

федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности


О.Н. Барканова
«24» августа 2025 г.

**Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой
государственной аттестации).**

Наименование дисциплины: **Торакальная хирургия**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.65 Торакальная
хирургия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач - торакальный хирург**

**Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии
Института НМФО**

Форма обучения – очная

Срок обучения – 2 года

Для обучающихся 2024, 2025 годов поступления
(актуализированная редакция)

Волгоград, 2025

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Мозговой П.В.	Профессор	д.м.н./профессор	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
2.	Лопатин Ю.М.	Профессор	д.м.н./профессор	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
3.	Калашников А.В.	Профессор кафедры	д.м.н./доцент	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО

Фонд оценочных средств основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.65 – Торакальная хирургия.

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, протокол № 7 от «10» 06 2025 года

Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, д.м.н., профессор  / Ю.М. Лопатин /

Рецензент: Главный внештатный специалист по торакальной хирургии комитета здравоохранения Волгоградской области, заведующий хирургическим торакальным отделением ГБУЗ «ВОКБ №1» Котрунов В.В.

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 1 от «26» 08 2025 года

Председатель УМК



Н.И. Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  М.Л. Наumenко

ФОС тестирования государственной (итоговой государственной) аттестации.

1. Внутригрудная артерия на уровне I межреберных промежутков расположена: Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) по парастеральной линии на уровне верхнего края II между внутригрудной фасцией и вентрально хрящом II ребра;**
- b) - по стеральной линии между париетальной плеврой и внутригрудной фасцией
- c) - латерально от парастеральной линии между внутренней межреберной мышцей и внутригрудной фасцией;
- d) - между стеральной и парастеральной линией под внутригрудной фасцией рядом с диафрагмальным нервом, сопровождая его до IV ребра;
- e) - за грудиной, между внутригрудной фасцией и задней пластинкой грудины

2. Функциональная единица дыхательной системы называется:

- a) Ацинус**
- b) Респирон
- c) Бронх
- d) Бронхиола

3. Наиболее частый вариант кровоснабжения верхней доли правого легкого:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) передний ствол легочной артерии и A2;**
- b) передний ствол легочной артерии и A3;
- c) передний ствол легочной артерии и A1;
- d) передний ствол и междолевой ствол легочной артерии;
- e) передний ствол легочной артерии.

4. При синдроме тотального затемнения положение средостения смещено в сторону при:

- a) Ателектазе легкого**
- b) Отеке легких
- c) Жидкости в плевральной полости
- d) Новообразовании
- e)

5. Признаками легочной гипертензии являются:

- a) **Расширение корня легкого**
- b) Усиление легочного рисунка
- c) Кровотечение из сосудов легких
- d) Легочные свищи

6. Выраженность функциональных расстройств при ателектазировании зависит от:

- a) **Объема легочной паренхимы, выпадающей из газообмена**
- b) **Изменения расположения легкого**
- c) **Быстроты развития безвоздушности**
- d) **Выраженности интоксикации**

7. Передний ствол легочной артерии наиболее часто делится на следующие сегментарные ветви: Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **A1 и A3;**
- b) A1 и A2;
- c) A2 и A3;
- d) A4 и A5;
- e) A4, A5 и A6.

8. Основной метод диагностики пороков развития стенки бронхов:

- a) **Компьютерная томография**
- b) Рентгенография
- c) Рентгеноскопия
- d) Магнитно резонансная томография

9. Гнойные процессы из области шеи проникают в грудную полость:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **через клетчаточные пространства по ходу фасций шеи;**
- b) вдоль трахеи;
- c) вдоль крупных артериальных и венозных стволов;
- d) по ходу пищевода;
- e) через яремную область вдоль задней пластинки грудины.

10. Основной метод диагностики дивертикулов трахеи и бронхов:

- a) **Бронхоскопия**
- b) Ангиопульмонография
- c) МРТ
- d) Рентгенологическое исследование

11. Факторы, способствующие послеоперационной пневмонии:

- a) **Травматичность и продолжительность оперативного вмешательства более 2 часов**
- b) Недостаточная выраженность подкожно-жировой клетчатки
- c) Застой в малом круге кровообращения
- d) Молодой возраст пациента

12. Группу повышенного риска развития легочной инфекции составляют пациенты:

- a) **Подвергающиеся длительной интубации трахеи и трахеостомии**
- b) Длительно страдающие сахарным диабетом второго типа
- c) С длительным стажем курения
- d) С пороками развития легких

13. При вагосимпатической блокаде кожным ориентиром для пункции является

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **место перекреста заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы с наружной яремной веной;**
- b) верхний угол наружного треугольника шеи;
- c) латеральная надключичная ямка;
- d) заднелатеральный угол срединного треугольника шеи;
- e) верхний угол латерального треугольника шеи.

14. У больного во время операции развился симптом К. Бернара-Горнера. Это свидетельствует о травме:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **звездчатого нервного узла;**
- b) возвратного нерва;
- c) блуждающего нерва;

- d) диафрагмального нерва;
- e) I межреберного нерва

15. Клинические проявления дислокации сердца сходны с:

- a) **Одномоментную тяжелую кровопотерю**
- b) Ателектаз легкого
- c) Гидроторакс
- d) Пневмоторакс

16. Когда раневое отверстие в мягких тканях груди и легком закрывается в результате смещения тканей и воздух в плевральную полость не поступает, образуется:

- a) **Закрытый пневмоторакс**
- b) Клапанный пневмоторакс
- c) Открытый пневмоторакс
- d) Гемоторакс

17. Неотложные торакотомии показаны при:

- a) **Выполнении реанимационных мероприятий**
- b) Повреждениях пищевода
- c) Упорно возобновляющемся пневмотораксе с коллапсом легкого
- d) Эмпиеме плевры

18. Торакотомию производят под:

- a) **Эндотрахеальным наркозом с ИВЛ**
- b) Местной анестезией
- c) Эпидуральной анестезией
- d) Внутривенной анестезией

19. Порок, характеризующийся необычным расположением анатомических структур легкого:

- a) **Доля непарной вены**
- b) Гамартома
- c) Секвестрация легкого
- d) Врожденная долевая эмфизема

20. Бессимптомно существующие дивертикулы трахеи и крупных бронхов обнаруживают:

- a) Случайно
- b) При медиастинотомии по Разумовскому
- c) При длительно существующем трахеобронхиальном свище
- d) При локальных стенозах

21. Купола диафрагмы в норме, как правило, расположены на уровне:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) IV ребра справа, V ребра слева;
- b) V ребра справа, IV ребра слева;
- c) IV ребра справа и слева;
- d) VII ребра справа, VI ребра слева;
- e) VI ребра справа и слева.

22. Эндоскопическое обследование больных с подозрением на трахео- или бронхопищеводный свищ включает:

- a) **Исследование просвета пищевода и дыхательных путей**
- b) Исследование бифуркации трахеи
- c) Контрастное усиление
- d) Использование дополнительных приемов

23. Лечение трахео- и бронхопищеводных свищей при всех вариантах их клинических проявлений может:

- a) **Быть только хирургическим**
- b) Быть медикаментозным
- c) Включать использование имплантов
- d) Включать использование РФП

24. Периферические стенозы легочной артерии формируются:

- a) **К концу 6-ой недели развития эмбриона**
- b) К концу 21-ой недели развития эмбриона
- c) В зрелом возрасте
- d) Перифокально

25. Хирургическое лечение варикозного расширения легочной вены состоит в:

- a) Атипичной резекции легкого вместе с очагом порока развития**
- b) Сегментарной резекции легкого
- c) Билобэктомии
- d) Формировании соустья с бронхиальной артерией

26. Самостоятельно через отдельный сосуд от аорты кровоснабжение легочной ткани может осуществляться в:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) нижнюю долю левого легкого;**
- b) нижнюю долю правого легкого;
- c) верхнюю долю правого и левого легкого;
- d) язычковые сегменты левого легкого;
- e) среднюю долю правого легкого.

27. Обратное расположение легких – это:

- a) Двухдолевое строение правого легкого и трехдолевое – левого**
- b) Симметричное трехдолевое строение обоих легких
- c) Изменение в обоих корнях легких
- d) Аномалия расположения главных бронхов по отношению к венам.

28. Торакотомию по Насилову применяют при операциях по поводу патологии:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) заднего средостения;**
- b) переднего средостения;
- c) верхнего средостения;
- d) диафрагмы;
- e) сердца

29. Операция Делорма заключается в:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) декортикации легкого;**
- b) миоторакопластике полости эмпиемы;

- c) плеврэктомии;
- d) плевропульмонэктомии;
- e) фенестрации полости эмпиемы.

30. Гангрена легкого в отличие от абсцесса:

- a) **Не имеет четких признаков демаркации**
- b) Гнилостный распад некротических участков
- c) Характеризуется менее обширным омертвением паренхимы
- d) Имеет дренирующий бронх

31. Хирургический доступ для торакостомии определяется:

- a) **Местом скопления гноя в плевральной полости**
- b) Шириной нижележащего межреберья
- c) Напряжением грудной стенки
- d) Тяжестью состояния пациента

32. По форме выделяют следующие виды бронхоэктазий:

- a) **Цилиндрические**
- b) **Веретенообразные**
- c) **Кистоподобные**
- d) Ремиссионные

33. Первой стадией парагонимоза является:

- a) **Острая абдоминальная**
- b) Острая плевролегочная
- c) Хроническая легочная
- d) Стадия осложнений

34. Открытая биопсия легкого по Классену это:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **"малая" торакотомия и краевая резекция легкого;**
- b) стандартная межреберная торакотомия и резекции измененных участков;
- c) стандартная торакотомия и клиновидная резекция легкого;
- d) **"малая" торакотомия и резекция видимых измененных участков легкого**

- e) видеоторакоскопия и аппаратная резекция измененных участков легкого

35. К приобретенным кистам легкого относится:

- a) Буллезная эмфизема
- b) Внутридолевая секвестрация
- c) Солитарная бронхогенная киста
- d) Дермоидная киста

36. Характерными для рака легкого структурными, гистоморфологическими изменениями являются:

- a) Автономность роста
- b) Выраженная анаплазия
- c) Способность к метастазированию
- d) Отсутствие инфильтрации

37. К недифференцированным опухолям относится:

- a) Мелкоклеточный
- b) Плоскоклеточный
- c) Аденокарцинома
- d) Гамартома

38. Выносящие лимфатические сосуды узлов груди впадают в:

- a) Грудной проток
- b) Венозный угол
- c) Яремный ствол
- d) Глубокие лимфатические узлы шеи

39. Стандартным и наиболее анатомически обоснованным хирургическим доступом к вилочковой железе является:

- a) Срединная стернотомия
- b) Переднебоковая торакотомия
- c) Коникотомия
- d) Верхняя трахеотомия

40. Бронхогенные кисты чаще локализуются в:

- a) **Средостении**
- b) Бронхах
- c) Легких
- d) Бронхиолах

41. Доступ, предложенный В.И. Разумовским используется для операции при:

- a) **Высоких задних медиастинитах**
- b) Переднем медиастените
- c) Дренирования плевральной полости
- d) Наложении искусственного пневмоторакса

42. Специфическими микробными асептическими медиастинитами являются:

- a) **Сифилитические**
- b) **Туберкулезные**
- c) **Микотические**
- d) Пневмококковые

43. Липофагический хронический медиастинит связан с проникновением в плевральную полость:

- a) **Парафина**
- b) Гепарина
- c) Плазмы крови
- d) Фибриновых сгустков

44. Хилотораксом называют прогрессирующее накопление в грудной клетке:

- a) **Лимфы с большим содержанием жира**
- b) Плазмы
- c) Свернувшейся крови
- d) Содержимого абсцесса

45. Полисегментарной резекцией легкого называется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **резекция нескольких сегментов одной доли;**
- b) резекция нескольких сегментов из разных долей одного легкого;
- c) резекция нескольких сегментов из разных легких;

- d) резекция нескольких рядом расположенных сегментов одной доли;
- e) любая резекция более 2-х сегментов легкого.

46. Грануляционные стенозы чаще всего формируются в местах ранее образовавшихся свищей, сообщающих просвет трахеи с:

- a) **Воспалительно измененными лимфатическими узлами**
- b) Пищеводом
- c) Средостением
- d) Областью щитовидной железы

47. Первым физиологическим сужением пищевода является

- a) **Перстневидно-глоточное**
- b) Бронхиальное
- c) Аортальное
- d) Диафрагмальное

48. Вторым физиологическим сужением пищевода является:

- a) **Аортальное**
- b) Перстневидно-глоточное
- c) Бронхиальное
- d) Диафрагмальное

49. Третьим физиологическим сужением пищевода является:

- a) **Бронхиальное**
- b) Перстневидно-глоточное
- c) Аортальное
- d) Диафрагмальное

50. Наиболее часто инородные тела пищевода локализуются за _
пищеводным сужением:

- a) **Первым**
- b) Вторым
- c) Третьим
- d) Четвертым

51. Средняя длина пищевода:

- a) **25-30 см**
- b) 15-20 см
- c) 20-25 см
- d) 30-35 см

52. Связка Морозова-Саввина фиксирует:

- a) **Нижний отдел пищевода к диафрагме**
- b) Верхний отдел пищевода к трахее
- c) Средний отдел трахеи к перстневидному хрящу
- d) Трахею к дуге аорты

53. Реверсия легких по Малицкому заключается в:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **пневмопексии CX или CIX в куполе плевральной полости**
- b) пневмопексии CI в заднем костодиафрагмальном синусе;
- c) пневмопексии CIV или CV в заднем костодиафрагмальном синусе;
- d) пневмопексии CIV или CV в куполе плевральной полости;
- e) пневмопексии CVI в куполе плевральной полости.

54. Пластинка Лаймера-Бертелли фиксирует пищевод:

- a) **В области пищеводного отверстия диафрагмы**
- b) В области пищеводно-глоточного перехода
- c) В области дуги аорты
- d) В области 4 хряща трахеи

55. Дивертикулы Ценкера локализуются в:

- a) **Пищеводе**
- b) Трахее
- c) Диафрагме
- d) Грудной клетке

56. Треугольник Ланье-Гекермана располагается между:

- a) **Нижним сжимателем глотки и перстневидно-глоточной мышцей**
- b) Мускулатурой пищевода
- c) Дивертикулярным мешком и пищеводом
- d) Хрящами трахеи

57. Радикальным методом лечения дивертикула пищевода является:

- a) **Оперативное удаление**
- b) Промывание дивертикула
- c) Строгий пищевой режим
- d) Мягкая диета

58. Основными причинами развития ГЭРБ являются:

- a) **Патологический рефлюкс желудочного или дуоденального содержимого в пищевод**
- b) Пониженное внутрибрюшное давление
- c) Рубцовые деформации пищевода
- d) Повышение моторики пищевода

59. Дисфагия – это:

- a) **Затруднение прохождения пищи по пищеводу**
- b) Отрыжка пищей и воздухом
- c) Гипофункция слюнных желез
- d) Боль при глотании

60. Основные принципы лечения ГЭРБ:

- a) **Снижение объема желудочного содержимого**
- b) **Повышение антирефлюксной функции сфинктера**
- c) **Усиление эзофагеального очищения**
- d) Антибактериальная терапия

61. При пищеводе Баретта происходит:

- a) **Развитие метаплазированного цилиндрического эпителия с бокаловидными клетками**
- b) Перерождение складок пищевода по кишечному типу
- c) Рубцовое сужение пищевода
- d) Замещение эпителия нижнего отдела пищевода гладкомышечными клетками

62. К ранним осложнениям ожогов пищевода относятся

- a) **Перфорация пищевода и желудка**

- b) Ателектаз легкого
- c) Пневмоторакс
- d) ГЭРБ

63. При выполнении интраплевральной торакопластики при резекции легкого последовательно производят:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **резекцию легкого, удаление I ребра, а затем необходимое число нижележащих ребер;**
- b) резекцию легкого, поднадкостничную резекцию II ребра, а затем удаляют необходимое число нижележащих ребер;
- c) весь объем торакопластики, а затем резекцию легкого;
- d) удаление I и II ребер, затем резекцию легкого, затем выполняют необходимый объем торакопластики;
- e) удаление I ребра, резекцию легкого, необходимый объем торакопластики.

