

Министерство здравоохранения Хабаровского края
Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного
профессионального образования
"ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"
(КГБОУ ДПО ИПКСЗ)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор управления
по учебной работе

Н.В. Кирпичникова

« 23 » сентября 2021 г.



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.65 Торакальная хирургия
Укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина

**Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»
БЗ (108 часов, 3 з.е.)**

Хабаровск
2021

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) укрупненная группа специальностей 31.00.00 Клиническая медицина, утверждённым приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 года № 1108.

Составители программы:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Воронов Александр Викторович	к.м.н., доцент	заведующий кафедрой хирургических болезней	КГБОУ ДПО ИПКСЗ
2	Шевченко Александр Александрович	к.м.н., доцент	доцент кафедры хирургических болезней	КГБОУ ДПО ИПКСЗ

Утверждено педагогическим советом КГБОУ ДПО ИПКСЗ.

(Протокол № 6 от 23.09.2014 г.)
Согласовано с проректором управления по учебной работе.

Проректор управления
по учебной работе



Н.В. Кирпичникова

Государственная итоговая аттестация выпускников

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.65 «Торакальная хирургия» требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия»

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания по дисциплине «Торакальная хирургия» проводятся устно.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

1. Цели и задачи

Цель государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия» состоит в объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой.

Задачи государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия» заключаются:

- в оценке уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- в определении уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- в выявлении уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.

2. Место в структуре ООП

Государственная итоговая аттестация ординаторов по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия» относится к блоку 3 базовой части основной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации и завершается присвоением квалификации.

Имеет трудоемкость 3 ЗЕТ (108 часов).

3. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия»

В результате освоения программы дисциплины у выпускника должны быть сформированы

универсальные компетенции:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

профессиональные компетенции

профилактическая деятельность:

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

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

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании медицинской помощи торакальным больным (ПК-6);

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации,

направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

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

4. Формы проведения

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания проходят в три этапа:

- оценка уровня освоения практических навыков,
- тестовый контроль,
- собеседование.

5. Структура и содержание

В Государственную итоговую аттестацию входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится по основной образовательной программе по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия», результаты освоения которой имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Этапы государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа	Проверяемые компетенции
1.	Определение уровня теоретической подготовки	Тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
2	Определение уровня практической подготовки	Проверка практических навыков	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
3	Определение уровня профессиональной подготовленности и к самостоятельному решению профессиональных задач	Собеседование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

6. Методика проведения этапов государственной итоговой аттестации, критерии оценки результатов

Методика проведения I этапа ГИА – тестирования

Выпускник проходит компьютерное тестирование в компьютерной системе дистанционного обучения (СДО) Прометей, в которой создан банк тестовых заданий по всем разделам дисциплины клиническая фармакология.

В систему Прометей внесены тестовые задания.

Тестирование производится в компьютерном классе. В ходе теста каждому выпускнику на экране монитора компьютера предъявляются 60 заданий, случайным образом отобранных компьютерной программой из банка тестовых заданий.

Время на выполнение одного тестового задания ограничивается 1 минутой, тем самым общее время на тест не может превышать 60 минут.

Методика проведения 2 этапа ГИА – проверки практических навыков и умений

Проверка уровня и качества освоения практических навыков – второй этап государственной итоговой аттестации. Проверяются навыки, соответствующие квалификационным характеристикам врача-стоматолога-ортопеда.

Осуществляется членами экзаменационной комиссии по результатам сдачи навыков и умений специфического осмотра пациентов, алгоритма назначения пациентам лабораторных анализов и специализированных методов диагностики, алгоритма поведения в стандартизированных клинических ситуациях.

Методика проведения 3 этапа ГИА – устного собеседования (ответы на вопросы экзаменационного билета)

Из 48 экзаменационных вопросов, составляются 16 экзаменационных билетов. В каждом билете – 3 вопроса. Примеры экзаменационных билетов представлены в ФОС.

Выпускник выбирает один билет и готовится к ответу на вопросы в течение не более 30 минут. Затем экзаменационной комиссией проводится устное собеседование с выпускником по вопросам экзаменационного билета.

Оценка результатов государственной итоговой аттестации

(критерии оценки уровня сформированности универсальных и профессиональных компетенций)

Оценка результатов 1 этапа ГИА – компьютерного тестирования:

количество правильно решенных тестовых заданий:

- менее 70 % – оценка «неудовлетворительно»;
- 70 % – 79 % – оценка «удовлетворительно»;
- 80 % – 89 % – оценка «хорошо»;
- 90 % и выше – оценка «отлично».

Оценка результатов 2 этапа ГИА – проверки практических навыков и умений:

- оценка «зачтено» – выпускник правильно и полноценно собрал анамнез, обследовал больного, назначил дальнейший план обследования и лечения, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует мануальные навыки в конкретной ситуации при работе самостоятельно и в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий;
- оценка «не зачтено» – не смог сформулировать верное первичное представление о пациенте, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования пациента, не ориентирован в основных вопросах специальности, не владеет техникой выполнения

мероприятий, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

Оценка результатов 3 этапа ГИА – устного собеседования:

Критерии оценки результатов собеседования по специальности:

- Отлично выставляется выпускнику за осознанные, глубокие и полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера). Данная оценка выставляется обучающимся, показавшим отличное владение данными основной и дополнительной литературы, рекомендованной программой специальности, учитывается добросовестное отношение к учебе за время обучения в ординатуре, участие в научной работе кафедры.

