургическое вмешательство
- б) наложение вторичных швов (раннего и позднего)
- в) кожную пластику с целью закрытия раны
- г) хирургическое вмешательство с целью лечения раневой инфекции**
- д) восстановительные операции (шов сосуда, нерва, остеосинтез костей при огнестрельном переломе)

**22. Первичная хирургическая обработка огнестрельной раны представляет собой:**

- а) промывание раны антисептиками
- б) наложение асептической повязки
- в) обкалывание раны антибиотиками
- г) оперативное вмешательство с иссечением нежизнеспособных тканей и рассечением раневого канала**

д) наложение транспортной шины

**23. При первичной хирургической обработке огнестрельной раны преследуется цель:**

- а) остановить кровотечение
- б) произвести остеосинтез в случае огнестрельного перелома конечности
- в) предупредить развитие раневой инфекции**
- г) добиться заживления раны первичным натяжением
- д) сшивание сосудов, нервов и сухожилий при их повреждениях

**24. Для закрытия огнестрельной раны при первичной хирургической обработке применяют:**

- а) первичный шов
- б) свободную кожную пластику
- в) первично-отсроченный шов**
- г) кожную пластику лоскутом на ножке
- д) асептическую повязку

**25. Под микрофлорой огнестрельной раны понимают:**

- а) первичное микробное загрязнение
- б) вторичное микробное загрязнение
- в) микробы, прошедшие отборочный рост в ране**
- г) сапрофиты
- д) микробы анаэробной группы

**26. Наложение первичного шва на огнестрельную рану показано:**

- а) при огнестрельном ранении бедра
- б) при проникающем ранении грудной клетки**
- в) при ранении верхней конечности с повреждением сосуда
- г) при травматической ампутации конечности
- д) при огнестрельном повреждении кисти

**27. При первичной хирургической обработке огнестрельных ран не производят:**

- а) рассечение раны и иссечение зоны первичного некроза
- б) остановку кровотечения
- в) обкалывание стенок раны антибиотиками
- г) иссечение зоны молекулярного сотрясения**
- д) удаление инородных тел в раневом канале

**28. Фазы раневого процесса:**

- а) воспаления
- б) все перечисленные фазы**
- в) регенерация
- г) эпителизация
- д) рубцевания

**29. Какова роль антибиотиков при лечении огнестрельных ран?**

- а) стерилизуют рану
- б) временно подавляют развитие инфекционных осложнений раны**
- в) никакой роли не играют, так как микробная флора не чувствительна к ним

- г) применение их вредно из-за аллергических реакций
- д) ухудшают течение раневого процесса

**30. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:**

- а) нагноение;
- б) струп;
- в) грануляции;
- г) **все указанное;**
- д) ничего из указанного.

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

*Мужчина 23 лет.* Житель горного селения. Жалобы на резкую боль в правой половине грудной клетки, чувство сдавления в груди, одышку.

*Анамнез.* Во время землетрясения ночью придавлен обломком строения, выскочил на улицу. Постепенно нарастала боль, чувство сдавления в груди, одышка.

*Объективно.* Состояние тяжелое. Положение вынужденное. Щадит правую половину грудной клетки. Ушибленная рана на груди справа в проекции III-V ребер. Дыхание справа не выслушивается. Перкуторно средостение смещено влево. Слева дыхание ослаблено. ЧСС=122 в мин. ЧД=28 в мин. АД 80/50.

В распоряжении врача (фельдшера), прибывшего на место происшествия, набор для оказания первой помощи (анальгетики, шприцы, в/венные системы и пр.). До ближайшей больницы 8 км. Транспорт имеется.

**Задание.**

1. Диагноз.
2. Какие мероприятия и в какую очередь необходимы.
3. Условия транспортировки.

**Задача № 2.**

Ранен пулей в грудь справа. Появился значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1x1 см, у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5x2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыть не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Какой объем первой помощи должен быть оказан пострадавшему?
3. Расскажите о лечебных мероприятиях в МПП, которые должны оказать пострадавшему.
4. Медицинская помощь пострадавшему в ОМЕДБ.
5. Эвакуация пострадавшего.

**Задача № 3.**

Ранен осколком снаряда в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3x4 см, которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенная кровь.

**Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?

2. Какой объём первой помощи должен быть оказан пострадавшему?
3. Расскажите о лечебных мероприятиях в МПП, которые должны оказать пострадавшему.
4. Медицинская помощь пострадавшему в ОМЕДБ.
5. Эвакуация пострадавшего.

#### **Задача № 4.**

После ядерного взрыва возникли пожары. Загорелась одежда. Получил ожоги пламенем. На верхних конечностях кожа гиперемирована, покрыта пузырями. Имеются значительные участки светло-коричневого струпа. Кожа лица гиперемирована, отечна. Была однократная рвота. Показания индивидуального дозиметра 1,5Гр.

#### **Вопросы:**

1. Предварительный диагноз?
2. Какой объём первой помощи должен быть оказан пострадавшему?
3. Расскажите о лечебных мероприятиях в МПП, которые должны оказать пострадавшему.
4. Медицинская помощь пострадавшему в ОМЕДБ.
5. Эвакуация пострадавшего.

### **ДЕ 15. Доброкачественные опухоли органов грудной полости**

**1. Среди новообразований средостения отмечено следующее соотношение доброкачественных и злокачественных форм**

**а)3:1**

б)10:1

в)1:1

г)1:3

д)1:10

**2. К неврогенным опухолям средостения, исходящим из оболочек нервов, относятся:**

1)гангионеврома

2)феохромоцитома

3)хемодектома

4)невринома

5)нейрофиброма

а)правильно 1 и 2

б)правильно 2 и 3

в)правильно 3 и 4

**г)правильно 4 и 5**

д)правильно 1 и 5

**3. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются**

а)в реберно-позвоночном углу

б)в центральном средостении

в)в верхних отделах переднего средостения

г)в переднем средостении на уровне основания сердца

**4. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут**

а)малигнизировать

б)"вызревать" - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную  
в)распространяться из средостения на шею  
г)проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга  
д)**все ответы правильные**

**5. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является**

- а)фиброма
- б)липома**
- в)гемангиома
- г)лимфангиома

**6. Абдомино-медиастинальная липома встречается**

- а)преимущественно у мужчин
- б)преимущественно у женщин**
- в)одинаково часто у мужчин и женщин

**7. Абдомино-медиастинальная липома локализуется**

- а)в переднем средостении**
- б)в заднем средостении
- в)одинаково часто в переднем и заднем средостении

**8. Зрелые тератомы средостения**

- а)чаще встречаются у мужчин
- б)чаще встречаются у женщин**
- в)встречаются одинаково часто и у мужчин, и у женщин

**9. Зрелые тератомы средостения располагаются**

- а)преимущественно в переднем средостении**
- б)преимущественно в заднем средостении
- в)одинаково часто и в переднем, и в заднем средостении

**10. Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов**

- а)нервной ткани
- б)кожи**
- в)энтодермы
- г)мезодермы
- д)всех перечисленных

**11. Для энтерогенных кист (энтерокистом) средостения характерна локализация**

- а)в переднем средостении
- б)в центральном средостении
- в)в заднем средостении**
- г)в кардио-диафрагмальном углу

**12. Энтерогенные кисты средостения сходны по строению**

- а)со стенкой пищевода
- б)со стенкой желудка
- в)со стенкой тонкой кишки

- г) правильно а) и б)
- д) правильные ответы а), б) и в)

**13. Целомические кисты перикарда могут**

- а) сообщаться с полостью перикарда (по типу дивертикула)
- б) быть связанными с перикардом облитерированной ножкой или плоскостным сращением
- в) не иметь какой-либо связи с перикардом
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильно а), б) и в)

**14. Стенка бронхиальной кисты может быть представлена**

- а) многорядным цилиндрическим эпителием
- б) соединительной тканью, содержащей слизистые железы
- в) гиалиновым хрящом
- г) гладкими мышцами
- д) все ответы верные

**15. Бронхиальные кисты локализуются преимущественно**

- а) в реберно-позвоночном углу
- б) в реберно-диафрагмальном углу
- в) в кардио-диафрагмальном углу
- г) в нижних отделах заднего средостения
- д) в верхних отделах средостения, вблизи трахеи и крупных бронхов

**16. Из передней кишки в период эмбриогенеза развиваются**

- а) энтерогенные кисты
- б) бронхиальные кисты
- в) дермоидные кисты
- г) целомические кисты перикарда
- д) правильные ответы а) и б)

**17. Смещение опухоли при кашле, пробе Вальсальвы, при глотании (выявляемое при рентгеноскопии) характерно**

- а) для "ныряющего" зоба
- б) для за грудиного зоба
- в) для внутригрудного зоба
- г) для всех перечисленных локализаций
- д) только для а) и б)

**18. Наиболее яркой клинической картиной сопровождается развитие следующих групп бронхиальных кист средостения**

- а) паратрахеобронхиальных
- б) параперикардиальных
- в) парапищеводных
- г) при локализации в задне-нижних отделах средостения

**19. Осложненное течение кист средостения определяют**

- а) нагноение кисты
- б) прорыв кисты в трахею
- в) пенетрация язв слизистой оболочки кисты в позвоночник, пищевод, аорту
- г) нарушение кожных покровов грудной стенки и формирование свища

**д) все ответы правильные**

**20. Свойством изменять свою конфигурацию в фазе максимального вдоха и максимального выдоха, выявляемым при рентгеноскопии, обладают следующие новообразования средостения**

а) тератомы

б) тимомы

**в) большие однокамерные перикардальные кисты**

г) липомы

д) менингоцеле

**21. Выявление костных включений в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным симптомом**

а) для тимомы

**б) для зрелой тератомы**

в) для злокачественной лимфомы

г) для энтерокистомы

д) для бронхиальной кисты

**22. Выраженное смещение и сдавление трахеи, пищевода и магистральных сосудов в области верхней апертуры грудной клетки, выявляемое при рентгенологическом исследовании, наиболее характерно**

а) для тимомы

б) для злокачественных лимфом средостения

**в) для заградного зуба**

г) для тератомы средостения

**23. Оптимальными условиями выполнения трансторакальной пункции опухоли средостения являются**

а) краевая, по отношению к органам средостения, локализация опухоли

б) размеры новообразования не менее 4-5 см

в) прилегание новообразования к грудной стенке

**г) все ответы верные**

д) правильные ответы а) и б)

**24. Трансторакальная пункционная биопсия противопоказана**

а) при подозрении на аневризму сердца или аорты

б) при подозрении на кисту переднего средостения, в частности, паразитарную

в) при предположительном диагнозе - опухоль вилочковой железы

г) при предположительном диагнозе - тератобластома

**д) верные ответы а) и б)**

**25. Транстрахеальная или трансбронхиальная пункционная биопсия нецелесообразна**

а) при массивном увеличении лимфатических узлов бифуркационной группы

б) при наличии синдрома сдавления верхней полой вены вследствие увеличения паратрахеальных лимфатических узлов

**в) при подозрении на бронхиальную или перикардальную кисту, расположенную в области бифуркации трахеи или паратрахеально**

г) верные ответы а) и б)

д) верные ответы а), б), в)

**26. При выполнении стандартной медиастиноскопии можно осмотреть и взять прицельную биопсию из новообразований, расположенных**

- а) в переднем верхнем средостении
- б) в нижних отделах средостения (переднего)
- в) в области бифуркации и крупных бронхов
- г) в заднем средостении
- д) **верные ответы а) и в)**

**27. Диагностическая парастернальная медиастиномия наименее эффективна при локализации новообразования:**

- 1) в верхних отделах переднего средостения
- 2) в нижних отделах переднего средостения
- 3) паратрахеально
- 4) в зоне бифуркации трахеи
- 5) в заднем средостении
- а) все ответы верные
- б) верные все ответы, кроме 1
- в) **верные все ответы, кроме 4, 5**
- г) верные все ответы, кроме 1, 2
- д) верные все ответы, кроме 2 и 3

**28. Дифференциальный диагноз опухолей средостения необходимо проводить**

- а) с новообразованиями легких и плевры
- б) с аневризмой аорты и сердца
- в) с релаксацией диафрагмы и новообразованиями грудной стенки
- г) **все ответы правильные**
- д) правильные ответы а) и б)

**29. Дифференциальный диагноз тимомы наиболее часто приходится проводить**

- 1) с изолированным медиастинальным лимфогранулематозом
- 2) с невриномой
- 3) с энтерогенной кистой
- 4) с тератомой
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 3 и 4
- г) **правильно 1 и 4**
- д) правильно 2 и 4

**30. После выявления новообразования средостения при рентгенологическом обследовании оптимальным является**

- а) динамическое наблюдение
- б) проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
- в) **госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения**
- г) назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

**31. Активная хирургическая тактика у больных с доброкачественными новообразованиями средостения оправдана в связи**

- а)с возможностью малигнизации
- б)с развитием компрессионного медиастинального синдрома
- в)с возможностью развития опасных для жизни осложнений
- г)все ответы верные**
- д)правильные ответы б) и в)

**32. Для лечения доброкачественных тератом, тимом, фибром, липом и нейрогенных опухолей средостения применяется**

- а)хирургический метод**
- б)лучевое лечение
- в)противоопухолевая лекарственная терапия
- г)комбинированное лечение

**33. При хирургическом лечении новообразований средостения могут применяться следующие торакотомные и трансстернальные оперативные доступы:**

- 1)задне-боковой**
- 2)боковой**
- 3)трансстернальный продольный**
- 4)трансстернальный поперечный**
- 5)чрездвуплевральный**
- а)все перечисленные**
- б)все перечисленные, кроме 5
- в)все перечисленные, кроме 4, 5
- г)все перечисленные, кроме 2 и 4
- д)все перечисленные, кроме 3 и 5

**34. Свойствами, определяющими особенности хирургического лечения опухолей вилочковой железы, являются:**

- 1)возможность миастенического синдрома**
- 2)отсутствие возможности миастении**
- 3)возможность малигнизации**
- 4)отсутствие малигнизации**
- а)правильно 1 и 3**
- б)правильно 1 и 4
- в)правильно 2 и 3
- г)правильно 2 и 4

**35. Наиболее часто неврологические осложнения возникают после операций по поводу**

- а)тератом средостения
- б)неврином средостения**
- в)липом средостения
- г)тимом средостения
- д)кист перикарда

**36. К доброкачественным опухолям пищевода эпителиального происхождения относятся все перечисленные, кроме**

- а)полипов
- б)аденом
- в)папиллом
- г)лейомиом**

**37. В стенке пищевода могут развиваться**

- а) ретенционные кисты
- б) энтерогенные кисты
- в) бронхогенные кисты
- г) паразитарные кисты
- д) **все перечисленные кисты**

**38. В просвет пищевода растут, как правило, все перечисленные опухоли, кроме**

- а) аденом
- б) папиллом
- в) полипов
- г) **лейомиом**

**39. Наиболее часто встречающимися симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются**

- а) дисфагия
- б) боль за грудиной или в эпигастральной области
- в) респираторные нарушения
- г) **правильные ответы а) и б)**
- д) правильные ответы б) и в)

**40. Наиболее часто доброкачественные неэпителиальные новообразования пищевода встречаются**

- а) **в нижней трети**
- б) в среднегрудном отделе
- в) в верхней трети
- г) встречаются одинаково часто во всех отделах

**41. Большинство внутрипросветных доброкачественных опухолей пищевода локализуется**

- а) **в верхней половине пищевода**
- б) в нижней половине пищевода
- в) в абдоминальном сегменте пищевода
- г) встречаются с одинаковой частотой во всех отделах

**42. Основными методами диагностики доброкачественных опухолей пищевода являются:**

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) радиоизотопный
- 4) трахеобронхоскопия
- а) **правильно 1 и 2**
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 3 и 4
- г) правильно 1 и 3
- д) правильно 1 и 4

**43. Характерным рентгеноморфологическим признаком доброкачественной внутрипросветной опухоли пищевода размером 4-5 см является расширение его просвета**

- а) **над опухолью**

- б)на уровне опухоли**
- в)ниже опухоли
- г)нет правильного ответа

**44. Смещение опухоли в просвете пищевода при рентгенологическом исследовании чаще всего свидетельствует в пользу**

- а)лейомиомы
- б)аденомы
- в)полипа**
- г)кисты

**45. Биопсия доброкачественных новообразований пищевода при эзофагоскопии**

- а)должна выполняться у каждого больного
- б)не должна выполняться никогда
- в)возможна только при интактной слизистой
- г)возможна только при поврежденной слизистой**

**46. При лечении доброкачественных опухолей пищевода применяется**

- а)хирургическое лечение**
- б)лучевое лечение
- в)химиотерапия
- г)комбинированное лечение

**47. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства по поводу лейомиомы пищевода является**

- а)эндоскопическое удаление
- б)энуклеация опухоли с сохранением слизистой оболочки**
- в)сегментарная резекция пищевода
- г)субтотальная резекция пищевода

**48. От всех опухолей легких доброкачественные составляют**

- а)менее 1-2%
- б)7-10%**
- в)25-30%
- г)до 40%

**49. К эпителиальным доброкачественным опухолям легких относятся все перечисленные, кроме**

- а)папилломы бронха
- б)аденомы бронха
- в)сосудистой эндотелиомы**
- г)железистого полипа

**50. К центральным доброкачественным опухолям легких относятся**

- а)опухоли главных бронхов
- б)опухоли долевых бронхов
- в)опухоли сегментарных бронхов
- г)все перечисленные**
- д)ни одна из перечисленных

**51. Доброкачественные опухоли легких могут иметь**

- а) эпителиальное происхождение
- б) нейроэктодермальное происхождение
- в) мезодермальное происхождение
- г) дисэмбриогенетическое (гамартомы, тератомы)
- д) **все ответы верные**

**50. Осложнениями доброкачественных опухолей легких могут быть:**

- 1) ателектаз
- 2) пневмофиброз
- 3) бронхоэктазы
- 4) абсцедирующая пневмония
- 5) кровотечение
- а) **все перечисленные**
- б) все перечисленные, кроме 5
- в) все перечисленные, кроме 1 и 2
- г) все перечисленные, кроме 3 и 4
- д) все перечисленные, кроме 2 и 4

**51. Центральные доброкачественные опухоли легких чаще всего развиваются**

- а) **в главных и долеых бронхах**
- б) в сегментарных бронхах
- в) в бронхах V-VI порядка
- г) в бронхиолах

**52. Центральные доброкачественные опухоли легких растут преимущественно**

- а) **эндобронхиально**
- б) интрамурально
- в) экстрабронхиально (экзобронхиально)
- г) все типы роста встречаются с одинаковой частотой

**53. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют**

- а) **аденомы бронха**
- б) папилломы бронха
- в) сосудистые опухоли
- г) тератомы

**54. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют**

- а) фибромы
- б) тератомы
- в) **гамартомы**
- г) аденомы

**55. Доброкачественные опухоли легких встречаются у мужчин и женщин в соотношении приблизительно**

- а) 10:1
- б) 5:1
- в) **1:1**

г)1:5

д)1:10

**56. Добракачественные опухоли встречаются преимущественно в возрасте**

**а)до 50 лет**

б)51-60 лет

в)61-70 лет

г)71-80 лет

д)старше 80 лет

**57. Клинические симптомы и тяжесть клинической картины при центральных добракачественных опухолях легких в наибольшей степени выражены**

а)при I степени нарушения бронхиальной проходимости

б)при II степени нарушения бронхиальной проходимости

**в)при III степени нарушения бронхиальной проходимости**

г)выражены всегда одинаково, независимо от степени нарушения бронхиальной проходимости

**58. Кровохаркание как симптом центральных добракачественных опухолей легких**

а)не встречается

б)встречается крайне редко

**в)встречается крайне часто**

**59. В случае кровотечения при центральных добракачественных опухолях легких кровь наиболее часто выявляется в виде**

а)прожилок крови в мокроте

**б)алой (или темной) крови**

в)оба вида кровохаркания встречаются с одинаковой частотой

**60. Для obturационной пневмонии с абсцедированием, осложнившей течение добракачественной опухоли центрального или долевого бронхов, характерным является**

**а)длительное, стойкое повышение температуры с признаками интоксикации**

б)кратковременное повышение температуры без признаков интоксикации

в)характерны оба варианта

**61. Богатая васкуляризация опухоли, выявляемая при бронхиальной ангиографии, характерна для следующих добракачественных новообразований легких:**

1)ангиом

2)аденом

3)липом

4)лейомиом

5)тератом

**а)правильно 1 и 2**

б)правильно 2 и 3

в)правильно 3 и 4

г)правильно 4 и 5

**62.Решающим методом диагностики центральных добракачественных опухолей легкого является**

- а) рентгеноскопия
- б) рентгенография
- в) томография
- г) бронхография
- д) фибробронхоскопия с биопсией**

**63. Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого необходимо проводить**

- а) с периферическим раком
- б) с туберкулемой
- в) с кистой
- г) с асперилломой
- д) со всеми перечисленными**

**64. Катетеризационный (при бронхоскопии) и пункционный (трансбронхиальный, трансторакальный) методы биопсии целесообразны, когда дифференциальный диагноз проводится между периферической доброкачественной опухолью легких**

- а) и бронхогенной кистой
- б) и энтерогенной кистой
- в) и паразитарной кистой
- г) и периферическим раком легких**

**65. Противопоказаниями к попыткам полного удаления доброкачественной опухоли легких через бронхоскоп являются все перечисленные, кроме**

- а) интрамурального или экзобронхиального (экстрабронхиального) типа роста
- б) обильной ее васкуляризации
- в) подозрения на озлокачествление
- г) локализации небольшой опухоли на узком основании (ножке) в главном бронхе**

**66. При центральных доброкачественных опухолях легких диагностическая бронхотомия позволяет**

- а) уточнить локализацию и размеры основания опухоли
- б) эвакуировать содержимое из бронхов ателектаризованного участка легкого
- в) взять материал для срочного гистологического исследования
- г) все ответы верные**

**67. При центральных доброкачественных опухолях могут выполняться следующие виды реконструктивно-пластических операций**

- а) окончатая резекция бронха
- б) циркулярная резекция бронха с формированием межбронхиального анастомоза
- в) циркулярная резекция бронха с удалением одной-двух долей с формированием межбронхиального анастомоза
- г) все виды перечисленных операций**
- д) только б) и в)

**68. Окончатую резекцию бронха, как правило, производят при опухолях а) с преимущественно эндобронхиальным типом роста, имеющим основание шириной не более 0.5-1 см**

б)с преимущественно эндобронхиальным типом роста, имеющим основание шириной 2-3 см

в)с преимущественно интрамуральным и экстрабронхиальным типом роста

**69. Обязательными условиями применения реконструктивно-пластической операции по поводу центральных доброкачественных опухолей легких являются**

а)обратимые изменения в ателектазированной части легкого

б)возраст не старше 60 лет

в)отсутствие недостаточности легочной вентиляции

г)все ответы верные

**70. При хирургическом лечении периферических доброкачественных опухолей легких наиболее часто выполняемыми операциями являются все перечисленные, кроме**

а)энуклеации опухоли

б)клиновидной или краевой резекции

в)сегментарной резекции легких

г)билобэктомии и пульмонэктомии

**71. Помимо хирургических методов при лечении доброкачественных опухолей легких могут применяться**

а)лучевая терапия

б)противоопухолевая химиотерапия

в)комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)

г)все перечисленные методы

д)ни один из перечисленных методов

**72. Диагностическая торакотомия у больных с округлым образованием в легком, генез которого неясен**

а)является завершающим методом обследования больного

б)предусматривает морфологическую верификацию диагноза в момент операции

в)обеспечивает выполнение операции при раке легкого у большинства пациентов в I и II стадиях заболевания

г)все ответы верные

д)правильные ответы а) и б)

**73. Доброкачественная фиброзная мезотелиома плевры**

а)имеет определенную этиологическую связь с асбестом

б)асбест не оказывает влияния на возникновение доброкачественной фиброзной мезотелиомы плевры

в)нет правильного ответа

**74. Больные доброкачественной фиброзной мезотелиомой плевры**

а)имеют хороший прогноз

б)имеют плохой прогноз

в)прогноз заболеваний не однозначен

**75. Доброкачественная мезотелиома плевры может сопровождаться следующими клиническими проявлениями**

а)болью в груди

- б) кашлем
- в) гипертрофической остеоартропатией
- г) все ответы верные**
- д) верные ответы а) и б)

**76. Ограниченно растущие мезотелиомы (доброкачественные мезотелиомы) чаще всего имеют строение**

- а) фибромы**
- б) липомы
- в) шванномы
- г) ангиомы
- д) хондромы

**77. Доброкачественная мезотелиома может иметь**

- а) дольчатый вид
- б) обызвествленные участки
- в) почти полностью занимать гемиторакс
- г) правильного ответа нет**
- д) все ответы верные

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Женщина 78 лет. Жалоб не предъявляет.*

*Анамнез.* При обследовании для операции по поводу катаракты прошла флюорографию, и было выявлено шаровидное образование в верхней доле правого легкого. Указывает, что ранее «что-то в правом легком находили». Последняя флюорография 7 лет назад. Рентгеновского архива нет.

*Лучевое исследование.* Справа в верхней доле ПС шаровидная тень до 3 см в диаметре. Окружающий легочный рисунок не изменен. КТ: шаровидная тень солидной плотности с мелкими включениями кальция.

#### Задание.

1. Диагноз.
2. Тактика ведения пациентки.
3. Возможность выполнения операций на других органах.

#### Задача № 2.

Больной Р., 40 лет. Предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки. Считает себя больным в течение последнего года. Лечился по поводу хронического бронхита. Общее состояние удовлетворительное. Над левым легким перкуторный звук с выраженным коробочным оттенком. Дыхание слева ослаблено, справа – везикулярное. При рентгенологическом исследовании установлена повышенная прозрачность левого легочного поля. На томограммах и бронхограммах в левом главном бронхе определяется образование, почти полностью обтурирующее его просвет. Диаметр образования около 2,5 см., контуры четкие, ровные.

#### Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечение

#### Задача № 3.

Больная О, 38 лет. Предъявляет жалобы на периодический сухой кашель, ноющие боли в левой половине грудной клетки. Считает себя больной в течение 3 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Неоднократно лечилась по поводу острых респираторных заболеваний. На рентгенограммах и томограммах в проекции S III определяется шаровидная тень диаметром 3 см., однородная, с четкими, ровными контурами, без перифокальной воспалительной инфильтрации.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Расскажите о врачебной тактике в данном случае.