64. Линия Соколова-Эллиса-Дамуазо – это:

- a) **Рентгенологический признак экссудативного плеврита**
- b) Рентгенологический признак пневмоторакса
- c) Линия стояния диафрагмы
- d) Признак повышения внутрибрюшного давления

65. Петехиальная сыпь, кровоизлияния на коже, кровоточивость десен, носовые кровотечения, маточные кровотечения характерны для:

- a) **Геморрагического диатеза**
- b) Синдрома Жильбера
- c) Синдром Лайелла
- d) Легочной гипертензии

66. Щель Ларрея-Морганьи – это:

- a) **Грудино-реберный промежуток**
- b) Сухожильный центр
- c) Медиальная ножка диафрагмы
- d) Пояснично-реберный промежуток

67. Щель Богдалека – это:

- a) **Пояснично-реберный промежуток**

- b) Грудино-реберный промежуток
- c) Медиальная ножка диафрагмы
- d) Сухожильный центр

68. Окклюзия культи главного бронха по Богушу при бронхоплевральных свищах после пульмонэктомии выполняется в последовательности:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) срединная стернотомия, перикардиотомия, прошивание культи соответствующей легочной артерии и бронха по краю трахеи и формирование периферической культи после удаления ее слизистой и ушивания по Суиту;
- b) заднебоковая торакотомия, чрезплевральное вскрытие заднего средостения, реампутация культи бронха с ушиванием центрального ее конца и удалением периферического;
- c) торакотомия по Насилову, экстраплевральный подход к заднему средостению, пересечение и ушивание центрального и периферического конца культи бронха аппаратом УО-40;
- d) торакотомия с противоположной стороны, медиастиномия, резекция и ушивание культи бронха;
- e) переднебоковая торакотомия, плеврэктомия, реампутация и повторная обработка культи бронха по способу Тигля;

69. Реберный клапан – это:

- a) Флотирующий перелом ребра
- b) Клапанный пневмоторакс
- c) Открытый пневмоторакс
- d) Сухожильный центр диафрагмы

70. При разрыве диафрагмы следует перейти к:

- a) Срочной операции
- b) Плановой операции
- c) Диагностическому пневмоперитонеуму
- d) Лапароцентезу

71. Целью введения атропина перед бронхоскопией является профилактика:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) ларингобронхоспазма, а также подавление ваговагального рефлекса и саливации;**
- b) психотических реакций, обморока;
- c) регургитации, а также подавление рвотного и кашлевого рефлексов
- d) гипотензии и тахикардии;
- e) возможной передозировки анестетика и аллергических реакций

72. Относительным противопоказанием для видеоторакоскопической операции является:

- a) Поражение корня легкого**
- b) Гемоторакс
- c) Повышение АД
- d) Подкожная эмфизема

73. Основным симптомом при стриктуре пищевода является:

- a) Дисфагия**
- b) Отрыжка
- c) Изжога
- d) Кровохарканье

74. Противопоказанием к фибробронхоскопии является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) профузное легочное кровотечение;**
- b) инородное тело главного бронха;
- c) центральный рак легкого;
- d) диффузный гнойный бронхит;
- e) инфильтративно-язвенный туберкулез бронхов.

75. Фундопликация по Ниссену применяется при:

- a) ГПОД**
- b) Кардиоспазме
- c) Ценкеровском дивертикуле
- d) Рецидивирующем пневмотораксе

76. Для флотирующего перелома ребер характерно:

- a) **Парадоксальное дыхание**
- b) Дыхание Куссмауля
- c) Синдром Титце
- d) Гнойный очаг

77. Типичной точкой введения троакара для видеосистемы при диагностической торакокопии является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **IV межреберье кпереди от средней подмышечной линии;**
- b) III межреберье по среднеключичной линии;
- c) V межреберье по лопаточной линии;
- d) VI межреберье по задней подмышечной линии;
- e) VII межреберье кзади от средней подмышечной линии.

78. Синдром Титце – это:

- a) **Воспаление ребер хрящей в месте их сочленения с грудиной**
- b) Парадоксальное дыхание
- c) Флотирующий перелом ребер
- d) Гнойный очаг

79. Плевральный экссудат отличается от транссудата тем, что содержит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **больше белка, больше лейкоцитов, больше ферментов, больше глюкозы;**
- b) больше белка, больше лейкоцитов, меньше ферментов, меньше глюкозы;
- c) меньше белка, меньше лейкоцитов, меньше ферментов, меньше глюкозы
- d) меньше белка, меньше лейкоцитов, больше ферментов, больше глюкозы
- e) больше белка, меньше лейкоцитов, больше ферментов, меньше глюкозы

80. Противопоказанием к пункционному методу лечения эмпиемы плевры является:

- a) **Эмпиема плевры значительного объема (1-1,5л)**
- b) Сахарный диабет

- c) Эмпиема плевры небольшого объема (менее 300 мл)
- d) Наличие в экссудате хлопьев фибрина

81. К дыхательным мышцам относятся:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **диафрагма, мышцы грудной клетки, передней брюшной стенки;**
- b) мышцы грудной клетки, передней брюшной стенки, плечевого пояса;
- c) мышцы грудной клетки, спины, шеи;
- d) мышцы грудной клетки, плечевого пояса, диафрагма;
- e) мышцы грудной клетки, спины, шеи, диафрагма.

82. Основной рентгенологический симптом спонтанного пневмоторакса:

- a) **Отсутствие легочного рисунка в периферических отделах соответствующего гемиторакса**
- b) Линия Эллиса-Демуазо
- c) Усиление легочного рисунка
- d) Дорожка к корню легкого

83. Через легкие путем перспирации в норме / при гипервентиляции или дыхания через трахеостому теряется соответственно:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **0,5-0,75 л / 2,5-3,5 л воды;**
- b) 0,5-0,75 л / 1,0-1,5 л воды;
- c) 1,2-1,5 л / 2,5-3,5 л воды;
- d) 1,2-1,5 л / до 4,5 л воды;
- e) 1,5 л / более 5 л воды.

84. При одномоментных двусторонних операциях на легких предпочтительным вариантом интубации является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **двухканальной трубкой и последовательным отключением легких;**
- b) эндотрахеальной одноканальной трубкой;
- c) эндобронхиальная интубация последовательно каждого легкого;
- d) интубация через трахеостому;
- e) инъекционная ИВЛ.

85. Цели лечения спонтанного пневмоторакса:

- a) **Расправление легкого**
- b) **Прекращение поступления воздуха в плевральную полость**
- c) **Предотвращение рецидивов заболевания**
- d) Снижение внутрибрюшного давления

86. Кровохарканье – это:

- a) **Откашливание крови в объеме до 50 мл в сутки**
- b) Откашливание мокроты с примесью крови
- c) Выделение с мокротой свернувшейся крови
- d) Выделение с мокротой прожилок крови

87. Магистральным сосудом, лежащим на куполе плевры, является:

- a) **Подключичная артерия**
- b) Общая сонная артерия
- c) Нижняя щитовидная артерия
- d) Подключичная вена

88. Основным клиническим симптомом рубцовых стенозов трахеи является:

- a) **Затруднение дыхания**
- b) Боль в области шеи
- c) Кровохарканье
- d) Осиплость голоса

89. Основанием для прерывания проведения курса химиотерапии при злокачественных опухолях легких и средостения служит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **снижение количества лейкоцитов периферической крови ниже 3000 в 1 мкл;**
- b) появление белка в общем анализе мочи (до 0,066 0/00);
- c) повышение температуры тела до субфебрильных цифр;
- d) выраженная рвота, диарея;
- e) уменьшение количества общего белка в крови ниже 40 г/л;

90. Симптом Гювера часто выявляется при:

- a) **Релаксации диафрагмы**
- b) Пневмотораксе
- c) Трахеопищеводном свище
- d) ГПОД

91. В легочной хирургии применяют лазеры:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **CO₂ и АИГ-неодимовые;**
- b) АИГ-неодимовые и гелий-неоновые;
- c) гелий-неоновые и аргоновые;
- d) аргоновые и ультрафиолетовые;
- e) ультрафиолетовые и лазеры на парах меди

92. Первый этап хирургического лечения пациента с пиопневмотораксом:

- a) **Дренирование плевральной полости**
- b) Пункция плевральной полости
- c) Видеоассистированная миниторакотомия
- d) Торактомия

93. В заднем средостении расположено:

- a) **Пищевод**
- b) Сердце
- c) Легочный ствол
- d) Верхняя полая вена

94. В переднем средостении расположено:

- a) Верхняя полая вена**
- b) Пищевод
- c) Нисходящая часть аорты
- d) Нижняя полая вена

95. Патологическим считается снижение ЖЕЛ меньше чем:

- a) 80%**
- b) 78%
- c) 75%
- d) 90%

96. Опухоли трахеи преимущественно исходят из:

- a) Мембранозной части и боковых стенок**
- b) Места деления трахеи на главные бронхи
- c) Место соединения хрящей и мембранозной части
- d) Передней полуокружности

97. Сочетанной травмой груди называется повреждение:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) грудной клетки и других частей тела в результате действия одного вида энергии**
- b) нескольких органов грудной клетки;
- c) грудной клетки и других частей в результате действия разных видов энергии
- d) нескольких органов грудной клетки в результате действия разных видов энергии
- e) грудной стенки и органов грудной полости

98. При повреждении магистральных сосудов корня легкого и возникновении массивного кровотечения в рану единственным правильным решением является:

- a) Пальцевое прижатие кровоточащего места**
- b) Захват сосудистых структур зажимом вслепую
- c) Эвакуация излившейся крови
- d) Электрокоагуляция

99. К парамаммарным относят узел:

- a) Бартельса**
- b) Роттера
- c) Латеральные подмышечные
- d) Центральные подмышечные

100. Узлы Роттера располагаются:

- a) Между большой и малой грудными мышцами**
- b) Подключично
- c) Надключично
- d) Парастернально

101. Необходимый компонент вмешательства при оперативном лечении килевидной грудной клетки:

- a) Резекция деформированных реберных хрящей**
- b) Выделение v.azygos
- c) Поднадкостничная резекция 4-8 ребер
- d) Химический плевродез

102. Опухоль Панкоста включает в себя симптомы поражения _ ребра, _

- a) плечевого сплетения, симпатического ствола**
- b) подключичной вены, возвратного нерва
- c) подключичной артерии, звездчатого ганглия
- d) подключичной вены, парасимпатического ствола

103. Комбинированной травмой груди называется повреждение:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) грудной клетки и других частей тела в результате действия разных видов энергии;**
- b) нескольких органов грудной клетки;
- c) грудной клетки и других частей тела в результате действия одного вида энергии;
- d) грудной клетки и других частей тела, полученные за короткий промежуток времени;
- e) грудной стенки и органов грудной полости.

104. Наиболее информативный метод при диагностике инородных тел в трахее и бронхах:

- a) Ларинготрахеобронхоскопия, МСКТ ОГК и шеи**
- b) Бронхография и рентгенография
- c) Полипозиционная рентгеноскопия
- d) Рентгенография ОГК

105. Синдром Маклеода включает:

- a) Одностороннюю эмфизему легких**

- b) Трахеобронхомаляцию
- c) Секвестрацию легкого
- d) Дивертикулы трахеи

106. Наиболее простой способ эвакуации экссудата из плевральной полости:

- a) **Плевральная пункция**
- b) Торакотомия
- c) Торакостомия
- d) Коникотомия

107. Легочную ткань кровоснабжают:

- a) **Легочные вены**
- b) Легочные артерии
- c) Бронхиальные вены
- d) Межреберные артерии

108. Достоверным признаком разрыва диафрагмы является:

- a) **Пролабирование органов брюшной полости в грудную клетку на Rh исследовании**
- b) Боль в подреберье
- c) Боль в животе
- d) Ослабленное дыхание на стороне поражения

109. Эзофагокардиомиотомия показана при

- a) **Ахалазии пищевода и кардиоспазме**
- b) Карциноме пищевода

- c) Грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- d) Диафрагмальной грыже

110. При гематогенном метастазировании рака молочной железы чаще всего поражаются

- a) Легкие
- b) Печень
- c) Кожа
- d) Кости

111. Экссудативный плеврит чаще всего является осложнением:

- a) Острой пневмонии
- b) Абсцесса легких
- c) Туберкулеза легких
- d) Эхинококкоза легких

112. В течении травматической болезни при закрытой травме груди выделяют:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) 4 периода: 1 - первичных реакций, 2 - ранних проявлений и осложнений; 3 - поздних проявлений и осложнений, 4 - исходов и последствий;
- b) 2 периода: 1 - шока, 2 - основных клинических проявлений
- c) 2 периода: 1 - острый, 2 - клинических проявлений и осложнений
- d) 3 периода: 1 - острый, 2 - ранних проявлений, 3 - восстановительный
- e) 3 периода: 1 - первичных реакций, 2 - основных клинических проявлений, 3 - исходов и последствий

113. Внезапная боль в груди, одышка, значительное ухудшение общего состояния у больного с врожденной бронхогенной кистой появляются при:

- a) Прорыве ее в свободную плевральную полость и развитии пневмоторакса**
- b) Нахождение кисты в состоянии клапанного напряжения
- c) Нагноившейся кисте, получившей сообщение с бронхиальным деревом
- d) Нарушении целостности кровеносных сосудов, расположенных рядом

114. Сочетание признаков эмфиземы и пневмосклероза при рентгенологическом исследовании характерно для:

- a) Гипоплазии и аплазии хрящей сегментарных бронхов**
- b) Кистозной гипоплазии легкого
- c) Трахеобронхомегалии
- d) Врожденная долевая эмфизема

115. По классификации П.А. Куприянова выделяют гемотораксы:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) малые - рентгенологически затемнение на уровне наружного синуса, средние - затемнение до угла лопатки, большие - затемнение выше угла лопатки;**
- b) малые до 400 мл и большие свыше 400 мл;
- c) малые до 100 мл, средние до 400 мл и большие свыше 400 мл;
- d) малые до 200 мл, средние до 800 мл и большие свыше 800 мл
- e) малые - рентгенологически затемнение до уровня 6-го ребра, средние - до уровня середины лопатки, большие - затемнение всего гемиторакса

116. Хирургическое лечение при остром абсцессе легкого показано при:

- a) Легочном кровотечении**
- b) Центральной локализации абсцесса
- c) Угрозе прорыва абсцесса в плевральную полость
- d) Угрозе развития гангрены

117. Пострадавший доставлен через 30 минут после колото-резанного ранения правой половины грудной клетки, состояние средней тяжести, стабильное, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 90 в 1 мин., Нв крови 110 г/л, при рентгенографии грудной клетки - уровень жидкости до угла лопатки, при плевральной пункции получена кровь, проба Рувилуа-Грегуара положительная. Дальнейшая тактика лечения:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) срочная торакотомия;**
- b) продолжить пункцию до полной эвакуации крови;
- c) дренирование правой плевральной полости в VII межреберье по задней подмышечной линии;
- d) срочная торакоскопия
- e) инфузионно-трансфузионная терапия.