- Хорошо выставляется выпускнику за хорошее усвоение материала, достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач, достаточное усвоение основной литературы, рекомендованной в разделах программы по специальности. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.

- Удовлетворительно выставляется выпускнику за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о недоработках обучающегося, за формальные ответы, свидетельствующие о неполном понимании вопроса, обнаруживший знания материала в минимально достаточном объеме, необходимом для работы по специальности, усвоивший основную литературу, рекомендуемую программой по определенным разделам специальности.

- Неудовлетворительно выставляется выпускнику за бессодержательные ответы на вопросы билета, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки в предусмотренных программой заданиях, продемонстрировавшему неумение применять знания практически.

Оценка результатов государственной итоговой аттестации:

По результатам трех этапов выпускного экзамена по специальности решением экзаменационной комиссии выставляется итоговая оценка. Результаты государственной итоговой аттестации оцениваются по четырехбалльной системе.

Успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию считается обучающийся, сдавший выпускной экзамен по специальности на положительную оценку («удовлетворительно», «хорошо», «отлично»).

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности 31.08.65 «Торакальная хирургия»,

Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации оценку «неудовлетворительно», а также лицам, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, установленному организацией.

Перечень теоретических вопросов

1. Хирургическая анатомия шеи. Треугольники шеи. Томография органов шеи. Кровоснабжение, венозный, лимфатический отток и иннервация шеи.
2. Основные симптомы при заболевании и повреждениях дыхательной системы. Критерии дыхательной недостаточности, тяжести кровопотери и

постгеморрагической анемии, выявление интоксикацией.

3. Этиология и патогенез туберкулеза органов дыхания. Классификация туберкулеза.

4. Хирургическая анатомия грудной клетки. Скелет грудной клетки. Мышцы грудной стенки, их иннервация и кровоснабжение. Томография сосудов и нервов. Хирургическая анатомия диафрагмы. Проекция органов и образований груди на трудную клетку.

5. Эндоскопические методы биопсии органов дыхания, средостения и диафрагмы. Катетер — биопсия, браш — биопсия, игловая биопсия. Медиастиноскопия с биопсией.

6. Показания и противопоказания к хирургическому лечению туберкулеза легких, особенности выбора объема и характера операции. Послеоперационные осложнения.

7. Хирургическая анатомия легких. Топография долей и элементов корня правого и левого легкого. Долевое и сегментарное строение легких. Кровоснабжение, лимфатическая система и иннервация легких.

8. Методы оценки общего иммунитета: клеточные реакции, гуморальные факторы, методы выявления аллергии, серологические реакции при диагностике респираторных инфекций, туберкулинодиагностика.

9. Пороки развития легких. Определение понятия, классификация пороков развития органов дыхания.

10. Хирургическая анатомия средостения. Клетчаточные пространства средостения. Связочный аппарат за грудиной пространства. Органы переднего средостения. Грудной отдел аорты и её ветви. Лимфоузлы средостения. Грудной лимфатический проток. Венозная система грудной полости.

11. Рентгенологические методы исследования. Возможности методов и показания к рентгенографии, рентгенографии, томографии, компьютерной томографии, магнито — резонансной томографии, позитронно — эмиссионной томографии.

12. Пороки развития легких, связанные с недоразвитием легкого. Клиника, диагностика отдельных пороков, варианты течения заболевания у детей и взрослых. Показания и противопоказания к оперативному лечению.

13. Хирургическая анатомия заднего средостения. Пищевод: топография, кровоснабжение, иннервация и лимфатическая система.

14. Опухоли средостения. Классификация, диагностика. Принципы хирургического лечения.

15. Хирургическая анатомия диафрагмы. Отверстия диафрагмы. Щели, клетчаточные пространства диафрагмы. Кровоснабжение, иннервация и лимфатическая система диафрагмы.

16. Контрастные рентгенологические исследования в торакальной хирургии: фистулография, пневмография, эзофагография, гастрография. Фазы компьютерной томографии с контрастным усилением.

17. *Острые* и хронические нагноительные заболевания легких. Классификация. Этиология и патогенез, патоморфология. Клиника и

диагностика в зависимости от фазы течения деструктивного процесса в легком. Консервативное лечение.

18. Хирургические доступы к органам грудной клетки. Переднебоковая, боковая и задняя торакотомия. Подмышечные торакотомии. Торакотомия по Насилову. Комбинированные хирургические доступы. Интра- и экстраплевральное выделение легкого.

19. Диагностическая и лечебная трахеобронхоскопия. Аппаратура и инструментарий, показания и противопоказания. Анестезиологическое обеспечение. Диагностические и лечебные манипуляции во время трахеобронхоскопии. Возможные осложнения.

20. Эндоскопические и оперативные методы лечения неспецифических нагноительных заболеваний легких.

21. Хирургические доступы к органам грудной клетки. Срединная стернотомия, верхняя и нижняя частичные и Т-образные стернотомии. Торакомедиастинотомия. Доступы к подключичным сосудам.

22. Лечебно — диагностические возможности торакоскопии. Абсцессоскопия и каверноскопия.