**ДЕ 16. Тактика ведения пациентов с поражениями легких опухолевой природы.**

**1. Заболеваемость раком пищевода в СНГ:**

- 1)увеличивается
  - 2)остаётся стабильной
  - 3)одинаковая в разных регионах
  - 4)имеются значительные территориальные различия
- а)правильно 1 и 3  
б)правильно 1 и 4  
в)правильно 2 и 3  
г)правильно 2 и 4

**2. Раком пищевода**

- а)чаще болеют мужчины  
б)чаще болеют женщины  
в)частота поражения не связана с полом

**3. Рак пищевода чаще встречается в возрасте**

- а)30-40 лет  
б)40-50 лет  
в)50-60 лет  
г)60-70 лет

**4. Определенное влияние на частоту заболеваемости раком пищевода оказывает**

- а)курение  
б)регулярное употребление крепких спиртных напитков  
в)регулярное применение в пищу строганины (замороженной рыбы)  
г)все выше указанные факторы

**5. К предопухолевым заболеваниям с повышенным риском возникновения на их фоне рака пищевода относятся:**

- 1)рубцовая стриктура
  - 2)ахалазия
  - 3)синдром Пламмера - Винсона
  - 4)пищевод Барретта
  - 5)кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)
- а)все ответы верные  
б)верные все, кроме 5

- в) верные все, кроме 4 и 5
- г) верные все, кроме 2 и 3
- д) верные все, кроме 1 и 5

**6. Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне**

- а) рубцовой стриктуры
- б) синдрома Пламмера - Винсона
- в) пищевода Барретта**
- г) семейного гиперкератоза ладоней и стоп

**7. Синдром Пламмера - Винсона характеризуется всем перечисленным, кроме**

- а) атрофии слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода
- б) дисфагии
- в) гипохромной железодефицитной анемии
- г) меланиновой пигментации слизистой полости рта**

**8. Рак пищевода чаще всего поражает**

- а) верхнюю треть
- б) среднюю треть**
- в) нижнюю треть
- г) одинаково часто развивается в любом отделе пищевода

**9. Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно**

- а) у 20% больных
- б) у 40% больных
- в) у 60% больных
- г) у 90% больных**

**10. Метастатическое поражение лимфатических узлов ниже диафрагмы может иметь место при локализации рака**

- а) в верхнегрудном отделе пищевода
- б) в среднегрудном отделе пищевода
- в) в нижнегрудном отделе пищевода
- г) верные ответы б) и в)
- д) верные все ответы**

**11. Гематогенные метастазы при раке пищевода могут наблюдаться**

- а) в печени
- б) в легких
- в) в почках
- г) в костях
- д) верные все ответы**

**12. При раке нижней трети пищевода метастазирование возможно в следующие группы лимфатических узлов**

- а) околопищеводные
- б) нижние трахеобронхиальные
- в) околокардиальные
- г) левые желудочковые
- д) во все перечисленные группы**

**13. При раке пищевода возможны следующие анатомические типы роста опухоли**

- а)язвенный
- б)узловой (бородавчато-папилломатозный)
- в)инфильтрирующий (скиррозный)
- г)все ответы верные

**14. При I стадии рака пищевода опухолевая инфильтрация распространяется**

- а)на слизистый слой
- б)на слизистый и подслизистый слой
- в)на слизистый, подслизистый и мышечный слой
- г)все слои пищевода, включая арвентицию

**15. Опухоль (рак пищевода) протяженностью 3-5 см с инфильтрацией слизисто-подслизистого слоя и отсутствием регионарных метастазов относится**

- а)к I стадии
- б)к IIa стадии
- в)к IIб стадии
- г)к IIIa стадии
- д)к IIIб стадии

**16. Рак пищевода, инфильтрирующий стенку органа до мышечного слоя включительно при наличии одиночных регионарных и отсутствии отдаленных метастазов, соответствует следующий характеристике по системе TNM**

- а)T1N1M0
- б)T2N1M0
- в)T3N0M0
- г)T4N0M0

**17. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является**

- а)повышенное слюноотделение
- б)тошнота
- в)дисфагия
- г)рвота

**18. Дисфагия при раке пищевода может иметь**

- а)рефлекторный характер
- б)стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью
- в)смешанный рефлекторный и механический характер
- г)все ответы верные

**19. Боли при раке пищевода могут локализоваться в области**

- а)шеи
- б)грудной клетки
- в)эпигастрия
- г)все ответы верные
- д)верные ответы б) и в)

**20. Клиническими проявлениями рака пищевода могут быть**

- а)охриплость
- б)кашель
- в)эмпиема плевры
- г)медиастинит
- д)все ответы верные

**21. Известны следующие клинические "маски" рака пищевода (А.И.Рудерман)**

- а)ларинго-трахеальная и плевро-пульмональная
- б)сердечная
- в)гастритическая
- г)невралгическая
- д)все ответы верные

**22. Симптомы глоточной недостаточности вследствие поражения нервного аппарата глотки развиваются, как правило, при раке**

- а)шейного и верхнегрудного отделов пищевода
- б)среднегрудного отдела пищевода
- в)нижнегрудного отдела пищевода
- г)абдоминального сегмента пищевода

**23. Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации раковой опухоли**

- а)в шейном отделе пищевода
- б)в верхнегрудном отделе пищевода
- в)в среднегрудном отделе пищевода
- г)в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода

**24. Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается, как правило**

- а)при полиповидной форме роста
- б)при язвенно-инфильтративной форме роста
- в)при скirrosной форме роста
- г)при эндофитном типе роста

**25. Биопсия опухоли при раке пищевода, выполненная во время эндоскопического исследования, с последующим гистологическим и цитологическим исследованием позволяет морфологически верифицировать диагноз**

- а)у 95-98% больных
- б)у 70-95% больных
- в)у 45-50% больных
- г)у 25-30% больных

**26. С целью уточнения распространенности опухолевого процесса при раке пищевода могут применяться**

- а)прескаленная биопсия
- б)медиастиноскопия
- в)лапароскопия
- г)лапаротомия
- д)все перечисленное

**27. Дифференциальный диагноз рака пищевода в ряде случаев приходится проводить:**

- 1)с кардиоспазмом
- 2)с пептическими язвами
- 3)с рубцовой стриктурой
- 4)с доброкачественными опухолями
- 5)с дивертикулами
- а)правильно все перечисленное
- б)правильно все перечисленное, кроме 5
- в)правильно все перечисленное, кроме 1 и 3
- г)правильно все перечисленное, кроме 2 и 3
- д)правильно все перечисленное, кроме 1 и 4

**28. Из группы заболеваний внепищеводной локализации рак пищевода иногда приходится дифференцировать**

- а)с аномалией крупных сосудов, отходящих от дуги аорты
- б)с праволежащей дугой аорты
- в)с хроническим склерозирующим медиастинитом
- г)все ответы верные
- д)верные ответы а) и б)

**29. Хирургический метод лечения применяется в основном при лечении рака**

- а)шейного отдела пищевода
- б)верхнегрудного отдела пищевода
- в)нижнегрудного отдела пищевода
- г)абдоминального отдела пищевода
- д)правильные ответы в) и г)

**56.Операция по методу Жиано - Гальперна - Гаврилию при раке пищевода может быть выполнена в следующих вариантах**

- а)одномоментная резекция пищевода и пластика
- б)резекция и отсроченная эзофагопластика
- в)первичная эзофагопластика с последующей резекцией пищевода
- г)все ответы верные

**57.Перемещенный в грудную полость желудок с целью одномоментной эзофагопластики (цельный или резецированный) после резекции пищевода по поводу рака локализуется в заднем средостении при операции**

- а)Льюиса
- б)Осавы - Герлока
- в)Киршнера - Накаямы
- г)Ваддена - Скэннела
- д)правильные ответы а) и б)

**58.При операции Киршнера - Накаямы мобилизованный желудок размещается**

- а)под кожей впереди грудины
- б)загрудинно в переднем средостении
- в)в заднем средостении
- г)нет правильного ответа

**59.С целью эзофагопластики после операции Добромыслова - Торека применяют в настоящее время**

- а)пластику тонкой кишки
- б)пластику толстой кишки
- в)пластику желудком
- г)пластику анти- и изоперистальтическими стеблями из большой кривизны желудка

**д)все ответы верные**

**60. При резекции или экстирпации пищевода по поводу рака нижнегрудного отдела пищевода с ним должны быть удалены все перечисленные лимфатические узлы, кроме**

- а)бифуркационных
- б)околопищеводных
- в)паракардиальных
- г)левых желудочных
- д)передних средостенных

**61.Наиболее распространенной паллиативной операцией, применяемой при раке пищевода, является**

- а)операция Добромыслова - Торека
- б)гастростомия**
- в)реканализация опухоли
- г)обходные анастомозы

**62.Послеоперационная летальность после резекции пищевода по поводу рака увеличивается**

- а)при локализации рака в пределах органа
- б)при распространении опухоли на прилежащие структуры**
- в)существенной зависимости не выявляется

**63.Послеоперационная летальность после резекции пищевода по поводу рака увеличивается при локализации опухоли**

- а)в абдоминальном сегменте
- б)в верхнегрудном отделе**
- в)существенной зависимости не выявляется

**64.Наиболее информативным методом выявления метастазов в паренхиме легкого является**

- а)рентгеноскопия
- б)рентгенография + томография
- в)рентгеновская компьютерная томография**
- г)ультразвуковая компьютерная томография
- д)сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия ( $^{67}\text{Ga}$ )

**65.Наиболее информативным методом выявления увеличения лимфатических узлов средостения и корней легких является**

- а)рентгеноскопия
- б)рентгенография + томография
- в)рентгеновская компьютерная томография**
- г)сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия ( $^{67}\text{Ga}$ )
- д)ультразвуковая компьютерная томография

**66.Выбор метода лечения метастазов в легких в наименьшей степени зависит**

- а)от локализации первичной опухоли
- б)от характера предшествующего лечения по поводу первичной опухоли и метастазов
- в)количества метастазов в легких
- г)локализации метастаза в легкие

**67.Хирургический метод лечения солитарных метастазов в легких (после удаления первичной опухоли) имеет преимущества перед другими при метастазах:**

- 1)рака толстой кишки
  - 2)рака шейки и тела матки
  - 3)рака почки
  - 4)саркомы Юинга
  - 5)рака молочной железы
- а)правильно 1, 2 и 3
  - б)правильно 3, 4 и 5
  - в)правильно 1, 4 и 5
  - г)правильно 4 и 5

**68.Раком легкого чаще болеют**

- а)мужчины
- б)женщины
- в)одинаково часто и мужчины, и женщины

**69.Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит**

- а)генетическому фактору
- б)профессиональным вредностям
- в)курению
- г)загрязнению атмосферы

**70.Рак легкого**

- а)всегда возникает на фоне хронического бронхита
- б)всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
- в)всегда развивается в очаге ограниченного пневмосклероза
- г)может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких
- д)все ответы верные, кроме г)

**71.К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся**

- а)длительно и много курящие
- б)больные хроническим бронхитом
- в)имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- г)все ответы верные
- д)правильные ответы а) и б)

**72.Возникновение очагов плоскоклеточной метаплазии эпителия бронхов, как правило, предшествует развитию**

- а)мелкоклеточного рака
- б)железистого рака
- в)плоскоклеточного рака

г) крупноклеточного рака легких

**73. Причинную связь между курением, воздействием профессиональных вредных факторов и возникновением рака легкого удастся проследить**

- а) для плоскоклеточного рака
- б) для железистого рака
- в) для мелкоклеточного рака
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и в)**

**74. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи**

- а) главные
- б) долевого и сегментарного
- в) субсегментарного и (+) порядка
- г) правильные ответы а) и б)**
- д) правильные ответы б) и в)

**75. Понятие - "централизация" обозначает, что периферический рак легкого прорастает стенку**

- а) главного бронха
- б) долевого или сегментарного бронхов
- в) субсегментарного бронха и бронха (+) порядка
- г) правильные ответы а) и б)**
- д) все ответы правильные

**76. Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы**

- а) эндобронхиального экзофитного рака легкого**
- б) перибронхиального узлового рака
- в) разветвленного рака
- г) пневмониеподобного рака
- д) рака вершины легкого (Пэнкоста)

**77. По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена**

- а) при эндобронхиальном экзофитном раке**
- б) при перибронхиальном узловом раке
- в) при разветвленном раке
- г) при пневмониеподобном раке
- д) при раке вершины легкого (Пэнкоста)

**78. Объемное уменьшение легочной ткани при нарушении бронхиальной проходимости вследствие роста опухоли в наибольшей степени выражено**

- а) при гиповентиляции
- б) при ателектазе**
- в) при обтурационной пневмонии
- г) при клапанной эмфиземе

**79. Пневмониеподобный рак, как правило:**

- 1) центральный рак**
- 2) периферический рак**

- 3)железистый рак**  
**4)плоскоклеточный рак**  
а)правильно 1 и 3  
б)правильно 2 и 4  
в)правильно 1 и 4  
г)правильно 2 и 3

**80.У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает**  
**а)плоскоклеточный рак**  
б)железистый рак  
в)мелкоклеточный рак  
г)крупноклеточный рак

**81.Периферический рак у женщин чаще бывает**  
а)плоскоклеточным  
**б)железистым**  
в)мелкоклеточным  
г)крупноклеточным

**82.Если плеврит у больного раком легкого не связан с метастазированием по плевре, то первичная опухоль легкого может быть обозначена символом**  
а)T1  
б)T2  
в)T3  
г)T4  
**д)все ответы верные**

**83. Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах соответствует**  
а)I стадии заболевания  
б)IIa стадии  
**в)IIб стадии**  
г)IIIa стадии  
д)IIIб стадии

**84.Рак сегментарного бронха менее 3 см в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится**  
**а)к I стадии**  
б)к IIa стадии  
в)к IIб стадии  
г)к IIIa стадии  
д)к IIIб стадии

**85.Рак легкого, обширно врастающий в верхнюю полую вену, с единичными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах относится**  
а)к IIIa стадии  
б)к IIIб стадии  
в)к IVa стадии  
**г)к IVб стадии**

**86.Рак легкого метастазирует**

- а) в печень
- б) в кости
- в) в головной мозг
- г) все ответы верные**
- д) правильного ответа нет

**87. К регионарным, при условии вовлечения их в опухолевый процесс с одноименной стороны, при раке легкого (в соответствии с классификацией, принятой в стране), относятся лимфатические узлы**

- а) пульмональные
- б) бронхопульмональные
- в) надключичные
- г) верные все ответы
- д) все ответы верные, кроме в)**

**88. Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика**

- а) при плоскоклеточном раке легкого
- б) при аденокарциноме легкого
- в) при мелкоклеточном раке**
- г) одинакова при всех перечисленных формах

**89. Эктопические эндокринные паранеопластические синдромы наиболее часто наблюдаются у больных**

- а) плоскоклеточным раком легкого
- б) аденокарциномой легкого
- в) мелкоклеточным раком легкого**
- г) бронхиоло-альвеолярным раком легкого

**90. Первичные симптомы рака легкого обусловлены проявлением**

- а) первичной опухоли бронха**
- б) регионарных метастазов
- в) отдаленных метастазов
- г) общего воздействия опухоли на организм

**91. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме**

- а) кашля
- б) кровохарканья
- в) болей в груди
- г) повышения температуры тела**

**92. При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание:**

- 1) длительное время протекает бессимптомно
  - 2) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
  - 3) симптомы кашля и кровохаркания являются ранними
  - 4) кашель и кровохаркание появляются поздно
- а) правильно 1 и 3
  - б) правильно 2 и 3
  - в) правильно 1 и 4**
  - г) правильно 2 и 4

**93.К неврологическим симптомам, обусловленным вовлечением в опухолевый процесс элементов плечевого сплетения при раке верхушки легкого, относятся**

- а)слабость мышц и кисти
- б)расстройства чувствительности участков кисти и предплечья
- в)синдром Горнера
- г)**все ответы верные**

**94.Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей в долеой или главной бронх, вызывает смещение средостения**

- а)в здоровую сторону
- б)**в больную сторону**
- в)смещение средостения не выявляется

**95.Одностороннее увеличение лимфатических узлов средостения и увеличение лимфатических узлов одноименного корня легкого у больного старше 50 лет при отсутствии клинико-рентгенологических признаков опухоли легких в наибольшей степени характерно**

- а)для центрального рака легкого
- б)для периферического рака легкого
- в)**для медиастинальной формы рака легкого**
- г)для лимфопролиферативного заболевания
- д)для изолированного метастатического поражения лимфатических узлов опухолью другой локализации

**96.Фибробронхоскопия позволяет**

- а)исследовать трахею и бронхи I, II, III, I(+) порядка
- б)осмотреть опухоль и определить ее распространенность
- в)косвенно судить о состоянии лимфатических узлов корня легкого и средостения
- г)получить материал для морфологического (гистологического и цитологического исследования)
- д)**все ответы верные**

**97.Способами (способом) получения материала для морфологического подтверждения диагноза при бронхологическом исследовании являются (является)**

- а)смыв и аспират из бронха
- б)мазки-отпечатки
- в)пунктат
- г)биопсия
- д)**все перечисленные**

**98.Частота морфологической верификации диагноза периферического рака легкого при выполнении бронхофиброскопии выше при локализации опухоли**

- а)**в прикорневой зоне**
- б)в плащевой зоне
- в)одинаково часто в обоих случаях

**99.Частота морфологической верификации диагноза периферического рака при выполнении бронхофиброскопии выше**

- а)при размерах опухоли до 1 см

- б) при размерах опухоли до 3 см
- в) при размерах опухоли до 5 см и более

**100. Выполнение трансторакальной пункции с целью морфологической верификации диагноза новообразования легкого противопоказано**

- а) при подозрении на метастаз в легком
- б) при подозрении на доброкачественную опухоль
- в) при подозрении на эхинококковую кисту
- г) противопоказаний нет

**101. Выполнение прескаленной биопсии при раке легкого наиболее целесообразно**

- а) у всех пациентов
- б) при увеличении лимфатических узлов корня и трахеобронхиальной группы
- в) при увеличении надключичных лимфатических узлов и отрицательных результатах пункционной биопсии
- г) при увеличении надключичных лимфатических узлов

**102. Медиастиноскопия при раке легкого позволяет оценить состояние и выполнить пункционную биопсию (или взять материал для гистологического исследования) всех следующих групп лимфатических узлов, кроме**

- а) паратрахеальной
- б) верхних трахеобронхиальных
- в) бифуркационной
- г) заднего средостения

**103. По сравнению с медиастиноскопией диагностическая парастернальная медиастинотомия при раке легкого, выполняемая с той же целью, имеет следующие преимущества**

- а) обеспечивает лучший доступ к лимфатическим узлам переднего средостения
- б) позволяет исследовать клеточные пространства кпереди от дуги аорты и верхней полой вены
- в) обеспечивает лучший контроль лимфатических узлов в области аортального окна и корня легкого
- г) обеспечивает более широкий визуальный и пальпаторный контроль
- д) все ответы верные

**104. Морфологическая верификация диагноза и метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных органов при раке легкого имеет важное значение в связи с тем, что**

- а) определяет выбор метода лечения
- б) влияет на выбор объема хирургического вмешательства
- в) позволяет оценить прогноз заболевания
- г) все ответы верные

**105. Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить**

- а) с хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом
- б) с туберкулезом
- в) с бронхоэктатической болезнью
- г) с доброкачественными опухолями легких
- д) все ответы верные

**106. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить**

- а) с доброкачественными опухолями легких
- б) с метастазами
- в) с эхинококковой кистой
- г) с туберкулезом
- д) все ответы верные

**107. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить**

- а) с опухолями плевры
- б) с опухолями диафрагмы
- в) с опухолями грудной стенки
- г) с опухолями и кистами средостения
- д) все ответы верные

**108. Выбор метода лечения рака легкого определяют следующие факторы, характеризующие распространенность опухолевого процесса**

- а) размеры и локализация в легком первичной опухоли
- б) метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов
- в) прорастание сосудистых образований, органов и структур
- г) отсутствие или наличие отдаленных метастазов
- д) все ответы верные

**109. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является**

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапия
- г) иммунотерапия

**110. Хирургический метод лечения рака легкого необходимо применять у больных**

- а) у которых отсутствуют противопоказания к данному методу лечения
- б) которым противопоказано лучевое лечение
- в) имеющих противопоказания к химиотерапии
- г) имеющих осложненное течение рака легкого (обструктивная пневмония, распад опухоли, опухолевый плеврит)

**111. Частичные резекции легкого с реконструктивной пластикой бронхов позволяют**

- а) повысить радикализм операции
- б) снизить количество послеоперационных осложнений
- в) расширить возможности хирургического метода у больных со сниженными функциональными показателями
- г) улучшить отдаленные результаты хирургического лечения

**112. Возможность выполнения частичной резекции легкого с реконструктивной пластикой бронха определяют следующие характеристики местной распространенности опухолевого процесса**

- а) эндобронхиальный экзофитный тип роста опухоли с отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах

б)эндобронхиальный экзофитный тип роста опухоли с наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах

в)перибронхиальный, разветвленный тип роста опухоли с отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах

г)перибронхиальный, разветвленный тип роста опухоли с наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах

**113.При выполнении бронхопластической операции при раке легкого могут быть удалены лимфатические узлы**

а)бронхопульмональные

б)корня легкого

в)верхние трахеобронхиальные и бифуркационные

г)все указанные группы лимфатических узлов

**114.Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются**

а)лобэктомия (билобэктомия), пневмонэктомия

б)сегментэктомия

в)клиновидная или краевая резекция легкого

г)правильные ответы а) и б)

д)все ответы верные

**115.К комбинированным операциям по поводу рака легкого не относятся операции**

а)с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов

б)с резекцией перикарда

в)с резекцией трахеи

г)с резекцией грудной стенки

**116.Основными условиями радикализма операции при раке легкого являются**

а)удаление пораженного участка легкого (минимум доли)

б)удаление регионарных лимфатических узлов с окружающей жировой клетчаткой

в)отстояние линии пересечения бронха от видимого края опухоли на 1.5-2 см

г)отсутствие опухолевых клеток в крае пересеченного бронха, сосудов, органов при микроскопическом исследовании

д)все ответы верные

**117. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться**

а)предоперационная лучевая терапия

б)послеоперационная лучевая терапия

в)предоперационная химиотерапия

г)послеоперационная химиотерапия

д)все ответы верные

**118.Онкологическими противопоказаниями к операции по поводу рака легкого являются метастазы**

а)в шейные лимфоузлы

б)в надключичные лимфоузлы

в)в отдаленные органы

- г) в плевру
- д) все ответы правильные

**119. При хирургическом лечении рака легкого применяются следующие типы (тип) пульмонэктомий**

- а) типичная
- б) расширенная
- в) комбинированная
- г) все перечисленные
- д) ни одна из перечисленных

**120. У больного периферическим раком верхней доли правого легкого, диаметром около 3 см, не связанным с плеврой, при наличии одиночного метастаза в бронхолегочном лимфатическом узле оптимальным объемом хирургического вмешательства является**

- а) клиновидная резекция
- б) сегментэктомия
- в) лобэктомия
- г) пневмонэктомия

**121. Основными принципами обработки бронха при хирургическом вмешательстве по поводу рака являются:**

**1) пересечение бронха в пределах 1.5-2 см от проксимальной границы опухоли**

**2) пересечение бронха в пределах 0.5 см от проксимальной границы опухоли**

**3) культя бронха должна быть максимально короткой**

**4) культя бронха должна быть максимально длинной**

**5) стенка бронха на максимальном протяжении должна быть освобождена от перибронхиальной ткани**

**б) стенка бронха не должна быть полностью освобождена от перибронхиальной ткани**

а) правильно 1, 3 и 5

б) правильно 2, 4 и 6

в) правильно 1, 3 и 6

г) правильно 2, 4 и 5

д) правильно 2, 3 и 5

**122. Термин "расширенная пневмонэктомия" подразумевает удаление легкого**

а) с удалением корневых, бифуркационных, верхних трахеобронхиальных лимфатических узлов

б) с удалением лимфатических узлов переднего и заднего средостения, включая паратрахеальные, паразофагеальные и вышеперечисленные группы

в) с трансперикардальной обработкой сосудов легкого

г) с резекцией перикарда или грудной стенки

**123. Основными биологическими факторами, определяющими прогноз после радикальной операции по поводу рака легкого, являются**

а) размер первичной опухоли

б) состояние внутригрудных лимфатических узлов

в) гистологическая структура опухоли

г) степень дифференцировки опухолевых клеток

**д) все ответы верные**

**124. Наилучший прогноз 5-летней выживаемости имеют больные раком легкого**

- а) с I стадией заболеваний**
- б) с II стадией заболеваний
- в) с III стадией заболеваний
- г) с I(+) стадией заболеваний

**125. Наилучшие отдаленные результаты, по данным большинства хирургов, достигаются после радикальных операций по поводу рака легкого**

- а) при мелкоклеточном раке
- б) при низкодифференцированной аденокарциноме
- в) при плоскоклеточном раке**
- г) при недифференцированном раке

**126. Влияние на прогноз хирургического лечения рака легкого гистологической структуры опухоли в большей мере выражено**

- а) при I стадии
- б) при II стадии
- в) при III стадии**
- г) указанная взаимосвязь отсутствует

**127. Хирургический метод в лечении мелкоклеточного рака**

а) не применяется  
б) применяется у абсолютного большинства больных в качестве самостоятельного метода

- в) применяется, как правило, в комбинации с химиотерапией**
- г) применяется только в сочетании с лучевой терапией

**128. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является**

- а) чисто хирургическое лечение**
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) химиолучевое лечение

**129. При плоскоклеточном раке легкого IIIb стадии методов выбора является**

- а) чисто хирургическое лечение
- б) комбинированное лечение (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия + операция)**
- в) лучевое лечение
- г) химиотерапия

**130. В этиологии мелкоклеточного рака легкого основное значение имеют следующие факторы:**

- 1) курение
  - 2) алкоголь
  - 3) ионизирующая радиация
  - 4) туберкулез легких
- а) все ответы правильные

- б) правильные ответы 2 и 4
- в) правильные ответы 1 и 3**
- г) нет правильного ответа

**131. Наиболее частая локализация метастазов при мелкоклеточном раке легкого**

- а) внутригрудные лимфатические узлы**
- б) лимфатические узлы брюшной полости
- в) печень
- г) кости
- д) головной мозг

**132. Наиболее частые гематогенные метастазы мелкоклеточного рака легкого локализуются**

- а) в костях
- б) в печени**
- в) в надпочечниках
- г) в головном мозге

**133. Наиболее частым клиническим симптомом мелкоклеточного центрального рака легкого является**

- а) кашель**
- б) одышка
- в) повышение температуры тела
- г) осиплость голоса

**134. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения**

- а) химиотерапия
- б) иммунотерапия
- в) гормонотерапия
- г) верные ответы а) и б)**
- д) все ответы правильные

**135. Комбинированное лечение рака легкого наиболее целесообразно**

- а) при аденокарциноме
- б) при эпидермоидном раке**
- в) правильного ответа нет
- г) оба ответа верные

**136. При лучевой терапии злокачественных опухолей плевры лучевая терапия**

- а) применяется всегда
- б) применяется ограниченно**
- в) не применяется
- г) противопоказана

**137. Злокачественная мезотелиома плевры, как правило, имеет:**

- 1) локализованный характер роста в виде округлых или овальных образований
- 2) диффузный характер роста с бугристыми и лентовидными утолщениями плевры, с множеством белесоватых бугорков
- 3) может быть диагностирована при цитологическом исследовании плевральной жидкости в связи с наличием в ней клеток злокачественной опухоли

4) не может быть диагностирована при цитологическом исследовании жидкости при наличии клеток злокачественной опухоли

- а) правильно 1 и 3
- б) правильно 1 и 4
- в) правильно 2 и 3**
- г) правильно 2 и 4

**138. Развитию злокачественной мезотелиомы плевры в большей мере подвержены люди, имевшие или имеющие контакт**

- а) с продуктами нефтепереработки
- б) с асбестом**
- в) с каменным углем
- г) с соединениями никеля и хрома

**139. Злокачественная мезотелиома**

- а) чаще поражает плевру**
- б) чаще поражает брюшину
- в) встречается одинаково часто
- г) никогда не поражает брюшину

**140. Частота злокачественной мезотелиомы плевры приблизительно соответствует следующему показателю**

- а) 2 на 1 000 000 населения**
- б) 2 на 100 000 населения
- в) 2 на 10 000 населения
- г) 2 на 1000 населения

**141. Среди злокачественных мезотелиом выделяют следующие гистологические типы**

- а) эпителиальный
- б) мезенхимальный (фиброзный)
- в) смешанный
- г) все ответы верные**
- д) правильного ответа нет

**142. При злокачественной мезотелиоме плевры плевральная жидкость**

- а) может иметь геморрагический характер
- б) не бывает геморрагической
- в) может быть прозрачной с желтоватым оттенком
- г) не бывает прозрачной
- д) правильные ответы а) и в)**

**143. С целью морфологической верификации диагноза у больных мезотелиомой плевры оправдано применение**

- а) световой микроскопии
- б) гистохимических методов
- в) электронной микроскопии
- г) всех указанных методов**

**144. Злокачественная мезотелиома плевры:**

- 1) метастазирует лимфогенно
- 2) не метастазирует лимфогенно

- 3) метастазирует гематогенным путем
- 4) не метастазирует гематогенным путем
- а) правильно 1 и 3**
- б) правильно 1 и 4
- в) правильно 2 и 3
- г) правильно 2 и 4

**145. Злокачественная мезотелиома плевры может метастазировать**

- а) в легкие
- б) в печень
- в) в кости
- г) в головной мозг
- д) все ответы правильные**

**146. На поздних стадиях развития злокачественной мезотелиомы плевры могут быть поражены**

- а) диафрагма
- б) перикард и сердце
- в) противоположная плевра
- г) печень
- д) все перечисленные органы**

**147. Клиническими признаками плеврального выпота являются**

- а) боли
- б) сухой непродуктивный кашель
- в) одышка
- г) все перечисленное**
- д) только а) и в)

**148. Для поражения плевры, покрывающей диафрагму, характерным является локализация боли**

- а) в подмышечной области
- б) в боку с иррадиацией в область живота
- в) в нижней части грудной клетки и в надплечье с той же стороны**
- г) в спине на уровне лопатки

**149. У больных злокачественной мезотелиомой плевры возможны следующие клинические проявления:**

- 1) боли в грудной клетке
- 2) одышка
- 3) приступообразный сухой кашель
- 4) субфебрильная температура
- 5) гипогликемия
- 6) гипертрофическая остеоартропатия
- а) все ответы правильные**
- б) правильные все ответы, кроме 6
- в) правильные все ответы, кроме 5 и 6
- г) правильные все ответы, кроме 3 и 4
- д) правильные все ответы, кроме 4 и 5

**150. С целью определения опухолевой природы поражения плевры целесообразно применять следующие методы обследования больных:**

- 1)рентгенологический (обзорные снимки и томограммы)
- 2)цитологическое исследование жидкости
- 3)рентгеновскую компьютерную томографию
- 4)биопсию плевры
- 5)плевроскопию
- 6)бронхоскопию
- 7)открытую биопсию плевры

**а)все ответы правильные**

- б)правильные все ответы, кроме 5 и 7
- в)правильные все ответы, кроме 2 и 4
- г)правильные все ответы, кроме 1 и 3
- д)правильные все ответы, кроме 3 и 6

**151.Рентгеновская компьютерная томография органов грудной полости при злокачественной мезотелиоме плевры целесообразна в связи с тем, что она позволяет**

- а)оценить состояние плевры
  - б)выявить возможное метастатическое поражение лимфатических узлов средостения
  - в)выявить метастазы в легочной ткани
- г)все ответы верные**
- д)правильные ответы б) и в)

**152.При диагностике и дифференциальной диагностике опухолей плевры могут применяться следующие методы эндоскопического обследования**

- а)торакоскопия
  - б)трахеобронхоскопия
  - в)медиастиноскопия
  - г)лапароскопия
- д)все перечисленные**

**153.К методам морфологической верификации диагноза при опухолях плевры относятся:**

- 1)цитологическое исследование жидкости (при ее наличии)
- 2)пункционная аспирационная или трепанобиопсия
- 3)торакоскопия с прицельной биопсией
- 4)открытая биопсия плевры
- 5)парастернальная медиастинотомия

**а)все перечисленное**

- б)все перечисленное, кроме 5
- в)все перечисленное, кроме 4 и 5
- г)все перечисленное, кроме 3 и 4
- д)все перечисленное, кроме 1 и 2

**154.Цитологическое исследование плевральной жидкости при опухолевом поражении плевры (злокачественный процесс) позволяет подтвердить диагноз примерно**

- а)у 10% больных
  - б)у 20-25% больных
- в)у 50% больных**
- г)у 100% больных

**155.Чрескожная биопсия плевры (иглой или трепаном) при наличии экссудативного плеврита**

- а)более информативна, чем цитологическое исследование жидкости
- б)менее информативна, чем цитологическое исследование жидкости**
- в)существенной разницы не имеет

**156.Чрескожная биопсия плевры (иглой или трепаном)**

- а)должна применяться у всех больных с плевральным выпотом
- б)целесообразна при наличии опухолевого образования**
- в)необходимо применять в обоих случаях
- г)нет правильного ответа

**157.Дифференциальный диагноз злокачественной мезотелиомы плевры необходимо проводить**

- а)с доброкачественными опухолями плевры
- б)с метастатическим поражением плевры
- в)с опухолями легких, грудной стенки, диафрагмы, средостения
- г)с плевритом воспалительного генеза
- д)все ответы верные**

**158.Больным с доброкачественной мезотелиомой плевры рекомендуется**

- а)хирургическое лечение**
- б)лучевое лечение
- в)химиотерапия
- г)наблюдение

**159.Наиболее часто применяемыми методами лечения злокачественных мезотелиом плевры являются**

- а)хирургический
- б)лучевой
- в)химиотерапия
- г)иммунотерапия
- д)правильные ответы б) и в)**

**160.Прогноз у больных злокачественной мезотелиомой плевры лучше в тех случаях, когда опухоль имеет строение**

- а)эпителиальной мезотелиомы
- б)мезенхимальной мезотелиомы
- в)смешанной мезотелиомы
- г)прогноз практически не зависит от гистологического типа опухоли**

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 54 лет. Жалобы на кашель с умеренной слизистой мокротой, а также на боли в поясничном отделе позвоночника.*

*Анамнез.* Курит много лет. Два дня назад люмбаго, выраженный болевой синдром с иррадиацией в ногу. В связи с этим обратился в поликлинику. Сделана флюорография, обнаружена тень в левом легком. Последняя флюорография 4 года назад.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. В легких на фоне диффузно ослабленного

дыхания рассеянные сухие хрипы. ЧД=22 в мин. АД=165/95.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Легочные поля повышенной прозрачности за счет эмфиземы. В верхушке справа буллы. В нижней доле левого легкого бугристая тень 5х6 см с просветлением у верхнего контура. Средостение и корни легких обычной конфигурации.