118. Для тромбоэмболии крупной ветви легочной артерии в ранние сроки характерно:

- a) Локальное ослабление легочного рисунка**
- b) Диффузное усиление легочного рисунка
- c) Повышение прозрачности участка легочного поля
- d) Понижение прозрачности участка легкого

119. Амфорическое дыхание наблюдается при:

- a) Абсцессе легкого**
- b) Бронхиальной астме
- c) Очаговой пневмонии
- d) Хроническом бронхите

120. Гнойные процессы из области шеи проникают в грудную полость по ходу:

- a) Клетчаточных пространств фасций шеи**
- b) Пищевода и параэзофагеальной клетчатки
- c) Трахеи и околотрахеальной фасции шеи
- d) Крупных артериальных и венозных стволов

121. В качестве оперативного лечения гангрены легкого наиболее часто применяется:

- a) Пневмонэктомия**
- b) Клиновидная резекция легкого
- c) Пневмотомия
- d) Лобэктомия

122. Оптимальным объемом операции у больного доброкачественной гамартомой легкого при ее субплевральной локализации является:

- a) Атипичная резекция**
- b) Лобэктомия
- c) Пневмонэктомия
- d) Сегментэктомия

123. При подозрении на легочную секвестрацию с целью диагностики можно выполнить:

- a) Аортографию**
- b) Бронхографию
- c) Контрастирование пищевода
- d) Пневмоперитонеум

124. Для оценки легочного кровотока используют:

- a) Перфузионную сцинтиграфию и ангиопульмонографию**
- b) Вентиляционную радиографию и магнитно-резонансную томографию
- c) Ангиопульмонографию и вентиляционную радиографию
- d) Бодиплетизмографию

125. Одной из возможных причин парезов органов брюшной полости после правосторонней пневмонэктомии является повреждение:

- a) Блуждающего нерва**
- b) Большого чревного нерва
- c) Грудного симпатического ствола
- d) Диафрагмального нерва

126. Нагноение грудины после стернотомии наиболее часто характеризуется развитием:

- a) Гнойного медиастинита или перикардита**
- b) Сепсиса
- c) Эмпиемы плевры
- d) Остеомиелита ребер

127. Наиболее частыми осложнениями пороков развития бронхо-легочной системы являются:

- a) **Кровотечение, нагноение**
- b) Пневмосклероз, ателектаз
- c) Пневмоторакс, дислокация
- d) Озлокачествление, распад

128. Установленный разрыв диафрагмы является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **абсолютным показанием к срочной операции по жизненным показаниям;**
- b) показанием к динамическому наблюдению
- c) показанием к срочной операции после дообследования;
- d) показанием к плановой операции;
- e) показанием к операции только при развитии осложнений.

129. Основным путем лимфооттока в нормальных условиях считают

- a) **Ортоградный**
- b) Коллатеральный
- c) Смешанный
- d) Ретроградный

130. У пострадавшего имеется неосложненный перелом 2-х ребер. Наиболее оправданная тактика:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **амбулаторное лечение, наблюдение у травматолога по месту жительства;**

- b) госпитализация для стационарного лечения в отделение травматологии;
- c) госпитализация в отделение торакальной хирургии;
- d) госпитализация в отделение пульмонологии;
- e) амбулаторное лечение, наблюдение хирурга по месту жительства.

131. При остром гнойном медиастините показано:

- a) **Вскрытие, санация, дренирование и послеоперационный лаваж средостения**
- b) Вскрытие, тампонада и дренирование средостения
- c) Вскрытие и тампонада средостения
- d) Закрытое дренирование средостения

132. Характерным симптомом для гнойных заболеваний легких является:

- a) **Кашель с большим количеством гнойной мокроты**
- b) Кровохарканье
- c) Высокая температура
- d) Симптом барабанных палочек

133. При медиастиноскопии чаще всего повреждается нерв:

- a) **Левый возвратный**
- b) Правый возвратный
- c) Левый диафрагмальный
- d) Правый диафрагмальный

134. Задачей хирургического вмешательства при релаксации диафрагмы является:

- a) Восстановление исходного уровня стояния диафрагмы**
- b) Низведение печени в исходное положение
- c) Удаление патологически измененных базальных отделов легкого
- d) Восстановление целостности диафрагмального нерва

135. При торакомиопластике раневого дефекта при стерномедиастините обычно используют:

- a) Встречные лоскуты больших грудных мышц**
- b) Зубчатые мышцы
- c) Послойный кожно-мышечный лоскут широчайшей мышцы спины
- d) Послойный кожно-мышечный лоскут прямой мышцы живота

136. При легочной гипертензии в системе малого круга кровообращения отмечается:

- a) Резкое увеличение легочной артерии**
- b) Резкое увеличение и смещение легочных вен
- c) Небольшое увеличение легочных вен
- d) Западение и смещение легочной артерии

137. Трансторакальная пункция новообразования в легком наиболее часто сопровождается осложнением в виде:

- a) Пневмоторакса**
- b) Имплантационного метастазирования
- c) Гемоторакса
- d) Легочного кровотечения

138. Основными причинами вторичного стеноза трахеи считают:

- a) Сдавление трахеи извне**
- b) Нарушение каркасности трахеи
- c) Дефрагментацию хрящей трахеи
- d) Развитие рубцовой ткани в стенке трахеи

139. На обзорной рентгенограмме в боковой проекции угол лопатки виден на уровне___грудного позвонка:

- a) Седьмого**
- b) Восьмого
- c) Девятого
- d) Десятого

140. Рентгенологическое обследование больного с патологией легких должно начинаться с:

- a) Обзорной рентгенографии**
- b) Прицельной рентгенографии
- c) Томографии легких
- d) Суперэкспонированной рентгенографии

141. Вакцинальный штамм БЦЖ является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) слабопатогенным;**
- b) невирулентным;
- c) вирулентным;
- d) непатогенным;
- e) патогенным.

142. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается с:

- a) Дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости**
- b) Плевральной пункции
- c) Торакотомии
- d) Вагосимпатической блокады

143. Остаточным объемом легких считается:

- a) Объем воздуха, остающийся в легких после максимального выдоха**
- b) Объем воздуха, остающийся в легких после нормального выдоха и максимального вдоха
- c) Суммарный объем вдыхаемого или выдыхаемого воздуха, определяющийся при максимальном вдохе и выдохе
- d) Максимальный объем воздуха, выдыхаемый после окончания нормального выдоха

144. Наиболее частым пороком развития, вызывающим стридор у детей, является:

- a) Ларингомалиция**
- b) Трахеопищеводный свищ
- c) Атрезия пищевода
- d) Трахеобронхомалиция

145. Грудной лимфатический проток впадает в:

- a) Угол между левой внутренней яремной и левой подключичной венами**
- b) Левую плечеголовную вену

- c) Верхнюю полую вену
- d) Непарную вену

146. К бактериовыделителями относят больных активной формой туберкулеза легких, у которых МБТ обнаружены в:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) мокроте;
- b) бронхоальвеолярном смыве;
- c) крови;
- d) биоптате лимфоузлов;
- e) плевральной жидкости;

147. Эндоскопические изменения при кардиоспазме 2 степени включают:

- a) Спазм кардии и усиление перистальтики
- b) Застойный эзофагит и спазм кардии
- c) Расширение просвета пищевода и спазм кардии
- d) Наличие жидкости и пищевых масс в дистальных отделах пищевода

148. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется наличием:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **первичного аффекта в легочной ткани, регионарным лимфангиитом и лимфаденитом внутригрудных лимфатических узлов;**
- b) первичного аффекта в любом органе и регионарного лимфаденита
- c) первичного аффекта в легочной ткани и сегментарного бронхита
- d) первичного аффекта в легочной ткани, сегментарного бронхита и лимфаденита внутригрудных лимфоузлов

- е) первичного аффекта в легочной ткани и лимфаденита внутригрудных лимфоузлов

149. Легочный рисунок при пробе Вальсальвы:

- а) Обедняется**
- б) Уплотняется
- в) Диспергируется
- г) Усиливается

150. Легочным эхинококкозом называют:

- а) Паразитарное заболевание**
- б) Бактериальную инфекцию
- в) Микст-опухолевый процесс
- г) Грибковое заболевание

151. Инфекция, вызывающая абсцесс легкого, чаще всего проникает в легкое _____ путем:

- а) Бронхогенным**
- б) Гематогенным
- в) Лимфогенным
- г) Контактным

152. Главной опасностью при легочном кровотечении является:

- а) Аспирация крови и асфиксия**
- б) Присоединение инфекции
- в) Сердечно-сосудистая недостаточность
- г) Геморрагический шок

153. Средний объем плевральной жидкости в норме составляет ____мл:

- a) 20
- b) 2
- c) 500
- d) 1000

154. В случае, когда врожденная бронхогенная киста полностью опорожняется и заполняется воздухом образуется:

- a) Пневматоцеле
- b) Бронхоэктаз
- c) Полость
- d) Булла

155. В настоящее время из клинко-рентгенологических вариантов инфильтративного туберкулеза легких в самостоятельную форму выделяется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) казеозная пневмония;
- b) округлый инфильтрат Ассмана;
- c) облаковидный инфильтрат Рубинштейна;
- d) лобит;
- e) перисциссурит.

156. Первой помощью больному с напряженным клапанным пневмотораксом является:

- a) Плевральная пункция с последующим дренированием плевральной полости
- b) Переливание крови
- c) Торакотомия
- d) Искусственное дыхание, массаж сердца

157. Наиболее частой аномалией развития легких является:

- a) **Добавочная доля непарной вены**
- b) Четырехдолевое строение легкого
- c) Дополнительный трахеальный бронх
- d) Полное обратное расположение легких

158. Плевральный экссудат отличается от транссудата чаще всего тем, что содержит больше:

- a) **Белка**
- b) Ферментов
- c) Хлоридов
- d) Глюкозы

159. Туберкулема (казеома) легкого - это:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **форма туберкулеза легких, объединяющая разнообразные по генезу инкапсулированные казеозные фокусы диаметром более 1,0 см;**
- b) любой инкапсулированный туберкулезный очаг в легком
- c) осложнение течения инфильтративного или очагового туберкулеза легких
- d) один из вариантов течения очагового туберкулеза легких
- e) опухоль легкого, развивающаяся из туберкулезного очага

160. Основным методом лечения доброкачественных опухолей переднего средостения является:

- a) **Хирургический**

- b) Лучевая терапия
- c) Полихимиотерапия
- d) Таргетная терапия

161. Одним из главных осложнений, возникающих после операций по поводу тимомы при наличии миастенического синдрома, является:

- a) **Острая дыхательная недостаточность**
- b) Пневмония
- c) Медиастинит
- d) Острая сердечная недостаточность

162. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки в норме в корне легкого не определяются:

- a) **Лимфатические узлы**
- b) Разветвления легочной артерии
- c) Крупные вены
- d) Просветы промежуточных бронхов

163. Первое место в структуре заболеваемости злокачественными опухолями у мужчин занимают опухоли локализующиеся в:

- a) **Легких**
- b) Кишечнике
- c) Желудке
- d) Пищевode

164. К осложнению острого абсцесса легкого относят:

- a) **Пиопневмоторакс**

- b) Множественные абсцессы легкого
- c) Кровотечение в плевральную полость
- d) Переход в гангрену легкого

165. Эндоскопически различают формы туберкулеза крупных бронхов:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **инфильтративная, язвенная, свищевая, рубцовый стеноз;**
- b) катаральная, геморрагическая, гнойная;
- c) I степени, II степени, III степени и IV степени активности воспаления;
- d) инфильтративная, индуративная, язвенная, псевдотуморозная.
- e) отечная, стенотическая, рубцовая.

166. Установить диагноз ахалазия кардии позволит:

- a) ЭГДС
- b) Обзорная рентгенограмма ОГК
- c) Колоноскопия
- d) УЗИ ОБП

167. У больного имеется поликавернозное поражение всего левого легкого. МБТ+. В С1-С2 правого легкого конгломерат очагов с инфильтрацией и распадом. На фоне проводимого лечения положительной динамики на протяжении 3 месяцев не получено.

Ваша лечебная тактика на данный момент:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **пульмонэктомия слева и продолжение антибактериальной терапии;**
- b) усиление химиотерапии со сменой комбинации препаратов

- с) одномоментная двусторонняя операция: пульмонэктомия слева и атипичная резекция С1-С2 остающегося правого легкого
- д) коллапсохирургическое вмешательство справа и продолжение химиотерапии
- е) пульмонэктомия слева и коллапсохирургическое вмешательство справа

168. Потеря крови объемом 500 мл за сутки считается:

- а) Профузным кровотечением**
- б) Средним легочным кровотечением
- в) Малым легочным кровотечением
- д) Кровохарканьем

169. Достоверным признаком перелома ребер считается:

- а) Локальная крепитация**
- б) Локальная боль
- в) Точечное кровоизлияние
- д) Линейный кровоподтек

170. Наиболее часто ожог пищевода развивается после употребления внутрь:

- а) Кислот**
- б) Горячей воды
- в) Крепкого алкоголя
- д) Фосфоорганических веществ

171. Хирургическое лечение хронического абсцесса выполняется в:

- а) Период ремиссии**

- b) Период обострения
- c) Летний период
- d) Зимний период

172. Полисегментарной резекцией легкого называется:

- a) Любая резекция более 2-х сегментов легкого
- b) Резекция нескольких сегментов из разных долей одного легкого
- c) Любая резекция более 3-х сегментов легкого
- d) Резекция нескольких сегментов из разных легких

173. Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса является:

- a) Буллезная эмфизема легких
- b) Абсцесс легкого
- c) Закрытая травма груди
- d) Острая бактериальная деструкция легких

174. Одним из тяжелых осложнений туберкулеза легких следует считать:

- a) Легочное кровотечение
- b) Плеврит и эмпиему плевры
- c) Стеноз трахеи
- d) Стеноз бронха

175. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать:

- a) Дисфагию
- b) Похудание

- c) Анемию
- d) Снижение аппетита

176. К абсолютным показаниям для торакотомии при проникающем ранении грудной клетки относят:

- a) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость**
- b) Свернувшийся гемоторакс
- c) Выраженную подкожную эмфизему
- d) Пневмоторакс

177. К предраковым заболеваниям пищевода относят:

- a) Пищевод Барретта**
- b) Ахалазию кардии
- c) Лейомиому пищевода
- d) Короткий пищевод

178. Если пациент жалуется на отрыжку тухлым, затруднение прохождения пищи, то больному показано выполнение:

- a) Рентгеноскопии пищевода с контрастом**
- b) Рентгенографии пищевода органов грудной клетки
- c) КТ ОГК
- d) УЗИ ОБП

179. Отличие аплазии от агенезии легкого заключается в:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) наличии рудиментарного главного бронха;**
- b) отсутствии главного бронха;

- с) наличии главного бронха без деления его на долевые;
- д) наличии главного и долевых бронхов без деления их на сегментарные;
- е) недоразвитии всех элементов легкого (бронхов, сосудов, паренхимы).