23. Заболевания органов дыхания с преимущественным нарушением бронхиальной проходимости (бронхиальная астма и ХОБЛ), эндоскопические методы лечения, возможности оперативного лечения.

24. Общие элементы торакальных операций. Принципы перевозки легочных сосудов (интраплевральный и интраперикардиальный доступы). Обработка бронха (аппаратная и варианты ручного шва). Принципы дренирования плевральной полости и средостения.

25. Клиника и диагностика заболеваний пищевода. Диагностические и лечебные возможности эзофагоскопии.

26. Доброкачественные опухоли легких. Классификация, клиника. Открытые и видеоторакоскопические операции.

27. Общие элементы эндоскопических торакальных операций. Аппаратура, анестезиологическое обеспечение, показания. Диагностические и лечебные торакоскопии. Видеоассистированные операции.

28. Клиническое исследование мокроты. Выявление микобактерий туберкулеза, аэробной и анаэробной флоры, грибковой флоры. Исследование плевральной жидкости и бронхоальвеолярного лаважа.

29. Паразитарные заболевания легких. Неосложненные и осложненные формы эхинококкоза. Диагностика, хирургическое лечение.

30. Анестезиологическое обеспечение торакальных операций. Функциональная операбельность. Объемы резекций легкого. Отбор больных для торакальных операций.

31. Инвазивное стадирование рака легкого: принципы выбора и последовательность применения отдельных способов биопсии, включая эндоскопические.

32. Спонтанный пневмоторакс. Клиника и диагностика. Консервативное и оперативное лечение.

33. Общие элементы вмешательств на сердце и перикарде. Обеспечение и методика пункции перикарда. Доступы к разным отделам сердца. Шов сердца.

34. Радиоизотопные методы исследования в торакальной хирургии: исследование капиллярного кровотока, вентиляции легких, специальные методы диагностики опухолей легких и средостения.

35. Классификации рака легкого. Пути и особенности метастазирования. Общие онкологические принципы радикальных операций. Особенности операций при центральном раке легкого.

36. Послеоперационные осложнения в области операционной раны и грудной стенки. Торакальные окончатые дефекты, торакальная грыжа, остеомиелит ребер и грудины. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

37. Исследование функции органов дыхания. Спирография, объемные и скоростные показатели. Легочный газообмен. Газы в кислотно — щелочное состояние крови.

38. Периферический рак легкого. Дифференциальная диагностика округлых образований легкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Онкологические принципы радикальных операций.

39. Послеоперационные плевральные осложнения. Замедленное расправление легкого, остаточная плевральная полость. Временная эндоскопическая окклюзия регионарного бронха. Послеоперационные интраплевральные кровотечения, свернувшийся гемоторакс, послеоперационная эмпиема плевры.

40. Травматические повреждения грудной клетки. Закрытые повреждения груди. Принципы диагностики, показания к оперативному лечению.

41. Послеоперационные легочные осложнения. Нарушения кровообращения в оперированном легком. Нарушения вентиляции оперированного легкого (ателектаз, стеноз бронха, патологическая дислокация оперированного легкого). Профилактика в лечении пневмонии и пульмонита.

42. Ранения груди. Принципы диагностики. Торакоабдоминальные ранения. Хирургическое лечение ранений груди, роль торакоскопии.

Тестовые задания:

001. Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легкого является

- а) внутриартериальное введение антибиотиков
- б) лечебные бронхоскопии
- в) внутримышечное введение антибиотиков
- г) общеукрепляющее лечение и иммунотерапия
- д) сочетание всех вышеперечисленных методов

002. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются

- а) пневмотомия
- б) клиновидная резекция легкого
- в) пневмоэктомия
- г) лобэктомия

д) торакопластика

003. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются

- а) бронхиальный свищ, эмпиема плевры
- б) внутривнутриплевральное кровотечение
- в) сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких
- г) нагноение послеоперационной раны
- д) все перечисленные

004. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктонической болезни является

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

005. Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает

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

006. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол"

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

007. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является

- а) верхняя доля
- б) средняя доля
- в) нижняя доля
- г) правильно а) и б)
- д) любая доля и любой сегмент обоих легких

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

- а) рак легкого
- б) бронхоэктатическая болезнь
- в) абсцесс легкого

г) аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза

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

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

009. 1. Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, кровохарканье в течение последних 5 лет, повышение температуры до 38 С, слабость, одышку. Больна около 10 лет. В детстве неоднократно болела двусторонней пневмонией. Мокрота выделяется "полным ртом", особенно при наклоне вниз. Состояние удовлетворительное. Слабо положительный симптом "часовых стекол". Над нижней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, масса сухих хрипов. На рентгенограммах легких - средостения смещено влево, "оголен" правый край позвоночника, усилен и деформирован легочный рисунок в нижнем легочном поле с обеих сторон. Наиболее вероятный диагноз

- а) хроническая пневмония
- б) хронический деформирующий бронхит
- в) хроническая абсцедирующая пневмония
- г) бронхоэктатическая болезнь
- д) туберкулез легкого

009. 2. Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, кровохарканье в течение последних 5 лет, повышение температуры до 38 С, слабость, одышку. Больна около 10 лет. В детстве неоднократно болела двусторонней пневмонией. Мокрота выделяется "полным ртом", особенно при наклоне вниз. Состояние удовлетворительное. Слабо положительный симптом "часовых стекол". Над нижней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, масса сухих хрипов. На рентгенограммах легких - средостения смещено влево, "оголен" правый край позвоночника, усилен и деформирован легочный рисунок в нижнем легочном поле с обеих сторон. С целью уточнения диагноза ей показана