Задание.

1. Диагноз основного заболевания..
2. Сопутствующие заболевания.
3. Необходимое дообследование.
4. Тактика лечения и прогноз.

### **Задача № 2.**

*Больной Т., 58 лет,* обратился с жалобами на сильные боли в области правого тазобедренного сустава и левой половине грудной клетки, кашель с примесью крови в мокроте, нарастающую общую слабость.

*Данные анамнеза:* надсадный, постепенно усиливающийся кашель беспокоит в течение 2-х месяцев. В последние дни присоединилось кровохарканье и появилась одышка при физической нагрузке. Похудел на 7кг. Курит, алкоголь употребляет умеренно. Работает на мебельном комбинате.

*Данные объективного исследования:* общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов в 1 минуту, АД 135/75 мм рт ст. Частота дыхания - 24 движения в 1 минуту. В легких при аускультации слева в верхнем отделе ослабленное везикулярное дыхание. Перкуторно слева сверху – небольшое притупление легочного звука. Надключичные лимфоузлы не пальпируются.

*При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки:* слева в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6см в диаметре. В прикорневой области и под дугой аорты увеличенные лимфоузлы.

*Данные компьютерной томографии:* размер первичной опухоли в верхней доле левого легкого 6х5,5см, увеличение лимфоузлов корня левого легкого, бифуркационных, паратрахеальных лимфоузлов.

*Рентгенография правого тазобедренного сустава:* метастаз в верхней трети правой бедренной кости.

*Данные морфологического исследования:* мелкоклеточный рак легкого.

**Задание:**

1. Сформулировать диагноз.
2. Какие исследования еще необходимы.
3. Определить стадию заболевания.
4. План лечения и прогноз.

### **Задача № 3.**

*Мужчина, 62 года.* Жалобы на боли в груди, одышку, слабость.

*Анамнез заболевания:* в течение 3-х месяцев отмечает нарастающие боли в груди, начавшиеся с неприятных ощущений, позднее присоединились слабость и одышка.

*Объективно:* состояние относительно удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов, ЧД - 26 в мин, пульс - 92 уд/мин, АД - 160/95 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Периферические лимфоузлы, печень, селезенка - не увеличены.

*При рентгенологическом исследовании* отмечается расширение тени средостения вправо на всем протяжении, наружные контуры нечеткие.

*При томографическом и КТ исследованиях* на медиастинальной, передней костальной и диафрагмальной поверхности плевры определяются различных размеров узлы, сливающиеся между собой. Определяется неравномерное утолщение висцеральной

плевры по ходу главной междолевой щели. В плевральной полости - свободная жидкость, растекающаяся в латеропозиции слоем 3,5-4,0 см. Органы средостения не смещены. Просветы всех крупных бронхов не изменены. В легких без очаговых и инфильтративных изменений. После неоднократных пункций плевральной полости удалялся геморрагический экссудат, который быстро накапливался.

**Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Лечебная тактика в отношении данного больного?
4. Какие методы верификации патологического процесса предпочтительней для данного пациента?

**Задача 3**

*Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, боли в верхней части правого плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение правого верхнего века, слабость мышц кисти. Данные анамнеза: курит, алкоголь употребляет умеренно.*

*Данные объективного обследования:* обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера. Периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание в легких везикулярное, проводится во все отделы, притупления перкуторного звука нет.

*Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:* справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

*УЗИ органов брюшной полости:* в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5см в диаметре. При пункции: аденокарцинома.

*Сцинтиграфия костей скелета* – патологического накопления радиофармпрепарата не выявлено.

**Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какое исследование нужно провести для верификации диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Прогноз трудоспособности больного?

**ДЕ 17. Туберкулез органов дыхания**

**1. Самый частый путь заражения туберкулезной инфекцией – это:**

- а) воздушно-капельный;
- б) алиментарный;
- в) контактный (через поврежденную кожу и слизистые);
- г) трансплацентарный;
- д) ятрогенный (при медицинских манипуляциях).

**2. Современная отечественная классификация туберкулеза построена на:**

- а) клиническом принципе;
- б) патогенетическом принципе;
- в) морфологическом принципе;
- г) клинико-рентгенологическом принципе;
- д) клинико-иммунологическом принципе.

**3. Патоморфоз туберкулеза – это:**

а) уменьшение заболеваемости населения туберкулезом  
б) изменение клинического течения и морфологических проявлений инфекционного процесса

- в) уменьшение смертности от туберкулеза
- г) снижение инфицированности населения туберкулезом
- д) увеличение числа случаев инфильтративного туберкулеза

**4. Угрожаемый по туберкулезу контингент населения дифференцируется по:**

- а) возрастному и половому признаку
- б) генетическому признаку (ближайшие родственники)
- в) иммунологическому признаку
- г) сопутствующим заболеваниям, а также по признаку социальной дезадаптации (мигранты, бомжи, заключенные)
- д) все ответы верны

**5. Наибольший риск заражения туберкулезной инфекцией имеет место у:**

- а) грудных детей и детей до 3-х лет жизни
- б) подростков
- в) лиц молодого возраста
- г) лиц старшего возраста
- д) пожилых и лиц старческого возраста

**6. Выберите правильную формулировку первичного туберкулеза:**

- а) впервые выявленные туберкулезные изменения в легких
- б) заболевание туберкулезом ранее неинфицированного человека
- в) заболевание человека с положительной пробой Манту
- г) заболевание человека, имеющего контакт с больными туберкулезом
- д) новое заболевание взрослых, перенесших в детстве туберкулез

**7. Вторичные формы туберкулеза это:**

- а) туберкулез у лиц среднего возраста
- б) туберкулез у лиц пожилого возраста
- в) легочная локализация туберкулеза
- г) заболевание, возникшее вследствие эндогенной реактивации очагов первичного инфицирования
- д) хронические формы туберкулеза

**8. В первом межреберье справа группа теней размером от 3 до 10 мм малой интенсивности, неправильной формы, с размытыми контурами. Какой фазе туберкулезного процесса соответствует рентгенологическая картина:**

- а) уплотнение
- б) инфильтрация
- в) распад
- г) обсеменение
- д) обызвествление

**9. В VI сегменте правого легкого участок затемнения средней интенсивности с просветлением в центре и «дорожкой» к корню легкого. Какой фазе туберкулезного процесса соответствует рентгенологическая картина:**

- а) уплотнение
- б) инфильтрация
- в) распад

- г) обсеменение
- д) обызвествление

**10. В верхушечном сегменте правого легкого круглая тень средней интенсивности с четкими, ясными наружными контурами. Какой фазе туберкулезного процесса соответствует рентгенологическая картина:**

- а) уплотнение
- б) инфильтрация
- в) распад
- г) обсеменение
- д) обызвествление

**11. Бактериовыделитель – это:**

- а) больной активным туберкулезом, у которого МБТ были обнаружены хотя бы один раз любым методом
- б) больной, выделявший МБТ не менее 2 раз
- в) больной туберкулезом, выделявший МБТ многократно
- г) больной туберкулезом, в мокроте которого однократно обнаружены МБТ
- д) все перечисленные варианты

**12. Основные направления реабилитации больных туберкулезом – это:**

- а) медицинская реабилитация
- б) клиническая реабилитация
- в) функциональная реабилитация
- г) психологическая реабилитация
- д) профессионально-социальная реабилитация

**13. Основные цели санитарной профилактики туберкулеза – это:**

- а) предупреждение инфицирования МБТ здоровых людей
- б) создание условий, при которых контакт здоровых людей с источником туберкулезной инфекции становится наименее опасным
- в) осуществление комплекса оздоровительных мероприятий, которые помогают предотвратить туберкулез и другие болезни
- г) повышение резистентности к возбудителю туберкулеза путем иммунизации

**14. Отличительным свойством МБТ является устойчивость к:**

- а) прямому солнечному свету;
- б) кипячению;
- в) кислотам, щелочам и спирту;
- г) раствору хлорида натрия;
- д) аммиаку.

**15. В патологическом материале МБТ могут встречаться в виде:**

- а) типичных форм;
- б) лекарственно-устойчивых форм;
- в) ультрамелких форм;
- г) L-форм;
- д) во всех вышеперечисленных формах.

**16. Фактором вирулентности МБТ является:**

- а) лизосомы;
- б) фагосомы;

- в) корд-фактор;
- г) митохондрии;
- д) нуклеотид.

**17. Основным источником инфекции при туберкулезе является:**

- а) больной закрытой формой туберкулеза легких;
- б) больной открытой формой туберкулеза легких;
- в) больной внелегочными формами туберкулеза;
- г) инфицированный МБТ человек;
- д) вакцинированный вакциной БЦЖ ребенок.

**18. При первичном заражении МБТ фагоцитоз носит:**

- а) индуцированный характер;
- б) заверченный характер;
- в) незавершенный характер;
- г) химический характер;
- д) физический характер.

**19. Клетками, формирующими специфическую туберкулезную гранулему, являются:**

- а) нейтрофилы;
- б) лимфоциты;
- в) эпителиоидные клетки;
- г) многоядерные клетки;
- д) все вышеперечисленные.

**20. Формирование противотуберкулезного иммунитета обеспечивается лимфоцитами вместе с:**

- а) CD3;
- б) CD4;
- в) CD16;
- г) CD22;
- д) CD25.

**21. Формы туберкулеза, протекающие с массивным размножением МБТ в тканях и выраженной экссудативной реакцией в очаге поражения, выявляются с помощью:**

- а) клинических методов исследования при обращении в общую лечебную сеть
- б) флюорографических методов исследования
- в) лабораторных методов исследования
- г) профилактических осмотров
- д) обращения в противотуберкулезный диспансер

**22. Клинически малосимптомно и без изменений, выявляемых с помощью физикальных методов обследования, протекает:**

- а) очаговый туберкулёз лёгких
- б) инфильтративный туберкулёз лёгких
- в) диссеминированный туберкулёз лёгких
- г) фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких
- д) цирротический туберкулёз лёгких

**23. Клинической симптоматикой, как правило, сопровождается:**

- а) очаговый туберкулез легких
- б) туберкулема легких
- в) инфильтративный туберкулез легких
- г) диссеминированный туберкулез легких
- д) цирротический туберкулез легких

**24. Объектами исследования на микобактерии туберкулеза служат:**

- а) мокрота, промывные воды бронхов
- б) пунктат из закрытых полостей, биоптат
- в) моча, гнойное отделяемое из свищей, спинномозговая жидкость
- г) кровь
- д) все перечисленное

**25. Полимеразная цепная реакция при туберкулезе – это:**

- а) обнаружение с помощью иммунологических методик обрывков ДНК микобактерий туберкулеза
- б) обнаружение титра антител к туберкулину
- в) обнаружение титра антител к фитогемагглютинину
- г) реакция спонтанного розеткообразования
- д) обнаружение культуры микобактерий туберкулеза

**26. Наиболее достоверным методом диагностики деструктивного туберкулёза лёгких является:**

- а) профилактическая флюорография
- б) диагностическая рентгенография
- в) томография
- г) ультразвуковое исследование
- д) радиоизотопный метод

**27. Для туберкулеза легких характерны интоксикационные жалобы на:**

- а) повышение температуры тела;
- б) потливость;
- в) слабость;
- г) потерю массы тела;
- д) все вышеперечисленные.

**28. Для туберкулеза легких характерны бронхолегочные жалобы на:**

- а) кашель;
- б) кровохарканье;
- в) боль в грудной клетке;
- г) одышку;
- д) все вышеперечисленные.

**29. Обязательный диагностический минимум при исследовании больного во фтизиатрической клинике не включает:**

- а) изучение жалоб, анамнеза болезни и жизни;
- б) клинический анализ крови;
- в) микроскопию мокроты по Цилю-Нельсену;
- г) рентгенографию органов грудной клетки;
- д) УЗИ плевральной полости.

**30. Форма туберкулеза, для которой характерно развитие воспалительных изменений в легочной ткани и регионарных внутригрудных лимфатических узлах:**

- а) очаговый туберкулез легких;
- б) первичный туберкулезный комплекс;
- в) инфильтративный туберкулез легких;
- г) фиброзно-кавернозный туберкулез легких;
- д) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов.

**31. Группа внутригрудных лимфатических узлов, расположенных в области корня легкого:**

- а) паратрахеальные;
- б) трахеобронхиальные;
- в) бифуркационные;
- г) бронхопульмональные.

**32. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов требует проведения дифференциальной диагностики со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:**

- а) лимфогранулематоз;
- б) метастазы злокачественных опухолей;
- в) саркоидоз;
- г) неспецифический бронхоаденит;
- д) трахеобронхит.

**33. Мелкоочаговый диссеминированный генерализованный процесс называют:**

- а) альвеолярным;
- б) бронхолобулярным;
- в) милиарным;
- г) ацинарным;
- д) казеозным.

**34. Наиболее типичный генез развития милиарного туберкулеза легких:**

- а) лимфогенный;
- б) гематогенный;
- в) бронхогенный;
- г) контактный;
- д) аэрогенный.

**35 Развитие диссеминированного туберкулеза легких чаще всего сочетается с поражением:**

- а) гортани;
- б) печени;
- в) сердечной мышцы;
- г) селезенки;
- д) кожи.

**36. По клиническому течению милиарного туберкулеза выделяют следующие формы:**

- а) подострую и хроническую;
- б) кавернозную, туморозную и цирротическую;
- в) диффузную и локальную;
- г) легочную, тифоидную и менингеальную;

д) очаговую и инфильтративную.

**37. Каковы деструктивные изменения в легких при милиарном туберкулезе:**

- а) встречаются редко;
- б) не встречаются;
- в) встречаются часто;
- г) «штампованные» каверны;
- д) ригидные каверны.

**38. Бронхогенная диссеминация при туберкулезе лёгких это:**

- а) рассеянное очаговое поражение лёгких вследствие распространения инфекции по бронхам из участков деструкции в лёгких или во внутригрудных лимфоузлах при формировании бронхо-лимфатического свища;
- б) рассеянные очаговые поражения лёгких вследствие распространения инфекции из туберкулёзного очага в стенке бронха;
- в) распространённое поражение нижних отделов обоих лёгких при наличии выраженного склероза;
- г) односторонняя диссеминация в нижних отделах лёгкого;
- д) распространённая диссеминация дистальных отделов лёгких с обеих сторон.

**39. Рентгенологическая картина мягкоочагового туберкулеза легких характеризуется:**

- а) наличием очагов повышенной интенсивности с четкими контурами на фоне пневмосклеротических изменений в области верхушки легкого;
- б) наличием очагов слабой интенсивности с нечеткими, расплывчатыми контурами и наклонностью к слиянию в области верхушки легкого;
- в) наличием фокусных теней неоднородной структуры протяженностью от верхушки до 3-го ребра;
- г) наличием очагов слабой и средней интенсивности по всем легочным полям;
- д) наличием фокусной тени средней интенсивности размером 2,5 см в диаметре на уровне 4-го ребра.

**40. Рентгенологическая картина фиброзно-очагового туберкулеза легких характеризуется:**

- а) наличием очагов повышенной интенсивности с четкими контурами на фоне пневмосклеротических изменений в области верхушки легкого;
- б) наличием очагов слабой интенсивности с нечеткими, расплывчатыми контурами и наклонностью к слиянию в области верхушки легкого;
- в) наличием фокусных теней неоднородной структуры протяженностью от верхушки до 3-го ребра;
- г) наличием очагов слабой и средней интенсивности по всем легочным полям;
- д) наличием фокусной тени средней интенсивности размером 2,5 см в диаметре.

**41. Под очаговой тенью понимают затемнение размером:**

- а) 2-10 мм;
- б) 12-20 мм;
- в) 20-25 мм;
- г) 25-30 мм;
- д) 30 -35 мм.

**42. Клиническая картина казеозной пневмонии обычно характеризуется:**

- а) волнообразным течением;

- б) рецидивирующим течением;
- в) умеренно-выраженными клиническими признаками;
- г) тяжелым, остро прогрессирующим течением;
- д) подострым течением.

**43. Благоприятным исходом казеозной пневмонии считают формирование:**

- а) очагового туберкулеза;
- б) инфильтративного туберкулеза;
- в) цирротического туберкулеза;
- г) диссеминированного туберкулеза;
- д) множественных туберкулем

**44. Основное морфологическое отличие казеозной пневмонии от вариантов инфильтративного туберкулеза легких?**

- а) склонность к бронхогенной диссеминации;
- б) поражение крупных бронхов;
- в) значительное преобладание казеозного некроза;
- г) большой объем поражения;
- д) продуктивный тип воспаления.

**45. Казеозная пневмония характеризуется следующими рентгенологическими симптомами:**

- а) неоднородным участком затемнения;
- б) высокой интенсивностью тени;
- в) наличием распада легочной ткани;
- г) обширной бронхогенной диссеминацией;
- д) всем перечисленным.

**46. Форма туберкулеза легких, для которой характерно наличие изолированного полостного образования:**

- а) диссеминированный туберкулез легких в фазе распада;
- б) инфильтративный туберкулез легких в фазе распада;
- в) кавернозный туберкулез легких;
- г) очаговый туберкулез легких в фазе распада;
- д) фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

**47. На рентгенограмме кавернозный туберкулез выглядит в виде:**

- а) фокусной тени;
- б) группы очагов;
- в) тотального затемнения;
- г) линейной тени;
- д) кольцевидной тени.

**48. К быстрому увеличению каверны в объеме приводит:**

- а) прогрессирование туберкулеза;
- б) нарушение дренажной функции бронха;
- в) нарушение кровообращения в окружающей ткани легкого;
- г) образование бронхоплеврального свища;
- д) истончение стенки полости.

**49. Кавернозный туберкулез может сформироваться из:**

- а) первичного туберкулезного комплекса с распадом;

- б) прогрессирующей туберкулемы;
- в) инфильтративного туберкулеза легких с распадом;
- г) диссеминированного туберкулеза легких с распадом;
- д) всех перечисленных форм.

**50. Клиническое течение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких чаще всего характеризуется:**

- а) волнообразным прогрессирующим течением;
- б) частыми спонтанными ремиссиями;
- в) длительным стабильным состоянием больного;
- г) неуклонным улучшением состоянием больного;
- д) длительным бессимптомным течением.

### *Ситуационные задачи*

#### **Задача № 1.**

*Женщина 26 лет.* Жалобы на слабость, ночные поты, субфебрильную температуру тела, похудание.

*Анамнез.* Проживает в общежитии с ребенком 4 лет. Работает официанткой. Курит. В соседних комнатах живут мигранты, а также лица, освободившиеся из заключения и нигде не работающие.

*Объективно.* Кожные покровы бледные. Питание понижено. Конституция астеническая. В легких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. ЧД=20 в мин. АД=110/70.

*Рентгенография органов грудной клетки.* В верхушке справа затемнение с нечеткими расплывчатыми контурами и с просветлением в центре. Рядом мелкие очаговые тени. Средостение и корни легких обычной конфигурации.

#### **Задание.**

1. Диагноз.
2. Необходимое обследование.
3. Необходимые противоэпидемические мероприятия.
4. Тактика лечения и прогноз.

#### **Задача № 2.**

*Больная К., 19 лет,* не работает. Изменения в легких выявлены при профосмотре для устройства на работу. Жалобы на небольшую слабость, периодические (преимущественно по вечерам) подъемы температуры тела до 37,4-37,7°C, кашель со скудной мокротой, кровохаркание. Данные жалобы беспокоят в течение полугода. Пациентка никуда не обращалась, не лечилась.

*Из анамнеза:* туберкулезом не болела, туберкулезный контакт не известен. Последняя флюорография более 3-х лет назад. БЦЖ не проводилась, причину не знает.

*Объективно:* состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии – справа над остью лопатки укорочение перкуторного звука, при аускультации в области укорочения звука – дыхание жесткое, после покашливания – единичные сухие хрипы. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 80 в мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом.

#### *Результаты обследования:*

ОАК: НЬ = 124 г/л, Эр. =  $4,0 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты =  $8,4 \times 10^9$ /л: баз.= 0%, эоз.= 1%, пал.= 2%, сегм.= 69%, лимф. = 21%, мон. = 7%, СОЭ = 18 мм/ч.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1015, реакция – слабо кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский = 1-3 в п/зр. Лейкоциты = 2-3 в п/зр.

Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену: КУБ не обнаружены.

*Рентгенография органов грудной клетки:* в проекции верхней доли справа определяется кольцевидная тень овальной формы, размером 4 см в диаметре; внутренние контуры четкие, наружные – неровные, размытые; толщина стенки 3 мм. В окружающей легочной ткани единичные полиморфные очаги.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи. Назначьте неотложную терапию.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

3. Порядок проведения диагностических мероприятий у лиц с длительным интоксикационным синдромом на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи.

**Задача № 3.**

*Больной М., 32 лет,* инвалид II группы по туберкулезу. Доставлен в противотуберкулезный диспансер бригадой «Скорой медицинской помощи» с жалобами на боль в правой половине грудной клетки, одышку, сухой кашель, сердцебиение.

*Из анамнеза:* Заболел остро, после подъема тяжести. Из анамнеза: состоит на учете у фтизиатра в течение 2,5 лет с диагнозом: Фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого. Последняя госпитализация 3 месяца назад. Выписан за нарушение режима, диспансер не посещал. Курит, злоупотребляет алкоголем.

*Объективно:* состояние средней тяжести. Кожный покров бледный, цианотичный. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии – перкуторный звук справа коробочный. При аускультации – дыхательные шумы справа отсутствуют. ЧД = 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 140/90 мм рт.ст. Язык сухой. Живот мягкий, болезненный в верхних отделах. Печень пальпируется.

*Результаты лабораторно-инструментального обследования:*

ОАК: Нб = 100 г/л, Эр. =  $3,08 \times 10^{12}$ /л, Le =  $9,2 \times 10^9$ /л: баз. = 1%, эоз. = 4%, пал. = 8%, сегм. = 47%, лимф. = 33%, мон. = 7%. СОЭ = 27 мм/час.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1012, реакция – кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский = 1-2 в п/зр. Лейкоциты = 1-2 в п/зр.

*Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену:* кислотоустойчивые бактерии не обнаружены.

*Рентгенологическое исследование легких:* справа в латеральных отделах определяется значительное просветление, на фоне которого нет изображения легочного рисунка, внутри от просветления четкая граница коллабированного легкого. Слева на фоне усиленного легочного рисунка единичные очаговые тени в средних отделах малой интенсивности без четких контуров.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

3. Приведите комплекс мероприятий по привлечению данного пациента к лечению.

#### **Задача № 4.**

*Больная М., 20 лет*, продавец, находится в роддоме 3 суток после родов в сроке 36 недель. Жалобы на слабость, потливость по ночам, снижение массы тела на 5 кг за 4 месяца, периодический подъем температуры тела до 38°C, кашель со слизисто-гноющей (чередующейся с кровянистой) мокротой, которые беспокоят в течение 2 недель.

*Из анамнеза жизни:* В период нежеланной беременности в женской консультации не наблюдалась. Пациентка в детстве состояла на учете у физиатра по поводу выража туберкулиновых проб, получала профилактическое лечение в условиях стационара. Сопутствующие заболевания: гипотиреоз, хронический гастрит. Последняя ФЛГ-исследование органов грудной клетки 2 года назад.

*Объективно:* Состояние женщины удовлетворительное. Кожный покров бледный, чистый. При перкуссии легких – легочный звук. При аускультации – дыхание везикулярное, справа в подмышечной области выслушиваются сухие хрипы. ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 72 в 1 мин. АД = 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени и селезенки по Курлову 9,5 x 8 x 7 см и 6 x 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

*Результаты обследования:*

ОАК: НЬ = 115 г/л, Эр. =  $3,4 \times 10^{12}/л$ , Лейкоциты =  $6,4 \times 10^9/л$ : баз. - 0%, эоз. - 2%, пал. - 4%, сегм.- 64%, лимф. = 19%, мон. = 11%, СОЭ = 42 мм/ч.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1019, реакция – слабо кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский – 0-1 в п/зр. Лейкоциты – 2-3 в п/зр.

*Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену:* трехкратно обнаружены КУБ.

*Рентгенография органов грудной клетки:* в проекции VI сегмента правого легкого определяются очаговые и фокусные тени малой и средней интенсивности без четких наружных контуров, с наклоном к сливанию, часть фокусов неоднородной структуры за счет участков просветления. В окружающей легочной ткани очаги обсеменения.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущие синдромы, требующие оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи, назначьте неотложную терапию.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Перечислите санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции (в соответствии с условиями данной задачи).

### **ДЕ 18. Дифференциальная диагностика при плевральном синдроме, заболевания плевры**

#### **1. При каких состояниях может появиться плевральный выпот?**

- а) деструктивный панкреатит;
- б) цирроз печени с портальной гипертензией;
- в) поддиафрагмальный абсцесс;
- г) дивертикулез тонкого кишечника;
- д) опухоль яичников.

#### **Выберите правильную комбинацию:**

- 1. а, б, в, д
- 2. в, д

3. а, в, д
4. все ответы правильные
5. г, д

**2. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживают геморрагический плеврит?**

- а) туберкулез;
- б) опухоль;
- в) травма грудной клетки;
- г) тромбоэмболия легочной артерии.

**Выберите правильную комбинацию:**

1. а, б, в, г
2. а, б
3. а, б, г
4. а, г
5. **б, в, г**

**3. При каких заболеваниях чаще всего обнаруживаются эозинофильные выпоты?**

- а) пневмония;
- б) туберкулез;
- в) опухоли.
- г) глистные инвазии;
- д) травма.

**Выберите правильную комбинацию:**

1. **б, в, г**
2. б, в, г, д
3. все ответы правильные
4. г
5. а, г

**4. Укажите показания для плевральной пункции:**

1. ликвидация гидроторакса
2. анализ плевральной жидкости
3. неясные причины выпота
4. введение лекарственных препаратов
5. **все ответы правильные**

**5. Для какого заболевания наиболее характерны лимфоцитарный состав и незначительное количество мезотелиальных клеток в экссудате?**

1. **туберкулез**
2. опухоль
3. ревматоидный артрит
4. лимфолейкоз
5. пневмония

**6. Наличие экссудата характерно для всех заболеваний, кроме:**

1. пневмония
2. **хроническая сердечная недостаточность**
3. опухоль легких
4. опухоль плевры
5. туберкулез легких

**7.К критериям экссудата относятся:**

1. удельный вес более 1015
2. удельный вес менее 1015
3. положительная проба Ривальта
4. **правильно 1 и 3**
5. правильно 2 и 3

**8. Хилезный экссудат чаще всего обусловлен:**

1. хронической сердечной недостаточностью
2. туберкулезом легких
3. **опухолью легких и средостения**
4. системным поражением соединительной ткани
5. пневмонией

**9. Повторное быстрое накопление жидкости в плевральной полости – типичный признак:**

1. **мезотелиомы плевры**
2. туберкулеза легких
3. хронической сердечной недостаточности
4. гипотиреоза
5. цирроза печени

**10. Рентгенологическими признаками плеврального выпота являются:**

1. сглаженность реберно-диафрагмального угла
2. уплощение реберно-диафрагмального синуса
3. осумкованный выпот
4. повышение уровня стояния диафрагмы
5. **Все ответы правильные**

**11. При каких заболеваниях наблюдается повышение уровня амилазы в плевральной жидкости?**

- а) панкреатит;
- б) туберкулез;
- в) злокачественная опухоль;
- г) перфорация пищевода;
- д) ревматоидный артрит.