180. Туберкулезная эмпиема как правило является:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- а) смешанной;**
- б) только туберкулезной;
- с) чаще неспецифической;
- д) как правило с присоединением грибковой инфекции;
- е) наиболее часто осумкованной.

181. У больного с врожденной односторонней легочной эмфиземой легкого при перкуссии на стороне поражения выявляется:

- а) Коробочный звук**
- б) Ясный легочный звук
- с) Притупление перкуторного звука
- д) Выраженный тимпанит

182. Микобактерии туберкулеза наиболее чувствительны к:

- а) Ультрафиолетовому излучению**
- б) Ионизации воздуха
- с) Действия спиртов и щелочей
- д) Замораживанию

183. Обязательным условием при консервативном лечении больных с травматическим хилотораксом является:

- a) Парентеральное питание**
- b) Диуретическая терапия
- c) Сухоедение
- d) Исключение энтерального приема пищи с высоким содержанием белка

184. У больной 40 лет справа в кардиодиафрагмальном углу определяется патологическая тень, которую наиболее часто дают:

- a) Парастернальная липома и целомическая киста перикарда**
- b) Рак легкого
- c) Лимфогранулематоз средостения
- d) Аневризма сердца

185. Показанием к хирургическому лечению при врожденной кисте легкого служит:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) факт наличия кисты;**
- b) только осложнения кисты (кровохарканье, напряженная киста)
- c) только присоединение неспецифического воспаления
- d) только присоединение специфического воспаления (туберкулез);
- e) неэффективность консервативного лечения (дренирования, склеротерапии).

186. Дивертикулэктомию при глоточно-пищеводном (Ценкеровском) дивертикуле осуществляют:

- a) Шейным доступом**

- b) Через передне-боковую торакотомию справа
- c) Лапаротопным доступом
- d) Через задне-боковую торокотомию слева

187. Под синдромом Мэллори-Вейса понимают:

- a) **Трещину слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода**
- b) Пенетрацию язвы в печень
- c) Стеноз привратника
- d) Короткое рубцовое сужение нижней трети пищевода

188. Причиной развития ахалазии кардии является:

- a) **Поражение ауэрбахова и мейснерова сплетения**
- b) Опухоль пищевода
- c) Ожог пищевода
- d) Гастроэзофагеальный рефлюкс

189. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отличаются от параэзофагеальных в первую очередь тем, что:

- a) **Никогда не ущемляются**
- b) Сочетаются с релаксацией диафрагмы
- c) Чаше ущемляются
- d) Сочетаются с парастеральной грыжей

190. К наиболее частой локализации инородных тел бронхов относят:

- a) **Правый главный, промежуточный и нижнедолевой бронхи**
- b) Правый и левый нижнедолевые бронхи

- c) Правый и левый главные бронхи
- d) Левый главный и лингулярный бронхи

191. "Зеркальное" легкое - это:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) порок развития легких, заключающийся в точно зеркальном строении легкого по отношению к контралатеральному
- b) порок развития, заключающийся в точно обратном строении легких
- c) аномалия развития, при которой лингулярные бронхи отходят самостоятельно от левого главного бронха
- d) аномалия развития, при которой Б4 и Б5 справа отходят от верхнедолевого бронха;
- e) порок развития, при котором в правом и левом легких 6-й сегмент представляет самостоятельную долю

192. Ассоциированным с опухолью тимуса заболеванием является:

- a) Миастения гравис
- b) Аутоиммунный тиреоидит
- c) Синдром Гудспасчера
- d) Первичный иммунодефицит

193. Отличие аплазии от агенезии легкого заключается в:

- a) Наличии рудиментарного главного бронха
- b) Наличие главного бронха без деления его на долевые
- c) Недоразвитии всех элементов легкого
- d) Наличии главного и долевых бронхов без деления их на сегментарные

194. Микобактерии, наиболее часто вызывающие развитие туберкулеза у людей относятся к виду:

- a) Человечьему
- b) Мышиному
- c) Птичьему
- d) Бычьему

195. Для кистозной доли легкого характерны:

- a) Множественные тонкостенные полости
- b) Деформация корня и усиление легочного рисунка
- c) Единичные полости с толстыми стенками
- d) Усиление и деформация легочного рисунка

196. Наиболее полно патоморфологические изменения при гангрене легкого отражает определение:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) **острое гнойно-некротическое воспаление большей части или всего легкого, слабо отграниченное, с наклонностью к прогрессированию и распространению на средостение и грудную стенку**
- b) гнойное слабо отграниченное воспаление большей части или всего легкого
- c) гнойное остро прогрессирующее воспаление большей части или всего легкого с наклонностью к распространению на плевру
- d) быстро прогрессирующие некротические процессов с формированием зон деструкции легочной ткани
- e) гнойное ограниченное (в пределах доли) воспаление, с формированием очагов деструкции и пневмосклероза

197. Необходимым рентгенологическим методом обследования у больного туберкулезом легких перед проведением хирургического лечения является:

- a) Компьютерная томография**
- b) Бронхоскопия
- c) Рентгеноскопия
- d) Сцинтиграфия

198. Гистологическое подтверждение туберкулезного характера воспаления в биоптате основывается на выявлении:

- a) Клеток Пирогова-Лангханса, казеозного некроза**
- b) Нейтрофилов, колликвационного некроза
- c) Клеток инородных тел
- d) Фибробластов

199. Клиническая картина острой бактериальной деструкции легких наиболее часто характеризуется:

Выберите один из 5 вариантов ответа:

- a) острым, прогрессирующим течением с развитием острой дыхательной недостаточности, тяжелой гнойной интоксикации, поражением печени, почек;**
- b) острым прогрессирующим течением тяжелой гнойной интоксикацией, поражением ЦНС, развитием комы, психозов;
- c) острым прогрессирующим течением с развитием инфекционно-токсического шока
- d) подострым течением с медленно нарастающей интоксикацией, развитием токсического гепатита, нефрита, амилоидоза почек
- e) подострым течением с развитием дыхательной сердечно-сосудистой недостаточности

200. Наиболее характерным клиническим симптомом послеоперационной травмы левого возвратного нерва является:

- a) Осиплость**
- b) Анизокория
- c) Ларингоспазм
- d) Бронхоспазм

201. Легочное кровотечение наиболее часто осложняет течение:

- a) Бронхоэктатической болезни**
- b) Пневмонии
- c) Эмпиемы плевры
- d) Хронического абсцесса легких

202. Причиной симптома Горнера после операция на органах грудной полости является повреждение:

- a) Грудного симпатического ствола**
- b) Блуждающего нерва
- c) Возвратного нерва
- d) Диафрагмального нерва

203. Для быстрой диагностики повреждения пищевода применяют:

- a) Рентгеноскопию с контрастированием**
- b) Торакоскопию
- c) Линейную томографию
- d) Селективную ангиографию

204. К образованию в средостении, смещение которого необходимо изучать при глотании и кашле, относят:

- a) Загрудинный зоб**
- b) Аневризму дуги аорты**
- c) Тимому средостения**
- d) Лимфому средостения**

205. Острый, дренируемый в бронх абсцесс легкого рентгенологически сходен с:

- a) Раком легкого с полостью деструкции**
- b) Очаговой пневмонией**
- c) Очагом Гона**
- d) Центральным раком легкого**

206. Выявляемый рентгенологически горизонтальный уровень в области абсцесса свидетельствует о:

- a) Дренировании в просвет бронха**
- b) Секвестрации**
- c) Переходе в хроническую стадию**
- d) Скопление значительного количества гноя**

207. Осложнением щипцовой биопсии при фибробронхоскопии наиболее часто является:

- a) Кровотечение**
- b) Обострение хронического бронхита**
- c) Перфорация стенки бронха**
- d) Пневмомедиастинум**

208. Определенное влияние на частоту заболеваемости раком пищевода оказывает:

- a) Регулярное употребление в пищу строганины**
- b) Употребление в пищу большого количества шоколада
- c) Туберкулез легких
- d) Работа с тальком

209. Наиболее характерным симптомом легочной секвестрации является:

- a) Ограниченная тень в базальных отделах**
- b) Усиление легочного рисунка над диафрагмой
- c) Деформация легочного рисунка над диафрагмой
- d) Диффузное затемнение в базальных отделах

210. Рентгенограмму в прямой проекции считают выполненной с повышением жесткости излучения если видно:

- a) Более 4 верхних грудных позвонков**
- b) Видны 2 верхних грудных позвонка
- c) Грудные позвонки не видны
- d) 3-4- верхних грудных позвонка

211. Самой распространенной причиной смерти у женщин со злокачественными образованиями является рак:

- a) Молочной железы**
- b) Легких
- c) Поджелудочной железы
- d) Шейки матки

212. Операция гломусэктомия проводится через:

- a) **Сонный треугольник шеи**
- b) Подъязычно-ключичный треугольник шеи
- c) Треугольник Пирогова-Вальдейера
- d) Срединный треугольник шеи

213. Персистирование микробов включает:

- a) **Длительное пребывание микробов в организме в состоянии толерантном к антибиотикотерапии и иммунитету**
- b) Д трансформацию микробов с высокой степенью лекарственной устойчивости
- c) Рост и размножение микробов за счет использования ими антибактериальных препаратов
- d) Зависимость чувствительности микробов к антибактериальному препарату от его концентрации

214. При свежих впервые выявленных, ранее нелеченых инфекционных воспалительных заболеваниях, микробная популяция:

- a) **Чувствительна к АБ препаратам**
- b) Полирезистентна к АБ препаратам
- c) Существует с пониженной вирулентностью
- d) Существует с повышенной вирулентностью

215. Высокочастотная искусственная вентиляция легких при операциях на трахее и бронхах позволяет обеспечить:

- a) **Свободу манипулирования в просвете трахеи и бронха**

- b) Полное обездвиживание легкого на стороне операции
- c) Отрицательное давление на выдохе
- d) Спадение легкого на стороне операции

216. Выполнение бронхоскопических исследований в лечебном учреждении возможно, если в нем имеется:

- a) **Служба анестезиологии и реанимации с профильными койками**
- b) Эндоскопический кабинет, оснащенный средствами реанимации
- c) Поликлиника, находящаяся при стационаре
- d) Терапевтическое отделение с профильными пульмонологическими койками

217. К первостепенной роли при лечении абсцессов молочной железы относят:

- a) **Вскрытие и дренирование гнойного очага**
- b) Системную антибиотикотерапию
- c) Консервативное лечение
- d) Физиотерапевтическое лечение

218. Эндопротезированием можно назвать:

- a) **Замещение резецированной грудины танталовой металлической пластиной**
- b) Восстановление пищевода больного из его тонкого кишечника
- c) Пластику грыжевого канала больного прокипяченной кожей с его бедра
- d) Пластику ложного сустава бедра больного костным трансплантатом

219. У пострадавшего с раной грудной клетки в 5 межреберье по правому краю грудины и правосторонним гемотораксом, наиболее оправдана:

- a) Правосторонняя торакотомия**
- b) Пункция правой плевральной полости
- c) Стернотомия
- d) Торакоцентез справа

220. При операциях по поводу травматического разрыва грудного протока наиболее оправдано применение:

- a) Перевязки проксимального и дистального концов протока**
- b) Перевязки проксимального конца протока
- c) Перевязки грудного протока на шее
- d) Наложение лимфовенозного анастомоза

221. При перфорации шейного отдела пищевода показано:

- a) Ушивание перфорации, дренирование затека из шейного доступа**
- b) Резекция шейного отдела пищевода
- c) Консервативная терапия
- d) Экстирпация пищевода и эзофагопластикой

222. При опухоли тимуса чаще всего возможно сдавление:

- a)левой брахиоцефальной вены**
- b) Непарной вены
- c) Правой легочной артерии
- d)левой легочной вены

223. Длительная секреция из раны после стернотомии повышает риск развития:

- a) Гнойного стерно-медиастинита**
- b) Сепсиса
- c) Остеомиелита ребер
- d) Остеомиелита грудины

224. Абсолютным противопоказанием для циркулярной резекции трахеи является:

- a) Приводящий парез голосовых складок**
- b) Трахеопищеводный свищ
- c) Черепно-мозговая травма в анамнезе
- d) Тетрапарез конечностей

225. Торакопластика при послеоперационной эмпиеме применяется:

- a) Как завершающий этап лечения санированной полости эмпиемы**
- b) Только при эмпиемах после операций по поводу туберкулеза
- c) В случаях неэффективности других хирургических методов лечения
- d) Как самостоятельный и основной метод лечения

226. К группе населения с более высокой заболеваемостью туберкулезом относятся:

- a) Мужчины**
- b) Подростки
- c) Дети
- d) Женщины

227. Показания к хирургическому лечению тимом основано на:

- a) Эффективности тимэктомии в лечении миастении**
- b) Бурном местном деструктивном росте
- c) Отсутствии капсулы
- d) Склонности к метастазированию

228. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяют:

- a) Пневмонэктомию**
- b) Пневмотомию
- c) Торакопластику
- d) Лобэктомию

229. Основной причиной внезапных летальных исходов после резекций легких является:

- a) Тромбоз эмболия легочной артерии**
- b) Гипертензия малого круга кровообращения
- c) Нарушение венозного оттока от легкого
- d) Инфаркт миокарда

230. В настоящее время наиболее частой причиной смерти больных туберкулезом является:

- a) Легочно-сердечная недостаточность**
- b) Легочное кровотечение
- c) Амилоидоз почек
- d) Спонтанный пневмоторакс

231. Пациенты, перенесшие резекционно-пластические операции на грудине, обязаны соблюдать строгие ограничения физической нагрузки в течение:

- a) **6 месяцев**
- b) 6-8 недель
- c) 3-4 месяцев
- d) 2 лет

232. При медиастиноскопии по Чемберлену чаще всего повреждается:

- a) **Внутренняя грудная артерия**
- b) Латеральная грудная артерия
- c) Дуга аорты
- d) Пищевод

233. Для вскрытия средостения при остром гнойном медиастините можно применить:

- a) **Доступ по Насилову заднюю торакотомию по Добромыслову, шейную медиастинотомию по Разумовскому**
- b) Варианты комбинированной торакотомии
- c) Переднебоковые торакотомные доступы
- d) Медиастинотомию по Стеммеру