- а) бронхоскопия
- б) рентгенография
- в) томография и компьютерная томография
- г) бронхография
- д) сканирование легких и ультразвуковая диагностика

010. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является

- а) гемостатическая терапия
- б) искусственный пневмоторакс
- в) пневмоперитонеум
- г) тампонада дренирующего бронха
- д) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

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

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

012. Наиболее характерным симптомом для гнойно-инфекционных заболеваний легких является

- а) боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
- б) кашель с большим количеством гнойной мокроты
- в) высокая температура
- г) кровохарканье
- д) симптом "барабанных палочек"

013. Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. Около 20 лет тому назад перенес операцию на левом легком - удаление нижней доли и язычковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл гнойной мокроты, появились кровохаркания, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл стала зловонной.

Состояние тяжелое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся легком полость около 6 см с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом легком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено. Больному следует рекомендовать

- а) интенсивную консервативную терапию
- б) хирургическое удаление оставшейся части левого легкого
- в) лечебные бронхоскопии
- г) внутриартериальное введение антибиотиков
- д) временную окклюзию верхнезонального бронха

014. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются

- а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- б) первичная несостоятельность культи бронха
- в) внутриплевральное кровотечение
- г) ателектаз легкого
- д) напряженный пневмоторакс

015. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- а) разрыв плевральных сращений
- б) прорыв абсцесса легкого
- в) разрыв врожденных воздушных кист легкого
- г) разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

016. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться

- а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха

- б) с широкой торакотомии
- в) с динамического наблюдения
- г) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией

017. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно

- а) по средней аксиллярной линии в 6 межреберье
- б) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
- в) в 7-м межреберье по задней аксиллярной линии
- г) в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
- д) 2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

018. 1. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. три дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет. У больного следует предположить

- а) фибринозный плеврит
- б) плевропневмонию
- в) спонтанный неспецифический пневмоторакс
- г) межреберную невралгию
- д) миозит

018. 2. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. три дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет. При рентгенологическом исследовании диагноз был подтвержден - обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать

- а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
- б) с дренирования плевральной полости
- в) с торакоскопии
- г) с немедленной торакотомии
- д) с симптоматического лечения

019. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить

- а) сухой плеврит
- б) инфаркт миокарда
- в) тромбоэмболию ветвей легочной артерии
- г) спонтанный неспецифический пневмоторакс
- д) ущемленную диафрагмальную грыжу

020. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не

выслушивается, при перкуссии коробочный звук. Средостение перкуторно смещено вправо. У него необходимо заподозрить

- а) фибринозный плеврит
- б) инфаркт миокард
- в) туберкулез легкого
- г) спонтанный неспецифический пневмоторакс
- д) ущемленную диафрагмальную грыжу

021. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является

- а) торакоскопия
- б) рентгеноскопия и рентгенография легких
- в) плевральная пункция
- г) сканирование легких
- д) бронхоскопия

022. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- а) торакотомия
- б) плевральная пункция и аспирация воздуха
- в) торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
- г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- д) наблюдение

023. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает

- а) при абсцессе легкого
- б) при эхинококке легкого
- в) при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- г) при кавернозном туберкулезе легких
- д) при буллезной болезни легких

024. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39 С, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована нижне-долевая пневмония. Семь дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, два дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

- а) экссудативный плеврит
- б) спонтанный пневмоторакс
- в) фиброзный плеврит
- г) пиопневмоторакс
- д) абсцедирование

025. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается

- а) с противовоспалительного лечения
- б) с ваго-симпатической блокады
- в) с плевральной пункции
- г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием ее
- д) с торакотомии

026. Реактивный экссудативный плеврит может быть

- а) при острой пневмонии

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

027. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести

- а) внутриплевральное кровотечение
- б) воздушная эмболия головного мозга
- в) анафилактический шок
- г) плевропульмональный шок
- д) правильно б) и в)

028. Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение

- а) бронхоэктатической болезни
- б) абсцесса
- в) туберкулеза
- г) острой пневмонии
- д) эхинококкоза

029. Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является

- а) дренирование плевральной полости
- б) плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
- в) плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником
- г) широкая торакотомия
- д) введение дренажа по Сельдингеру

030. Способствуют развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии

- а) бронхиальный свищ
- б) инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)
- в) нагноение послеоперационной раны
- г) остеомиелит ребер и хондрит
- д) все перечисленные

031. Достоверным признаком легочного кровотечения является

- а) выделение крови изо рта
- б) кашель с выделением алой пенистой крови
- в) наличие затемнения в легком
- г) наличие экссудата в плевральной полости
- д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

032. Операция эзофагокардиомиотомии показана

- а) при карциноме пищевода
- б) при ахалазии пищевода и кардиоспазме
- в) при диафрагмальной грыже
- г) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- д) при всем перечисленном

033. Перфорация пищевода может быть вызвана

- а) эзофагоскопией

- б) проглоченным инородным телом
- в) сильной рвотой
- г) эрозией опухоли
- д) всем перечисленным