**Выберите правильную комбинацию:**

1. а, б, д
2. а, д
3. а, в, д
4. а, б, д
5. **а, в, г**

**12. Синдром Мейгса – это:**

1. уремический плеврит
2. **фиброма яичников с асцитом и плевральным выпотом**
3. выпот при нарушении целостности плевральных листков

**13. Для плеврита характерно нарушение функции внешнего дыхания:**

1. **по рестриктивному типу**
2. по обструктивному типу

**14. Торакотомия/ ВТС позволяет:**

1. осмотреть плевральную полость
2. ввести лекарственные препараты
3. прицельно взять биопсийный материал
4. ликвидировать гидроторакс
5. **правильно 1 и 3**

**15. Ятрогенные поражения плевры связаны с применением:**

1. амиодарона
2. метотрексата
3. эргогамина
4. метронидазола
5. **все ответы правильные**

**16. Обзорная рентгенограмма позволяет выявить выпот объемом:**

1. **300 мл**
2. 250 мл
3. 200 мл
4. 150 мл
5. 100 мл

**17. Снимок в положении на боку (латерограмма) позволяет выявить выпот объемом:**

1. 300 мл
2. 250 мл
3. 150 мл
4. 100 мл
5. **все ответы правильные**

**18. При свободном плевральном выпоте значительных размеров на рентгенограмме отмечают смещение органов средостения:**

1. в сторону тени выпота
2. всегда вправо
3. кверху от тени выпота
4. **в противоположную от тени выпота сторону**
5. книзу от тени выпота

**19. Шум трения плевры при плевритах наиболее четко выслушивают при:**

1. быстром скоплении серозного экссудата
2. объеме выпота более 1500 мл
3. **отложении фибрина и рассасывании экссудата**
4. преобладании лимфоцитов в экссудате
5. повышении концентрации глюкозы в экссудате

**20. При плеврите верхняя граница выпота горизонтальная, если:**

1. объем выпота более 100 мл
2. объем выпота более 500 мл
3. выпот имеет фибринозный характер
4. выпот образовался впервые
5. **в плевральную полость проник воздух**

**21. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких?**

- а) определение форменных элементов крови;
- б) цитологическое исследование;
- в) определение белка в жидкости;
- г) определение гемоглобина;
- д) посев на чувствительность к антибиотикам.

**Выберите правильную комбинацию ответов:**

1. а, г, д.
2. б, в, г.
3. **а, б, в, г.**
4. б, г, д.

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.**

Мужчина 55 лет. Жалобы на умеренную одышку, слабость.

Анамнез. Недомогает около 2 недель. Полгода назад перенес АКШ с хорошим эффектом. 8 лет назад оперирован по поводу рака толстой кишки. Год назад тяжелый панкреатит. С 2005 по 2009 год работал на производстве асбеста.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. В легких рассеянные сухие хрипы. Справа в нижних отделах дыхание не выслушивается. Там же притупление перкуторного звука. ЧД=22 в мин. АД=160/100. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень у края реберной дуги.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Легочные поля повышенной прозрачности за счет эмфиземы. В верхушках обоих легких буллы. Справа жидкость до уровня IV ребра. Слева жидкость в синусе, синус запаян.

**Задание.**

1. Диагноз.
2. Необходимые методы дообследования.
3. Тактика лечения.

#### **Задача № 2.**

*Больная, 40 лет,* поступила с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании, повышение температуры тела 38,5<sup>0</sup>С. Заболела остро 3 дня назад.

*Объективно:* состояние средней тяжести. ЧДД 28 в мин. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс 98 в мин. АД 120/80 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Что ожидается на рентгенограмме грудной клетки слева?
4. Составьте план обследования.
5. Тактика лечения.

#### **Задача № 3.**

*Больной 41 года,* поступил с жалобами на кашель с выделением небольшого количества мокроты, повышение температуры, общую слабость, боль в левом боку. Заболел остро 3 дня назад.

*Объективно:* состояние средней тяжести. Температура 37,6<sup>0</sup>С. Ниже угла слева укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы. Диагностирована левосторонняя очаговая пневмония.

Проводилось лечение пенициллином по 500 000 ЕД 4 раза в день. Состояние больного улучшилось.

На 10-й день болезни у больного вновь повысилась температура до 38,5<sup>0</sup>С, усилилась одышка, боль в левом боку.

При перкуссии слева над нижней половиной легкого, выраженное притупление, ослабленное дыхание и бронхофония.

*При рентгеноскопии* гомогенное затемнение с косой внутренней границей.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Оцените тактику проводимого лечения.
4. Необходимое исследование для подтверждения данного осложнения?
5. Назначьте лечение.

**Задача № 4.**

В терапевтическое отделение доставлен *больной 68 лет* в тяжелом состоянии. После обследования выставлен диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения ФК III. Кардиосклероз постинфарктный (ОИМ в 2000 г.). ХСНПБ.

*При рентгеновском исследовании* – в области верхушек легких единичные плотные очаги, кальцинаты, в правой плевральной полости – жидкость.

*Анализ плевральной жидкости* – относительная плотность 1010, проба Ривальта отрицательная, лимф. 40%, нейтр. 10%, эоз. 3%, единичные эритроциты.

**Вопросы:**

1. Каков характер плевральной жидкости?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Обоснуйте Ваш диагноз.
4. Как оценить очаговые изменения в легких?
5. Тактика лечения.

**Задача № 5.**

*Мужчина 29 лет* заболел остро: повысилась температура до 38<sup>0</sup>С, появилась сильная боль в левом боку при кашле и дыхании. Состояние средней тяжести, ЧДД 24 в мин., легкий цианоз губ, предпочитает лежать на левом боку. При перкуссии звук укорочен слева в нижних отделах, в подмышечной области шум трения плевры.

*В общем анализе крови:* лейкоц. 12,5x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 29 мм/ч

*При рентгеноскопии* – ограничение подвижности левого купола диафрагмы, обызвествленные внутригрудные лимфоузлы в области правого корня.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Какое лечение показано больному?

**Задача № 6.**

*У больной 45 лет* внезапно появились лихорадка до 39<sup>0</sup>С, потрясающие ознобы, обильная потливость, одышка, резкая колющая боль в груди справа при углублении дыхания, отрывистый сухой кашель. Положение больной в постели вынужденное, полусидячее, на правом боку. ЧДД 28 в мин. Пульс 120 в мин., ритмичный.

При осмотре отмечено некоторое выбухание и отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа. В этой области пальпацией отмечено отсутствие голосового дрожания, резкое притупление звука и ослабленное дыхание.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Обоснуйте Ваш диагноз.
3. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
4. Тактика лечения.

**Задача № 7.**

Больная 40 лет, поступила с жалобами на повышение температуры до 38.5<sup>0</sup>С, одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с мокротой ржавого цвета, ощущение тяжести в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при наклоне в противоположную сторону. Заболела остро, после переохлаждения.

*Объективно:* состояние средней степени тяжести. ЧД – 24 в минуту. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Выше этой зоны выслушивается бронхиальное дыхание, крепитация. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс – 98 в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст..

**Вопросы:**

1. Как объяснить физикальные симптомы?
2. Что ожидается на рентгенограмме грудной клетки слева?
3. Какое обследование необходимо назначить больному?
4. Какое лечение необходимо назначить больному?

**Задача № 8.**

Мужчина 29 лет заболел остро: появилась выраженная слабость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, появились сильные боли в левом боку при кашле и дыхании, потливость в ночные часы.

*Объективно:* состояние средней степени тяжести, ЧД – 24 в минуту, легкий цианоз носогубного треугольника, предпочитает лежать на левом боку. При перкуссии звук несколько укорочен слева в нижних отделах, в подмышечной области шум трения плевры.

*В анализе крови:* лейкоциты – 12.5\*10<sup>9</sup>/л, лимфоцитоз, СОЭ 29 мм/час.

*При рентгеноскопии:* ограничение подвижности левого купола диафрагмы, обызвествлённые внутригрудные лимфоузлы в области правого корня.

**Вопросы:**

1. Ваш клинический диагноз?
2. Наиболее вероятная этиология заболевания?
3. Какое лечение показано больному?

**ДЕ 19. Ведение пациентов с легочным кровотечением.**

**Ведение пациентов со спонтанным пневмотораксом**

**1. При кровотечении из системы сосудов бронхиальной артерии эффективным средством гемостаза будет**

**а - торакопластика**

**б - перевязка легочной артерии**

**в - управляемая артериальная гипотония**

**2. Установите первоначальные действия при лечении легочных кровотечений:**

- а – торакотомия, лобэктомия или пульмонэктомия на высоте кровотечения
- б – проведение управляемой гипотонии с комплексом гемостатической терапии, бронхоскопия и пломбировка бронха**
- в – ангиография бронхиальных артерий с последующей их эмболизацией на высоте продолжающегося кровотечения
- г – инфузионная терапия, включая гемотрансфузию

**3. Укажите радикальные методы лечения при легочных геморрагиях:**

- а – эмболизация бронхиальных артерий
- б – пломбировка бронха и эмболизация бронхиальных артерий
- в – управляемая гипотония и пломбировка бронха
- г – резекция патологически измененной части легкого**

**4. Наиболее информативный метод диагностики при продолжающемся легочном кровотечении:**

- а – рентгенологический
- б – физикальные методы исследования /перкуссия, аускультация/
- в – бронхоскопия**
- г – ангиопульмонография

**5. Выберите наиболее эффективные первоначальные экстренные действия при легочном кровотечении:**

- а – торакотомия, лобэктомия или пульмонэктомия
- б – гемотрансфузия и комплексная гемостатическая терапия
- в – бронхоскопия и пломбировка бронха на фоне управляемой гипотонии**
- г – окклюзия бронхиальных артерий

**6. Какими препаратами лучше проводить искусственную управляемую гипотонию:**

- а – дибазол и папаверин
- б – адельфан
- в – ганглиоблокаторами /арфонад, пентамин, бензогексоний/**
- г – резерпин

**7. Какая бронхоскопия наиболее рациональна при легочном кровотечении:**

- а – фиброволоконная бронхоскопия под м/а
- б – фиброволоконная бронхоскопия под наркозом
- в – жесткая бронхоскопия
- г – сочетание жесткой и фиброволоконной бронхоскопии под наркозом**

**8. Достоверным признаком легочного кровотечения является:**

- а – выделение крови изо рта
- б – наличие затемнения в легком
- в – наличие экссудата в плевральной полости
- г – кашель с выделением алой пенистой крови
- д – наличие крови в бронхах при бронхоскопии**

**9. Легочное кровотечение при инородных телах бронхов в остром периоде обусловлено:**

- а – механическим повреждением слизистой острыми краями инородных тел**
- б – пролежнем
- в – повреждением грануляций

г – следствием хронических осложнений в паренхиме ниже обструкции

**10. Легочное кровотечение при инородных телах бронхов в хроническом периоде обусловлено:**

а – пролежнем

б – повреждением грануляций слизистой

в – следствием хронических осложнений / хр. бронхит, бронхоэктазы,

хр. абсцесс/

г – **всем перечисленным**

**11. Для пломбировки бронха при легочных кровотечениях в настоящее время применяются:**

а – марля, вата

б – поролоновая губка

в – катетер Фогарти

г – **правильно «б» и «в»**

д – гемостатическая губка

**12. Наиболее частые болезни, осложняющиеся легочным кровотечением:**

а – **хронические неспецифические заболевания легких**

б – острый абсцесс, гангрена легкого

в – рак легкого

г – болезни крови с нарушением свертывающейся системы

д – пороки сердца

**13. Источником массивного внутриплеврального кровотечения при неспецифическом спонтанном пневмотораксе являются:**

а – воздушные субплевральные пузыри

б – **разорвавшиеся спайки в верхней части гемиторакса**

в – буллы

г – разорвавшиеся спайки в нижней части гемиторакса

**14. Ваши мероприятия при легочных кровотечениях:**

а – обеспечение проходимости дыхательных путей

б – управляемая гипотония

в – воздействие на свертывающую систему

г – подавление мучительного кашля

д – **все перечисленное**

**15. Управляемая гипотония проводится:**

а – один час

б – один день

в – до остановки кровотечения

г – **после полного прекращения кровотечения + еще 2-3 суток**

**16. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:**

а – коллапс легкого вследствие альвеоло-бронхиального свища

б – первичная несостоятельность культи бронха

в – **внутриплевральное кровотечение**

г – ателектаз легкого

д – напряженный пневмоторакс

**17. Показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются:**

- а – пневмоторакс
- б – гемоторакс
- в – свернувшийся гемоторакс
- г – продолжающееся кровотечение в плевральную полость**
- д – сам факт проникающего ранения

**18. Основным методом лечения гемоторакса является:**

- а – плевральная пункция
- б – дренирование плевральной полости
- в – торакотомия и ликвидация гемоторакса
- г – наблюдение
- д – подход должен быть индивидуальным**

**19. При большом свернувшемся гемотораксе недельной давности необходимо выполнить:**

- а – дренирование плевральной полости
- б – широко торакотомию, удаление гемоторакса**
- в – введение ферментов в область гемоторакса
- г – повторные пункции плевральной полости
- д – введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса

**20. Легочным кровотечением может осложниться все перечисленное КРОМЕ:**

- а - бронхоэктатическая болезнь
- б - бронхиальная астма**
- в - рак легких
- г - туберкулез легких
- д - эмболия легочных артерии

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 68 лет.* Жалобы на кашель с примесью свежей алой крови.

Анамнез. Три года назад лечился по поводу абсцесс правого легкого. Страдает гипертонической болезнью много лет. Препараты принимает нерегулярно. Сутки назад гипертонический криз до 200/110. Находился в это время на даче. Принял клофелин, давление снизилось, но возникло обильное кровохарканье. Доставлен в больницу родственниками.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. В легких рассеянные сухие хрипы. ЧД=24 в мин. АД=160/90. Кашель с кровавистой мокротой. Тоны сердца ясные. Акцент II тона на аорте.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Легочный рисунок диффузно усилен, деформирован. Справа в верхней доле зона пневмосклероза. Правый синус запаян.

#### Задание.

1. Диагноз основного и сопутствующего заболеваний.
2. Необходимые методы дообследования.
3. Тактика лечения.

#### Задача № 2.

*Мужчина 25 лет.* Поступил в неотложном порядке с жалобами на боль левой половине грудной клетки, резкую одышку, учащенное сердцебиение, слабость.

*Анамнез.* Два часа назад поднял ведро воды и почувствовал внезапную резкую боль в левой половине грудной клетки, резкую одышку. Вызвал скорую помощь. Курит с 13 лет.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. Питание снижено. Астеническая конституция. Грудная клетка симметричная. Дыхание слева не выслушивается, справа везикулярной дыхания, единичные сухие хрипы. ЧД = 24 в 1 мин., дыхание поверхностное. ЧСС = 82 в 1 минуту, АД 115/70.

*Обзорная рентгенограмма ОГК.* Слева легочный рисунок не прослеживается. Легкое коллабировано на 1/2. В плевральном синусе небольшой горизонтальный уровень жидкости. Средостение несколько смещено влево.

**Задание:**

1. Диагноз.
2. В чем заключается неотложная помощь больному.
3. Какие факторы риска в возникновении этого заболевания налицо у данного пациента.
4. Рекомендации.

**Задача № 3.**

*Больной 25 лет,* состоит на учете с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез правого легкого в течение 7 лет. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Через несколько дней от начала химиотерапии утром во время приступообразного кашля с мокротой началось выделение крови. Кровь, которая выделялась через нос и рот, больной не успевал откашливать, позднее присоединилась рвота. Кровь вначале была пенистой, алого цвета, затем, особенно после рвоты, она была уже со сгустками темного цвета. За 30-40 минут выделилось около 400 мл крови.

Больной предъявлял жалобы на головокружение, чувство страха, одышку, чувство жжения в правой половине грудной клетки.

*При осмотре* больного кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. ЧДД 25 в минуту. ЧСС 140 уд/мин. АД 140/100 мм рт. ст. При перкуссии укорочение перкуторного звука справа, при аускультации справа выслушивается крепитация и мелкопузырчатые влажные хрипы.

**Вопросы:**

1. Определить вид и степень кровотечения.
2. Дифференциальный диагноз данного кровотечения.
3. Неотложные мероприятия остановки кровотечения на этапах медицинской помощи (немедикаментозные, медикаментозные и хирургические методы).
4. Информативные методы исследования, направленные на установление источника кровотечения.
5. Осложнения, которые встречаются при данном кровотечении.
6. Профилактика кровотечений и их осложнений.

**Задача № 4.**

*Мужчина, 45 лет.* Болен фиброзно-кавернозным туберкулезом в течение 15 лет. Процесс правосторонний с бронхогенной диссеминацией в левое легкое. Последний раз отмечает ухудшение состояния в виде общей слабости, повышенной утомляемости, кашля с мокротой, в связи с чем направлен на стационарное лечение. На 5-й день стационарного лечения, утром внезапно после кашля, появились острые боли в правой половине грудной клетки, нарастающая одышка в покое.

*Объективно* - больной синюшный, перкуторно - тимпанит слева над легкими и отсутствие дыхания по средне-мышечной и лопаточной линии, частота дыхательных движений 28 в минуту. Тоны сердца, выслушиваемые во всех опознавательных точках, смещены вправо. Пульс ритмичный, 110 в минуту, слабого наполнения.

*При рентгенологическом исследовании* выявлено коллабированное легкое, воздух в плевральной полости.

**Вопросы:**

1. Окончательный диагноз и его обоснование.
2. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.
3. Дополнительные методы обследования, необходимые для постановки окончательного диагноза.
4. Назовите возможные причины развития данной патологии.
5. Неотложные мероприятия.

**Задача № 5.**

*Больная 50 лет* поступила с жалобами на выраженную одышку, интенсивные боли в левой половине грудной клетки, сухой кашель.

*Из анамнеза:* у больной 5 лет назад, случайно, во время проф. осмотра выявлена буллезная эмфизема легких. С тех пор состоит на диспансерном учете у пульмонолога. Ранее никаких жалоб не предъявляла, последние 3 месяца при физической нагрузке стала отмечать появление одышки. Около 2х часов назад во время работы на огороде появилась резкая боль в левой половине грудной клетки, одышка в покое, сухой кашель. Бригадой скорой помощи доставлена в приемное отделение.

*Объективно* общее состояние средней степени тяжести, вынужденное положение на левом боку, покрыта холодным потом. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, межреберные промежутки расширены, наблюдается отставание в акте дыхания левой половины, при пальпации голосовое дрожание ослаблено, перкуторно определяется тимпанический звук, аускультативно - дыхание ослабленное везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, бронхофония ослаблена.

**Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Выделите ведущие синдромы.
3. Назовите основные причины возникновения этого заболевания.
4. Какой инструментальный метод исследования нам поможет в диагностике этого заболевания?
5. Какие изменения на рентгенограмме характерны для этого заболевания

**Задача № 6.**

У больного, 39 лет, жалобы на кашель с мокротой, одышку, кровохарканье, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 39С, потливость, слабость. Заболел остро 10 дней назад, повысилась температура до 39С, появился озноб, затем присоединились указанные выше жалобы. Кашель вначале был сухой, мучительный, затем появилась мокрота. За три дня до поступления в стационар количество мокроты резко увеличилось, неприятный гнилостный запах в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку. Состояние больного тяжелое, кожа бледная, влажная. Над легкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 100. АД 90/60. Анализ крови: гемоглобин 130 г/л лейкоциты 14,0 формула - сдвиг влево. СОЭ 50 мм. При рентгеноскопии грудной клетки: слева в нижней доле полость размером 5 x 6 см с перифокальным воспалением. Корни легких не изменены.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Наметьте план обследования больного и план лечения.
4. Каков прогноз заболевания?
5. Назовите ориентировочные сроки нетрудоспособности

**ДЕ 20. Ведение пациентов с тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА).  
Ведение пациентов с ОРДС**

- 1. К значительным факторам риска ТЭЛА относятся**
  - 1) перелом бедра или голени
  - 2) постельный режим более 3 дней
  - 3) онкологические заболевания
  - 4) протезирование тазобедренного или коленного сустава
  
- 2. К умеренным факторам риска ТЭЛА относятся**
  - 1) большая полостная операция
  - 2) повреждение спинного мозга
  - 3) парализующий инсульт
  - 4) хроническая сердечная недостаточность
  
- 3. К незначительным предрасполагающим факторам развития ТЭЛА относятся**
  - 1) лапароскопическая операция
  - 2) прием оральных контрацептивов
  - 3) беременность
  - 4) постнатальный период
  
- 4. При ТЭЛА на высокий риск летального исхода указывают**
  - 1) шок или артериальная гипотензия
  - 2) признаки перегрузки правого желудочка
  - 3) положительный результат Д-димер теста
  - 4) положительный результат тропонинового теста
  
- 5. При ТЭЛА на низкий риск летального исхода указывает следующее сочетание признаков**
  - 1) отрицательный результат Д-димер теста
  - 2) отсутствие шока или артериальной гипотензии
  - 3) отрицательный результат тропонинового теста
  - 4) отсутствие признаков перегрузки правого желудочка
  
- 6. При подозрении на ТЭЛА с высоким риском летального исхода и недоступности компьютерной томографии следует незамедлительно провести**
  - 1) ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей
  - 2) эхокардиографическое исследование
  - 3) высокочувствительный Д-димер тест
  - 4) тропониновый тест
  
- 7. Эхокардиографическими признаками перегрузки правого желудочка служат**
  - 1) снижение фракции выброса правого желудочка
  - 2) диастолический размер правого желудочка более 30 мм
  - 3) соотношение размеров правого и левого желудочков более 1

4) систолическое сглаживание межжелудочковой перегородки

8. При подозрении на ТЭЛА с невысоким риском летального исхода в первую очередь следует

- 1) провести эхокардиографическое исследование
- 2) выполнить Д-димер тест
- 3) оценить клиническую вероятность ТЭЛА
- 4) выполнить тропониновый тест

9. При высокой клинической вероятности ТЭЛА в первую очередь следует провести

- 1) ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей
- 2) эхокардиографическое исследование
- 3) высокочувствительный Д-димер тест
- 4) мультиспиральную компьютерную томографию легочной артерии

10. При высокой клинической вероятности ТЭЛА и недоступности компьютерной томографии следует провести

- 1) ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей
- 2) эхокардиографическое исследование
- 3) высокочувствительный Д-димер тест
- 4) тропониновый тест

11. При невысокой клинической вероятности ТЭЛА в первую очередь следует провести

- 1) ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей
- 2) эхокардиографическое исследование
- 3) высокочувствительный Д-димер тест
- 4) тропониновый тест

12. При невысокой клинической вероятности ТЭЛА отрицательный результат высокочувствительного ддимер теста

- 1) подтверждает диагноз ТЭЛА
- 2) исключает диагноз ТЭЛА
- 3) не имеет диагностического значения

13. При невысокой клинической вероятности ТЭЛА положительный результат высокочувствительного ддимер теста

- 1) подтверждает диагноз ТЭЛА
- 2) исключает диагноз ТЭЛА
- 3) не имеет диагностического значения

14. Показанием к тромболизису или эмболэктомии при ТЭЛА служат

- 1) шок или артериальная гипотензия
- 2) признаки перегрузки правого желудочка
- 3) положительный результат Д-димер теста
- 4) положительный результат тропонинового теста

15. Абсолютным противопоказанием к тромболитической терапии служит

- 1) когда-либо перенесенный геморрагический инсульт
- 2) ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев
- 3) транзиторная ишемическая атака в течение последних 3 месяцев

4) инсульт неизвестного характера в анамнезе

16. Относительным противопоказанием к тромболитической терапии служит

- 1) желудочно-кишечное кровотечение в течение последнего месяца
- 2) травма или операция в течение последних 3 недель
- 3) прием оральных антикоагулянтов
- 4) инфекционный эндокардит

17. Для лечения ТЭЛА с невысоким риском летального исхода можно использовать

- 1) тромболитические препараты
- 2) нефракционированный гепарин
- 3) низкомолекулярные гепарины
- 4) дабигатран

18. Для профилактики рецидивов тэла можно использовать

- 1) варфарин
- 2) дабигатран
- 3) ривароксабан
- 4) апиксабан

19. Прием пероральных антикоагулянтов после тэла следует продолжать не менее

- 1) 3 недель
- 2) 1 месяца
- 3) 3 месяцев
- 4) 6 месяцев

20. При использовании варфарина для профилактики рецидивов тэла целевое мнo равно

- 1) 1,5–2,5
- 2) 2,0–3,0
- 3) 2,5–3,5
- 4) 3,0–4,0

21. РДСВ (респираторный дистресс-синдром взрослых) может возникать вследствие

- 1) ДВС- синдрома
- 2) недостаточности синтеза сурфактанта
- 3) сепсиса
- 4) эмфиземы легких
- 5) атипичной пневмонии
- 6) действия токсических газов

22. Главным звеном патогенеза РДСВ является

- 1) увеличение гидростатического давления в микрососудах стенки альвеол
- 2) уменьшение гидростатического давления в микрососудах стенки альвеол
- 3) значительное повышение уровня артериального давления
- 4) генерализованное повреждение капилляров легких и альвеолоцитов
- 5) интерстициальный отек легких
- 6) кардиогенный отек легких
- 7) развитие гиалиноза стенки альвеол

**23. В патогенезе диффузного повреждения альвеолоцитов и капилляров при РДСВ имеет значение действие**

- 1) интерлейкинов
- 2) фактора некроза опухоли (ФНО)
- 3) кислородных радикалов
- 4) антипротеаз
- 5) фактора активации тромбоцитов**
- 6) лейкотриенов

**24. Острый РДС характеризуется**

- 1) Распространенным повреждением эндотелия легочных капилляров
- 2) Распространенным повреждением альвеолярного эпителия
- 3) Развитием некардиогенного отека легких**
- 4) Кардиогенным отеком легких
- 5) Повышением артериального давления

**25. Проявлениями РДС-синдрома являются**

- 1) тахипноэ
- 2) уменьшение ЖЕЛ, ОЕЛ, уменьшение функциональной остаточной емкости легких
- 3) гипоксемия, неэффективная оксигенотерапия
- 4) выраженный цианоз**
- 5) увеличение индекса Тиффно.

### Ситуационные задачи

**Задача № 1.**

*Женщина 70 лет.* Жалобы на внезапно возникшую одышку, боль в груди справа, кашель временами с примесью крови.

*Анамнез.* Страдает гипертонической болезнью много лет. В течение последнего года отеки на ногах. Препараты принимает нерегулярно. Указывает, что подобный эпизод был два года назад и был расценен как пневмония.

*Объективно.* Ожирение II степени. Выраженное варикозное расширение вен обеих голеней. Отеки на голенях и стопах. В легких диффузно ослабленное дыхание, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены.

АД 155/90, ЧСС 100 в мин., ЧД 26 в мин.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Легочный рисунок диффузно усилен, деформирован. Справа в верхней и средней долях инфильтративные тени до 2х3 см. Тень сердца расширена за счет левого желудочка.

Задание.

1. Диагноз основного и сопутствующего заболеваний.
2. Необходимые методы дообследования.
3. Тактика лечения.

**Задача № 2.**

Больная 60 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом неотложной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки повторился,

появилось кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжёлое, кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком.

Частота дыханий - 26 в минуту. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией. При перкуссии лёгких определяется притупление лёгочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры. На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

**Вопросы:**

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Показания и методы хирургического лечения.