234. Самым опасным очагом туберкулезной инфекции является бактериовыделитель:

- a) **С наличием в окружении его детей или беременных женщин**
- b) Со скудным бактериовыделением при контакте только со взрослыми
- c) Со скудным выделением и при контакте со взрослыми
- d) С факультативным выделением и при контакте только со взрослыми

235. Для миастении гравис характерно повышение в крови уровня антител к:

- a) Ацетилхолиновым рецепторам**
- b) Эластину
- c) Коллагену
- d) Норадренолиновым рецепторам

236. Наиболее оправданной тактикой у пострадавшего с неосложненным переломом 2-х ребер будет:

- a) Амбулаторное лечение, наблюдение у травматолога по месту жительства**
- b) Госпитализация в отделение торакальной хирургии
- c) госпитализация для стационарного лечения в отделение травматологии
- d) Амбулаторное лечение, наблюдение у хирурга по месту жительства

237. Опасность высокочастотной вентиляции легких, используемой при резекции трахеи, состоит в:

- a) Возникновении баротравмы**
- b) Повреждении трахеи
- c) Повреждении стенок главных бронхов
- d) Повреждении пищевода

238. К основным профилактическим мероприятиям респираторного папилломатоза относят:

- a) Вакцинирование от ВПЧ, своевременное лечение воспалительных заболеваний дыхательных путей**
- b) Назначение индол 3 карбинола

- c) Назначение препаратов, снижающих уровень эстрогена в крови
- d) Интерферонотерапию, устранение профессиональных вредностей

239. Сложность пересадки трахеи состоит в:

- a) **Отсутствии у трахеи собственного питающего сосуда**
- b) Близком расположении к пищеводу
- c) Близости крупных сосудов
- d) Ограничении длины трахеи

240. Для профилактики эндемического зоба рекомендованы:

- a) **Препараты йода**
- b) Витамины группы В
- c) Ингибиторы АПФ
- d) Глюкокортикоиды

241. Хирургическое лечение токсического зоба показано при:

- a) **Больших размерах зоба с признаками сдавления органов шеи**
- b) Алопеции
- c) Миастении
- d) Беременности

242. К причинам остеомиелита грудной клетки не относят:

- a) **Пневмонию**
- b) Открытый перелом ребер
- c) Стернотомию

d) Кардиохирургические операции

243. Угол Коба используется для определения:

- a) Угла искривления позвоночника**
- b) Точки пункции перикарда
- c) Уровня манубриум-стернального синдесмоза
- d) Степени воронкообразной деформации грудной клетки

244. Пункцию перикарда по Марфану выполняют:

- a) Под мечевидным отростком**
- b) В 5 межреберье, на расстоянии 5 см от левого края грудины
- c) В углу между 7 реберным хрящом и основанием мечевидного отростка
- d) У края грудины в 4-5 межреберье слева

245. Объем воздуха, вдыхаемый и выдыхаемый при каждом дыхательном цикле - ____ объем:

- a) Дыхательный**
- b) Резервный вдоха
- c) Резервный выдоха
- d) Остаточный легких

246. Наиболее тяжелые повреждения пищевода наблюдаются при химическом ожоге:

- a) Щелочью**
- b) Неорганической кислотой
- c) Органической кислотой

d) Суррогатом алкоголя

247. Наиболее частым и опасным послеоперационным осложнением при миастенических тимоме является:

- a) Миастенический криз и нарушение спонтанного дыхания**
- b) Медиастинит
- c) Надпочечниковая недостаточность
- d) Перикардит

248. Ослабление голосового дрожания характерно для:

- a) Экссудативного плеврита**
- b) Хронического абсцесса легкого
- c) Крупозной долевой пневмонии
- d) Очаговой бронхопневмонии

249. Наиболее частой причиной развития острого медиастинита является:

- a) Разрыв пищевода**
- b) Хирургическое вмешательство
- c) Вовлечение средостения в туберкулезный процесс
- d) Гнойный лимфаденит с распространением процесса

250. Сочетанная травма груди и других частей тела развивается в результате действия:

- a) Одного вида энергии**
- b) Различных видов энергии
- c) Температурного фактора

d) Механического повреждения

251. Относительным противопоказанием для трансплантации легких при эмфиземе легких является возраст старше:

a) 65

b) 50

c) 80

d) 70

252. Тимомой называют опухоль, происходящую из:

a) Вилочковой железы

b) Легких

c) Щитовидной железы

d) Пищевода

253. Туберкулемой легкого считается:

a) Форма туберкулеза легких, объединяющая разнообразные по генезу инкапсулированные казеозные фокусы диаметром более 1 см

b) Опухоль легкого, развивающаяся из туберкулезного очага

c) Любой инкапсулированный туберкулезный очаг в легком

d) Осложнение течения инфильтративного или очагового туберкулеза легких

254. На рентгенограмме доброкачественная опухоль вилочковой железы представляет собой:

a) Грушевидную тень с ровными краями

- b) Полость с уровнем жидкости
- c) Образование с неровными краями
- d) Звездчатое образование

255. При повреждении диафрагмального нерва наблюдают:

- a) **Релаксацию и элевацию диафрагмы на стороне повреждения**
- b) Релаксация и элевацию диафрагмы на неповрежденной стороне
- c) Паралич голосовых связок
- d) Пневмоторакс на стороне повреждения

256. Пороки развития трахеи и бронхов нередко сочетаются с таким пороком развития пищевода, как:

- a) **Атрезия**
- b) Удвоение
- c) Стеноз
- d) Врожденная ахалазия

257. Наиболее информативным методом для диагностики рака пищевода является:

- a) **Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией**
- b) Эзофагоманометрия
- c) КТ ОГК
- d) Рентгенография пищевода и желудка

258. Медиастиноскопическая картина лимфогранулематоза характеризуется наличием:

- a) Диффузного склероза клетчатки средостения, мягких лимфоузлов цвета «сырого мяса»**
- b) Перигландулярного склероза клетчатки средостения, мягких лимфоузлов белесоватого цвета
- c) Диффузного склероза клетчатки средостения, плотных лимфоузлов черного цвета
- d) Неизменной клетчатки средостения, мягких лимфоузлов фиолетового цвета

259. К наиболее радикальным методам лечения рака кардии относят:

- a) Хирургическое лечение**
- b) Электрокоагуляцию опухоли
- c) Лучевую терапию
- d) Химиотерапию

260. Проведение курса баллонной пневмокардиодилатации в 0,5-1% случаев сопряжено с:

- a) Надрывами слизистой пищеводно-желудочного перехода, перфорацией пищевода**
- b) Стенозом выходного отдела желудка
- c) Острой кишечной непроходимостью
- d) Мезентериальным тромбозом

261. Чаще всего источником гемоторакса считают:

- a) Паренхиму легкого, межреберные артерии**
- b) Плечевую артерию
- c) Артерии щитовидной железы
- d) Сердце и крупные сосуды

262. При наличии добавочного легкого или доли чаще всего:

- a) **Выявляется случайно при инструментальном исследовании**
- b) При осмотре отмечается деформация грудной клетки
- c) Пациенты жалуются на постоянную одышку при физической нагрузке
- d) При пальпации увеличены межреберные промежутки

263. У больных пороками развития легких в сочетании с туберкулезом легких, как правило, выполняют:

- a) **Лобэктомии и пневмонэктомии**
- b) Коллапсохирургические вмешательства
- c) Дренирование полостей
- d) Сегментарные резекции

264. Одним из наиболее эффективных методов консервативного лечения абсцессов легкого является:

- a) **Внутриартериальное введение антибиотиков**
- b) Лечебная физкультура
- c) Физиотерапия
- d) Анальгетическая терапия

265. Вариант лечения ахалазии кардии не включает:

- a) **Бужирование пищевода**
- b) Пероральную эндоскопическую миотомию
- c) Кардиомиотомию по Геллеру
- d) Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой

266. Причинами экстраперикардальной тампонады сердца может быть:

- a) Напряженный пневмомедиастинум**
- b) Распространенная подкожная эмфизема
- c) Левосторонний пневмоторакс
- d) Двусторонний пневмоторакс

267. Непарная вена впадает в:

- a) Верхнюю полую вену**
- b) Правое предсердие
- c) Левое предсердие
- d) Нижнюю полую вену

268. Основной причиной развития пищевода Баррета служит:

- a) Желудочно-пищеводный рефлюкс**
- b) Нарушение регенерации слизистой оболочки
- c) Хроническое воспаление
- d) Острое воспаление

269. Баллонная дилатация стриктур пищевода может проводиться под:

- a) Рентгеноскопией с контрастным усилением**
- b) Мануальным контролем
- c) КТ-навигацией
- d) Ультразвуковым контролем

270. Центральный рак легкого развивается из:

- a) Эпителия бронхов**
- b) Эпителия альвеол
- c) Медиастинальной плевры
- d) Перибронхиальной соединительной ткани

271. Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно при:

- a) Тотальной облитерации пищевода**
- b) Мембранозных стриктурах
- c) Трубчатых стриктурах
- d) Фибринозном эзофагите

272. Определить характерные для аплазии и агенезии легкого изменения позволяет:

- a) Диагностическая бронхоскопия**
- b) Рентгенологическая бронхоскопия
- c) Ангиографическое исследование
- d) Компьютерная томография

273. Для синдрома Нунана характерны низкорослость, специфическое лицо с гипертелоризмом, микрогнатией, короткой шеей, деформация позвоночника в сочетании с:

- a) Воронкообразной грудной клеткой**
- b) Обратным расположением внутренних органов
- c) Врожденной эмфиземой легких
- d) Коарктацией аорты

274. Среди злокачественных опухолей пищевода чаще встречается:

- a) **Рак**
- b) Лимфома
- c) Саркома
- d) Меланома

275. Показанием к первичному выполнению экстирпации пищевода является:

- a) **Рак грудного отдела пищевода без признаков отдаленного метастазирования**
- b) Лейомиома
- c) Эпифренальный дивертикул
- d) Рак грудного отдела пищевода с гематогенными билобарными метастазами в печень

276. Источником легочного кровотечения в подавляющем большинстве случаев является:

- a) **Система бронхиальных артерий**
- b) Передний ствол легочной артерии
- c) Нижняя легочная вена
- d) Внутригрудная артерия

277. Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода:

- a) **Кольцевидных эрозий**
- b) Пептические язвы
- c) Сливных эрозий
- d) Линейных эрозий

278. Для стадирования рака пищевода применяют:

- a) Мультиспиральную компьютерную томография**
- b) Эзофагогастродуоденоскопию
- c) Медиастиноскопию
- d) Исследование онкомаркеров крови

279. Для ахалазии кардии наиболее характерной считают триаду симптомов:

- a) Дисфагию, боль в грудной клетке и регургитацию**
- b) Ночной кашель, икоту, потерю массы тела
- c) Боль в правом подреберье, лихорадку, гиперсаливацию
- d) Диспноэ, нарастающую одышку, кровохарканье

280. Туберкулезная эмпиема как правило является:

- a) Смешанной**
- b) Сочетанной с грибковой инфекции
- c) Чаще неспецифической
- d) Только туберкулезной

281. С точки зрения показателей выживаемости и контроля локорегионального рецидива, в случае периферической шаровидной карциносаркомы легкого 3 стадии, показано выполнение:

- a) Расширенной лобэктомии**
- b) Расширенной пневмонэктомии
- c) Лобэктомии
- d) Комбинированной резекции легкого

282. Углом Льюиса называется место:

- a) Соединения рукоятки и тела грудины**
- b) Соединения мечевидного отростка и тела грудины
- c) Крепления реберных дуг и мечевидного отростка
- d) Прикрепления 1 ребра к рукоятке грудины

283. Отсутствие паренхимы одной из долей легкого, но сохранение соответствующего ей бронха, характерно для:

- a) Аплазии доли**
- b) Простой гипоплазии
- c) Агенезии доли
- d) Кистозной гипоплазии

284. Основным методом лечения дивертикула пищевода является:

- a) Дивертикулэктомия**
- b) Инвагинация дивертикула
- c) Пластика пищевода
- d) Резекция сегмента пищевода

285. Причиной развития кардиоспазма служит:

- a) Патологическое изменение ауэрбахова сплетения**
- b) Желудочно-пищеводный рефлюкс
- c) Хиатальная грыжа
- d) Химический ожог в анамнезе

286. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:

- a) **Базальные сегменты долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого**
- b) Верхние доли обоих легких
- c) Отдельные сегменты обоих легких
- d) Базальные сегменты нижних долей

287. Эндобронхиальные клапаны позволяют блокировать:

- a) **Поступление воздуха при вдохе**
- b) Микробное размножение в альвеолах
- c) Выход воздуха из альвеол
- d) Выход секрета из альвеол

288. Идеальная эхинококкэктомия включает в себя:

- a) **Удаление эхинококковой кисты без вскрытия хитиновой оболочки**
- b) Анатомическую резекцию легкого с эхинококковой кистой
- c) Пункция эхинококковой кисты и удаление хитиновой оболочки
- d) Резекция легкого с эхинококковой кистой

289. Гомогенные затенения округлой, овальной, неправильной формы с четкими контурами в ходе рентгенологического исследования выявляются при:

- a) **Внутридолевой секвестрации**
- b) Трахеальном бронхе
- c) Добавочном легком
- d) Добавочной доле легкого

290. Полунепарная вена располагается:

- a) По левой стороне позвоночника**
- b) В треугольнике Пирогова
- c) В пространстве Пирогова
- d) На задней поверхности бедра

291. К опухолям переднего средостения относят:

- a) Тимому**
- b) Опухоли сердца
- c) Нейрогенные опухоли
- d) Карциноидные опухоли

292. К доброкачественным мезенхимальным опухолям средостения относится:

- a) Липома**
- b) Липосаркома
- c) Липосаркоид
- d) Липоматозная опухоль

293. К опухолям заднего средостения относят:

- a) Нейрогенные опухоли**
- b) Опухоли сердца
- c) Тимому
- d) Карциноидные опухоли

294. Реактивный экссудативный плеврит может быть при:

- a) Прорыве абсцесса легкого**
- b) Хронической обструктивной болезни легких
- c) Хроническом бронхите
- d) Отеке Квинке

295. К радикальным операциям при раке пищевода относят:

- a) Операцию Добромыслова-Торека**
- b) Эзофагофундоанастомоз
- c) Гастростомию
- d) Бужирование пищевода

296. Наиболее характерным клиническим признаком опухоли средостения является:

- a) Синдром сдавления верхней поллой вены**
- b) Снижение веса
- c) Кашель
- Потеря аппетита

297. При гастроэзофагеальной рефлюксной болезни наиболее эффективны:

- a) Ингибиторы протонной помпы**
- b) Блокаторы H₂ рецепторов гистамина
- c) Антихолинэргические средства
- d) Антацидные препараты

298. При расширенной пульмонэктомии и лобэктомии пораженный метастазами внутригрудные лимфоузлы удаляются вместе с окружающей:

- a) Клетчаткой средостения**

- b) Медиастинальной и париетальной плеврой
- c) Париетальной плеврой и частью перикарда
- d) Медиастинальной плеврой и частью перикарда

299. Под преинвазивным раком легкого понимаю опухоль, которая не распространяется за пределы:

- a) Базальной мембраны эпителиального пласта
- b) Подслизистого слоя стенки бронха
- c) Мышечного слоя стенки бронха
- d) Поверхностного эпителиального слоя

300. По морфологии панацинарная эмфизема характеризуется поражением ____ ацинуса

- a) Всего
- b) Периферии
- c) Центральной части
- d) Латеральной части

301. Четко очерченное затенение округлой формы более 12 мм в диаметре характерно для синдрома:

- a) Круглой тени
- b) Кольцевидной тени
- c) Милиарной диссеминации
- d) Облаковидой инфильтрации

302. Признаки осумковывания появляются при:

- a) Плеврите и гемотораксе

- b) Гидротораксе**
- c) Гидротораксе и пневмотораксе**
- d) Транссудате**

303. На стороне расположения воздушной бронхогенной кисты легкого, находящейся в состоянии клапанного напряжения, выслушивается дыхание

- a) Ослабленное**
- b) Жесткое**
- c) Амфорическое**
- d) Смешанное**

304. Круглую тень на рентгенограмме грудной клетки образует:

- a) Киста**
- b) Ателектаз**
- c) Булла**
- d) Инфарктная пневмония**

305. Кольцевидная интенсивная тень на рентгенограмме, обусловленная обызвествлением оболочки кисты, характерна для:

- a) Эхинококковой кисты**
- b) Периферического рака**
- c) Туберкуломы**
- d) Гамартомы**

306. Затемнение треугольной формы в легком характерно для:

- a) Инфаркта легкого**

- b) Эмфиземы
- c) Опухоли пищевода
- d) Отека легкого

307. К наиболее характерным симптомам для нагноительных заболеваний легких относят:

- a) **Кашель с большим количеством гнойной мокроты**
- b) Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
- c) Кровохарканье
- d) Симптом «барабанных палочек»

308. К формам кистозной гипоплазии легкого не относится:

- 1. **Псевдокиста**
- 2. Кистозная доля
- 3. Солитарная киста
- 4. Кистозное легкое

ФОС практических навыков государственной (итоговой государственной) аттестации.