034. Фиброэзофагоскопия может сопровождаться

- а) травмой слизистой
- б) травмой глотки
- в) травмой пищевода
- г) перфорацией пищевода
- д) всем перечисленным

035. Клиническая оценка результатов цитологического и гистологического методов исследования

- а) не имеет значения для выбора метода операции
- б) имеет значение для выбора метода операции
- в) имеет значение для оперативного доступа
- г) не имеет значения для оперативного доступа

036. При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме

- а) газа в плевральных полостях
- б) расширения тени средостения
- в) газа в средостении и мягких тканях шеи
- г) выхода контрастного вещества за пределы пищевода

037. Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается

- а) промывание пищевода и желудка с помощью зонда
- б) промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом
- в) внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств
- г) очистительные клизмы

038. Для дифференциации диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме

- а) давности заболевания
- б) характера дисфагии
- в) особенностей рентгенологической семиотики
- г) эндоскопической картины
- д) характера стула

039. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить

- а) эзофагоскопию
- б) фиброэзофагоскопию и рентгенологическое обследование
- в) пневмомедианотомию
- г) томографию средостения
- д) правильно а) и г)

040. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется

- а) эзофагитом
- б) надрывами слизистой дна желудка

- в) зиянием кардиального жома
- г) эндоскопическая картина решающего значения не имеет
- д) правильно а) и в)

Правильные ответы

001-Д	002-В	003-Д	004-А	005-В	006-Б	007-В
008.1-Г	008.2-Б	009.1-Г	009.2-Г	010-Д	011-Г	012-Б
013-Б	014-В	015-Г	016-А	017-Д	018.1-В	018.2-А
019-Г	020-Г	021-Б	022-Г	023-Д	024-Г	025-В
026-Д	027-Д	028-Г	029-Б	030-Д	031-Д	032-Б
033-Д	034-Д	035-Б	036-А	037-А	038-Д	039-Б
040-Д						

Ситуационные задачи

Задача

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII - VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
4. Назовите классификацию травм груди.
5. Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.
6. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
7. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.
8. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

Задача

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 39°C, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель.

Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Задание.

1. Какое заболевание вы заподозрили у больного?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Принципы лечения данной патологии.

Задача

Больной П., 48 лет. Жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5°C, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное

Температура 37,2°C. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты $3,9 < 10^{12}/л$, Hb - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4 \times 10^9/л$, эозинофилы-1%, п/я-10%, с/я 61%, лимфоциты-23%, моноциты-5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

1. Ваш диагноз?
2. Объем дообследования больного?
3. Тактика лечения больного?

Задача

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

Задание.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования вы наметите?
3. Что могут показать дополнительные исследования, если ваш диагноз подтвердится?
4. Современные методы лечения данной патологии?

Задача

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки.

Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2°C. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений - 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.

Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное неомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

Задача

У больного, перенесшего операцию по поводу рака желудка, на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружены с обеих сторон однотипные мелкие очаги (3-4 мм). Линейная томография: расширение прикорневых легочных сосудов, увеличение корневых лимфатических узлов, проходимость бронхов не нарушена.

ФБС: Проходимость бронхов сохранена, косвенные признаки увеличения лимфатических узлов. Биопсия: Хронический бронхит.
Ваш диагноз ?

Задача

У больной 38 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружен ателектаз второго сегмента верхней доли правого легкого. Линейная томография: "Ампутация" второго сегментарного бронха. ФБС: Гладкое округлое патологическое образование багрово-красного цвета, занимающее весь просвет второго сегментарного бронха. Биопсия не произведена из-за повышенной кровоточивости образования.
Ваш диагноз ?

Задача

У больного 45 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружено тотальное затемнение легочного поля справа со смещением средостения в противоположную сторону.
Какие методы исследования больному рекомендовать ?

Задача

У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедированы. Томография: Корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена.
ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит.
Ваш диагноз ?

Задача

Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная, иногда с примесью прожилок крови. Болен 2 месяца. За это время нарастает упадок сил, слабость, температура тела была повышенной только в первую неделю заболевания, сейчас нормальная. При объективном исследовании в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивное затемнение треугольной форма, соответствующее проекции нижней доли правого легкого. Какие методы исследования больному рекомендовать?

Задача

Больной 15 лет поступил с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты. Два месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха подавился приступом надсадного кашля. Через несколько дней повысилась температура до 38°C. При рентгеноскопии грудной клетки изменения не были обнаружены. В последующем стал беспокоить кашель со скудной мокротой неприятным запахом, а при рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При перкуссии укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание. На рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого.

Какой диагноз ?

Задача

Больной 45 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. Во время подъема тяжести сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. Состояние при поступлении удовлетворительное: пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Над правым легким дыхание резко ослаблено, хрипов нет.

Какое заболевание наиболее вероятно ?

Задача

Больного в течение 15 дней беспокоят боли в грудной клетке, повышение температуры, общая слабость. Диагностирована нижнедолевая пневмония справа, проводилась антибактериальная терапия. Семь дней тому назад начал откашливать гнойную мокроту. Внезапно сильные боли в грудной клетке, холодный пот, одышка. Над правым легким дыхание резко ослаблено, а в нижних отделах правого легкого укорочение перкуторного звука.

Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

Задача

Больной 36 лет доставлен в приемный покой клиники с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, высокую температуру до 39°C, озноб. Из анамнеза: 10 дней назад в состоянии алкогольного опьянения упал с лестницы. К врачу не обращался. При поступлении состояние средней тяжести, эритроциты - $3,0 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 86, Нт - 37, лейкоциты $12 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 30 мм, пульс - 100 ударов в минуту, АД - 90/60 мм рт. ст. На рентгенограмме имеется затемнение в нижней доле правого легкого.

Ваш диагноз ?

Задача

Больной 35 лет легочные заболевания отрицает. Час назад во время тренировки в спортзале появились резкие боли в левой половине грудной клетки, одышка, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено влево.

Какое заболевание у больного необходимо заподозрить ?

Задача

Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит, высокую температуру до 39°C. Болен около 4 месяцев. При обследовании состояние средней тяжести, увеличение периферических лимфоузлов больше в правой надключичной области до 1,5 x 2,0 см, подвижные, несвязанные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения.

Какое наиболее вероятное заболевание у больного имеет место ?

Задача

Больной 16 лет поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, общую слабость. Во время занятий по физкультуре почувствовал резкую боль в грудной клетке слева, затрудненность дыхания. При поступлении больному произведена обзорная рентгенография грудной клетки, где определяется коллапс левого легкого. Какой диагноз нужно поставить больному ?

Задача

Больной 57 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке, кашель с гнойной мокротой, общую слабость, повышение температуры до 38°C. При рентгенологическом исследовании полость в нижней доле левого легкого. Какой метод исследования для уточнения диагноза больному рекомендовать?

Задача

У больного, перенесшего операцию по поводу рака желудка, на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружены с обеих сторон однотипные мелкие очаги (3-4 мм). Линейная томография: Расширение прикорневых легочных сосудов, увеличение корневых лимфатических узлов, проходимость бронхов не нарушена. ФБС: Прходимость бронхов сохранена, косвенные признаки увеличения лимфатических узлов. Биопсия: Хронический бронхит. Ваш диагноз ?

Задача

У больной 38 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружен ателектаз второго сегмента верхней доли правого легкого. Линейная томография: "Ампутация" второго сегментарного бронха. ФБС: Гладкое округлое патологическое образование багрово-красного цвета, занимающее весь просвет второго сегментарного бронха. Биопсия не произведена из-за повышенной кровоточивости образования. Ваш диагноз ?

Задача

У больного 45 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружено тотальное затемнение легочного поля справа со смещением средостения в противоположную сторону. Какие методы исследования больному рекомендовать ?

Задача

У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедированы. Томография: Корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена. ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит. Ваш диагноз ?

Задача

Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в груди, надсадный сухой

кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная, иногда с примесью прожилок крови. Болен 2 месяца. За это время нарастает упадок сил, слабость, температура тела была повышенной только в первую неделю заболевания, сейчас нормальная. При объективном

исследовании в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивное затемнение треугольной форма, соответствующее проекции нижней доли правого легкого. Какие методы исследования больному рекомендовать?

Задача

Больной 65 лет поступил с жалобами на боли с правой половине грудной клетки, кашель с выделением гнойной мокроты с запахом около 750 мл в сутки, высокую температуру, общую слабость, озноб, выраженную интоксикацию. При рентгенологическом исследовании тотальное затемнение правого легкого. Поставлен диагноз: Гангрена правого легкого.

Какой объем оперативного вмешательства нужно больному рекомендовать ?

Задача

Больной 50 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 350 мл, кровохарканье, повышение температуры, общую слабость. Болеет один месяц. На обзорной рентгенографии грудной клетки в верхней доле левого легкого определяется полость 8,0 x 6,0 см.

Какой метод лечения больному нужно рекомендовать ?

Задача

Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с гнойной мокротой, общую слабость. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа определяется тотальное коллабирование легкого с наличием жидкости над синусом. Поставлен диагноз: Правосторонняя эмпиема плевры с тотальным коллабированием легкого.

Какие методы лечения больному нужно рекомендовать ?

Задача

Больной 67 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, кашель с выделением гнойной мокроты до 150 мл, одышку, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза установлено, что больной перенес острый абсцесс верхней доли правого легкого. Выписан в удовлетворительном состоянии с остаточной полостью. При обзорной рентгенографии в верхней доле правого легкого полость размерами 4,0 x 5,0 см.

Какой метод лечения нужно больному рекомендовать ?

Задача

Больной 57 лет поступил с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку, общую слабость, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза: 10 лет болеет инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, гормонозависимый, принимает гормоны по схеме. При рентгенологическом исследовании: патологических изменений в обоих легких не выявлено. При бронхоскопии: двусторонний эндобронхит 1У степени.

Какой метод лечения больному рекомендовать ?

- а) интенсивную консервативную терапию
- б) гемостатическую терапию
- в) лечебную бронхоскопию
- г) эмболизацию бронхиальных артерий
- д) хирургическое лечение

Задача

Больной 55 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, общую слабость, кашель со слизистой мокротой с прожилками крови. При опросе больного выделено, что получил закрытую травму грудной клетки, к врачу не обращался. При обзорной рентгенографии грудной клетки слева имеется перелом 1 У и У ребер и свернувшийся гемоторакс.

Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

Задача

Больная 20 лет оперирована по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, диффузного гнойного перитонита. В послеоперационном периоде у больной появились боли в правой половине грудной клетки, общая слабость, одышка, высокая температура до 38-39°C. При рентгенологическом исследовании установлено тотальное затемнение правого легкого. При перкуссии - притупление перкуторного звука, аускультативно - резкое ослабление дыхания справа. Поставлен диагноз: Тотальный экссудативный плеврит.

Какие лечебные мероприятия больной нужно рекомендовать ?

Задача

Больной 37 лет поступил с жалобами на боли при глотании, чувство жжения, першения, сухость, кашель, ощущение инородного тела, нарушение глотания, неприятный запах изо рта, обильное слюноотделение. Выше указанные жалобы беспокоят в течение 7 лет, к врачу не обращался. Последнее время отмечает выраженность указанных симптомов, повышение температуры до 38°C. Доставлен в клинику с предварительным диагнозом: Инородное тело пищевода или рак пищевода. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода выявлено наличие дивертикула с нагноением.

Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать?

Задача

Больной 55 лет была произведена пневмонэктомия по поводу гангрены правого легкого. В послеоперационном периоде осложнения - наличие жидкости в плевральной полости, произведено удаление жидкости. В настоящее время имеется остаточная эмпиемная полость без бронхиального свища. Лечение больной плевральными пункциями, промыванием плевральной полости и дренированием ее, эмпиему плевральной полости не ликвидировали. Общее состояние удовлетворительное, признаков амилоидоза нет.

Какие лечебные мероприятия больной нужно рекомендовать?

Задача

Больной 42 лет была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась бронхиальным свищом и эмпиемой плевры. Лечение больной в течение года плевральными пункциями, промываниями плевральной полости и дренированием ее не ликвидировали эмпиему плевры с бронхиальным свищом. Общее состояние средней тяжести. Признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

- а) дренирование плевральной полости
- б) торакоскопическая ультразвуковая санация с обработкой бронхиального свища
- в) окклюзия бронхообтуратором бронхиального свища
- г) трансперикардальная окклюзия главного бронха
- д) торакопластика по Линбергу

Задача

Больной 37 лет поступил с жалобами на боли в межлопаточном пространстве, дисфагию. Из анамнеза: случайно выпил аккумуляторную жидкость вместо минеральной воды. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода отмечается наличие стриктуры на протяжении верхней и средней трети пищевода. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному ?

Задача

Больной получил дорожную травму, доставлен в тяжелом состоянии, картина травматического шока 1У ст. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом костей таза. Обращают на себя внимание одышка и тахикардия. Аускультативно: резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева темпанит, над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

- а) немедленную торакотомию
- б) лапароскопию
- в) выведение больного из шока
- г) применение различных видов новокаиновых блокад
- д) динамическое наблюдение и симптоматическое лечение

Задача

Больной 45 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке справа, наличие колото-резаной раны размером 1,0 x 1,0 см в правой половине грудной клетки по парастеральной линии во 2-м межреберье. Кожные покровы бледны, покрыты

холодным потом. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание справа резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При пункции получена кровь, которая свернулась в шприце. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

Задача

Больной 26 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, наличие колото-резаной раны. Из анамнеза: ножевое ранение получил 3 часа тому назад. В грудной клетке слева на уровне 3-го межреберья по среднеключичной линии размером 1,5 х 2,0 см. Общее состояние удовлетворительное, АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 90 ударов в минуту.

Аускультативно ослаблено дыхание в нижних отделах слева. При рентгенологическом исследовании пневмоторакса нет, но имеется жидкость в синусе. Эритроциты - $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 130, Нт - 38.

Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

Задача

Больной 45 лет попал в автомобильную аварию. Доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на одышку, кровохарканье, парадоксальное дыхание правой половины грудной клетки, где при рентгенологическом исследовании выявлен оскольчатый перелом ребра справа по среднеключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков 1У ребра, которое сломано по 3-м линиям, гемоторакс. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс 115 ударов в минуту, слабого наполнения, напряженный. При плевральной пункции эвакуирована кровь, которая свертывается в шприце, в шприц свободно поступает воздух.

Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

Задача

У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом 5 ребер слева, 4 - справа, выраженная подкожная эмфизема, двухсторонний пневмоторакс. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному?

- а) двухсторонняя торакотомия
- б) наложение трахеостомии и искусственная вентиляция легких
- в) интубация и искусственная вентиляция легких
- г) введение игл в подкожную клетчатку
- д) дренирование обеих плевральных полостей

Задача

У больного, поступившего в тяжелом состоянии, с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксилярной линии справа 4 ребра и слева 3 ребра, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным пневмоторакса и гемоторакса нет. Какие лечебные мероприятия больному нужно рекомендовать ?

- а) проведение новокаиновых блокад

- б) дренирование обеих плевральных полостей
- в) введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- г) насечки на коже грудной клетки и шеи
- д) динамическое наблюдение

Задача

Больной 30 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку. Общее состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в минуту, АД - 11/70 мм рт. ст. При рентгенологическом исследовании выявлен коллапс легкого на половину объема. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

Задача

Больной 50 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 60/40 мм рт. ст., пульс периферических сосудов определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 3-м межреберье 1,5 см длиной по парастеральной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Какой метод лечения нужно рекомендовать больному ?