**Задача № 3.**

*Больная К., 55 лет, находится на амбулаторном лечении по поводу тромбоза вен нижних конечностей. Сегодня утром внезапно, без видимых причин появилась резкая одышка, боль в правой половине грудной клетки, кровохарканье.*

*Объективно:* состояние тяжелое. Одышка инспираторного типа до 32 в 1 минуту. Бледность, влажность кожных покровов, акроцианоз. В легких справа под лопаткой небольшое ослабление дыхания, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, тахикардия. PS 108 ударов в минуту. АД — 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите причины, которые могут привести к развитию данного заболевания.
3. Определите тактику на догоспитальном этапе.
4. Составьте алгоритм неотложной помощи.
5. С какими неотложными состояниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

**ДЕ 21. Заболевания, травмы, инородные тела пищевода, трахео-пищеводный свищ, ахалазия пищевода**

**1. Пищеводный синдром включает следующие признаки, кроме:**

- A. Регургитации
- B. Сиалореи
- C. Икоты**
- D. Дисфагии
- E. Изжоги

**2. Парадоксальная дисфагия характерна:**

- A. Доброкачественным опухолям пищевода
- B. Раку пищевода
- C. Дивертикулам пищевода
- D. Пептическим стенозам пищевода
- E. Ахалазии кардии**

**3. Какой из нижеперечисленных методов может точнее выявить гастроэзофагеальный рефлюкс?**

- A. Эндоскопия
- B. Эзофагоманометрия
- C. Эзогастральный транзит с густой бариевой взвесью**
- D. Эзофагеальная сцинтиграфия
- E. Эзофагеальная рН-метрия

**4. Спонтанный разрыв пищевода определяется следующими признаками, кроме:**

- A. Сильной загрудинной боли при глотании
- B. Гнусавости
- C. Подкожной шейной эмфиземы
- D. Парадоксальной дисфагии**
- E. Гидропневмоторакса

**5. Какое самое частое осложнение дивертикула Zenker?**

- A. Кровотечение
- B. Перфорация
- C. Малигнизация
- D. Лёгочные осложнения**
- E. Перидивертикулярная флегмона

**6. Какое из нижеперечисленных утверждений о дивертикуле Zenker ошибочное?**

- A. Пульсационный дивертикул
- B. Локализуется в нижней трети пищевода**
- C. Может быть поврежден во время эндоскопического исследования
- D. Стенка дивертикула состоит из слизистой оболочки
- E. Оперируется только в случае присутствия симптоматики

**7. Самым частым осложнением язвы пищевода является:**

- A. Кровотечение**
- B. Перфорация
- C. Стеноз
- D. Малигнизация
- E. Лёгочные осложнения

**8. Острый гнойный медиастинит чаще всего обусловлен разрывом:**

- A. Трахеи
- B. Аневризмы аорты
- C. Пищевода**
- D. Поддиафрагмального абсцесса
- E. Перинефрального абсцесса

**9. Какое утверждение не является точным по отношению к эпидиафрагмальному дивертикулу?**

- A. Сопутствует гастроэзофагеальному рефлюксу
- B. Это тракционный дивертикул**
- C. Может быть спутан с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- D. Может быть больше чем бифуркационный дивертикул
- E. Может сопутствовать другим болезням пищевода

**10. Капризная, перемежающаяся дисфагия, увеличивающаяся при эмоциях, выявляет чаще всего:**

- A. Пептический эзофагит

- В. Гастроэзофагиальный рефлюкс
- С. Мегаэзофаг**
- Д. Рак пищевода
- Е. Склеродермию

**11. Посткаустические стенозы пищевода характеризуются следующими признаками, исключая:**

- А. Являются многочисленными и многоуровненными
- В. Эксцентричны
- С. Находятся на уровне физиологических сужений пищевода
- Д. Поражают исключительно слизистую оболочку**
- Е. Могут сопутствовать пилоростенозу

**12. Синдром Mallory - Weiss обусловлен:**

- А. Геморрагической язвой пищевода
- В. Разрывом варикозных узлов пищевода
- С. Эпидиафрагмальным дивертикулом с кровотечением
- Д. Разрывами (линейными разрывами) слизистой эзогастрального сочленения**
- Е. Грыжей пищевого отверстия диафрагмы

**13. Чаще всего встречаемой доброкачественной опухолью является:**

- А. Аденома
- В. Гемангиома
- С. Фиброма
- Д. Липома
- Е. Лейомиома**

**14. В случае грыжи пищеводного отверстия усложненной эзофагитом главной целью операции является:**

- А. Ликвидация грыжевого мешка
- В. Закрытие пищеводного отверстия диафрагмы
- С. Подавление гастроэзофагеального рефлюкса**
- Д. Удлинение пищевода
- Е. Уменьшение желудочной секреции

**15. Назовите методы лечения поздно диагностированных травматических поражений пищевода:**

- А. Двухстороннее исключение пищевода, дренирование средостения, антибиотики, вторичная пластика**
- В. Антибиотики
- С. Хирургическое ушивание пищевода
- Д. Гастростомия
- Е. Немедленная эзофагопластика

**16. Оптимальным методом лечения в случае ахалазии кардии является:**

- А. Эзогастральный by-pass
- В. Стволовая ваготомия с дренированием
- С. Эзофагэктомия с пластикой
- Д. Внеслизистая кардиомиотомия в совокупности с антирефлюксной операцией**
- Е. Операция Nissen

**17. Гастроэзофагиальный рефлюкс может быть обусловлен следующими**

**обстоятельствами, кроме:**

- A. Дивертикула Zenker**
- В. Скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- С. Проксимальной резекции желудка
- Д. Короткого пищевода
- Е. Уменьшения тонуса нижнего пищеводного сфинктера

**18. Какое из нижеперечисленных утверждений не относится к коррозивно-токсическому эзофагиту?**

- A. Не сопровождается поражениями желудка**
- В. Проявляется при употреблении вовнутрь щелочей
- С. Приводит к рубцовым сужениям пищевода
- Д. Проявляется при употреблении во внутрь кислот
- Е. Сопровождается деструкцией эпителия

**19. Какое утверждение характерно для ахалазии кардии?**

- A. Повышенный тонус нижнего сфинктера пищевода**
- В. Частое осложнение дивертикулёзом
- С. Неукротимая рвота
- Д. Единственным методом, подтверждающим диагноз, является эндоскопия
- Е. Ассоциируется с экстрадигестивными опухолями

**20. В клинической картине ахалазии кардии включены следующие признаки, за исключением:**

- А. Парадоксальной дисфагии
- В. Пусковым моментом могут быть эмоции
- С. Частой рвотой**
- Д. Капризного течения процесса
- Е. Возможной малигнизации

**21. Оптимальным методом хирургического лечения кардиоспазма является:**

- А. Эзофагогастростомия
- В. Стволовая ваготомия с дренированием
- С. Резекция пищевода
- Д. Комбинирование эзокардиомиотомии с антирефлюксной операцией**
- Е. Операция Nissen

**22. В случае перфорации шейного отдела пищевода оптимальным консервативным методом лечения является:**

- А. Гастральный зонд с антибиотикотерапией
- В. Постельный режим с антибиотикотерапией
- С. Ушивание дефекта, дренирование средостения, антибиотикотерапия**
- Д. Резекция пищевода и пластика толстой кишкой
- Е. Эндоскопическое пломбирование дефекта

**23. Оптимальным методом лечения ахалазии кардии I-II-ой степени является:**

- А. Спазмолитики
- В. Инструментальное расширение нижнего сфинктера пищевода**
- С. Эзофагомиотомия
- Д. Седирование больного
- Е. Диета в сочетании с нейротропными средствами

**24. Рентгенологическими критериями при кардиоспазме являются следующие, за исключением:**

- A. Конического сужения в кардиальном сегменте
- B. Надстенотического расширения
- C. Рельеф складок сохранён
- D. Сопровождается с дуоденогастральным рефлюксом**
- E. Раскрытие кардии при спазме I-II степени

**25. Пусковым моментом кардиоспазма является:**

- A. Ожог
- B. Гастроэзофагиальный рефлюкс
- C. Нарушение функций центральной и вегетативной нервной системы**
- D. Аномалии развития
- E. Изжога

**26. Средняя длина пищевода составляет:**

- A. 18 см
- B. 21 см
- C. 25 см**
- D. 28 см
- E. 32 см

**27. Калибр пищевода сужен:**

- A. Тремя сужениями**
- B. Четырьмя сфинктерами
- C. Дугой аорты
- D. Грудным лимфатическим протоком
- E. Полунепарной веной

**28. Главной функцией пищевода является:**

- A. Освобождение полости рта от секрета слюнных желез
- B. Любрификация пищи секретом слизистой пищевода
- C. Продвижение пищи в желудок**
- D. Обеспечение выделения воздуха, поступившего в желудок вместе с пищей
- E. Обеспечение выделения рвоты

**29. Язва Varret обусловлена:**

- A. Уменьшением pH пищевода
- B. Термическими и коррозивными поражениями
- C. Метаплазией слизистой, желудочными цилиндрическими клетками**
- D. Перфорацией инородным телом
- E. Гастроэзофагиальным рефлюксом

**30. Вход в пищевод находится:**

- A. На уровне III шейного позвонка
- B. На расстоянии 14-17 см от передней стенки верхних резцов**
- C. На уровне бифуркации трахеи
- D. На расстоянии 10-12 см от передней стенки нижних резцов
- E. На уровне VI шейного позвонка**

**31. Синдром Boerhaave характеризуется:**

- A. Послервотным разрывом на уровне дистального пищевода**
- B. Острым медиастинитом**
- C. Продольным дефектом слизистой оболочки в кардиальном отделе с кровотечением
- D. Напряжением мышц передней брюшной стенки**
- E. Присутствием воздуха под диафрагмой при обзорной рентгенографии брюшной полости

**32. Рентгенологическими признаками ахалазии кардии являются:**

- A. Сужение на уровне нижнего сфинктера пищевода**
- B. Сегментарные сужения по ходу пищевода
- C. Признак „мышинный хвостик“**
- D. Воронкообразное надстенотическое расширение пищевода**
- E. Асинхронизм между открытием нижнего сфинктера пищевода и глотанием**

**33. Дилатативный метод лечения ахалазии назначают при:**

- A. I стадии ахалазии**
- B. II стадии ахалазии**
- C. III стадии ахалазии
- D. IV стадии ахалазии
- E. Во всех случаях

**34. Целью хирургического лечения ахалазии является:**

- A. Внеслизистая кардиомиотомия**
- B. Задняя крурорафия
- C. Стволовая ваготомия
- D. Фундопликация**
- E. Резекция пищевода

**35. Укажите механизмы, препятствующие рефлюксу содержимого желудка в пищевод:**

- A. Тонические сокращения нижнего сфинктера пищевода**
- B. Градиент давления между грудным и брюшным отделом пищевода**
- C. Рефлекс открытия кардии при глотании
- D. Угол Гисса**
- E. Складка Губарева**

**36. Пептическая язва пищевода может сопровождаться:**

- A. Гастроэзофагиальным рефлюксом**
- B. Грыжей пищеводного отверстия диафрагмы**
- C. Коротким пищеводом**
- D. Ахалазией пищевода
- E. Инвазией *Helicobacter Pylori*

**37. Дивертикулы пищевода чаще встречаются:**

- A. У мужчин**
- B. У женщин
- C. До 30 лет
- D. После 50 лет**
- E. В грудном отделе пищевода**

**38. По локализации определяют следующие типы дивертикулов пищевода:**

- A. Глоточно-пищеводный**
- В. Надаортный
- С. Бифуркационный**
- D. Эпидиафрагмальный**
- Е. Кардиальный

**39. Назовите отличительные характеристики дивертикула Zenker:**

- А. Локализуется на передней стенке глоточно-пищеводного перехода
- В. Это тракционный дивертикул
- С. Высокое давление и дискоординированные мышечные сокращения предрасполагают появлению дивертикула**
- D. Нуждаются в дивертикулэктомии**
- Е. Возможно разрешение методом инвагинации

**40. Для бифуркационных дивертикулов характерно:**

- A. Прорыв в трахею**
- В. Боль за грудиной**
- С. Напряжение мышц брюшного пресса
- Д. Присутствует признак „шнурования ботинок“
- Е. Чаще протекает без клинических признаков**

**41. Диагноз дивертикула ставят на основании:**

- А. Компьютерной томографии
- В. Рентгеноскопии пищевода с густой бариевой взвесью**
- С. Фиброэзофагоскопии**
- Д. рН-метрии пищевода
- Е. Манометрии пищевода

**42. Консервативному лечению подвергаются дивертикулы:**

- А. Тракционные
- В. Эпидиафрагмальные
- С. Малых размеров**
- D. Неосложнённые**
- Е. Сопутствующие гастроэзофагиальному рефлюксу

**43. Осложнениями дивертикулов пищевода являются:**

- A. Перфорация, пенетрация, кровотечение**
- В. Стеноз пищевода**
- С. Ахалазия кардии
- D. Свищи**
- Е. Рак**

**44. Показанием к хирургическому лечению дивертикулов являются:**

- A. Осложнения дивертикулов**
- В. Маленькие дивертикулы без осложнений
- С. Псевдодивертикулы
- D. Задержка пищи в дивертикулах**
- Е. Большие дивертикулы с минимальной задержкой в них пищи**

**45. Первичные нарушения моторной функции пищевода обусловлены следующими патологиями:**

- A. Ахалазия
- B. Склеродермия
- C. Диффузный эзофагоспазм**
- D. Болезнь Rendu-Osler
- E. Гастроэзофагеальный рефлюкс

**46. Вторичные нарушения моторной функции пищевода обусловлены следующими патологиями:**

- A. Ахалазия
- B. Склеродермия**
- C. Болезнь Шагаса**
- D. Сахарный диабет**
- E. Псевдообструкции пищеварительного тракта на фоне генерализованных нейромиопатий**

**47. Для перфорации пищевода характерна триада Mackler, состоящая из:**

- A. Рвоты**
- B. Кровотечения
- C. Загрудинной боли в нижних отделах**
- D. Подкожной шейной эмфиземы**
- E. Дисфагии

**48. Для перфорации пищевода характерна триада Barret, состоящая из:**

- A. Одышки**
- B. Рвоты
- C. Диареи
- D. Подкожной эмфиземы**
- E. Напряжения мышц брюшного пресса**

**49. Для перфорации пищевода характерна триада Anderson, состоящая из:**

- A. Рвоты
- B. Подкожной эмфиземы**
- C. Полипноэ**
- D. Контрактуры мышц брюшного пресса**
- E. Кровотечения

**50. Протоколы консервативного лечения перфораций пищевода не будут применяться в случае:**

- A. Перфораций до 24 часов
- B. Перфораций до 72 часов**
- C. Перфораций, осложнённых медиастинитом и тяжёлым состоянием больного**
- D. Перфораций до 12 часов с выраженной подкожной эмфиземой и нарушением дыхания**
- E. Перфораций, осложнённых пневмотораксом**

**51. Параклинически перфорация пищевода определяется:**

- A. Наличием воздуха в позадипищеводном пространстве**
- B. Наличием воздуха под диафрагмой
- C. Положительным симптомом Наклерио**
- D. Выходом контрастного вещества в околопищеводное пространство**
- E. гидропневмотораксом

**Ситуационные задачи**

### **Задача № 1.**

*Женщина 43 лет.* Жалобы на поперхивание при приеме пищи.

*Анамнез.* Погода назад перенесла тяжелый панкреонекроз, сепсис, септический шок. 3 недели находилась на ИВЛ. Поправилась. Деканюлирована. Чувствовала себя хорошо, но спустя 2 недели после деканюляции стала ощущать поперхивание при приеме пищи. Диагностирован трахеопищеводный свищ в шейном отделе. Наложена гастростома по Витцелю.

*Объективно.* Женщина правильного телосложения, пониженного питания. В легких везикулярное дыхание. На шее рубец после трахеостомы. Функционирующая гастростома.

*КТ.* На 2 см выше яремной вырезки трахеопищеводный свищ до 0,5 см в диаметре.

#### **Задание.**

1. План лечения.
2. Хирургический доступ.
3. Ведение пациентки после операции.

### **Задача № 2.**

*Мужчина 44 лет.* Сознание отсутствует. Шок III ст.

*Анамнез.* Доставлен в больницу с корой помощью. Водитель. С грузовика, ехавшего впереди, соскользнула металлическая профильная балка, пробила лобовое стекло и, войдя сквозь грудную клетку, «приколола» пострадавшего к сиденью. Сотрудники МЧС «болгаркой» отпилили концы балки и доставили раненого в больницу. В реанимобиле пациент был заинтубирован, начата ИВЛ.

*Объективно.* Состояние крайне тяжелое. Сознание отсутствует. Пульс нитевидный 122 в мин. АД 60/30. В проекции верхней доли левого легкого инородное тело (металлическая профильная балка 5x4 см), вышедшая наружу в левой межлопаточной области.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Верхняя доля левого легкого полностью негетомогенно затемнена. Инородное тело проходит через II и III сегменты легкого.

#### **Задание.**

1. План лечения.
2. Хирургический доступ.
3. Последовательность хирургических манипуляций.

### **Задача № 3.**

**Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство “царапанья” в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, пациенту приходится принимать вынужденное положение. При этом слышны булькающие звуки на шее, а припухлость исчезает.**

#### **Вопросы:**

1. **Сформулируйте диагноз.**
2. **Какие лабораторно-инструментальные методы необходимо включить в план обследования пациента?**
3. **Какие осложнения данного заболевания могут развиваться у больного?**
4. **Изложите план лечения данного пациента.**

### **Задача № 4.**

*Мужчина 46 лет,* поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании

и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40С, озноб, сопровождающийся проливным потом.

Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи».

*Объективно:* Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженную питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл.

*Дополнительные методы обследования:*

*Анализ крови:* Количество лейкоцитов  $18 \times 10^9$  /л, выраженный сдвиг формулы влево. ФГДС: На уровне Сб - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 - 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

*Обзорная рентгенография легких:* Зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больною?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?
7. Принципы консервативной терапии?
8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

#### **Задача № 5.**

Больной осмотрен на дому врачом «Скорой помощи» через 30 минут после случайного употребления рег ос около 100 г кислотного электролита. Жалобы на боли в полости рта, глотке, за грудиной, эпигастрии. Рвота с прожилками крови, затрудненное глотание. Общее состояние средней степени тяжести. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 100 в минуту. Зев гиперемирован. Живот умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые лечебные мероприятия на дому у больного?
3. Лечение больного в стационаре?
4. Какие инструментальные и лабораторные методы исследования необходимо включить в план обследования данного пациента?

5. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности. Определите прогноз в отношении исхода заболевания.

**ДЕ 22. Грибковые и паразитарные заболевания органов дыхания.**  
**Пневмококкозы.**

**1. Какие два органа поражаются наиболее часто при эхинококкозе:**

- a. головной мозг,
- b. легкие,**
- c. сердце,
- d. печень,**
- e. мочевого пузыря.

**2. Укажите неправильное утверждение в отношении эхинококкоза:**

- a. симптоматика определена локализацией и размерами эхинококковых пузырей
- b. часто протекает бессимптомно и обнаруживается при случайном обследовании
- c. при эхинококкозе легкого наблюдается несоответствие субъективных ощущений физикальным данным
- d. одно из осложнений – образование абсцесса печени с прорывом в брюшную полость
- e. для диагностики производят пункцию пузыря**

**3. Как попадает инвазивный материал в организм человека при эхинококкозе?**

- a. Через слизистую дыхательных путей
- b. Через поврежденную кожу
- c. Через слизистую желудочно-кишечного тракта**

**4. Что является природным резервуаром при эхинококкозе?**

- a. крупный или мелкий рогатый скот**
- b. собаки
- c. домашние птицы
- d. больной человек

**5. Клинические проявления эхинококкоза обусловлены:**

- a. Механическим сдавлением пораженного и окружающих органов**
- b. Всасыванием продуктов жизнедеятельности паразита**
- c. Нагноением кисты**
- d. Разрывом кисты**

**6. Укажите виды хирургических вмешательств при эхинококкозе:**

- a. Пункционный метод лечения
- b. Пульмонэктомия
- c. Закрытая эхинококкэктомия
- d. Радикальная эхинококкэктомия**
- e. Краевая резекция органа вместе с кистой**
- f. Гемигепатэктомия

**7. Способен ли альвеококк метастазировать?**

- a. Да**
- b. Нет

**8. Укажите особенности личинки альвеококка:**

- a. Рост путем «почкования»**
- b. Инфильтрирующий окружающие ткани рост**
- c. Рост путем увеличения одного пузырька
- d. Альвеококк не прорастает в окружающие ткани

**9. К эндемическим микозам относятся:**

- a. Аспергиллез**
- b. Кандидоз**
- c. Криптококкоз**
- d. Гистоплазмоз**
- e. Бластомикоз**
- f. Кокцидиомикоз**

**10. К оппортунистическим микозам относятся:**

- a. Аспергиллез**
- b. Кандидоз**
- c. Криптококкоз**
- d. Гистоплазмоз**
- e. Бластомикоз**
- f. Кокцидиомикоз**

**11. Факторами риска развития пневмомикозов являются:**

- a. Длительный лейкоцитоз**
- b. Длительная нейтропения**
- c. Длительное (>3 недель) использование НПВС**
- d. Длительное (>3 недель) использование системных ГКС**
- e. Все ответы правильные**

**12. Факторами риска развития пневмомикозов являются:**

- a. СПИД**
- b. Использование препаратов, с выраженным иммуносупрессивным эффектом**
- c. Использование препаратов, с выраженным ульцерогенным эффектом**
- d. Реакция «трансплантат против хозяина» у реципиентов**
- e. Первичные иммунодефициты**
- f. Все ответы правильные**

**13. В группу риска развития пневмомикозов входят пациенты:**

- a. Доноры трансплантатов**
- b. Реципиенты трансплантатов**
- c. Оба ответа правильны**
- d. Оба ответа неправильны**

**14. В группу риска развития пневмомикозов входят пациенты:**

- a. Доноры трансплантатов**
- b. Реципиенты трансплантатов**
- c. Доноры крови**
- d. Реципиенты крови**

**15. К группе антимикотических препаратов относят:**

- a. Полиены**

- b. Азолы
- c. Хинолоны
- d. Все ответы правильные
- e. Все ответы неправильные

16. К группе антимикотических препаратов относят:

- a. Макролиды
- b. Эхинокандины
- c. Фторпиримидины
- d. Хлорпиримидины

17. При наличии почечной недостаточности, предпочтительнее назначение:

- a. Амфотерицина В
- b. Липидного амфотерицина В
- c. Липосомального амфотерицина В
- d. Все ответы правильные
- e. Все ответы неправильные

18. В группу антимикотических азолов входят:

- a. Флуконазол
- b. Вориконазол
- c. Итраконазол
- d. Позаконазол
- e. Кетаконазол
- f. Все ответы правильные

19. Эмпирическая антифунгальная терапия, у иммунокомпрометированных больных, проводится при:

- a. Лихорадке неясного генеза, резистентной к антибактериальной терапии в течение 4-7 сут.
- b. Лихорадке неясного генеза, без антибактериальной терапии
- c. Рецидиве лихорадки («вторая волна») на фоне только что проведенной или продолжающейся антибактериальной терапии
- d. Рецидивирующей лихорадке на фоне системного поражения соединительной ткани

20. Источником спор *Aspergillus* spp. являются:

- a. Уличная почва
- b. Почва домашних растений
- c. Строительные материалы
- d. Старые листья и трава
- e. Все ответы неправильные

21. Источником спор *Aspergillus* spp. являются:

- a. Системы кондиционирования
- b. Душевые системы
- c. Ингаляторы и увлажнители воздуха
- d. Пищевые продукты
- e. Все ответы неправильные

22. Клинико-лабораторными критериями АБЛА могут быть:

- a. Бронхиальная астма, бронхообструктивный синдром

- b. Увеличение абс. количества эозинофилов в периферической крови
- c. Увеличение абс. количества лимфоцитов в периферической крови
- d. Высокий уровень общего IgE - более 1000 нг/мл (ИФА-метод)
- e. Персистирующие и иногда «летучие» инфильтраты в легких, исчезающие после применения системных стероидов
- f. Персистирующие и иногда «летучие» инфильтраты в легких, исчезающие после применения антибиотиков

23. Лечение АБЛА включает в себя:

- a. Нестероидные противовоспалительные препараты
- b. Глюкокортикостероиды
- c. Антибиотики
- d. Антимикотики
- e. Иммунотерапию

24. Основным антимикотическим препаратом при лечении АБЛА является:

- a. Амфотерицин В
- b. Каспофунгин
- c. Итраконазол
- d. Позаконазол
- e. Кетаконазол

25. Появлению аспергилломы легкого способствует:

- a. Наличие сухой полости в легком
- b. Наличие полости с уровнем жидкости (абсцесс)
- c. Наличие активного гнойного воспаления
- d. Наличие выраженной иммуносупрессии e. СПИД

26. Основные методы диагностики инвазивного аспергиллеза:

- a. МСКТ или рентгенография легких, придаточных пазух носа
- b. КТ или МРТ головного мозга или др. органов (при диссеминации)
- c. Определение антигена аспергилл (галактоманна) в сыворотке крови
- d. Бронхоскопия и БАЛ (галактоманн в жидкости БАЛ)

27. Основные методы диагностики инвазивного аспергиллеза:

- a. Биопсия очагов поражения
- b. Микроскопия и посев БАЛ, мокроты
- c. Микроскопия и посев отделяемого из носа
- d. Микроскопия и посев биопсийного материала

28. «Ранние» КТ признаки инвазивного аспергиллеза:

- a. Мелкие связанные с сосудами субплевральные очаги
- b. Симптом «ореола»
- c. Примыкающие к плевре треугольные инфильтраты
- d. Прикорневые инфильтраты
- e. Симптом «матового стекла»

29. «Поздние» КТ признаки инвазивного аспергиллеза:

- a. Наличие очагов деструкции
- b. Полости с прослойкой воздуха и содержимым - симптом «полумесяца»
- c. Полости с уровнем жидкости
- d. Полости с прослойкой воздуха и содержимым - симптом «погремушки»

**е. Плеврит**

**30. Инвазивный кандидоз легких, при наличии факторов риска, это:**

- a. Госпитальная инфекция**
- b. Внебольничная инфекция**
- c. Все ответы правильные**

**31. Фактором риска инвазивного кандидоза может быть:**

- a. Распространенная (> 2 локусов) поверхностная колонизация *Candida spp.***
- b. Наличие центрального венозного катетера**
- c. Перфорация или хирургическое лечение ЖКТ**
- d. Инфицированный панкреонекроз**
- e. Все ответы правильные**

**32. Фактором риска инвазивного кандидоза может быть:**

- a. Полное парентеральное питание**
- b. Применение стероидов или иммуносупрессоров**
- c. Искусственная вентиляция легких**
- d. Все ответы правильные**
- e. Все ответы неправильные**

**33. Фактором риска инвазивного кандидоза может быть:**

- a. Гемодиализ**
- b. Частые повторные гемотрансфузии**
- c. Декомпенсированный сахарный диабет**
- d. Все ответы правильные**
- e. Все ответы неправильные**

**34. Криптококкоз легких у иммунокомпетентных больных развивается:**

- a. Часто**
- b. Редко**

**35. Основным фактором риска развития криптококкоза является:**

- a. Выраженное нарушение клеточного иммунитета**
- b. Выраженное нарушение гуморального иммунитета**

**36. Учащение развития криптококкоза связано с:**

- a. Пандемией ВИЧ-инфекции**
- b. Пандемией гриппа**
- c. Ухудшением экологии**
- d. Все ответы правильные**

**37. Препаратом выбора при пневмоцистозе легких является:**

- a. Каспофунгин**
- b. Амфотерицин В**
- c. Флуконазол**
- d. Ко-тримоксазол**

**38. Препаратом выбора при гистоплазмозе легких является:**

- a. Итраконазол**
- b. Каспофунгин**
- c. Флуконазол**

## d. Ко-тримоксазол

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 33 лет.* Жалоб не предъявляет.

*Анамнез.* Занимается альпинизмом. Полгода назад был на Памире на восхождении. До заезда в горы и после неоднократно воздавал должное таджикскому гостеприимству и восточной кухне. При плановой флюорографии выявлена тень в левом легком.

*Объективно.* Клинически здоров. Физикальные данные без особенностей.

*Рентгенография органов грудной клетки.* В нижней доле левого легкого тень овоидной формы, с гладкими контурами, размерами 6x8 см. Окружающий легочный фон интактный.

*КТ:* плотность образования жидкостная.

#### Задание.

1. Диагноз.
2. Необходимые исследования.
3. План лечения.

#### Задача № 2.

*Больной Г., 36 лет,* уроженец Казахстана. Предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, боли, тяжесть в правой половине грудной клетки, периодические ознобы. Считает себя больным в течение 5 лет. За мед. помощью не обращался. Объективно: состояние средней степени тяжести. Питание понижено. Отмечается сглаживание межреберий, притупление перкуторного звука и отсутствие дыхания справа от III до V ребра.

*На обзорной рентгенограмме грудной клетки* в верхней доле правого легкого – интенсивная округлая тень 12 на 12 см. с четкими, ровными контурами.

*В лейкоформуле* – эозинофилия 7%.

Положительна реакция Казони.

#### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано данному пациенту? Сформулируйте показания и противопоказания к хирургическому лечению.
4. Консультации каких специалистов необходимо дополнительно провести данному пациенту?

#### Задача № 3.

*Больной Л., 48 лет,* при очередном обследовании в медсанчасти пожаловался на сухой кашель; боли в груди без четкой связи с физической нагрузкой; одышку при ходьбе, постепенно нарастающую в течение последних 6 месяцев; слабость; недомогание; потливость. В течение 12 лет работал пескоструйщиком (концентрация пыли, содержащей свободную двуокись кремния 12%, 28 мг/м<sup>3</sup>). Два года назад у больного диагностирован силикоз (1р, 1s, em). Направлен на консультацию в противотуберкулезный диспансер. Объективно; легкий цианоз губ, ЧДД 24 в минуту, перкуторный звук в нижних отделах легких с коробочным оттенком. Дыхание ослабленное, в правой аксиллярной области жесткое, рассеянные сухие хрипы, под левой лопаткой нестойкие мелко - и среднепузырчатые хрипы.

*Рентгенологически:* лёгочный рисунок деформирован по ячеисто-сетчатому типу, в средне-нижних отделах, больше справа, округлые; образования 1-2 мм в диаметре в

умеренном количестве; более крупные полиморфные образования разной плотности в верхних отделах с обеих; сторон. Апикальная плевра утолщена, массивные плевродиафрагмальные спайки.

**Вопросы:**

1. Какое профессиональное заболевание следует заподозрить?
2. Каковы особенности этиологии и патогенеза данного заболевания?
3. Выделите клинические синдромы.
4. Составьте план обследования.

**Задача № 4.**

*Больной Ш., 53 лет, моторист подземной галереи, стаж работы 16 лет, имеет контакт с пылью песка и керамзита. Концентрация пыли в воздухе рабочей зоны – 50 мг/м<sup>3</sup> при ПДК - 2 мг/м<sup>3</sup>. Жалуется на кашель с мокротой слизистого характера отдельными плевками, одышку при привычной физической нагрузке, приступообразные затруднения дыхания с кашлем и ощущением свиста в грудной клетке. На предприятие поступал здоровым, через 12 лет появился сухой кашель, затем стала отходить слизистая мокрота, появилась одышка, постепенно нарастающие приступы затрудненного дыхания; обострения заболевания 2-3 раза в год с пребыванием на б/листе. В период отпуска наступает улучшение, но полностью здоровым себя не ощущает. Не курит. На предприятии многие рабочие страдают хроническим бронхитом.*

*Объективно:* грудная клетка бочкообразной формы, перкуторный звук с коробочным оттенком, дыхание жесткое, ослабленное, выдох удлинен, по всем полям сухие свистящие хрипы.

*Спирография:* ЖЕЛ – 63% от должной, ОФВ<sub>1</sub> - 60 % от должного, на беротек прирост ОФВ<sub>1</sub>.

*Рентгенологически:* усиление легочного рисунка, эмфизема, с-м диссеминации.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Является ли заболевание профессиональным?
3. Какие данные свидетельствуют в пользу выставленного диагноза?
4. Какие клинические синдромы можно выделить?