- 1. Сбор анамнеза и жалоб при заболеваниях органов грудной полости
- 2. Оценка семейного анамнеза клинико-генеалогическим методом, наследственности
- 3. Визуальное исследование при патологии органов грудной полости
- 4. Пальпация при патологии органов грудной полости
- 5. Перкуссия при патологии органов грудной полости
- 6. Аускультация при патологии органов грудной полости
- 7. Антропометрические исследования с оценкой физического развития,
- 8. Измерение частоты дыхания
- 9. Измерение частоты сердцебиения
- 10. Исследование пульса
- 11. Интерпретация и анализ результатов осмотра при заболеваниях и (или)

- патологических состояниях органов грудной полости
12. Измерение артериального давления на периферических артериях, оценка результатов с использованием центильных таблиц
 13. Составление индивидуального плана обследования и лечения пациентов с заболеваниями органов грудной полости
 14. Оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, бактериологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, показателей коагулограммы, КЩС)
 15. Пульсоксиметрия
 16. Электрокардиография, в том числе с физической нагрузкой
 17. Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных
 18. Интерпретация и анализ результатов инструментальных исследований при заболеваниях органов грудной полости (ХМ-ЭКГ, Эхо-КГ, тест с 6-минутной ходьбой)
 19. Интерпретация и анализ результатов рентгенографии и компьютерной томографии органов грудной полости)
 20. Постановка клинического диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний
 21. Назначение режима лечения и лечебного питания пациентам при заболеваниях органов грудной полости
 22. Назначение лекарственных препаратов и медицинских изделий при заболеваниях органов грудной полости
 23. Назначение немедикаментозного лечения при заболеваниях органов грудной полости (физиотерапевтические методы, рефлексотерапия, лечебная физкультура, фитотерапия)
 24. Оказание медицинской помощи в неотложной форме при патологии органов грудной полости: легочное кровотечение;
 25. Оказание медицинской помощи в неотложной форме при патологии органов грудной полости: ТЭЛА;
 26. Оказание медицинской помощи в неотложной форме при патологии органов грудной полости: пневмоторакс;
 27. Оказание медицинской помощи в неотложной форме при патологии органов грудной полости: травмах органов грудной полости;
 28. Оказание медицинской помощи в неотложной форме при патологии органов грудной полости: выраженные стенозы трахеи;
 29. Заполнение первичной документации пациента с заболеваниями органов грудной полости, в том числе в форме электронного документа
 30. Оформление истории болезни в легочно-хирургическом стационаре круглосуточного пребывания
 31. Определение показаний к выдаче листка нетрудоспособности

32. Оформление медицинской документации для врачебной комиссии с целью продления листка нетрудоспособности
33. Оформление медицинской документации для пациентов при заболеваниях органов грудной полости для осуществления медико-социальной экспертизы (МСЭ)
34. Разработка комплекса профилактических мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни
35. Подготовка к проведению противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций
36. Составление плана диспансерного наблюдения пациентов с учетом выявленной патологии органов грудной полости
37. Составление плана реабилитационных мероприятий после хирургического и консервативного лечения
38. Назначение санаторно-курортного лечения, направление на медицинскую реабилитацию
39. Составление аналитического отчета по практической работе врача-торакального хирурга в стационара
40. Использование в профессиональной деятельности медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
41. Пропаганда здорового образа жизни и проведение санитарно-просветительной работы по профилактике заболеваний органов грудной полости
42. Определение группы и видовой принадлежности крови,
43. Переливание крови;
44. Пункция брюшной полости;
45. Пункция плевральной полости
46. Остановка кровотечения, перевязка и тампонада ран;
47. Выполнение сердечно-лёгочной реанимации: искусственное дыхание;
48. Выполнение сердечно-лёгочной реанимации: непрямой массаж сердца;
49. Выполнение трахеотомии;
50. Выполнение трахеостомии;
51. Выполнение дренирования плевральной полости;
52. Вскрытие абсцессов и флегмон;
53. Ушивание ран сердца;
54. Ушивание ран лёгкого
55. Ушивание ран трахеи
56. Ушивание ран пищевода
57. Ушивание ранения сосудов грудной стенки
58. Ушивание разрыва диафрагмы
59. Пластика диафрагмы
60. Определение признаков клинической и биологической смерти.

ФОС К УСТНОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

1. Значение рентгенологического исследования в торакальной хирургии. Полипозиционная рентгеноскопия, рентгенография, контрастная рентгенография, флюорография, томография, бронхография, пневмомедиастинография, диагностический пневмоторакс и пневмоперитонеум, фистулография, плеврография, компьютерная томография, магнитно-резонансная диагностика.
2. Эндоскопические методы исследования и лечения. Трахеобронхоскопия. Показания и противопоказания, принципы выбора типа бронхоскопии. Методика и техника трахеобронхоскопии жёстким эндоскопом. Методика и техника фибробронхоскопии.
3. Лечебные манипуляции и операции при трахеобронхоскопии. Лечебная аспирация содержимого трахеобронхиального дерева. Удаление инородных тел трахеи и бронхов. Окклюзия бронхов и культя бронха. Скусывание и прижигание грануляций. Термокоагуляция и криодеструкция патологических новообразований. Катетеризация сегментарных бронхов и внутрилёгочных полостей.
4. Эзофагоскопия. Методика и техника эзофагоскопии жёстким эндоскопом и фиброскопом. Удаление инородных тел пищевода. Скусывание и прижигание грануляций. Термокоагуляция и криодеструкция патологических новообразований.
5. Бужирование пищевода под контролем эзофагоскопа. Методы остановки кровотечения из вен пищевода.
6. Биопсия в торакальной хирургии. Щипцовая биопсия патологических образований трахеи, бронхов, пищевода. Катетер-биопсия. Браш- биопсия. Транстрахеальная и трансбронхиальная игловая биопсия лимфоузлов. Игловая трансторакальная биопсия плевры, патологических образований лёгких. Медиастиноскопия с биопсией. Хирургическая биопсия (видеоэндоскопическая и открытая). Биопсия прескаленной клетчатки.
7. Функциональные исследования органов дыхания. Спирография.
8. Цитологическое исследование мокроты, плевральной жидкости, пунктатов и биопсий. Общие правила сбора мокроты, плевральной жидкости и пунктатов. Цитология экссудата и транссудата, туберкулёзного воспаления, острого и хронического неспецифического воспаления, рака лёгкого, саркомы, саркоидоза, лимфогранулематоза.
9. Этиология, патогенез, классификация туберкулёза. Клинические формы. Характеристика процесса (локализация, фаза, бактериовыделение). Осложнения туберкулёза.
10. Вторичный туберкулёз. Инфильтративный туберкулёз лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология.

Клинико-рентгенологические варианты (округлый, облаковидный, перисциссурит, бронхолобулярный, лобит). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности операций при лобите, при казеозной пневмонии.

11. Выбор оперативного вмешательства при лёгочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе и пиотораксе. Операционные и послеоперационные осложнения.
12. Вторичный туберкулёз. Туберкулёма (казеома) лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Причины неудач антибактериального лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Выбор объёма резекции лёгкого. Операционные и послеоперационные осложнения.
13. Вторичный туберкулёз. Кавернозный, фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Выбор оптимального хирургического вмешательства (коллапсохирургия, резекция и пульмонэктомия, кавернотомия и кавернопластика, комбинированные операции). Методы местного воздействия на каверну как самостоятельное вмешательство и как этап подготовки к операции. Показания к корригирующим операциям. Операционные и послеоперационные осложнения.
14. Пороки (дисплазии) развития лёгких. Пороки лёгких, связанные с недоразвитием органа в целом или его анатомических структурных или тканевых элементов (агенезия, аплазия, синдром гиалиновых мембран, простая и кистозная гипоплазия, долевая эмфизема новорожденных). Определение понятий. Патофизиология и патоморфология. Клиника и диагностика.
15. Особенности клиники при нагноении кисты. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности техники резекции лёгкого, пульмонэктомии, ушивания кисты лёгкого. Операционные и послеоперационные осложнения.
16. Пороки (дисплазии) развития лёгких. Пороки лёгких, связанные с наличием избыточных (добавочных) формирований лёгких (гамартома, добавочная доля с обычным и аномальным кровоснабжением, киста лёгкого, внедолевая секвестрация). Определение понятий. Патофизиология и патоморфология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности ревизии плевральной полости, лёгкого и средостения, оценка варианта анатомии легочных сосудов, особенности резекций лёгких, кистэктомия. Операционные и послеоперационные осложнения.
17. Пороки (дисплазии) развития лёгких. Необычное расположение анатомических структур лёгкого, могущее иметь клиническое значение (доля непарной вены, «зеркальное» лёгкое, обратное расположение лёгких).

18. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов (аневризма легочной артерии и её ветвей, артериовенозный свищ, варикозное расширение легочных вен, стеноз легочной артерии, лимфангиоэктазия и др.). Определение понятий. Патофизиология и патоморфология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
19. Принципы ревизии плевральной полости, лёгкого и средостения, оценка варианта анатомии сосудов корня лёгкого, особенности оперативных вмешательств. Операционные и послеоперационные осложнения.
20. Острый абсцесс лёгкого. Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология. Классификация. Клиника и диагностика, фазы течения.
21. Гангренозный абсцесс. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение абсцессов (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения). Лечение плевральных осложнений абсцессов.
22. Хронический абсцесс лёгкого. Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения.
23. Консервативное лечение абсцессов (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения).
24. Острый абсцесс лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Дренаж абсцесса, способы дренирования. Абсцессотомия и пневмотомия. Резекция лёгкого, пульмонэктомия, плевропульмонэктомия. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.
25. Хронический абсцесс лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Дренаж абсцесса, способы дренирования. Резекция лёгкого, пульмонэктомия, плевропульмонэктомия. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение. Способы ушивания постабсцессной кисты лёгкого.
26. Гангрена лёгкого. Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология. Клиника и диагностика, отличия гангренозного абсцесса и гангрены лёгкого, фазы течения. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения). Лечение плевральных осложнений.
27. Гангрена лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника хирургических вмешательств, выбор

- оперативного доступа, особенности пневмолиза, обработки элементов корня лёгкого, дренирования плевральной полости, ушивания операционной раны.
28. Резекция лёгкого, пульмонэктомия, плевропульмонэктомия. Фенестрация эмпиемы, пневмотомия с тампонадой гнойной полости в лёгком и плевре, трансстернальная окклюзия легочной артерии и главного бронха. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.
 29. Острая бактериальная деструкция лёгких (ОБДЛ). Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология. Классификация. Клиника и диагностика, стадии течения. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Пиопневмоторакс при ОБДЛ.
 30. Консервативное лечение ОБДЛ (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения). Лечение плевральных осложнений.
 31. Острая бактериальная деструкция лёгких (ОБДЛ). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника торакоцентеза и дренирования плевральной полости при пиопневмотораксе и внутрилёгочных полостях. Сочетание дренирования с временной эндоскопической окклюзией регионального бронха.
 32. Особенности резекции лёгкого и пульмонэктомии при ОБДЛ, роль декорткации и плеврэктоми. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.
 33. Бронхоэктазы (бронхоэктатическая болезнь). Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология.
 34. Классификация. Клиника и диагностика. Односторонние и двусторонние формы. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение (постуральный дренаж, санация верхних дыхательных путей, эндоскопические методы, санаторно-курортное лечение).
 35. Бронхоэктазы (бронхоэктатическая болезнь). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Объём, характер и сроки предоперационной подготовки. Методика и техника хирургических вмешательств.
 36. Резекция лёгкого, пульмонэктомия, резекция лёгких с корригирующими операциями. Одномоментные и последовательные двусторонние операции. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.
 37. Острая эмпиема плевры. Этиология и патогенез. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Методы консервативного лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные

- вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
38. Хроническая эмпиема плевры. Этиология и патогенез. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 39. Бронхиальные свищи. Этиология и патогенез. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 40. Бронхиальная астма. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника хирургических вмешательств. Операции на синокаротидной зоне. Операции на вегетативной нервной системе. Резекция и денервация лёгкого. Комбинированные операции.
 41. Спонтанный пневмоторакс. Этиология и патогенез. Патофизиологические нарушения. Классификация. Клиника и диагностика, особенности напряжённого спонтанного пневмоторакса. Осложнения. Консервативные методы лечения (плевральная пункция, торакоцентез и дренирование, плевродез).
 42. Спонтанный пневмоторакс. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника оперативных вмешательств при спонтанном пневмотораксе. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение. Видеоторакоскопические операции.
 43. Буллёзная эмфизема лёгких. Этиология и патогенез. Патофизиологические нарушения. Классификация. Клиника и диагностика заболевания. Лёгочно-плевральные и средостенные осложнения эмфиземы.
 44. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоторакоскопические вмешательства.
 45. Эхинококкоз органов дыхания. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Осложнения. Показания и противопоказания к операции. Методика и техника оперативных вмешательств.
 46. Хирургические методы лечения эхинококкоза органов дыхания. Методика и техника операций. Профилактика инфицирования бронхиального дерева, плевральной полости и раны грудной стенки. Закрытая, открытая эхинококкэктомия, резекция лёгкого и пульмонэктомия. Одномоментные и последовательные двусторонние операции.