- а) пункция плевральной полости
- б) комплекс реанимационных мероприятий
- в) пункция перикарда
- г) переливание крови
- д) немедленная торакотомия

Задача

Больной 70 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке справа, одышку, кашель со слизистой мокротой с прожилками крови, выраженной подкожной эмфиземой. При обзорной рентгенографии перелом III, IV, V ребер справа, пневмоторакс. Произведено дренирование правой плевральной полости во 2-м межреберье двумя дренажами. Однако подкожная эмфизема быстро нарастает, через дренаж непрерывно поступает воздух и кровь.

Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

Задача

Больной 20 лет упал с 4 этажа и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями травматического шока III-IV ст., выраженной дыхательной недостаточностью, нарастающей подкожной эмфиземой. При обзорном рентгенологическом исследовании диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочное дренирование левой плевральной полости во 2-м межреберье, по дренажу в

большом количестве поступает воздух, легкое не раскрывается. Введение второго дренажа и активная аспирация воздуха по обоим дренажам не эффективны, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения и нарастает подкожная эмфизема. При бронхоскопии - надрыв левого главного бронха. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

- а) продолжать активную аспирацию по двум дренажам с увеличением вакуума
- б) произвести переднюю верхнюю медиастинотомию
- в) произвести обтурацию бронхоблокаторов
- г) сделать левостороннюю пневмонэктомию
- д) выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха

Задача

Больной 35 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, общую слабость, наличие колото-резаной раны грудной клетки слева на 8 межреберье среднеподмышечной линии. Из анамнеза: 2 часа назад получил колото-резаную рану грудной клетки слева. Состояние средней тяжести, АД - 100/70 мм рт. ст., пульс - 100 ударов в минуту, эритроциты - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 90, Нт - 35. При рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется малый гемоторакс. Язык суховат, живот болезненный в левом подреберье, напряжения в легких нет. У больного торако-абдоминальные ранения. Какой диагноз у больного? Какие лечебные мероприятия больному рекомендовать ?

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ОСНОВНАЯ:

На бумажных носителях:

1. Фергюсон М. Атлас торакальной хирургии /Под ред. М.И.Перельмана/. -2009. – 304 с.
2. Шулуток А.М. и др. Эндоскопическая торакальная хирургия. – М.: Мед.- 2006. – 392 с.
3. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии. Руководство. – М., 2005. –247с.
4. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. – М: Изд-во ЭЛБИ-СПб, 2004. – 928с.

Электронные издания :

1. Основы клинической хирургии: практическое руководство / Под ред. Н.А. Кузнецова. // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672 с.

2. Дополнительная литература

На бумажных носителях:

1. Колесников И.С., Лыткин М.И. Хирургия легких и плевры. - Л.: Медицина, 1988.
2. Бисенков Л.Н. Хирургия огнестрельных ранений груди. - СПб.: «Гиппократ»-2001, 307 с.
3. Долинин В.А. Операции при ранениях и травмах / В. А. Долинин, Н. П. Бисенков. - 4-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Фолиант, 2005. - 192с. : ил.
4. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н., Паршин В.Д. Хирургия повреждений гортани и трахеи; Изд-во Медицина, 2007. – 245 с.
5. Ищенко Б.И., Бисенков Л.Н., Тюрин И.Е. Лучевая диагностика для торакальных хирургов. Руководство для врачей. – СПб.: Издательство «ДЕАН», 2001. – 296 с.
6. Клименко В.Н. и др. Видеоторакоскопия в онкологической практике.- СПб., изд-во «ЭЛБИ-СПб», 2005. – 204 с.

- 7.Торакальная онкохирургия / Под ред. В.И. Чиссова. – М.: МНИОИ, 1994. – 419 с.
- 8.Хирургия пищевода. Руководство для врачей / Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. // М.: Медицина, 2000. – 516 с.
- 9.80 лекций по хирургии / Под редакцией В.С. Савельева // М.: Издательство «Литтерра», 2008. – 910 с.

Электронные ресурсы:

Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2 [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - (Серия "Национальные руководства"). - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425725.html>

Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417645.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

Маммология [Электронный ресурс] / под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2016. - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437292.html>

Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей [Электронный ресурс] / Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416303.html>

Эндоскопическая хирургия [Электронный ресурс] / Федоров И.В., Сигал Е.И., Славин Л.Е. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")." - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9785970411148.html>

Интерстициальные и орфанные заболевания легких [Электронный ресурс] / под ред. М.М. Ильковича - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438893.html>

Клиническая оперативная гнойная хирургия : руководство для врача [Электронный ресурс] / В. К. Гостищев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437506.html>

Хирургические болезни : симптомы и синдромы. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] / Ю.М. Гаин [и др.] ; под общ. ред. Ю.М. Гаина, Ю.Е. Демидчика - Минск : Беларус. навука, 2013. - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9789850816016.html>

Болезни митрального клапана. Функция, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон. - 2-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432198.html>

Аритмии сердца. Терапевтические и хирургические аспекты. [Электронный ресурс] / Люсов В.А., Колпаков Е.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

8. Материально-техническое обеспечение дисциплины «Государственная итоговая аттестация»

Аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями;

помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду организации.

Электронно-библиотечные системы (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивает одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по программе ординатуры.

Обучающимся обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению.

Обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечены печатными и (или) электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.