## **ДЕ 23. Заболевания органов средостения**

**1. Ангиосаркома средостения:**

- 1)локализуется преимущественно в переднем средостении
  - 2)локализуется преимущественно в заднем средостении
  - 3)метастазирует преимущественно лимфогенным путем
  - 4)метастазирует, как правило, гематогенно
  - 5)может расти в просвете крупных сосудов
  - 6)никогда не прорастает в кровеносные сосуды
- а)правильно 1, 3 и 5  
б)правильно 2, 4 и 6  
**в)правильно 1, 4 и 5**  
г)правильно 2, 3 и 5  
д)правильно 1, 4 и 6

**2. Для злокачественных мезенхимом средостения характерным является:**

- 1)быстрый рост
- 2)меленный рост
- 3)бурное метастазирование
- 4)крайне редкое и позднее метастазирование

- 5)инфильтрация прилежащих структур
- б)экспансивный рост
- а)правильно 1, 3 и 5**
- б)правильно 2, 4 и 6
- в)правильно 2, 4 и 5
- г)правильно 2, 3 и 6
- д)правильно 1, 2 и 4

**3. При поражении лимфатических узлов средостения злокачественными лимфомами, как правило, поражаются лимфатические узлы**

- а)в переднем верхнем средостении**
- б)в центральном средостении
- в)в заднем средостении
- г)поражаются все группы лимфатических узлов с одинаковой частотой

**4. Для лимфосарком средостения характерны:**

- 1)медленный рост
- 2)бурный рост опухоли
- 3)поражение лимфоретикулярной системы
- 4)гематогенное метастазирование
- 5)частое развитие медиастинального компрессионного синдрома
- б)редкое возникновение этого синдрома
- а)правильно 1, 4 и 6
- б)правильно 1, 4 и 5
- в)правильно 2, 4 и 6
- г)правильно 2, 3 и 5**
- д)правильно 1, 3 и 5

**5. Обычно не бывает миастении при форме тимомы**

- а)эпителиальной
- б)лимфоидной
- в)лимфоэпителиальной
- г)гранулематозной (гигантоклеточной)**

**6. Злокачественные тимомы метастазируют**

- а)только лимфогенным путем
- б)только гематогенным путем
- в)и лимфогенно, и гематогенно**
- г)не метастазируют вообще

**7. Тератобластомы (незрелые тератомы) средостения могут метастазировать**

- а)в лимфатические узлы средостения
- б)в плевру и легкие
- в)в печень
- г)в кости
- д)во все перечисленные органы**

**8. Внутригрудной рак щитовидной железы развивается, как правило**

- а)из смещенных в средостение эмбриональных зачатков щитовидной железы**
- б)на фоне опустившегося в средостение зоба
- в)оба ответа правильные
- г)правильного ответа нет

**9. Внутригрудной рак щитовидной железы локализуется**

- а) только за грудиной
- б) в любом отделе средостения**
- в) оба ответа правильные
- г) правильного ответа нет

**10. Внегонадная семинома средостения встречается**

- а) исключительно у мужчин**
- б) исключительно у женщин
- в) и у мужчин, и у женщин

**11. Внегонадная семинома средостения характеризуется**

- а) быстрым ростом**
- б) медленным ростом
- в) закономерностей роста не выявляется

**12. Хорионэпителиома средостения может приводить к развитию**

- а) гинекомастии у мужчин
- б) атрофии яичек
- в) нагрубанию молочных желез у женщин
- г) все ответы верные**
- д) правильного ответа нет

**13. При злокачественных новообразованиях средостения чаще, чем при доброкачественных, встречаются**

- а) синдром сдавления верхней полой вены
- б) тахикардия
- в) общие симптомы (слабость, недомогание, похудание, отсутствие аппетита, потливость)
- г) все перечисленные симптомы**
- д) только а) и в)

**14. Миастения может иметь место у больных**

- а) тимомой**
- б) фибромой средостения
- в) ганглионевромой средостения
- г) феохромоцитомой средостения
- д) внегонадной семиномой средостения

**15. Основанием для установления диагноза злокачественной опухоли средостения является совокупность следующих признаков:**

- 1) быстрые темпы нарастания клинических симптомов
- 2) медленное, в течение нескольких лет, развитие
- 3) отсутствие общих симптомов (слабости, похудания, лихорадки, потливости)
- 4) наличие общих симптомов
- 5) наличие клинико-рентгенологических симптомов прорастания трахеи, пищевода, крупных сосудов, грудной стенки
- б) отсутствие признаков прорастания органов
- а) правильно 1, 3 и 6
- б) правильно 2, 3 и 6
- в) правильно 2, 4 и 6
- г) правильно 1, 4 и 5**

д)правильно 2, 4 и 5

**16. Компрессионный медиастинальный синдром характеризуется следующими клиническими признаками**

а)синдромом сдавления верхней поллой вены

б)синдромом сдавления нервных стволов

в)синдромом сдавления сердца и крупных артериальных стволов

г)синдромом сдавления трахеи и крупных бронхов

**17. Морфологическая верификация диагноза до начала лечения необходима у абсолютного большинства больных опухолями средостения, если методом лечения является**

а)хирургический

б)лучевой

в)химиотерапевтический

г)правильные ответы а), б), в)

д)верные ответы б) и в)

**18. Оптимальной последовательностью применения хирургических методов диагностики с целью морфологической верификации у больных с предположительным диагнозом злокачественной опухоли верхних отделов переднего средостения является (при неэффективности предшествующего)**

а)пункционная аспирационная биопсия - пункционная трепанобиопсия - диагностическая торакотомия

б)пункционная аспирационная трепанобиопсия - медиастиноскопия или парастернальная медиастиномия - диагностическая торакотомия

в)медиастиноскопия и парастернальная медиастиномия - диагностическая торакотомия

г)диагностическая торакотомия

**19. Реакция на а-фетопrotein (реакция Абелева - Татаринова) может быть положительной**

а)при тимоме

б)при хемодектоне

в)при зрелой тератоме

г)при незрелой тератоме (тератобластоме) с элементами эмбрионального рака

д)верного ответа нет

**20. При хорионэпителиоме средостения или тератобластоме с элементами хорионэпителиомы наиболее информативным исследованием, кроме морфологического подтверждения диагноза, является определение в сыворотке крови и моче**

а)уровня катехоламинов

б)раково-эмбрионального антигена

в)хорионического гонадотропина

г)все ответы верные

д)правильного ответа нет

**21. Изолированное поражение лимфатических узлов средостения метастазами наиболее часто отмечается:**

1)при раке почки

2)при опухолях яичка

3)при хорионэпителиоме матки

4)при остеогенной саркоме

**а)правильно 1 и 2**

б)правильно 2 и 3

в)правильно 3 и 4

г)правильно 1 и 4

д)правильно 2 и 4

**22. Изолированное поражение лимфатических узлов средостения может иметь место**

а)при медиастинальной форме рака легкого

б)при саркоидозе Бека

в)при туберкулезном лимфадените

г)при лимфогранулематозе

**д)все ответы верные**

**23. Абсолютными противопоказаниями к хирургическому лечению, обусловленными особенностями роста и распространения новообразования средостения, являются**

а)отдаленные метастазы в лимфоузлы или органы

б)диссеминация опухоли по плевре с возникновением плеврита

в)врастание опухоли на большом протяжении в трахею и крупные сосуды

г)прорастание опухолью перикарда

**д)все ответы верные, кроме г)**

**24 .При злокачественных новообразованиях средостения могут выполняться следующие операции**

а)удаление опухоли и регионарных лимфатических узлов

б)комбинированные операции

в)паллиативные операции

**г)все ответы верные**

д)верные ответы а) и б)

**25. Наилучшие отдаленные результаты лечения злокачественных тимом получены**

а)при хирургическом лечении

б)при лучевом лечении

в)при химиотерапии

**г)при комбинированном лечении (операция + лучевая терапия)**

**26. Одним из главных осложнений, возникающих после операций по поводу тимомы при наличии миастенического синдрома, является**

а)острая сердечно-сосудистая недостаточность

**б)острая дыхательная недостаточность**

в)пневмония

г)медиастинит

**27. Какое утверждение является верным?**

**А. В заднем средостении расположены:** трахея, пищевод, блуждающие нервы, парные и непарные вены, лимфатические узлы

**В. В верхнем средостении расположены:** проксимальные части трахеи, пищевода, вилочковая железа; дуга аорты с ее ветвями, грудной лимфатический проток

**С. В заднем средостении находятся:** пищевод, грудной отдел нисходящей аорты, грудной лимфатический проток, симпатические и парасимпатические нервы,

лимфатические узлы

**D. В среднем средостении расположены: перикард, сердце, бифуркация трахеи и главные бронхи, легочные вены и артерии, бифуркационные лимфатические узлы**

E. В переднем средостении между перикардом и грудиной расположены: вилочковая железа, блуждающие нервы, грудной лимфатический проток, пищевод

**28. Какие из перечисленных методов исследования применяются для установления локализации опухолей и кист в средостении?**

A. Рентгенологические исследования

B. Ультразвуковая биолокация

C. Ядерно-магнитный резонанс

**D. Инструментальные исследования**

E. Морфологические исследования

**29. Рентгенологические методы диагностики опухолей и кист средостения являются следующие, за исключением:**

A. Рентгеноскопии и рентгенографии в 2-х проекциях

B. Томографии

C. Пневмомедиастинографии

D. Ангиографии

**E. Восходящей урографии**

**30. Какой из перечисленных методов исследования подтверждает гистогенез опухолей средостения?**

A. Ядерно-магнитный резонанс

B. Компьютерная томография

C. Медиастиноскопия

**D. Морфологические исследования**

E. Пневмомедиастинография

**31. Опухолями средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:**

A. Дермоид и тератом

B. Первичных семином

**C. Мезенхимальных доброкачественных и злокачественных опухолей**

D. Хорионэпителиом

E. Хордом

**32. Кистами средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:**

A. Мезотелиальных плевро-перикардиальных кист

B. Бронхиальных кист

C. Гастроинтестинальных кист

D. Парапищеводных кист

**E. Менингоцелея**

**33. Какие из перечисленных групп опухолей происходят из зрелой ткани средостения?**

A. Опухоли из соединительной ткани

B. Опухоли из нервной ткани

C. Опухоли из жировой ткани

**D. Опухоли из лимфоидной ткани**

## **Е- Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов**

**34. Первичными опухолями и кистами средостения являются, за исключением:**

- A. Опухолей вилочковой железы
- B. Менингоцелея**
- C. Гидатидозного эхинококка
- D. Метастатических опухолей**
- E. Болезни Ходжкина

**35. Самое частое осложнение первичных кист средостения является:**

- A. Злокачественное перерождение
- B. Сдавление других органов
- C. Кровотечение
- D. Перфорация
- E. Воспаление и нагноение**

**36. Абсолютные противопоказания к хирургическому лечению злокачественных опухолей средостения являются:**

- A. Отдаленные метастазы**
- B. Синдром верхней полой вены**
- C. Стойкий парез голосовых связок**
- D. Дисфагия
- E. Болевой синдром

**37. Какое утверждение верно в отношении тактики лечения при доброкачественных опухолях и кист средостения?**

- A. Наблюдение в динамике
- B. Хирургическое лечение**
- C. Лучевое лечение
- D. Химиотерапия
- E. Комбинированное лечение

**38. Наиболее эффективным методом лечения злокачественных опухолей средостения нелимфоидного происхождения является:**

- A. Хирургический метод
- B. Лучевое лечение
- C. Химиотерапевтический метод
- D. Лучевой и химиотерапевтический методы
- E. Комбинированный метод: хирургический в комбинации с лучевым и химиотерапевтическим**

**39. Основной метод лечения первичных злокачественных лимфом средостения является:**

- A. Хирургический
- B. Лучевой
- C. Химиотерапевтический
- D. Комбинированный: хирургический и химиотерапевтический
- E. Комбинированный метод: химиолучевой**

**40. Эмфизема средостения при травмах может быть вызвана:**

- A. Разрывом пищевода**
- B. Разрывом трахеи**

- С. Разрывом бронхов**
- Д. Разрывом желудка
- Е. Разрывом перикарда

**41. Какие формы острого неспецифического медиастинита являются первичными?**

- А. Медиастинит при ранениях средостения без повреждения органов**
- В. Медиастинит при ранениях средостения с повреждением органов**
- С. Медиастинит при ранениях средостения с повреждением плевры и легких**
- Д. Контактные медиастиниты
- Е. Метастатические медиастиниты (при септицемии)

**42. Какие из перечисленных параклинических методов диагностики наиболее информативны при остром гнойном медиастините?**

- А. Ультрасонография
- В. Лабораторные методы
- С. Рентгенологические методы**
- Д. Бронхоскопия
- Е. Пневмоперитонеум

**43. Методом выбора при лечении острого гнойного медиастинита является:**

- А. Дезинтоксикационный метод
- В. Антибактериальная терапия
- С. Дезинтоксикационная и антибактериальная терапия
- Д. Хирургическое лечение**
- Е. Физиотерапевтическое лечение

**44. При остром неспецифическом медиастините самой частой микробной флорой является:**

- А. Аэробная
- В. Грибковая
- С. Анаэробная
- Д. Смешанная (аэробная и анаэробная)**
- Е. Неклостридиальная анаэробная

**45. Пути проникновения инфекции при остром медиастините являются, за исключением:**

- А. Лимфогенного
- В. Гематогенного
- С. Контактного
- Д. Смешанного
- Е. Аэрогенного**

**46. Характерными признаками острого медиастинита являются, за исключением:**

- А. Температуры (39-40°C)
- В. Озноба
- С. Желтушности**
- Д. Ретростеральных болей
- Е. Бессонницы и отсутствия аппетита

**47. Дифференциальный диагноз острого медиастинита осуществляется со следующими заболеваниями, за исключением:**

- А. Пневмонии
- В. Экссудативного плеврита

- C. Перикардита
- D. Опухоли средостения
- E. Релаксации диафрагмы**

**48. Укажите на самый информативный метод в диагностике острых гнойных медиастинитов:**

- A. Бронхоскопия
- B. Радиография в двух проекциях
- C. Ангиопульмонография
- D. Пункция средостения**
- E. Эхография

**49. Дермоидные кисты и тератомы средостения чаще встречаются:**

- A. В верхне-переднем средостении.**
- B. В заднем средостении
- C. В среднем средостении
- D. В верхнем средостении
- E. В нижнем средостении

**50. Хирургические доступы при острых гнойных медиастинитах являются, за исключением:**

- A. Парастернального доступа
- B. Грудинного доступа
- C. Дорсального доступа
- D. Торако-абдоминального доступа
- E. Абдоминального доступа**

**51. Критериями в пользу удаления дренажа при остром гнойном медиастините являются, за исключением:**

- A. Отсутствия интоксикации
- B. Нормальной температуры тела
- C. Отсутствия выделений через дренаж
- D. Удовлетворительного общего состояния
- E. Восстановления желудочно-кишечного транзита**

**52. Какой из перечисленных клинических и радиологических признаков характерен для острого медиастинита, вызванного анаэробными микроорганизмами?**

- A. Боли за грудиной
- B. Одышка
- C. Клинические и радиологические признаки эмфиземы**
- D. Дисфагия
- E. Иммобилизация одного из куполов диафрагмы

**53. Какие из перечисленных синдромов и симптомов характерны для острого медиастинита?**

- A. Загрудинные боли**
- B. Боль между лопаток**
- C. Дисфагия**
- D. Дыхательные расстройства**
- E. Неустойчивая гемодинамика**

**54. Биопсийный материал для морфологического исследования при опухолях**

**средостения может быть получен следующими методами, за исключением:**

- А. Бронхоскопии
- В. Чрескожной пункционной биопсии
- С. Медиастиноскопии
- Д. Медиастинотомии
- Е. Лапароскопии**

**55. Чаще всего среди опухолей заднего средостения встречаются:**

- А. Неврогенные опухоли**
- В. Дермоиды и тератомы
- С. Ганглионарные опухоли
- Д. Опухоли вилочковой железы
- Е. Неходжкинская лимфома

**56. Среди новообразований средостения отмечено следующее соотношение доброкачественных и злокачественных форм**

- а) 3:1**
- б) 10:1
- в) 1:1
- г) 1:3
- д) 1:10

**57. К неврогенным опухолям средостения, исходящим из оболочек нервов, относятся:**

- 1) гангионеврома
- 2) феохромоцитомы
- 3) хемодектомы
- 4) невринома
- 5) нейрофиброма
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 3 и 4
- г) правильно 4 и 5**
- д) правильно 1 и 5

**58. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализируются**

- а) в реберно-позвоночном углу**
- б) в центральном средостении
- в) в верхних отделах переднего средостения
- г) в переднем средостении на уровне основания сердца

**59. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут**

- а) малигнизировать
- б) "вызреть" - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную
- в) распространяться из средостения на шею
- г) проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга
- д) все ответы правильные**

**60. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является**

- а) фиброма
- б) липома**

- в)гемангиома
- г)лимфангиома

**61. Абдомино-медиастинальная липома встречается**

- а)преимущественно у мужчин
- б)преимущественно у женщин**
- в)одинаково часто у мужчин и женщин

**62. Абдомино-медиастинальная липома локализуется**

- а)в переднем средостении**
- б)в заднем средостении
- в)одинаково часто в переднем и заднем средостении

**63. Зрелые тератомы средостения**

- а)чаще встречаются у мужчин
- б)чаще встречаются у женщин**
- в)встречаются одинаково часто и у мужчин, и у женщин

**64. Зрелые тератомы средостения располагаются**

- а)преимущественно в переднем средостении**
- б)преимущественно в заднем средостении
- в)одинаково часто и в переднем, и в заднем средостении

**65. Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов**

- а)нервной ткани
- б)кожи**
- в)эндодермы
- г)мезодермы
- д)всех перечисленных

**66. Для энтерогенных кист (энтерокистом) средостения характерна локализация**

- а)в переднем средостении
- б)в центральном средостении
- в)в заднем средостении**
- г)в кардио-диафрагмальном углу

**67. Энтерогенные кисты средостения сходны по строению**

- а)со стенкой пищевода
- б)со стенкой желудка
- в)со стенкой тонкой кишки
- г)правильно а) и б)
- д)правильные ответы а), б) и в)**

**68. Целомические кисты перикарда могут**

- а)сообщаться с полостью перикарда (по типу дивертикула)
- б)быть связанными с перикардом облитерированной ножкой или плоскостным сращением
- в)не иметь какой-либо связи с перикардом
- г)правильные ответы а) и б)
- д)правильно а), б) и в)**

**69. Стенка бронхиальной кисты может быть представлена**

- а) многорядным цилиндрическим эпителием
- б) соединительной тканью, содержащей слизистые железы
- в) гиалиновым хрящом
- г) гладкими мышцами
- д) **все ответы верные**

**70. Бронхиальные кисты локализуются преимущественно**

- а) в реберно-позвоночном углу
- б) в реберно-диафрагмальном углу
- в) в кардио-диафрагмальном углу
- г) в нижних отделах заднего средостения
- д) **в верхних отделах средостения, вблизи трахеи и крупных бронхов**

**71. Из передней кишки в период эмбриогенеза развиваются**

- а) **энтерогенные кисты**
- б) бронхиальные кисты
- в) дермоидные кисты
- г) целомические кисты перикарда
- д) **правильные ответы а) и б)**

**72. Смещение опухоли при кашле, пробе Вальсальвы, при глотании (выявляемое при рентгеноскопии) характерно**

- а) для "ныряющего" зоба
- б) для за грудиного зоба
- в) для внутригрудного зоба
- г) для всех перечисленных локализаций
- д) **только для а) и б)**

**73. Наиболее яркой клинической картиной сопровождается развитие следующих групп бронхиальных кист средостения**

- а) **паратрахеобронхиальных**
- б) параперикардальных
- в) парапищеводных
- г) при локализации в задне-нижних отделах средостения

**74. Осложненное течение кист средостения определяют**

- а) нагноение кисты
- б) прорыв кисты в трахею
- в) пенетрация язв слизистой оболочки кисты в позвоночник, пищевод, аорту
- г) нарушение кожных покровов грудной стенки и формирование свища
- д) **все ответы правильные**

**75. Свойством изменять свою конфигурацию в фазе максимального вдоха и максимального выдоха, выявляемым при рентгеноскопии, обладают следующие новообразования средостения**

- а) тератомы
- б) тимомы
- в) **большие однокамерные перикардальные кисты**
- г) липомы
- д) менингоцеле

**76. Выявление костных включений в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномичным симптомом**

- а) для тимомы
- б) для зрелой тератомы**
- в) для злокачественной лимфомы
- г) для энтерокистомы
- д) для бронхиальной кисты

**77. Выраженное смещение и сдавление трахеи, пищевода и магистральных сосудов в области верхней апертуры грудной клетки, выявляемое при рентгенологическом исследовании, наиболее характерно**

- а) для тимомы
- б) для злокачественных лимфом средостения
- в) для загридинного зоба**
- г) для тератомы средостения

**78. Оптимальными условиями выполнения трансторакальной пункции опухоли средостения являются**

- а) краевая, по отношению к органам средостения, локализация опухоли
- б) размеры новообразования не менее 4-5 см
- в) прилегание новообразования к грудной стенке
- г) все ответы верные**
- д) правильные ответы а) и б)

**79. Трансторакальная пункционная биопсия противопоказана**

- а) при подозрении на аневризму сердца или аорты
- б) при подозрении на кисту переднего средостения, в частности, паразитарную
- в) при предположительном диагнозе - опухоль вилочковой железы
- г) при предположительном диагнозе - тератобластома
- д) верные ответы а) и б)**

**80. Транстрахеальная или трансбронхиальная пункционная биопсия нецелесообразна**

- а) при массивном увеличении лимфатических узлов бифуркационной группы
- б) при наличии синдрома сдавления верхней полой вены вследствие увеличения паратрахеальных лимфатических узлов
- в) при подозрении на бронхиальную или перикардальную кисту, расположенную в области бифуркации трахеи или паратрахеально**
- г) верные ответы а) и б)
- д) верные ответы а), б), в)

**81. При выполнении стандартной медиастиноскопии можно осмотреть и взять прицельную биопсию из новообразований, расположенных**

- а) в переднем верхнем средостении
- б) в нижних отделах средостения (переднего)
- в) в области бифуркации и крупных бронхов
- г) в заднем средостении
- д) верные ответы а) и в)**

**82. Диагностическая парастернальная медиастинотомия наименее эффективна при локализации новообразования:**

- 1) в верхних отделах переднего средостения
- 2) в нижних отделах переднего средостения
- 3) паратрахеально
- 4) в зоне бифуркации трахеи

5) в заднем средостении

а) все ответы верные

б) верные все ответы, кроме 1

в) верные все ответы, кроме 4, 5

г) верные все ответы, кроме 1, 2

д) верные все ответы, кроме 2 и 3

**83. Дифференциальный диагноз опухолей средостения необходимо проводить**

а) с новообразованиями легких и плевры

б) с аневризмой аорты и сердца

в) с релаксацией диафрагмы и новообразованиями грудной стенки

г) все ответы правильные

д) правильные ответы а) и б)

**84. Дифференциальный диагноз тимомы наиболее часто приходится проводить**

1) с изолированным медиастинальным лимфогранулематозом

2) с невриномой

3) с энтерогенной кистой

4) с тератомой

а) правильно 1 и 2

б) правильно 2 и 3

в) правильно 3 и 4

г) правильно 1 и 4

д) правильно 2 и 4

**85. После выявления новообразования средостения при рентгенологическом обследовании оптимальным является**

а) динамическое наблюдение

б) проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения

в) госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения

г) назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

**86. Активная хирургическая тактика у больных с доброкачественными новообразованиями средостения оправдана в связи**

а) с возможностью малигнизации

б) с развитием компрессионного медиастинального синдрома

в) с возможностью развития опасных для жизни осложнений

г) все ответы верные

д) правильные ответы б) и в)

**87. Для лечения доброкачественных тератом, тимом, фибром, липом и нейрогенных опухолей средостения применяется**

а) хирургический метод

б) лучевое лечение

в) противоопухолевая лекарственная терапия

г) комбинированное лечение

**88. При хирургическом лечении новообразований средостения могут применяться следующие торакотомные и трансстернальные оперативные доступы:**

- 1) задне-боковой
  - 2) боковой
  - 3) трансстернальный продольный
  - 4) трансстернальный поперечный
  - 5) чрездвуплевральный
- а) все перечисленные  
б) все перечисленные, кроме 5  
в) все перечисленные, кроме 4, 5  
г) все перечисленные, кроме 2 и 4  
д) все перечисленные, кроме 3 и 5

**89. Свойствами, определяющими особенности хирургического лечения опухолей вилочковой железы, являются:**

- 1) возможность миастенического синдрома
  - 2) отсутствие возможности миастении
  - 3) возможность малигнизации
  - 4) отсутствие малигнизации
- а) правильно 1 и 3  
б) правильно 1 и 4  
в) правильно 2 и 3  
г) правильно 2 и 4

**90. Наиболее часто неврологические осложнения возникают после операций по поводу**

- а) тератом средостения
- б) невриноме средостения
- в) липоме средостения
- г) тимоме средостения
- д) кист перикарда

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 43 лет.* Высоко лихорадит. Тяжелая гнойная интоксикация. Боль за грудиной.

*Анамнез.* Неделю назад поднялась температура тела до 38. Принимал жаропонижающие два дня. Появилась зубная боль, боль при глотании и на шее, где ощутил увеличенные лимфоузлы. Был госпитализирован с диагнозом «Одонтогенная флегмона», и была проведена операция – вскрытие флегмоны. Самочувствие улучшилось, боль прошла, температура снизилась до субфебрильных цифр. Но в течение последних суток температура вновь повысилась.

*Объективно.* Состояние тяжелое. На шее раны со скудным гнойным отделяемым, отек тканей.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Легочные поля прозрачны. Небольшое количество выпота справа. Тень средостения умеренно расширена в верхних отделах.

КТ: в паратрахеальном и околопищеводном пространствах инфильтрация тканей и мелкие пузырьки газа. Изменения распространяются вниз до уровня бифуркации трахеи.

#### Задание.

1. Диагноз.
2. План лечения.
3. Хирургический доступ.

#### 4. Антибактериальная терапия.

##### **Задача № 2.**

*Девушка 19 лет.* Жалоб нет.

*Анамнез.* При флюорографии обнаружено расширение тени средостения.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. Незначительное расширение венозного рисунка на шее и грудной клетке.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Тень средостения расширена за счет опухолевидного образования с четкими бугристыми контурами. КТ: переднее и центральное средостение занимает опухоль до 12х9х8х см, плотность образования солидная. На фоне опухоли видны плотные включения (кость, кальцинаты?) и мелкие кистозные полости.

##### **Задание.**

1. Диагноз.
2. План лечения.
3. Хирургический доступ.

##### **Задача № 3.**

*Женщина 57 лет.* Жалобы на головную боль, мышечную слабость.

*Анамнез:* больной считает себя в течение 5 лет. Все эти годы находится под наблюдением у эндокринологов по поводу миастении. Обследовалась в поликлинике по месту жительства и стационаре, патологических изменений в органах грудной клетке на рентгенограмме в прямой проекции не выявлено.

*Объективно:* состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, вялая, в контакт вступает с неохотой. Мышечный тонус снижен.

*При рентгенологическом исследовании* отмечается умеренно выраженное усиление и деформация легочного рисунка в нижних отделах. Корни легких структурны. Срединная тень в прямой проекции обычной ширины, но по левому контуру ниже дуги аорты медиастинальная плевра отеснена наружу на 0,5 см. В боковой проекции ретростернальное пространство пониженной прозрачности. Выявляется дополнительное образование с четкими контурами неоднородной структуры между восходящей частью дуги аорты и грудиной, которое не смещается при глотании. При КТ исследовании в среднем этаже переднего средостения овальной формы с крупнобугристой поверхностью, четкими контурами образование, размерами 7,0х5,5х3,6 см.

##### **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?
3. Варианты лечения данного заболевания?

##### **Задача № 4.**

*Женщина 39 лет.* Жалобы на тупые боли в груди и спине.

*Анамнез:* впервые неприятные ощущения в груди отметила полгода назад. Постепенно присоединялась боль в груди и спине.

*Объективно:* состояние удовлетворительное. По органам без особенностей.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в реберно-позвоночном углу справа на уровне Th IV-V интенсивное овальной формы образование однородной структуры, с четкими контурами, размерами 9,0х4,0 см, широким основанием тесно прилежит к телам позвонков. У верхнего и нижнего полюсов медиастинальная плевра отеснена под тупым углом. Отмечается краевая узурация прилежащих тел позвонков и ребер, на уровне узла межреберные промежутки сзади расширены.

##### **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?
3. Варианты лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

#### **Задача № 5.**

*Женщина, 23 года.* Жалобы на слабость, недомогание, периодические подъемы температуры до 39°, кожный зуд.

*Анамнез заболевания.* Больна в течение нескольких месяцев. По поводу ОРЗ неоднократно проводились курсы противовоспалительной терапии без эффекта.

*Объективно:* состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, имеется расширение подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, одышка до 28 дыхательных движений в 1 мин., пульс 98 уд/мин, АД 115/75 мм рт.ст. Периферические лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены.

*На обзорной рентгенограмме грудной клетки* обнаружена в области среднего средостения на уровне передних отрезков I-II ребер тень размерами до 7,5-8,0 см, ее наружные контуры четкие, крупноволнистые; в боковой проекции ретростернальное пространство пониженной прозрачности. При томографическом исследовании увеличенные лимфоузлы паратрахеальной и трахеобронхиальной групп сливаются в единый конгломерат.