47. Эхинококкоз органов дыхания. Хирургическая тактика при сочетанном поражении лёгких, печени и других органов. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.
48. Доброкачественные опухоли лёгких. Классификация. Клиника и диагностика. Карциноидный синдром. Показания и противопоказания к операции. Методика и техника оперативных вмешательств (сегментарные и долевые резекции лёгких, энуклеация и прецизионное удаление опухоли).
49. Рак и саркома лёгкого. Эпидемиология и статистика рака лёгкого. Классификация. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.
50. Центральный рак лёгкого. Клиника и диагностика. Методы выявления внутригрудных и отдалённых метастазов. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника резекций лёгких (в том числе с резекцией и пластикой бронха), пульмонэктомий (в том числе с резекцией бифуркации трахеи), расширенных и комбинированных операций. Комбинированное и комплексное лечение центрального рака лёгкого.
51. Периферический рак лёгкого. Клиника и диагностика (клинические варианты). Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника резекций лёгких (в том числе с резекцией и пластикой бронха), расширенных и комбинированных операций. Видеоторакоскопические операции. Комбинированное и комплексное лечение периферического рака лёгкого.
52. Саркома лёгкого. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение. Комбинированное и комплексное лечение.
53. Метастатические опухоли лёгких. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоторакоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение. Комбинированное и комплексное лечение.
54. Мезотелиома плевры. Клиника и диагностика заболевания (особенности клиники узловой и диффузной формы). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций (плеврэктомия, расширенная плевропульмонэктомия и плевроробэктомия). Показания, методика и техника резекции участка грудной стенки и диафрагмы, пластика диафрагмы и торакального дефекта. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
55. Закрытые (непроникающие) повреждения груди мирного времени. Механизм травмы. Патологические расстройства. Классификация

- по Вагнеру. Клиника и диагностика закрытых повреждений органов грудной клетки, средостения и диафрагмы. Консервативное и хирургическое лечение.
56. Закрытые повреждения рёбер, грудины, лопатки и ключицы. Механизм травмы. Патофизиологические расстройства. Клиника и диагностика повреждений, синдром флотации грудной стенки, синдром шокового лёгкого, особенности клиники при развитии осложнённых форм повреждений костного скелета. Консервативное и хирургическое лечение.
57. Методика и техника скелетного вытяжения при переломах рёбер, остеосинтеза рёбер, грудины и ключицы. Методика и техника торакотомии, перевязки сосудов грудной стенки, ушивания ран лёгкого.
58. Открытые (проникающие) повреждения груди мирного времени. Огнестрельные повреждения. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника торакотомии, выбор оперативного доступа, принципы ревизии, шов раны лёгкого, особенности резекции лёгкого.
59. Методика и техника вскрытия перикарда, ревизии сердца, кардиорафии. Методика и техника сосудистого шва, протезирование сосудов. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
60. Открытые (проникающие) повреждения груди мирного времени. Колото-резаные повреждения. Клиника и диагностика гемоперикарда, тампонады сердца, повреждения лёгких, диафрагмы и пищевода. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника пункции полости перикарда. Методика и техника торакотомии, выбор оперативного доступа, принципы ревизии. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
61. Проникающие торакоабдоминальные повреждения. Клиника и диагностика, особенности клиник внутрибрюшного и интраплеврального кровотечения, клиника и диагностика перитонита. Показания и противопоказания к хирургическому лечению, принципы выбора очередности вскрытия плевральной и брюшной полости. Методика и техника лапаротомии, торакотомии, диафрагмотомии при торакотомии, тораколапаротомии с пересечением рёберной дуги. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
62. Пороки развития трахеи и бронхов. Определение понятий (агенезия, дивертикул трахеи и бронха, трахеальный бронх, стеноз трахеи и бронха, трахеобронхомегалия - синдром Мунье - Куна, экспираторный стеноз, бронхо-пищеводный свищ, бронхогенная киста). Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.

63. Травматические повреждения трахеи. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Стенозы трахеи. Патофизиология. Степени стеноза. Клиника и диагностика (особенности клиники посттравматических, посттравматических и других стенозов, трахеомалации после лучевой терапии и операций на щитовидной железе). Эндоскопические методы лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.
64. Опухоли трахеи. Классификация. Патофизиология. Клиника и диагностика. Эндоскопические методы лечения. Стентирование трахеи. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника реконструктивно-восстановительных операций, операций с отключением лёгкого из вентиляции, операций с закрытием окончательного дефекта трахеи, операций с полной реконструкцией трахеобронхиального дерева, протезирование трахеи. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
65. Приобретённые респираторно-органные свищи. Этиология и патогенез. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
66. Травматические повреждения бронхов. Механизм травмы. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к торакотомии и пластике бронха, первичные и отсроченные операции.
67. Методика и техника пластики бронха, показания к резекции лёгкого и пульмонэктомии. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение. Стенозы бронхов. Этиопатогенез.
68. Методика и техника бронхотомии, шов бронха, показания к резекции бронха и лёгкого. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
69. Опухоли бронхов. Патофизиология. Клиника и диагностика, карциноидный синдром. Эндоскопические методы лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
70. Опухоли и кисты средостения. Этиология и патогенез. Патофизиологические расстройства, медиастиальный синдром. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций, радикальные и паллиативные операции. Видеоторакоскопические вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
71. Медиастинит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика, особенности клинического течения переднего и заднего

медиастинита. Острые и хронические формы, фибротизирующий медиастинит. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Выбор хирургического доступа. Методика и техника операций, способы дренирования и лаважа переднего и заднего средостения. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

72. Хилоторакс. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика, наиболее частые локализации повреждений грудного протока, различия в течение посттравматического и транссудативного хилоторакса, способы выявления области повреждения протока. Методы консервативного лечения: диета, методика и техника плевральных пункций, плевродез, реинфузия хилозной жидкости. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Выбор оперативного доступа, перевязка грудного протока на шее и в средостении.
73. Диафрагмальные грыжи. Этиология и патогенез. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Ущемлённые диафрагмальные грыжи. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
74. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
75. Травматические повреждения диафрагмы. Механизмы травмы. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций (ушивание ран диафрагмы, диафрагмопексия, пластика диафрагмы при больших дефектах).
76. Релаксация диафрагмы. Этиология и патогенез. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
77. Пороки развития пищевода. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.
78. Повреждения пищевода. Механизмы травмы. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.
79. Инородные тела пищевода. Этиология. Клиника и диагностика. Эндоскопические методы удаления инородных тел пищевода. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и

- техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
80. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Этиология и патогенез. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Неотложная помощь при химических ожогах пищевода и лечение в остром периоде. Виды бужирований пищевода.
 81. Химические ожоги и рубцовые стриктуры пищевода. Этиология и патогенез. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 82. Сегментарный и диффузный спазм пищевода. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Консервативные методы лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 83. Нервно-мышечные заболевания пищевода. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 84. Рефлюкс-эзофагит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Методы консервативного лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 85. Дивертикулы пищевода. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 86. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.
 87. Злокачественные опухоли пищевода. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства.

Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

88. Рак пищевода. Современные принципы радикальных хирургических вмешательств при раке пищевода. Экстирпации пищевода из трансторакального и абдоминоцервикального доступов. Расширенные и комбинированные операции. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства.
89. Рак пищевода. Паллиативные оперативные вмешательства. Гастростомия, её разновидности. Эндоскопические паллиативные вмешательства при раке пищевода.
90. Послеоперационные осложнения операций на пищеводе. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к операции. Методика и техника оперативных вмешательств.

ФОС ситуационных задач государственной (итоговой государственной) аттестации.

Задача № 1

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.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Классификация данного заболевания?

3. Вариабельность клинической картины в зависимости от различий этиопатогенезе?

4. Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?

5. Какие могут развиваться осложнения?

6. Методы лечения данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Травматическая диафрагмальная грыжа

2. Классификация диафрагмальных грыж (К.Д. Тоскин, 1990)

- Грыжи собственно диафрагмы:

а) врожденные: реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы

б) травматические

в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи)

- Грыжи естественных отверстий диафрагмы:

а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный)

б) грыжи пищевого отверстия диафрагмы

в) параззофагеальные грыжи

3. Для грыж собственно диафрагмы характерны кардиореспираторные (одышка, цианоз, тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов)

Для грыж естественных отверстий диафрагмы характерны симптомы рефлюкс-эзофагита (чувство жжения за грудиной, изжога, усиливающиеся при работе нагнувшись)

4. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

5. Ущемление.

6. Оперативное лечение – пластика диафрагмы собственными тканями или аллопластическим материалом.

Задача № 2

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 х 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу. Ваш диагноз?

1. Классификация этой патологии.
2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
4. Какую тактику лечения следует избрать?
5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС.

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение.

Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи).

Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах - шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

Задача № 3

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.
6. Какие стадии заболевания по Б.В. Петровскому следует различать?
7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?
8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии.

Для данного заболевания характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация и боль.

Дифференциальный диагноз: рак пищевода и рак кардии, дивертикул пищевода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимография, ФГДС, фармакологические пробы.

Консервативную терапию применяют только в начальных стадиях заболевания, а также как дополнение к кардиодилатации. Основной метод лечения - кардиодилатация (противопоказан при портальной гипертензии). Кардиотомия. Эндоскопическая эзофагомиотомия.

Показания к оперативному лечению: Противопоказания к кардиодилатации. отсутствие эффекта от кардиодилатации, разрывы пищевода, стриктуры.

Консервативно: стол 1, церукал 3-4 недели, седативные, витамины группы В. Вагосимпатическая блокада (расслабление кардии).

Задача № 4

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7°C, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация заболевания?
3. Этиология и этапы развития заболевания?
4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?
5. Лечение заболевания?
6. Возможные осложнения заболевания?
7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного периода. Санаторно-курортное лечение?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

У данного больного клиника абсцесса легкого. Предпосылками для возникновения заболевания являются инфекция, расстройство кровообращения, ателектаз легкого. Выделяют этапы до- и после дренирования абсцесса через бронх.

Дополнительные методы исследования: обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ.

Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы. Операции: пневмотомия, резекция доли легкого. В

последние годы более широко используется пункционный метод лечения под контролем УЗИ.

Возможные осложнения: развитие гангрены легкого, сепсиса, гнойного плеврита, пневмоторакса, асфиксии.

Задача № 5

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки. Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика?
7. Показания к оперативному лечению при данной патологии?
8. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Диагноз: Диффузный тиреотоксический зоб, II степени, легкая степень тяжести. Из дополнительных методов исследования необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов; по показаниям (смешанные и узловые формы) - радиоизотопное сканирование, тонкоигольная биопсия, КТ, определение тиреоглобулина, кальцитонина, АТ к тиреоглобулину.

При неэффективности консервативного лечения – субтотальная резекция щитовидной железы.

Послеоперационные осложнения: тиреотоксический криз, кровотечение, повреждение возвратного нерва, гипопаратиреоз, трахеомалация.

После операции 6 мес без физических нагрузок и перегреваний, через 6 мес на МСЭК, если сохраняются симптомы + диспансеризация эндокринолога.

Задача № 6

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 х 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетвори тельное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Какова лечебная тактика?
6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?
7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию
9. Меры профилактики данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение,

активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин.

При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

Задача 7

Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование, к специалистам не обращалась до настоящего времени. Отмечает некоторое увеличение опухоли в размерах, неприятных ощущений в молочной железе нет. Общее состояние хорошее, Молочные железы правильной формы, видимой деформации нет. В правой железе картина диффузной мастопатии. В левой- на границе наружных квадрантов пальпируется опухоль округлой формы около 4-х см в диаметре, без четких границ, безболезненная, подвижность ее ограничена, кожа над опухолью не изменена. В левой подмышечной области пальпируется одиночный лимфатический узел, подвижный, эластической консистенции, размерами 1,5 х 1 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, инволютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется уплотнение 2 х 2 см с нечеткими лучистыми контурами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Выберите план дальнейшего обследования?
3. Каким методом следует получить морфологическую верификацию диагноза?
4. Назовите факторы риска возникновения заболевания?
5. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
6. Возможные варианты лечебной тактики, дайте обоснования?
7. Задачи реабилитационного лечения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Предварительный диагноз: опухоль молочной железы. Для уточнения диагноза могут быть использованы: маммография, пункционная биопсия, биопсия лимфоузла, секторальная резекция с цитобиопсией.

При подтверждении диагноза рака молочной железы -комбинированное лечение: радикальная мастэктомия, химиотерапия.

Факторы риска: наследственность, раннее менархе, поздняя менопауза, поздние роды, ФКМ.

Задача № 8

Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрит холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по средне ключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ - зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

1. Диагноз.
2. Тактика в районной больнице.
3. Выбор анестезии.
4. Принципы операции.
5. Возможные осложнения после операции, их профилактика.
6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева???)
2. Срочное оперативное лечение.
3. Эндотрахеальный наркоз.

4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберье, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.

5. Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс.

6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови.

Задача № 9

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД=100 и 70 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.
5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.
6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря. шок 1 степени тяжести

2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.

3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.

4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравертебральной линии на уровне 3-10 межреберья, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2, 5 литров в сутки.

5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, защитить торакотомную рану.

Задача № 10

У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/70 мм рт ст.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация данного заболевания
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. Возможна ли консервативная тактика?
5. С каким заболеванием следует дифференцировать?
6. Можно ли продолжать кормление ребенка?
7. Какие средства применяются для прекращения лактации?

8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов

9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации.

2. 1) - острый 3) - ретромаммарный

- хронический - субареолярный

- премаммарный

2) - серозная форма - паренхиматозный

- инфильтративная - интерстициальный

- абсцедирующая

3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),

4. Консервативная тактика возможна.

5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз.

6. Кормление грудью не прекращают.

7. Бромкрептин, парлоден.

8. Амоксиклав

Цефазолин 1,0

9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

Задача 11

Больной 40 лет жалуется на боли и в нижней части правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением небольшого количества мокроты, одышка. Давность заболевания около недели. Объективно: Пульс 110 в минуту, температура 38,5 С. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизонтальной линией на

уровне 5 ребра и тимпаническим звуком над этой линией. При аускультации дыхательные шумы отсутствуют над областью притупления. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в нижних отделах справа до 5 ребра и просветление над ним.

1. Ваш диагноз?

2. Клиническая классификация этого заболевания?

3. Этиопатогенез этого заболевания?

4. В каком обследовании нуждаются больные с этим заболеванием? Назовите характерные признаки данной патологии, которые выявляются при этом обследовании?

5. В каком лечении нуждается данный больной? Каковы основные цели этих лечебных мероприятий?

6. Правила выполнения специальной медицинской манипуляции, выполняемой при лечении этого заболевания?

7. Возможные осложнения этого заболевания?

Ответ к задаче

1. Экссудативный правосторонний плеврит.

2. Невоспалительный плеврит (хилоторакс). Воспалительный, серозный, фибринозно-гнойный.