#### **Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?
3. Лечебная тактика в отношении данной пациентки.

### **ДЕ 24. Заболевания грудной стенки и грудины**

#### **1. Что понимается под выражением „флотирующий” перелом ребер?**

A. Множественные переломы ребер

**B. Переломы в двух или более местах нескольких расположенных рядом ребер, приводящие к тому, что лоскут грудной клетки теряет связь с остальным реберным комплексом**

C. Образование лоскута, интимно связанного с остальным реберным комплексом

D. Травма грудной клетки, сочетающаяся с острой дыхательной недостаточностью

E. Является тяжелой формой пневмоторакса

#### **2. Укажите причину парадоксального дыхания?**

A. Угнетение высших дыхательных центров

B. Паралич дыхательных мышц

**C. „Флотирующий” перелом ребер**

D. Разряжение атмосферного воздуха

E. Снижение сердечного выброса

#### **3. Парадоксальное дыхание проявляется:**

A. Нерегулярным и тяжелым дыханием по причине „флотирующего” перелома ребер

**B. Во время вдоха „флотирующий” сегмент вовлекается внутрь, сдавливая лёгкое**

C. Вдох - пауза, выдох – пауза

**D. При выдохе „флотирующий” сегмент выталкивается наружу положительным давлением в лёгком**

Е. Паренхима лёгкого, находящаяся под „флотирующим“ сегментом, является гиповентилизованной

**4. Лечение „флотирующего“ перелома рёбер в стационаре состоит в:**

А. Наложении давящей повязки, препятствующей парадоксальному дыханию

**В. Остеосинтезе**

**С. Вытяжении „флотирующего“ сегмента до нормальной репозиции рёбер при помощи различных аппаратов**

Д. Поддержании дыхания и кровообращения, и наблюдение за пациентом до образования костной мозоли всех сломанных рёбер „флотирующего“ сегмента

Е. Торакостомии и дренировании

**5. Переломы рёбер:**

**А. Возникают при прямом механизме воздействия, который обуславливает гиперэкстензию рёбер**

В. Чаще возникают у детей

**С. Могут быть одиночными или множественными**

Д. Возникают при непрямом механизме воздействия, обуславливающий гиперэкстензию рёбер

Е. Возникают при прямом механизме воздействия, который обуславливает гиперфлексию рёбер

**6. Характерным для „флотирующей“ грудной клетки является:**

А. Обусловлена простым переломом рёбер

В. Встречается чаще у детей

**С. Приводит к парадоксальному дыханию**

**Д. Представляет собой мобильный сегмент, который смещается во время дыхания независимо от других отделов грудной клетки**

Е. Обуславливает внезапное появление острой почечной недостаточности, нуждающейся в срочном диализе

**7. „Флотирующая“\* грудная клетка приводит к следующим изменениям в механизме вентиляции лёгких:**

**А. Парадоксальное дыхание**

**В. Гиповентиляция;**

С. Вентиляция лёгких не нарушена

Д. Гипервентиляция

**Е. Медиастинальный баланс**

**8. Для лечения „флотирующей“ грудной клетки могут быть использованы:**

А. Торакостомия с дренированием грудной полости

**В. Наружная фиксация**

С. Иммобилизация гипсовой повязкой

**Д. Внутренняя фиксация при помощи механической вентиляции с повышенным давлением**

Е. Динамическое наблюдение

**9. Лечение простых переломов рёбер включает:**

А. Наложение тугй повязки на грудную клетку

**В. Анальгетики и межрёберную блокаду**

С. Торакотомию

- D. Шов с применением металлической проволоки
- E. Наружную фиксацию отломков

**10. Наружными границами воронкообразной деформации грудной клетки являются:**

- а) ключица
- б) хрящевые отделы ребер
- в) костные отделы ребер**
- г) среднеключичная линия
- д) подмышечная линия

**11. Что такое симптом «парадокса вдоха» при воронкообразной деформации грудной клетки?**

- а) стридорозное дыхание
- б) апноэ
- в) западение грудины и ребер при вдохе**
- г) смещение средостения
- д) тахипноэ

**12. В каком возрасте при воронкообразной деформации грудной клетки проводится оперативное лечение?**

- а) до 1 год
- б) в 1-3 года
- в) в 3-5 лет**
- г) в 5-8 лет
- д) в 12-15 лет

**13. К патогенетическим факторам формирования деформаций грудной клетки не относится:**

- а) хондродисплазия реберных хрящей
- б) родовая травма**
- в) укорочение грудино-диафрагмальной связки
- г) избыточный рост реберных хрящей
- д) хондродисплазия грудины

**14. В каком возрасте воронкообразная деформация грудной клетки принимает типичный вид?**

- а) в период новорожденности
- б) в школьном возрасте
- в) в ясельном возрасте
- г) в дошкольном возрасте**
- д) в подростковом возрасте

**15. Наиболее эффективный метод фиксации грудины и ребер при операции по поводу воронкообразной деформации грудной клетки:**

- а) наложение швов из синтетического материала
- б) костные трансплантаты
- в) титановая пластина**
- г) наложение кетгутовых швов на грудино-реберный комплекс
- д) наружные тракционные швы

**16. Чем характеризуется симметричная воронкообразная деформация грудной клетки?**

- а) углубление располагается в центре грудной клетки
- б) деформация половин грудной клетки выражена неодинаково
- в) значительное вдавление всей передней поверхности грудной клетки
- г) выступание грудины кпереди

**17. Какие методы исследования помогают уточнить стадию воронкообразной деформации грудной клетки?**

- а) физикальные данные
- б) анализ крови
- в) функция внешнего дыхания, ЭКГ
- г) рентгенография грудной клетки
- д) КТ

**18. После радикальной операции при воронкообразной деформации грудной клетки могут возникнуть все осложнения, кроме:**

- а) кровотечения из зоны операции
- б) пневмоторакса
- в) пневмонии
- г) смещения фиксирующей пластины
- д) коронарной недостаточности

**19. Что не характерно для перелома грудины?**

- а) припухлость в области грудины
- б) локальная боль при дыхании и пальпации
- в) патологическая подвижность
- г) акцент 2-го тона на аорте
- д) крепитация в области грудины

**20. Для асимметричной формы воронкообразной деформации грудной клетки не характерно:**

- а) неравномерное западение грудины с той или иной стороны
- б) неравномерное развитие половин грудной клетки
- в) значительное вдавление передней поверхности грудной клетки
- г) разная ширина межреберных промежутков половин грудной клетки
- д) развитие сколиоза

**21. Назовите наиболее тяжелую форму воронкообразной деформации грудной клетки?**

- а) асимметричная
- б) плосковороночная
- в) симметричная
- г) рахитическая
- д) бочкообразная

**22. Какие изменения в организме не характерны при воронкообразной деформации грудной клетки?**

- а) отставание в физическом развитии
- б) склонность к повторным воспалениям бронхолегочного аппарата
- в) грудной кифоз, сколиоз
- г) нарушение функции сердечной деятельности

д) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

**23. Какой фактор является ведущим в формировании воронкообразной деформации грудной клетки?**

- а) экологический
- б) неблагоприятное течение беременности
- в) наследственный**
- г) вредные привычки
- д) травма

**24. Наиболее тяжелая степень воронкообразной деформации грудной клетки по Гжицкой:**

- а) I ст.
- б) II ст.
- в) III ст.**
- г) IV ст.
- д) V ст

**25. В какой синдром входит воронкообразная деформация грудной клетки?**

- а) синдром Иценко-Кушинга
- б) синдром Дауна
- в) синдром Марфана**
- г) синдром Картагенера
- д) синдром Ледда

**26. Чем определяется степень воронкообразной деформации грудной клетки?**

- а) функциональными расстройствами
- б) рентгенологическими данными**
- в) клиническими данными
- г) клинико-рентгенологическими данными
- д) данными ЭКГ

**27. Что характеризует индекс Гжицкой?**

- а) отношение наибольшего поперечного размера грудной клетки к наименьшему
- б) отношение наименьшего поперечного размера грудной клетки к наибольшему**
- в) отношение длины грудной клетки к ее ширине
- г) отношение высоты грудной клетки к ее ширине
- д) отношение верхней апертуры грудной клетки к нижней

**28. Для I степени воронкообразной деформации грудной клетки характерен индекс Гжицкой:**

- а) 1,0
- б) 1,0-0,8**
- в) 0,7-0,6
- г) 0,5-0
- д) 0-(-0,5)

**29. Для II степени воронкообразной деформации грудной клетки характерен индекс Гжицкой:**

- а) 1,0
- б) 1,0-0,8**

- в) 0,7-0,6**
- г) 0,5-0
- д) 0-(-0,5)

**30. Для III степени воронкообразной деформации грудной клетки характерен индекс Гижицкой:**

- а) 1,0
- б) 1,0-0,8
- в) 0,7-0,6
- г) 0,5-0**
- д) 0-(-0,5)

**31. Оперативное лечение воронкообразной деформации грудной клетки не показано:**

- а) при врожденной деформации грудной клетки II-III степени
- б) при прогрессировании деформации
- в) при появлении изменений со стороны легких и сердца
- г) по косметическим показаниям
- д) детям младше 2-х лет**

**32. Для перелома ребер не характерно:**

- а) локальная боль, усиливающаяся при глубоком дыхании
- б) поверхностное дыхание
- в) припухлость, кровоподтек, кровоизлияние
- г) вынужденное положение
- д) глубокая экскурсия грудной клетки**

**33. Какой тип килевидной грудной клетки включает в себя пирамидальную форму?**

- а) костальный
- б) манубриокостальный
- в) корпорокостальный**
- г) гипоплазия ребер
- д) правильно все

**34. Какой тип деформации грудной клетки не относится к килевидной?**

- а) манубриокостальный
- б) корпорокостальный
- в) костальный
- г) гипоплазия ребер**
- д) правильно все

**35. Больные с килевидной деформацией грудной клетки чаще предъявляют жалобы на:**

- а) боли за грудиной
- б) перебои ритма сердца
- в) деформацию грудной клетки**
- г) одышку при физической нагрузке
- д) снижение аппетита

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1.**

*Мужчина 68 лет.* Жалобы на боль в области грудины, повышение температуры тела.

*Анамнез.* Страдает ИБС, стенокардией. Сахарный диабет 2 типа. Месяц назад выполнено АКШ из полного стенозомического доступа. Выписан в удовлетворительном состоянии. Стенокардия прошла. Указанные жалобы появились неделю назад.

*Объективно.* Продольный послеоперационный шов после стернотомии. Ткани в зоне шва уплотнены, гиперемированы, болезненны. При пальпации определяется костная крепитация, при этом резкая боль.

*КТ.* Диастаз фрагментов грудины почти на всем протяжении. Проволочные лигатуры. Прилежащая клетчатка средостения уплотнена.

**Задание.**

1. Диагноз.
2. План лечения.
3. Хирургический доступ.

**Задача № 2.**

*Девочка, 14 лет,* высокая, астенического телосложения, с тонкими длинными конечностями, кистями и стопами. Отмечаются следующие симптомы: сколиоз, кифоз, килевидная деформация грудной клетки, долихоцефалия, узкое лицо, высокое дугообразное небо, арахнодактилия, плоскостопие, общая мышечная гипотония, гиперподвижность суставов, гетерохромия радужки и голубые склеры.

**Вопросы:**

1. Для какого наследственного синдрома характерен данный фенотип?
2. Патология каких органов наиболее часто наблюдается при данном синдроме?
3. Какие типы деформации грудной клетки существуют?

**ДЕ 25. Хирургия диафрагмы**

**1. Мышечная часть диафрагмы разделена на следующие отделы:**

- A. Поясничный**
- B. Реберный**
- C. Пояснично-реберный
- D. Грудинный**
- E. Реберно-грудинный

**2. Перечислите слабые участки диафрагмы:**

- A. Треугольник Ларрея**
- B. Треугольник Морганьи**
- C. Треугольник Богдалека**
- D. Треугольник Паймерова
- E. Hiatus aorticus**

**3. Наиболее удобный оперативный доступ при диафрагмальных грыжах:**

- A. Переднебоковая правосторонняя торакотомия в V-м межреберье
- B. Лапаротомия**
- C. Переднебоковая левосторонняя торакотомия в VI 1-м межреберье
- D. Стернотомия

**4. Какая локализация разрыва диафрагмы встречается чаще?**

- A. Правосторонняя

**В. Левосторонняя**

С. Двухсторонняя

**5. Клиническая картина полного разрыва диафрагмы включает:**

**А. Признаки дыхательной недостаточности**

**В. Признаки сердечной недостаточности**

**С. Признаки перемещения органов брюшной полости в грудную полость**

D. Признаки почечной недостаточности

**Е. Признаки кровотечения**

**6. Какое расстояние между швами при ушивании грыжевых ворот диафрагмы достаточно для предупреждения рецидива грыжи?**

A. 0,5 см

**В. 1 см**

С. 1,5 см

D. 1,8 см

Е. 2 см

**7. Травматический разрыв диафрагмы сочетается с разрывом следующих органов:**

**А. Селезенкой**

**В. Печенью**

**С. Пищеводом**

**Д. Желудком**

Е. Поперечно-ободочной кишкой

**8. Проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:**

A. Дисфагия

В. Частая рвота

**С. Частые изжоги**

D. Похудание

Е. Ничего из вышеназванного

**9. Параэзофагеальная грыжа опасна:**

**А. Ущемлением желудка**

В. Малигнизацией

С. Прекардиальными болями

D. Ничем из названного

Е. Всеми вышеназванными

**10. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту, приносящую облегчение. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз?**

A. Левосторонняя абсцедирующая пневмония

В. Стенокардия

**С. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**

D. Гемоторакс слева

Е. Травматическая грыжа диафрагмы

**11. При каких условиях выявляются рентгенологически скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?**

- A. В положении стоя
- B. В полусидячем положении
- C. В положении Тренделенбурга**
- D. При искусственной гипотонии 12-перстной кишки
- E. В положении на боку

**12. Укажите симптомы, чаще всего встречающиеся при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы:**

- A. Изжога, боль за грудиной, мелена**
- B. Боль за грудиной, мелена, кишечная непроходимость, рвота
- C. Кишечная непроходимость, рвота, изжога
- D. Изжога
- E. Изжога, рвота, мелена

**13. Какие рекомендации Вы дадите больному с рефлюксэзофагитом на почве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?**

- A. Высокое положение головного конца тела в постели во время сна, приём антацидов, приём церукала
- B. Дробный приём пищи небольшими порциями, высокое положение тела во время сна, не ложиться после еды
- C. Приём антацидов, приём церукала, не ложиться после еды
- D. Дробный приём пищи небольшими порциями, приём антацидов, не ложиться после еды
- E. Дробный приём пищи, высокое положение головного концатела во время сна. Приём антацидов, приём церукала, не ложиться после еды**

**14. Больная 54 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной в эпигастральной области, возникшие после приема пищи, затруднение глотания, отрыжку. При рентгенографии в заднемсредостении округлое просветление с уровнем жидкости, после приема контрастного вещества выявлено расположениекардиального отдела желудка выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?**

- A. Рак кардиального отдела желудка
- B. Релаксацию диафрагмы
- C. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы**
- D. Ретростернальную грыжу Ларрея
- E. Параэзофагеальную грыжу

**15. Больного 40 лет беспокоят боли за грудиной в областимечевидного отростка, иррадиирующие в лопатку, отрыжка,изжога. Вышеперечисленные симптомы усиливаются при наклоне туловища вперед. У больного заподозрена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Какие из перечисленных методов диагностики необходимы для подтвержденияи уточнения диагноза?**

- A. Фероградная панкреатикохолангиография, внутрижелудочная рН-метрия
- B. ФГДС, рентгеновское исследование желудка в положенииТренделенбурга, пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная рН-метрия**
- C. Рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография, пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная рН-метрия
- D. Рентгенологическое исследование желудка в положенииТренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография,внутрижелудочная рН-метрия
- E. Рентгенологическое исследование желудка в положенииТренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиографияпищеводная иономанометрия, внутрижелудочная рН-метрия

**16. У больной 50 лет внезапно возникла острая дисфагия, сопровождающаяся резкой**

**болью за грудиной. Какова возможная причина из указанных ниже заболеваний?**

- A. Межрёберная невралгия
- B. Стенокардия
- C. Ущемлённая параэзофагеальная грыжа**
- D. Рефлюкс-эзофагит
- E. Грыжа Ларрея

**17. У больной отмечаются изжога и жгучие боли за грудиной, боли в левом подреберье, иррадиирующие в области сердца и в левую лопатку. Чаще они возникают при наклоне туловища вперед после еды. При рентгенологическом исследовании пищевод не расширен, укорочен, выпрямлен, барий из него поступает в полушаровидный газовый пузырь с тонкими стенками, расположенный над диафрагмой, а затем заполняет вытянутый желудок с грубыми складками. Ваше заключение?**

- A. Ахалазия пищевода
- B. Диафрагмальная грыжа Богдалека
- C. Рак пищевода с переходом в желудок
- D. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы**
- E. Параэзофагеальная грыжа

**18. Больная 43 лет жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после еды и в положении лёжа. В положении стоя боли уменьшаются. В анализах крови умеренная гипохромная анемия. Ваше заключение?**

- A. Хронический гастрит
- B. Дуоденальная язва
- C. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита**
- D. Рак желудка
- E. Эпифренальный дивертикул пищевода

**19. Какие из перечисленных факторов являются показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы?**

- A. Неэффективность консервативного лечения, частые кровотечения пищевода, скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений
- B. Развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода
- C. Неэффективность консервативного лечения, развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода
- D. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений, врожденный короткий пищевод
- E. Неэффективность консервативного лечения, развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода, врожденный короткий пищевод**

**20. Больной 55 лет обратился с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, боли за грудиной. Изжога усиливается после еды и в положении лежа. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза и дифференциального диагноза?**

- A. УЗИ брюшной полости
- B. Компьютерная томография брюшной стенки
- C. Рентгеноскопия желудка
- D. Рентгеноскопия желудка в положении Тренделенбурга и эзофагогастродуоденоскопия**
- E. Лапароскопия

**21. Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?**

- A. Рака желудка
- B. Язвенной болезни 12-пёрстной кишки
- C. Кардиоспазма
- D. Скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы**
- E. Хронического гастрита

**22. Травматические повреждения диафрагмы характеризуются:**

- A. Не влияют на общее состояние больного
- B. Могут обладать проникающим механизмом**
- C. Симптоматология изменяется в соответствии с положением больного**
- D. Хирургическое лечение является обязательным**
- E. Сопровождаются окклюзионным, геморрагическим и дыхательным синдромами**

**23. Травматические повреждения диафрагмы:**

- A. Могут появиться в результате проникающих ранений грудной клетки**
- B. Составляют 0,5-2 % из числа политравм**
- C. Не влияют на работу сердца
- D. Приводят к пролабированию абдоминальных органов в полость грудной клетки**
- E. Нуждаются лишь в консервативном лечении

**24. Орган, чаще всего проникающий в грудную полость через разрыв левой части диафрагмы:**

- A. Селезёнка
- B. Толстая кишка
- C. Печень
- D. Желудок**
- E. Почка

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Мужчина 49 лет.* Жалобы на боль в левой половине грудной клетки, слабость, T=38 градусов.

*Анамнез.* Шесть лет назад травма – падение с высоты. Болел левый бок, была одышка. К врачам не обращался. Затем чувствовал себя нормально. Флюорографии не проходил. Три дня назад после поднятия тяжести и напряжения (бортовал колесо грузовика) резкая боль в левом боку, подъем температуры, озноб, одышка.

*Объективно.* Состояние средней тяжести. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Дыхание слева ослаблено, по аксиллярным линиям отсутствует. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Слева картина плеврального осумкования с горизонтальным уровнем жидкости. Осумкование нижним контуром примыкает к диафрагме. При даче бария *per os* следы контраста появились в этом осумковании.

#### Задание.

1. Диагноз.
2. Как из анамнеза и клиники восстановить ход болезни.
3. Тактика лечения.

#### Задача № 2.

Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 1/2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД - 18 в 1 минуту. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. АД- 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании можно думать?
2. Классификация данного заболевания?
3. Вариабельность клинической картины в зависимости от различных этиопатогенезе?
4. Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?
5. Какие могут развиваться осложнения?

**Задача № 3.**

У призывника, 18 лет, на обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечено высокое расположение левого купола диафрагмы, достигающей II-III ребер. Подвижность диафрагмы резко ограничена. Левый косто-диафрагмальный угол заострен. Жизненная емкость легких снижена на 10 %. Функция органов желудочно-кишечного тракта не нарушена. Больной отрицает наличие травмы в анамнезе.

**Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Возможные причины развития данного заболевания?
3. Какие осложнения могут развиваться при данной патологии?
4. Какова тактика ведения больного?

**ДЕ 26. Заболевания гортани и верхних дыхательных путей**

**1. Стадия неполной компенсации стеноза гортани характеризуется:**

- А) урежением пульса
- Б) урежением дыхания**
- В) участием вспомогательной мускулатуры в акте дыхания**
- Г) частым дыханием
- Д) распространенным цианозом

**2. При аллергическом отеке гортани, стенозе II целесообразно проведение:**

- А) отвлекающей терапии
- Б) медикаментозного дестенозирования**
- В) коникотомии
- Г) введения противодифтеритической сыворотки.

**3. При IV стадии стеноза гортани показано хирургическое лечение**

- А) трахеостомия**
- Б) экстирпация гортани

- В) коникотомия**  
В) вскрытие абсцесса надгортанника

**4. Осложнениями коникотомии являются:**

- А) ранение пищевода  
**Б) эмфизема подеожно-жировой клетчатки**  
**В) кровотечение**  
Г) ранение щитовидной железы

**5. Наиболее ранним симптомом новообразования верхнего отдела гортан является:**

- А) отдышка  
**Б) дисфагия**  
В) дисфония

**6. При асфиксии инородным телом гортани в первую очередь необходимо**

- А) произвести коникотомию**  
Б) произвести трахеотомию  
В) интубация

**7. При аспирации инородных тел молниеносный стеноз возникает при локализации их в:**

- А) подсвязочном пространстве  
**Б) голосовой щели**  
В) преддверии гортани  
Г) локализация значения не имеет

**8. Острые ларингиты в динамике угрожают:**

- А) стойкой дисфонией  
**Б) стенозом гортани**  
В) астматическим бронхитом  
Г) развитием туберкулеза легких

**9. Удаление инородного тела из подсвязочного пространства гортани реально:**

- А) при трахеотомии  
Б) откашливанием, бронхолитической терапией  
**В) трахеобронхоскопией**  
Г) при коникотомии

**10. К диагностическим методам при инородных телах трахеи и бронхов относятся:**

- А) ларингоскопия прямая  
Б) рентгенография ОГК [с контрастированием пищевода](#)  
**В) бронхография**  
Г) трахеобронхоскопия

**11. Показанием для трахеотомии является**

- А) острый ларингит**  
Б) острый фаринголарингит  
**В) дифтерия гортани**  
Г) хронический атрофический ларингит

**12. К осложнениям инородного тела трахеи относится**

- А) острый ларингит
- Б) носовое кровотечение
- В) острый фарингит
- Г) **пневмония**

**13. Какие могут возникнуть осложнения при трахеотомии?**

- А) кровотечение, подкожная эмфизема, ранение сосудисто-нервного пучка
- Б) кровотечение, нагноительный процесс в области раны, подкожная эмфизема
- С) **кровотечение, подкожная эмфизема, эмфизема средостения, ранение пищевода,**
- введение трубки между хрящом и слизистой**
- Д) ранение щитовидной железы, нервов, сосудов, подкожная эмфизема
- Е) эмфизема подкожная и средостения, ранение пищевода и щитовидной железы

**14. Характер кашля при остром ларинготрахеите:**

- А) сухой, болезненный
- Б) влажный [с обильной мокротой](#)
- В) битональный
- Г) **грубый, лающий**

**15. Для острого ларинготрахеита характерно:**

- А) шумное дыхание с удлинённым вдохом
- Б) свистящее дыхание [с затруднённым выдохом](#)
- В) частое, поверхностное дыхание
- Г) аритмичное дыхание

**16. Основным клиническим симптомом стеноза трахеи является:**

- А) Кашель
- Б) **Стридорозное дыхание**
- В) Одышка в покое
- Г) одышка при физической нагрузке
- Д) приступы бронхоспазма

**17. На догоспитальном этапе (скорая помощь) при стенозе трахеи необходимо:**

- А) Дача увлажнённого кислорода
- Б) Попытка интубировать больного
- В) Срочная трахеостомия
- Г) **Внутривенное введение эуфиллина 2,4%-10,0 мл и 60-90 мг преднизолона**
- Д) Все меры малоэффективны

**18. Основная причина развития стеноза трахеи:**

- А) Травматические повреждения
- Б) Интубационный наркоз
- В) **Трахеостомия**
- Г) Длительная ИВЛ через наготрахеальную трубку
- Д) Эндоскопические исследования

**19. Декомпенсированным считается стеноз, при котором диаметр трахеи не превышает:**

- А) 9 мм
- Б) 8 мм
- В) 7 мм
- Г) 6 мм
- Д) 5 мм**

**20. При декомпенсированном стенозе показано:**

- А) Срочная операция на трахеи
- Б) Интубация трахеи
- В) Наложение трахеостомы
- Г) Бужирование трахеи**
- Д) Кислородотерапия, введение преднизолона и бронхолитиков

**21. Наибольшая длина эндопротеза Дюмона:**

- А) 2 см
- Б) 3 см
- В) 4 см
- Г) 5 см
- Д) 5-6 см**

**22. При стенозе трахеи протяженностью 5 см показано:**

- А) Наложение трахеостомы
- Б) Бужирование трахеи
- В) Эндопротезирование**
- Г) Резекция трахеи
- Д) Аллопластика трахеи

**23. Стеноз трахеи после трахеостомы чаще всего развивается:**

- А) Сразу после удаления трахеостомы
- Б) В первую неделю после деканюляции**
- В) В первые 2 недели после деканюляции
- Г) К концу месяца
- Д) Через 2 месяца

**24. Определяющим прогноз фактором при стенозе трахеи является:**

- А) Сроки канюляции трахеи
- Б) Характер канюляции (метал, пластик, интубационная трубка)
- В) Степень гибели хрящевых полуколец**
- Г) Локализация стеноза
- Д) Протяженность стеноза

**25. Основной способ ликвидации стеноза трахеи:**

- А) Трахеостомия
- Б) Лазеротерапия
- В) Электрокоагуляция рубца
- Г) Резекция стенотического участка**
- Д) Эндопротезирование

**26. Компенсированным стеноз трахеи считают, если диаметр стеноза:**

- А) 4-5 мм
- Б) 6 мм
- В) 7 мм

- Г) 8 мм
- Д) диаметр стеноза более 8 мм**

**27. Летальный исход при декомпенсированном стенозе трахеи наступает от:**

- А) Резкого сужения трахеи
- Б) От присоединившегося бронхоспазма
- В) От накопления мокроты под стенозом**
- Г) От пневмонии
- Д) От сердечной недостаточности

**28. Зависит ли частота развития стеноза трахеи от длительности нахождения трахеостомы:**

- А) Практически не зависит**
- Б) При кратковременной канюляции меньше опасность развития стеноза
- В) Длительная канюляция – большая опасность развития стеноза
- Г) Частота развития стеноза больше зависит от способа наложения трахеостомы
- Д) Стенозы чаще при введении в трахею металлических канюль

**29. Наиболее частое осложнение эндопротезирования трахеи:**

- А) Пролежень тканей трахеи
- Б) Дислокация протеза**
- В) Обтурация протеза мокротой
- Г) Обострение бронхита
- Д) Развитие пневмонии

**30. После эндопротезирования трахеи больному постоянно необходимо:**

- А) Контролировать стояние протезарентгенологически
- Б) Пить отхаркивающие средства
- В) Нейбулайзерная аэрозоль терапия
- Г) Антибиотикотерапия**
- Д) Дополнительно лечение при эндопротезировании не требуется

**31. Основным клиническим симптомом стеноза трахеи является:**

- А) Кашель
- Б) Стридорозное дыхание**
- В) Одышка в покое
- Г) Одышка при физической нагрузке
- Д) Приступы бронхоспазма

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1**

*Мужчина 63 лет. Жалобы на стридорозное дыхание. Не может спать лежа.*

*Анамнез. Три месяца назад геморрагический инсульт. Был в коме. В течение 2 недель находился на ИВЛ через трахеостому. Восстановился после инсульта, был деканюлирован и в течение месяца чувствовал себя хорошо. В течение последних 3 недель стал ощущать затруднение дыхания. Обратился к ЛОР-врачу, диагностирован стеноз шейного отдела трахеи. С целью временно дилатации просвета трахеи проведено бужирование трахеи, эффект длился около 10 дней, после чего бужирование пришлось повторить.*

*Объективно. Стридор слышен на расстоянии. В легких дыхание жесткое. На шее посттрахеостомический рубец.*

*КТ.* Просвет трахеи на 5 см ниже голосовых связок сужен до 6-7 мм. Протяженность сужения 1,5 см.

*Трахеобрехоскопия.* Голосовая щель симметрична. Связки подвижны. Просвет трахеи на 5 см ниже голосовых связок сужен до 6-7 мм. Тубус эндоскопа не проходит за стеноз.

**Задачи.**

1. Диагноз.
2. Дать оценку лечебной тактике, которая была у этого пациента.
3. План лечения.
4. Хирургический доступ.

**Задача №2**

Больной с ЧМТ, ушибом мозга длительно находился на ИВЛ через трахеостому. После удаления стомы и заживления раны на шеи задыхается, дыхание стридорозное, явления энцефалопатии.

**Вопросы:**

1. Что произошло, сформируйте диагноз?
2. Чем подтвердить диагноз?
3. Показана ли ретрахеостомия?
4. Что предпринять
5. Решение вопроса трудоспособности?

**Задача №3**

Больной с ЧМТ был на ИВЛ через трахеостому 2 месяца после снятия с ИВЛ, лечения попытка деканюлировать больного не удалась. После удаления трахеостомы и закрытия раны на шеи больной не может дышать через естественные пути (гортань). Вновь канюлирован.

**Вопросы:**

1. Какое осложнение возникло?
2. Как обследовать больного?
3. Дальнейшая тактика?
4. При стенозе трахеи в в/3 какой длины участок трахеи возможно резецировать?
5. Определение сроков нетрудоспособности?

**Задача №4**

Больной хронический канюляр из-за стеноза гортани. В последнее время дыхание стридорозное через трахеостому.

**Вопросы:**

1. Какое осложнение возникло?
2. Как уточнить диагноз?
3. Что предпринять для восстановления адекватного дыхания?
4. Возможно ли избавление от трахеостомы?
5. Вопросы трудоспособности?

**Задача № 5.**

Больная после протезирования митрального клапана была 4 суток на ИВЛ на нозотрахеальной интубации. Выписана в удовлетворительном состоянии. Поступила в кардиологическое отделение через 2 месяца с одышкой при обследовании сердца особой патологии не выявлено. Кардиотоники эффекта не дали.

**Вопросы:**

1. Какое осложнение возможно у данной больной?
2. Каким исследованием следует подтвердить диагноз?

3. Какое срочное вмешательство следует произвести?
4. При неэффективности данного вмешательства ваши дальнейшие действия?
5. Как провести экспертизу трудоспособности?

### **ДЕ 27. Хирургические вмешательства на грудном симпатическом стволе**

#### **1. Показания к грудной симпатэктомии:.**

- А) Синдром Рейно
- Б) Ладонный гипергидроз
- В) Острый деструктивный панкреатит
- Г) Рак лёгкого

#### **2. Для синдрома Горнера характерны:**

- А) экзофтальм
- Б) птоз
- В) миоз
- Г) энофтальм
- Д) мидриаз

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.**

*Девушка 19 лет.* Жалобы на чрезмерное потоотделение на ладонях и в подмышечных областях.

*Анамнез.* Это у пациентки в течение всей взрослой жизни. Выражен эмоциональный фактор. Получала инъекции «Ботокса» с эффектом 3-4 месяца.

*Объективно.* Ладони мокрые. Кожа типа «банной». Подмышечные области мокрые, одежда обильно промокла потом.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Без особенностей.

#### **Задачи.**

1. Диагноз.
2. План лечения.
3. Хирургический доступ.

### **ДЕ 28. Патологические состояния, связанные с грудным лимфатическим протоком**

#### **1. Клиническая картина хилоторакса складывается из:**

1. повышения температуры тела до 38°C,
  2. прогрессирующей дыхательной недостаточности,
  3. кровохарканья,
  4. клиники гемоторакса,
  5. плевральной жидкости, полученной при пункции:
  6. при отсасывании образует бело-розовый густой верхний и жидкий нижний слой,
  7. плевральной прозрачной соломенно-желтой жидкости, полученной в первые сутки после травмы грудной клетки,
  8. положительной пробы Петрова
- а) правильно 1, 2, 3
  - б) правильно 4, 5
  - в) правильно 2, 3, 5
  - г) правильно 5, 6, 7
  - д) правильно 5, 7

**2. Хилоторакс следует дифференцировать со всеми перечисленными патологическими состояниями, кроме**

- а) гемоторакса
- б) гидроторакса
- в) гнойного плеврита
- г) экссудативного посттравматического плеврита
- д) эмпиемы плевры

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.**

*Мужчина 42 лет.* Жалобы на наличие дренажа в правой плевральной полости с обильным (до 1,5 л в сутки) отделяемым.

*Анамнез.* Неделю назад нижняя лобэктомия справа по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза. Спустя 2 суток плевральный экссудат приобрел хилезный характер, и его количество достигает 1,5-2 л в сутки.

*Объективно.* Общее состояние удовлетворительное. Дренаж в правой плевральной полости. Разряжение в плевральной полости стойкое. Отделяемое хилезное.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Правое легкое расправлено, светлое.

#### **Задачи.**

- 1. Диагноз.
- 2. План лечения.
- 3. Хирургический доступ.

### **ДЕ 29. Предоперационная подготовка торакальных больных.** **Послеоперационные осложнения**

**1. К основным мероприятиям по профилактике нарушений дыхания и развития послеоперационной пневмонии относятся**

- а) адекватное обезболивание
- б) санация бронхиального дерева
- в) применение муколитических и бронхолитических средств
- г) стимуляция кашля (при подавленном кашлевом рефлексе)
- д) **все ответы верные**

**2. Несостоятельность швов культи бронха наиболее часто возникает при операции**

- а) клиновидной резекции легкого
- б) сегментэктомии
- в) лобэктомии
- г) **пневмонэктомии**

**3. Риск возникновения бронхиального свища вследствие несостоятельности швов в наибольшей степени выражен при выполнении**

- а) типичной пневмонэктомии
- б) расширенной пневмонэктомии
- в) пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки
- г) **пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи**

**4. Наиболее часто острая сердечно-сосудистая недостаточность развивается у больных после операции**

- а) сегментэктомии

- б) лобэктомии
- в) типичной пневмонэктомии
- г) **комбинированной или расширенной пневмонэктомии**

**5. Послеоперационные пневмонии чаще осложняют**

- а) **лоб- и билобэктомии**
- б) расширенные пневмонэктомии
- в) комбинированные пневмонэктомии
- г) встречаются одинаково часто после всех перечисленных операций

**6. Самой высокой послеоперационной летальностью сопровождаются**

- а) **расширенные (комбинированные) пневмонэктомии**
- б) типичные пневмонэктомии
- в) частичные резекции легких
- г) летальность практически одинакова после указанных вмешательств

**7. Более высокая летальность отмечена после**

- а) пробных торакотомий
- б) радикальных лобэктомий
- в) радикальных типичных пневмонэктомий
- г) **паллиативных пневмонэктомий**

**8. Наиболее частой причиной смерти больных после частичных резекций легкого по поводу рака является**

- а) бронхиальный свищ и эмпиема плевры
- б) **пневмония**
- в) сердечно-сосудистая недостаточность
- г) тромбоэмболия легочной артерии

**9. Одной из наиболее частых причин смерти больных после пневмонэктомии по поводу рака является**

- а) **бронхиальный свищ и эмпиема плевры**
- б) пневмония
- в) сердечно-сосудистая недостаточность
- г) тромбоэмболия легочной артерии

**10. Трансторакальная пункция новообразования в легком наиболее часто сопровождается осложнением в виде**

- а) **пневмоторакса**
- б) гемоторакса
- в) кровохаркания
- г) имплантационного метастазирования

**11. Одним из наиболее частых послеоперационных осложнений, сопровождающих одномоментные операции при раке пищевода и приводящих больных к смерти, является:**

- а) послеоперационная пневмония
- б) тромбоэмболия легочной артерии
- в) **недостаточность швов пищевода и гнойные осложнения (эмпиема и медиастинит без свища)**
- г) надпочечниковая недостаточность

**12. Больной 55 лет была произведена пневмонэктомия по поводу гангрены правого легкого. В послеоперационном периоде осложнения - наличие жидкости в плевральной полости, произведено удаление жидкости. В настоящее время имеется остаточная эмпиемная полость без бронхиального свища. Лечение больной плевральными пункциями, промыванием плевральной полости и дренированием ее, эмпиему плевральной полости не ликвидировали. Общее состояние больной удовлетворительное, признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать?**

**а) Интенсивная консервативная терапия**

- б) Срочная реторакотомия с санацией плевральной полости
- в) Проведение медиастиноплевроскопии
- г) Проведение плевродеза

**13. Больной 42 лет была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась бронхиальным свищом и эмпиемой плевры. Лечение больной в течение года плевральными пункциями, промываниями плевральной полости и дренированием ее не ликвидировали эмпиему плевры с бронхиальным свищом. Общее состояние средней тяжести. Признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?**

- а) дренирование плевральной полости
- б) торакоскопическая ультразвуковая санация с обработкой бронхиального свища
- в) окклюзия бронхообтуратором бронхиального свища
- г) трансперикардальная окклюзия главного бронха
- д) торакопластика по Линбергу

**14. Для реторакотомии показаниями являются**

- а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- б) первичная несостоятельность культи бронха
- в) внутривнутриплевральное кровотечение
- г) ателектаз легкого
- д) напряженный пневмоторакс

### **Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1.**

*Мужчина 66 лет. Жалобы на слабость, субфебрилитет, кашель с гнойной мокротой.*

*Анамнез.* Много лет страдает ХОБЛ. Неоднократные пневмонии с обеих сторон. Последняя пневмония 1 месяц назад. При рентгеновском обследовании по поводу пневмонии, которая была в нижней доле правого легкого, обнаружена тень в верхней доле левого легкого. Пневмония разрешилась, но остался бронхит, который был расценен как проявление ХОБЛ. После обследования процесс в левом легком был расценен как периферический рак и верифицирован путем трансторакальной игловой биопсии. Выполнена операция, объем которой ввиду поражения бронхопульмональных лимфатических узлов был расширен до пневмонэктомии. На 12 сутки возникла клиника свища культи левого главного бронха, эмпиемы плевры. Задренирован.

*Объективно.* Больной пониженного питания. Дренаж в левой плевральной полости, по которому отходит гнойное отделяемое и воздух при кашле. При промывании полости больной поперхивается антисептиком.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Правое легкое расправлено, светлое. Средостение умеренно смещено влево. Левое легкое отсутствует. В левой плевральной полости несколько фрагментированных уровней жидкости.

*Бронхоскопия.* В культке левого главного бронха свищевое отверстие до 4 мм в диаметре.

**Задачи.**

1. Какие ошибки допущены при подготовке больного к операции?
2. Наиболее вероятная причина возникновения осложнения.
3. План дальнейшего лечения.

**Задача № 2.**

*Больной 32 лет,* поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке через 6 часов после получения травмы. Из анамнеза: получил ранение колюще-режущим предметом левой половины грудной клетки. Экстренно прооперирован. После операции после транспортировки в палату реанимации резкое падение АД до 40/0 мм рт.ст., по дренажу из плевральной полости за 1 час 450 мл геморрагического отделяемого. Кровь продолжает поступать по дренажу из плевральной полости. Физикально: резкая бледность кожных покровов, отмечается притупление перкуторного звука в нижних отделах правого легкого, аускультативно дыхание не прослушивается, тоны сердца приглушены.

**Вопросы:**

1. Какое послеоперационное осложнение развилось у больного?
2. Назовите возможные причины развития данного осложнения?
2. Какова тактика в данной ситуации?

**Задача № 3.**

*Мужчина 32 лет,* внутривенный наркопотребитель, проходил оперативное лечение по поводу гангрены левого лёгкого. Выполнена левосторонняя пульмонэктомия. В послеоперационном периоде на 10 сутки: общая слабость, пациент апатичен, температура тела 39,8С, прогрессирующая дыхательная недостаточность. В ОАК лейкоцитоз  $50 \times 10^9$ . Получал периоперационно антибиотикопрофилактику. Несмотря на проводимую интенсивную терапию пациент скончался при явлениях легочно-сердечной недостаточности на 17 сутки после операции. На вскрытии: средняя и нижняя доля правого легкого плотной консистенции с наложением нитей фибрина на плевре, на разрезе ткань легкого безвоздушная, серого цвета, в IX сегменте определяется полость 4x5 см, заполненная гноем.

**Вопросы:**

1. Какое заболевание было у больного?
2. Какая стадия обнаружена?
3. Какое осложнение развилось?

**Задача № 4.**

*Больная 52 лет,* поступил в хирургическое отделение в плановом порядке Из анамнеза: 2 недели назад выявлено образование с нечеткими контурами в средней доле правого лёгкого. Выполнена средняя лобэктомия справа. После операции на вторые сутки по дренажу из плевральной полости за сутки до 800 мл беловатого экссудата. Больная жалоб активно не предъявляет. Температура тела 36,7С. Физикально: кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, отмечается притупление перкуторного звука в нижних отделах правого легкого, аускультативно дыхание везикулярное-жестковатое, несколько ослаблено в нижних отделах справа, тоны сердца звучные, ритм сердца правильный.

**Вопросы:**

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Изложите дальнейшую лечебную тактику.

**ДЕ 30. Реабилитация и диспансеризация пациентов с заболеваниями органов грудной полости.**

**1. Медицинская реабилитация — это:**

- а) комплекс медицинских, биологических и социальных мероприятий, направленный на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
- б) система медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;**
- в) лечебный процесс на амбулаторном и санаторном этапах;
- г) все вышеперечисленное.

**2. Реабилитационный потенциал включает 3 группы факторов:**

- а) медицинские, психологические, социальные;**
- б) медицинские, психологические, профессиональные;
- в) биологические, психологические, профессиональные.

**3. Согласно концепции последствий болезни, I уровень оценивается по:**

- а) ФК нарушения функций;**
- б) ФК ограничения жизнедеятельности;
- в) определению группы инвалидности.

**4. Согласно концепции последствий болезни, II уровень оценивается по:**

- а) ФК нарушения функций;
- б) ФК ограничения жизнедеятельности;**
- в) определению группы инвалидности.

**5. Категории жизнедеятельности включают:**

- а) 7 категорий;**
- б) 8 категорий;
- в) 12 категорий.

**6. Этапы медицинской реабилитации:**

- а) лечебно-реабилитационный;**
- б) стационарный этап ранней медицинской реабилитации;**
- в) амбулаторный;**
- г) домашний;
- д) санаторный;
- е) поздней медицинской реабилитации.**

**7. На каком этапе медицинской реабилитации не составляется ИПР:**

- а) лечебно-реабилитационный;**
- б) стационарный;
- в) амбулаторный;
- г) домашний;
- д) санаторный;
- е) поздней медицинской реабилитации.

**8. Шкала ФК используется для:**

- а) унификации экспертного решения;**
- б) детализации клинического диагноза;

- в) оценки эффективности реабилитационных мероприятий;
- г) соблюдения принципа преемственности в реабилитации.

**11. Медицинские факторы реабилитационного потенциала включают:**

- а) пол пациента;**
- б) возраст пациента;**
- в) интеллектуальный потенциал;
- г) особенности заболевания;**
- д) эмоционально-волевые качества;
- е) профессию.

**16. Виды профессиональной реабилитации:**

- а) переобучение;**
- б) рациональное трудоустройство на бронированные места;**
- в) переоборудование рабочего места;**
- г) протезирование;
- д) трудовая адаптация.**

**17. Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:**

- а) врачи-терапевты;
- б) врачи-хирурги;
- в) врачи-реабилитологи;
- г) эксперты МРЭК;
- д) все вышеперечисленные.**

**18. Индивидуальную программу реабилитации инвалида составляют:**

- а) врачи-терапевты;
- б) врачи-хирурги;
- в) врачи-реабилитологи;
- г) эксперты МРЭК;**
- д) все вышеперечисленные.

**19. Оценку реабилитационных мероприятий проводят по:**

- а) клинической шкале;
- б) ФК нарушения функции;**
- в) ФК ограничения жизнедеятельности;**
- г) динамике степени тяжести инвалидности;
- д) изменению бытового самообслуживания.

**20. Цель направления пациента на стационарный этап ранней медицинской реабилитации:**

- а) при средней степени тяжести заболевания — восстановление трудоспособности;**
- б) при легкой степени тяжести заболевания — восстановление трудоспособности;
- в) при тяжелой степени тяжести заболевания — восстановление самообслуживания;**
- г) при средней степени тяжести заболевания — снижение степени ограничения трудоспособности.

**21. Характеристика ограничения жизнедеятельности по ФК включает ее ограничение на:**

- а) 15–20 %;

- б) 30–40 %;
- в) 26–50 %;**
- г) до 100 %.

**22. Укажите 6 принципов реабилитации:**

- а) обоснованность;
- б) комплексность;**
- в) раннее начало;**
- г) непрерывность;**
- д) индивидуальность;
- е) реализация в коллективе;
- ж) возвращение к активной деятельности;
- з) преемственность;**
- и) доступность;
- к) этапность.**

**23. Понятие «социальная реабилитация» пациентов включает:**

- а) помощь в подготовке к новой профессии;
- б) помощь в трудоустройстве;**
- в) механотерапию;
- г) социально-правовую помощь в связи с заболеваемостью или инвалидностью;**
- д) бытовую реадаптацию.

**24. Отделение реабилитации поликлиники включает подразделения:**

- а) кабинеты врачей-специалистов;**
- б) физиотерапевтические кабинеты;**
- в) кабинеты массажа, механотерапии и трудотерапии;**
- г) кабинеты медико-реабилитационной экспертной комиссии;
- д) дневной стационар.

**25. Основной критерий, отличающий временную нетрудоспособность от инвалидности:**

- а) продолжительность пребывания на больничном листе;
- б) частота и длительность пребывания на больничном листе в течение года;**
- в) сомнительный трудовой прогноз;
- г) благоприятный трудовой прогноз;
- д) неблагоприятный трудовой прогноз;
- е) сомнительный или неблагоприятный прогноз для восстановления ограничения жизнедеятельности.**

**26. Для экспертизы стойкой утраты трудоспособности обязателен учет следующей части диагноза:**

- а) нозологической;
- б) этиологической;
- в) патогенетической;
- г) функциональной;**
- д) морфологической.

**27. Первая группа инвалидности устанавливается, когда пациент в связи с нарушением функций организма, вызванным заболеванием или комбинированным анатомическим дефектом нуждается в:**

- а) эпизодической посторонней помощи или уходе;
- б) специально созданных, облегченных условиях труда;
- в) сокращении объема производственной деятельности;
- г) постоянной посторонней помощи, надзоре;**
- д) освобождении от всех видов труда.

**28. Что такое первичная инвалидность:**

- а) отношение числа инвалидов, признанных впервые в данном году, к средней численности работающих;
- б) отношение числа инвалидов, признанных впервые в данном году, к средней численности населения;**
- в) отношение числа инвалидов, признанных впервые в данном году, к численности населения на конец года.

**29. Основное отличие лечебного процесса от реабилитационного состоит в:**

- а) использовании различных методов воздействия;
- б) точке приложения мероприятий: саногенетических процессов при реабилитации и патогенетических процессов — в случае лечения;**
- в) сроках начала: лечение проводится в остром периоде заболевания, реабилитационные мероприятия — в подостром;
- г) применении различных препаратов.

**30. Эрготерапия — это:**

- а) комплекс мероприятий по восстановлению самообслуживания, работоспособности, в т. ч., и волонтерской, и отдыха пациента;**
- б) отдельный вид трудотерапии;
- в) комплекс мероприятий по психологической реадaptации.

**31. Какую ответственность несет врач при невыполнении индивидуальной программы реабилитации пациента и при каких условиях:**

- а) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- б) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка;**
- в) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- г) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка.

**32. Какую ответственность несет врач при не выполнении индивидуальной программы реабилитации инвалида и при каких условиях:**

- а) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- б) административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка;
- в) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по нежеланию пациента, о чем сделана соответствующая отметка;
- г) юридическую; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка.**

**33. Первый этап занятия «Общеукрепляющая гимнастика»:**

- а) заминка;
- б) основная часть;
- в) разминка.**

**34. Кеггельбан относится к категории:**

- а) активная кинезотерапия;**
- б) пассивная кинезотерапия.

**35. Ручной массаж относится к:**

- а) активной кинезотерапии;
- б) пассивной кинезотерапии;
- в) физиотерапии;**
- г) психотерапии.

**36. Дыхательная гимнастика с сопротивлением на выдохе применяется при:**

- а) артериальной гипертензии;**
- б) бронхиальной астме;**
- в) хронической почечной недостаточности;
- г) хроническом бронхите.

**37. Греблю и лыжные прогулки включают в индивидуальную программу реабилитации пациента с:**

- а) ревматоидным артритом;**
- б) артериальной гипертензией;
- в) бронхиальной астмой;
- г) хроническим бронхитом.**

**38. Вибрационный массаж показан к включению в индивидуальную программу реабилитации при:**

- а) хронической пневмонии;
- б) бронхоэктатической болезни;
- в) бронхиальной астме;**
- г) вертеброгенных проявлениях остеохондроза позвоночника.

**39. Толерантность к физической нагрузке определяется с помощью:**

- а) велоэргометрии;**
- б) тремил-теста;**
- в) теста 6-минутной ходьбы;**
- г) лестничного теста;
- д) электронейромиографии.

**40. Через какие фазы проходит формирование двигательных навыков:**

- а) латентная фаза;
- б) фаза генерализации;
- в) фаза компенсации;
- г) фаза автоматизации;**
- д) фаза регрессии;
- е) фаза концентрации.

**41. Механизмы лечебного действия физических упражнений:**

- а) регуляторные механизмы;
- б) механизмы трофического действия;
- в) нервно-рефлекторные механизмы;**
- г) механизмы тонизирующего действия;
- д) механизмы функциональных компенсаций.

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1.

*Женщина 30 лет.* Жалобы на общую слабость, утомляемость.

*Анамнез.* В течение 6 лет страдает туберкулезом легких, МЛУ. Плохая переносимость препаратов. Развился фиброзно-кавернозный туберкулез левого легкого. Полгода назад пневмонэктомия слева. Реактивация туберкулеза в единственном легком, свищ культи левого главного бронха, эмпиема плевры. Реактивация излечена. Месяц назад выполнена окклюзия бронхального свища окклюдером.

*Объективно.* Состояние удовлетворительное. Питание понижено. Левая половина грудной клетки уменьшена в объеме.

*Рентгенография органов грудной клетки.* Правое легкое расправлено, светлое. Средостение резко смещено влево. Остаточная левая плевральная полость с массивными наложениями, жидкость в ней не определяется. В проекции культи левого главного бронха тень окклюдера.

*Бронхоскопия.* В культе левого главного бронха окклюдер, частично покрытый грануляциями и рубцовой тканью.

#### Задание.

1. Какой режим терапии необходим в данное время?
2. Какие обследования требуются?
3. План реабилитации данной пациентки.

#### Задача № 2.

В стационар поступил мужчина, 47 лет, с жалобами на кашель с обильной мокротой, высокую температуру, слабость, недомогание. Выставлен диагноз: острая пневмония, ДН0. В комплексном лечении назначен палатный двигательный режим, комплекс ЛГ:

- *И.п.* – сидя на стуле,
- Метод проведения - малогрупповой,
- Динамические упражнения на средние и крупные мышечные группы,
- Соотношение дыхательных и общетонизирующих упражнений - 1:3,
- Дыхательные упражнения статические и динамические,
- Темп средний,
- Продолжительность процедуры ЛГ - 15-20 мин.

#### Вопросы:

1. Сделайте заключение о правильности назначения процедуры ЛГ данному пациенту.

#### Задача № 3.

Больному с экссудативным плевритом, протекающим без осложнений, назначен на 14 день назначен общий двигательный и комплекс упражнений аналогичный при острой пневмонии.

- *И.п.* – сидя на стуле,
- Метод проведения - малогрупповой,
- Динамические упражнения на средние и крупные мышечные группы,
- Соотношение дыхательных и общетонизирующих упражнений - 1:3,
- Дыхательные упражнения статические и динамические,

- Темп средний,
- Продолжительность процедуры ЛГ - 15-20 мин.

**Вопросы:**

1. Сделайте заключение о правильности назначения процедуры ЛГ данному пациенту.

**Задача № 4.**

Больной А., находится на стационарном лечении с хроническим абсцессом лёгких (при локализации гнойного процесса в нижних долях лёгких). Больной проходит клиничко-функциональное обследование.

**Вопросы:**

1. Определите в каком периоде находится больной.
2. Перечислите основные дренажные положения, при которых будет лучше отделяться мокрота.
3. Определите, с какой целью следует воспитывать у больного глубокое диафрагмальное дыхание с акцентом на удлинённый и усиленный выдох

**ПРИМЕРЫ БИЛЕТОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКЗАМЕНА  
ПО ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**Экзаменационный билет включает 3 вопроса:**

- 1 вопрос – модули 1-5: Название раздела
- 2 вопрос – модули 6-16: Название раздела
- 3 вопрос – модули 17-30: Название раздела

**БИЛЕТ №1**

**Вопрос 1**

Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность торакальной хирургической службы;

**Вопрос 2**

Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных торакального профиля, методы реабилитации.

**Задача**

Больная после протезирования митрального клапана была 4 суток на ИВЛ на наотрахеальной интубации. Выписана в удовлетворительном состоянии. Поступила в кардиологическое отделение через 2 месяца с одышкой при обследовании сердца особой патологии не выявлено. Кардиотоники эффекта не дали.

**Вопросы:**

1. Какое осложнение возможно у данной больной?
2. Каким исследованием следует подтвердить диагноз?
3. Какое срочное вмешательство следует произвести?
4. При неэффективности данного вмешательства ваши дальнейшие действия?
5. Как провести экспертизу трудоспособности?

**Билет №2**

**Вопрос 1**

Стационарная медицинская помощь населению (нормативно-правовые акты, структура, деятельность, медицинская документация, показатели работы).

**Вопрос 2**

Эмпиема плевры. Этиология, классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания и противопоказания к проведению оперативного этапа лечения.

**Задача**

Мужчина, военный, 39 лет. Ранен осколком снаряда в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3х4 см, которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенистая кровь.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой объем первой врачебной и доврачебной помощи должен быть оказан?.
3. Какой объем медицинской помощи должен быть оказан в МПП?
4. Какой объем медицинской помощи должен быть оказан в ОМЕДБ?
5. В какой госпиталь необходимо эвакуировать пострадавшего?

**Билет №3**

**Вопрос №1**

Саркоидоз. Этиология, патогенез, классификация. Роль прижизненного морфологического исследования в современной клинической медицине.

**Вопрос №2**

Опухоли лёгких и плевры. Этиология опухолей, морфологические проявления предопухолевых процессов, морфологическая классификация опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма. Виды оперативных пособий. Современные возможности оперативного и консервативного лечения.

**Задача**

Водитель легкового автомобиля резко затормозил перед близко идущим пешеходом. В результате он сильно ударился грудной клеткой о рулевое колесо. Обратился в приёмное отделение хирургического стационара. Пострадавший жалуется на сильные боли в месте травмы, возрастающие при глубоком вдохе, кашле и ощупывании. Пациент сидит в вынужденной позе неподвижно, наклонив туловище вперед, сутулится, часто и поверхностно дышит. Грудина болезненная, имеет ступенчатую деформацию (тело грудины смещено назад), особенно заметную при пальпации.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие инструментальные методы диагностики необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Какой объем первой врачебной помощи необходимо выполнить?
4. Какой объем хирургического и консервативного лечения показан пострадавшему?
5. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности и составьте программу реабилитации.

**Билет №4**

**Вопрос 1**

Хирургическая анатомия средостения. Хирургические доступы при операциях на анатомических структурах средостения. Медиастиноскопия: показания, варианты, роль в современной торакальной хирургии.

**Вопрос 2.**

Доброкачественные опухоли легких. Этиология. Классификация. Методы диагностики и дифференциальной диагностики, лечебная тактика. Показания к хирургическому лечению.

### **Задача**

Больная К., 19 лет, не работает. Изменения в легких выявлены при профосмотре для устройства на работу. Жалобы на небольшую слабость, периодические (преимущественно по вечерам) подъемы температуры тела до 37,4-37,7°C, кашель со скудной мокротой, кровохаркание. Данные жалобы беспокоят в течение полугода. Пациентка никуда не обращалась, не лечилась.

Из анамнеза: туберкулезом не болела, туберкулезный контакт не известен. Последняя флюорография более 3-х лет назад. БЦЖ не проводилась, причину не знает.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. При перкуссии – справа над остью лопатки укорочение перкуторного звука, при аускультации в области укорочения звука – дыхание жесткое, после покашливания – единичные сухие хрипы. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 80 в мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом.

### Результаты обследования:

ОАК: Нб = 124 г/л, Эр. =  $4,0 \times 10^{12}/л$ , Лейкоциты =  $8,4 \times 10^9/л$ : баз. = 0%, эоз. = 1%, пал. = 2%, сегм. = 69%, лимф. = 21%, мон. = 7%, СОЭ = 18 мм/ч.

ОАМ: цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1015, реакция – слабо кислая. Белок – отрицат. Сахар – отрицат. Эпителий плоский = 1-3 в п/зр. Лейкоциты = 2-3 в п/зр.

Бактериоскопия мокроты по Цилю-Нильсену: КУБ не обнаружены.

Рентгенография органов грудной клетки: в проекции верхней доли справа определяется кольцевидная тень овальной формы, размером 4 см в диаметре; внутренние контуры четкие, наружные – неровные, размытые; толщина стенки 3 мм. В окружающей легочной ткани единичные полиморфные очаги.

### **Вопросы:**

4. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи. Назначьте неотложную терапию.

5. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

6. Порядок проведения диагностических мероприятий у лиц с длительным интоксикационным синдромом на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи.

## **Билет 5**

### **Вопрос 1**

Экспертиза временной нетрудоспособности: цель, нормативно-правовая база, организация. Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза при заболеваниях органов дыхания.

### **Вопрос 2**

Пневмоторакс. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению.

### **Задача**

Больная 40 лет, поступила с жалобами на повышение температуры до 38,5°C, одышку при минимальной физической нагрузке, кашель с мокротой ржавого цвета,

ощущение тяжести в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при наклоне в противоположную сторону. Заболела остро, после переохлаждения.

*Объективно:* состояние средней степени тяжести. ЧД – 24 в минуту. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании, слева под лопаткой и в подмышечной области притупление, здесь же ослабленное дыхание и голосовое дрожание. Выше этой зоны выслушивается бронхиальное дыхание, крепитация. Правая граница сердца смещена вправо. Пульс – 98 в минуту. АД – 130/80 мм рт. ст.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие синдромы можно выявить на рентгенограмме органов грудной клетки?
3. Какое обследование необходимо назначить больному?
4. Какое лечение необходимо назначить больному?

**2.3. Перечень навыков:**

- обследование больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- ведение медицинской документации;
- интерпретация данных лабораторно-инструментального обследования больных;
- оценка рентгенограмм, компьютерных томограмм легких;
- неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы, острой дыхательной недостаточности, легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, ТЭЛА.

**3. Технологии и критерии оценивания**

По окончании изучения дисциплины «Торакальная хирургия» предусмотрен зачет, который проводится на последнем практическом занятии по результатам тестового контроля и решения ситуационных задач.

Цель промежуточной аттестации – оценить степень освоения ординаторами дисциплины «Торакальная хирургия» в соответствии с требованиями ФГОС высшего образования по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия».

Уровень сформированности компетенций подтверждается посредством демонстрации знаний, который ординатор приобретает в ходе изучения дисциплины «Торакальная хирургия». Проверка знаний проводится на этапе тестирования по основным вопросам теоретического материала.

*Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:*

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам, выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки изоляции больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного. Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с

наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

*Критерии оценки этапа тестирования:*

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о не-сформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

70-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

*Критерии оценки этапа клинического разбора больного:*

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения.

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни.

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.