3. Невоспалительные плевриты – состояние, вызывающее асцит и затруднение венозного и лимфатического оттока из грудной клетки. Воспалительные – результат воспаления структур, прилегающих к плевральной полости.

4. Физикальные признаки – притупленный звук, отсутствие дыхания.

Рентгенологические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции.

УЗИ – жидкость в плевральной полости.

5. Антибактериальная терапия. Плевральная пункция. цель – санация плевральной полости.

6. Пункция плевральной полости выполняется по верхнему краю ребра в асептических условиях.

7. Эмпиема плевры

Задача № 12

Пациент 43 лет находится на лечении по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложненной абсцессом. 2 часа назад больной отметил внезапное ухудшение состояния - появились интенсивные боли в правой половине груди, затруднение дыхания. Общее состояние тяжелое. Т -39,2С. Цианоз кожи, слизистых оболочек. Частота дыханий 30 в 1 минуту, дыхание поверхностное. Отмечается укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания справа на уровне середины лопатки. Выше уровня укорочения перкуторного звука выслушивается шум трения плевры. Ваш предварительный диагноз? Что может явиться причиной внезапного ухудшения состояния? Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать? Какова тактика лечения больного? Несмотря на интенсивную терапию и ежедневные плевральные пункции, состояние пациента без положительной динамики, сохраняются явления интоксикации, в общем анализе крови определяются анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час. Из полости плевры ежедневно эвакуируется 500-600 мл гнойного экссудата.

1. Ваш окончательный диагноз?

2. Принципы этиотропного и патогенетического лечения?

3. Какой метод местного лечения необходимо использовать в данной ситуации?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.

2. Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость.

3. Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.

4. Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакотомия.

5. Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.

Задача № 13

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, сниженного 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 $18 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг формулы влево. ФГДС: на уровне С6 - 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.

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?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.

2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗИ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.

3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.

4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастинита и интоксикацией.

5. При лечении медиастинита используется активная хирургическая тактика.

6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.

7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.

8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более.

Задача №14

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из

анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь. При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение возникло у больного?
3. Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больного в стационаре?
5. Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.
6. Виды оперативных доступов.
7. Медиастинит.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.
2. Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.
3. Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганных нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.
4. При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование.
5. Оперативные доступы к средостению: надгрудный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия,

внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастеральный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову.

Задача № 15.

Больной 50 лет страдал острой эмпиемой плевры, лечился консервативно, а также дренированием плевральной полости по Бюлау. Острые явления стихли, температура тела снизилась до субфебрильной, нормализовалась лейкоформула, однако сохранился лейкоцитоз 10 тыс., СОЭ40 мм/час. Рентгенологически определяется ограниченное пространство в плевральной полости с наличием уровня жидкости. Длительность заболевания 8 мес.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Следует ли в данном случае проводить антибактериальную терапию, и каков должен быть ее характер?
- 3) Каковы возможные осложнения данного процесса?
- 4) В чем причина хронизации заболевания?
- 5) Требуется ли такому больному хирургическое лечение, и если требуется, то каков должен быть его характер? Диспансеризация, реабилитация

Эталон ответов: Хроническая эмпиема плевры с остаточной полостью. Смена антибактериальной терапии по чувствительности. Неадекватное дренирование эмпиемы плевры. Оперативное лечение – торакопластика.

Задача № 16

Больной, 20 лет, поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании, одышку, сухой кашель. После переохлаждения повысилась температура до 38С° и появились боли в грудной клетке. Боли вначале были очень сильными, затем уменьшились, но увеличилась одышка. Состояние тяжелое, одышка, число дыханий 32. Больной предпочитает сидячее положение. Левая половина грудной клетки выбухает, отстаёт в дыхании. В легких слева укорочение перкуторного звука от третьего ребра, дыхание здесь не

проводится. Сердце – тоны приглушены. ЧСС 100. АД 100/65 мм. Рентгенография грудной клетки – слева интенсивное затемнение с косым уровнем, смещение органов средостения вправо. При плевральной пункции получено 900 мл мутной желтоватой жидкости. Удельный вес 1023 белок 4,8% проба Ривальта положительная. При микроскопии: основную массу составляют дегенеративно измененные нейтрофилы, единичные макрофаги и клетки мезотелия.

1. Определите характер плевральной жидкости.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Место дренирования плевральной полости?
5. Предполагаемые сроки нетрудоспособности?

Эталон ответов:

1. Гнойный выпот.
2. Эмпиема плевры слева.
3. Пункция и дренирование плевральной полости, промывание растворами антисептиков, антибактериальная терапия.
4. 7 межреберье по задней подмышечной линии

Задача № 17

У больного, 45 лет, внезапно появилась лихорадка до 39С°, потрясающие ознобы, обильная потливость, одышка, резкие колющие боли в груди справа при углублении дыхания, отрывистый сухой кашель. Положение больного в постели вынужденное, полусидячее, на правом боку. ЧД 28, дыхание поверхностное. Пульс 120. Отмечается некоторое выбухание и отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа. В этой области ослабленное дыхание, отсутствует голосовое дрожание, резкое притупление звука.

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
3. План рекомендуемого Вами лечения?

4. Назовите наиболее эффективное сочетание антибактериальных средств для лечения гнойного процесса в легких и плевре?

Эталон ответа: 1. Эмпиема плевры справа. 2. Рентген органов грудной клетки, УЗИ плевральной полости. 3. Пункция и дренирование плевральной полости, промывание растворами антисептиков, антибактериальная терапия. 4. Цефтриаксон+ метрогил+ гентамицин

Задача № 18

У больного рентгенологически выявлена тонкостенная полостное образование в верхней доле правого легкого. Жалоб нет. Ранее перенес острый абсцесс легкого.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные обследования надо произвести?
3. Чем может осложниться данная патология?
4. Необходимо ли оперативное лечение?
5. Как решить вопросы нетрудоспособности?

Эталон ответа: 1. Киста легкого (приобретенная) после перенесенного абсцесса 2. Дополнительных обследований не требуется из-за ясности диагноза 3. Киста может осложниться напряжением, нагноением и разрывом с возникновением пневмоторакса 4. Оперативное лечение не осложненной кисты не требуется 5. Больной по данной патологии трудоспособен

Задача № 19

Больной 55 лет, курильщик, в течении месяца немного кровохаркал, затем повысилась температура, появилась температура появились боли в грудной клетки, а еще через 10 дней появилась гнойная мокрота. В верхней доле левого легкого на фоне затемнения имеется полостное образование с уровнем жидкости.

1. Какое основное заболевание следует заподозрить?
2. Какое исследование следует произвести для подтверждения диагноза?
3. Какова этиология абсцесса у данного больного?
4. Ваш план лечения?

5.Произвести экспертизу нетрудоспособности.

Эталон ответа: 1.Центральный рак легкого 2.Фибробронхоскопия с биопсией из опухоли 3.Абсцесс легкого параканкротный (абсцедирование в зоне ателектаза легкого) 4.Купирование гнойного процесса в легком и при операбельности – пульмонэктомия с лимфатическими узлами корня легкого и средостения 5.При неоперабельности опухоли – инвалидность. При пульмонэктомии инвалидность 2 группы на 1 год, через год возможно переосвидетельствование и 3 группа инвалидности (ограниченно трудоспособен)

Задача № 20.

Больной, 25 лет, получил сильный удар в грудную клетку, было кровохарканье. Выявлен перелом 2 ребер клинически и рентгенологически, кроме того, в 3 сегменте верхней доле выявлено затемнение. Больной начал лихорадить и затем вместе с кровью откашливать гной.

1.Сформулируйте диагноз

2.Назначьте лечение

3.Показано ли оперативное лечение.

4.Какого результата необходимо добиться лечебными мероприятиями.

5.Возможно ли восстановление трудоспособности или потребуются направление на МСЭК и инвалидность

Эталон ответа: 1.Закрытая травма грудной клетки с переломами ребер и ушибом легочной ткани. Осложнение: посттравматическая абсцедирующая пневмония. 2.Цефалоспорины 3-4 поколения, гентамицин или амикацин, гемостатики, постуральный дренаж. 3.Оперативное лечение из-за отсутствия осложнения абсцесса не показано. 4.Необходимо добиться клинического выздоровления и формирования пневмосклероза или кисты на месте абсцесса. 5.Необходимо в течение 2 месяцев реабилитировать больного и вернуть к труду.

Задача № 21

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 1,5 лет, который двенадцать часов назад случайно сделал глоток кипятка. Состояние больного тяжелое. Выражено слюнотечение. Отказывается от еды, мало пьет, мочится редко малыми порциями. Температура 38.5. На слизистой полости рта массивные фибриновые наложения.

Ваш предварительный диагноз.

Первая помощь на догоспитальном этапе.

План обследования и лечения.

Эталон ответа: Ожог слизистой полости рта, подозрение на ожог пищевода кипятком. На догоспитальном этапе показана противошоковая терапия, профилактика отека подвязочного пространства гортани. Госпитализация, консультация отоларинголога и внутриносовая новокаиновая блокада. Инфузионная терапия, мероприятия по снижению температуры тела, обезболивание. Фиброгастроскопию выполняют через 3-4 дня.

Задача № 22

Ребенок 1,5 лет сделал глоток уксусной эссенции 30 минут назад. Вы врач скорой помощи осматриваете ребенка дома.

Какие неотложные мероприятия необходимо провести?

Какова дальнейшая тактика обследования и лечения?

Эталон ответа: Необходимо провести промывание желудка через зонд. Ввести обезболивающие и антигистаминные препараты, провести внутриносовую блокаду. Госпитализировать. Необходима консультация токсиколога, контроль диуреза и адекватности дыхания. Назначается инфузионная терапия. Фиброгастроскопия проводится через 4-5 дней. Тактика зависит от степени ожога.

Задача № 23

У мальчика с 6 лет, через несколько часов после еды периодически стала появляться рвота съеденной пищей. В настоящее время еду постоянно запивает водой. Ощущая дисфагию может вызывать рвоту во время еды. Рвотные массы кислого запаха не имеют.

Ваш предварительный диагноз.

План обследования и лечения.

Эталон ответа: Подозрение на ахалазию пищевода. Показана фиброэзофагогастроскопия и исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью. При выявлении стеноза показано оперативное лечение.

Задача № 24

Мальчик 7 лет в течение последних двух лет неоднократно лечился по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа в проекции нижней доли отмечается участок затемнения, примыкающий к средостению.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Эталон ответа: Подозрение на секвестрацию нижней доли правого легкого. Показана бронхоскопия, томография, ангиография. Лечение оперативное.

Задача № 25

У мальчика 3 лет в анамнезе с рождения рецидивирующая пневмония. Отмечается постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Ребенок бледен, пониженного питания, Правая половина грудной клетки западая в дыхании не участвует. Перкуторно над правой половиной грудной клетки укорочение легочного звука. Аускультативно слева дыхание пуэрильное, справа ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. Средостение смещено вправо.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Эталон ответа: Бронхоэктатическая болезнь, ателектаз справа. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задача № 26

Больной 44лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли за грудиной, чувство жжения, которые появляются после приема пищи, при работе «в наклон». Боли в последнее время стали более интенсивнее. Стал отмечать затруднение при проглатывании пищи. При осмотре состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС-84уд/мин. А/Д-120/80. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка, почки не увеличены. Лабораторные показатели в пределах нормы

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?

3. Какие лабораторные исследования следует провести больному?
4. Какие инструментальные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Определите характер лечения: консервативное или оперативное.
6. Назовите наиболее вероятный характер операции.
7. Какие возможны осложнения в ближайшем послеоперационном периоде.

Эталон ответа:

1. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагит, рубцовая стриктура пищевода
2. раком пищевода, рубцовой стриктурой пищевода после ожога
3. общеклинические / общий анализ крови, мочи, функциональные пробы печени/
4. ФГДС, рентгенография пищевода
5. оперативное лечение – операция Ниссена с последующим бужированием стриктуры
6. формирование желудочной манжетки

Задача № 27.

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5гр. С. В анамнезе: дважды в течение 3 месяцев больной госпитализировался в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

1. Предварительный диагноз?
2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза?

3. Вы установили правильный диагноз. Какова Ваша тактика лечения?

Эталон ответа:

1. Рак легкого.
2. Компьютерная томография легких, исследования функции внешнего дыхания, бронхоскопия с биопсией, исследование мокроты.
3. Хирургическое лечение с последующей химиотерапией.

Задача № 28

У больного 40 лет, вскоре после проведенной диагностической эзофагогастроскопии, появились резкие боли за грудиной, иррадиирующие в спину и левое плечо, однократная рвота с примесью алой крови. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Живот мягкий, безболезненный. Температура-37,2, лейкоциты-10000.

1. Предварительный диагноз?
2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза,
3. Вы установили правильный диагноз. Какие осложнения могут возникнуть у больного?
4. Ваша тактика лечения.

Эталон ответа.

1. Повреждение пищевода, 2. обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, эзофагогастродуоденоскопия, Р-исследование пищевода с водорастворимым контрастом. 3. Медиастинит, 4. исключение питания через рот, назогастральный зонд, антибиотикотерапия.

Задача № 29

Больной К. 40 лет при поступлении в клинику жалоб не предъявлял. При плановой флюорографии 2 недели назад в верхней доле левого легкого выявлено округлое образование 1,5 x 1,5 см в диаметре, однородное. При

осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Дыхание проводится во все отделы.

- 1.Вероятные диагнозы?
- 2.Наиболее информативные методы для установления диагноза?
3. Какие рентгенологические признаки характерны для доброкачественных опухолей легкого?
4. Какие рентгенологические признаки характерны для злокачественных опухолей легкого?

Эталон ответа: 1. Периферический рак легкого? Доброкачественная опухоль легкого? 2. Бронхоскопия, компьютерная томография легких, исследование мокроты, трансторакальная аспирационная биопсия. 3. Отсутствие динамики размеров образования за год при динамическом рентгенологическом исследовании легких, округлая форма, ровные контуры образования. 4. Неровные, размытые контуры, наличие дорожки к корню легкого, полициклические контуры образования. 5.

Задача № 30

Больной К.30 лет поступил в клинику с жалобами на острые колющие боли в левой половине грудной клетки, одышку усиливающиеся при физической нагрузке, кашель. Около 2 часов назад больной получил тупую травму левой половины грудной клетки. При осмотре: состояние больного средней тяжести. При перкуссии грудной клетки слева высокий тампанический звук, при аускультации - ослабление дыхательных шумов, отсутствие голосового дрожания.

- 1.Ваш предварительный диагноз?
- 2.Наиболее информативный диагностический метод для уточнения диагноза?
- 3.Вы установили правильный диагноз. Какие рентгенологические признаки характерны для данного заболевания?
- 4.Ваша тактика лечения на начальной стадии заболевания?

Эталон ответа: 1. Пневмоторакс. 2. Рентгенологическое исследование грудной клетки. 3. Отсутствие легочного рисунка на периферии, тень коллабированного легкого с четкой наружной границей. 4. Торакоскопия, торакотомия.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна

05.09.25 10:43 (MSK)

Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA