

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель ООП ВО
по программе ординатуры
31.08.65 Торакальная хирургия
д.м.н., профессор Черкасов М.Ф.

« 18 » 08 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ

Специальность: 31.08.65 Торакальная хирургия
Квалификация выпускника: врач-торакальный хирург
Форма обучения: очная
Курс: 2
Семестр: 4

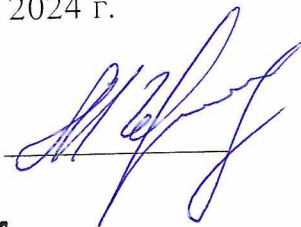
Ростов-на-Дону

2024 г.

Рабочая программа государственной итоговой аттестации высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия рассмотрена на заседании кафедры хирургии №4 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Протокол № 6/2024 от «12» июня 2024 г.

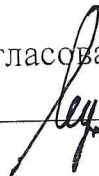
Председатель заседания



Черкасов М.Ф.

Директор библиотеки «Согласовано»

«12» 06 2024 г.



И.А. Кравченко

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

1 Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

- ✓ УК-1: готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
- ✓ УК-2: готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;
- ✓ УК-3: 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;

Профессиональные компетенции (ПК-):

профилактическая деятельность:

✓ ПК-1: 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-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

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

✓ ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

✓ ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

✓ ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

реабилитационная деятельность:

✓ ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации;

психолого-педагогическая деятельность:

✓ ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.65 Торакальная хирургия.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.65 Торакальная хирургия осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача – торакального

хирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.65 Торакальная хирургия.

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.65 Торакальная хирургия.

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	<p><i>Ахалазия пищевода (кардии)</i> заключается в отсутствии расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время акта глотания. Выключение физиологического рефлекса его раскрытия приводит к нарушению тонуса и моторики пищевода, что вызывает задержку пищи. Кардиоспазм — стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и в далеко зашедших стадиях сопровождающееся органическими изменениями его вышележащих отделов. <i>Эпидемиология.</i> Распространенность ахалазии пищевода и кардиоспазма составляет 0,5 – 0,8 случаев на 100000 населения. Среди других заболеваний пищевода ахалазия встречается в 3,1 – 20%. Одинаково часто встречается у лиц мужского и женского пола, преимущественно в возрасте 30 – 50 лет. <i>Классификация.</i> До настоящего времени нет общепринятой классификации ахалазии пищевода. Согласно наиболее распространённой в нашей стране классификации Б.В. Петровского (1958), различают четыре стадии ахалазии и кардиоспазма. • I стадия – пищевод не расширен, рефлекс раскрытия кардии сохранён, но моторика пищевода усилена и дискоординирована. • II стадия – рефлекс раскрытия кардии отсутствует, отмечается расширение пищевода до 4 – 5 см. • III стадия – значительное расширение пищевода до 6 – 8 см, задержка в нём жидкости и пищи, отсутствие пропульсивной моторики. • IV стадия – резкое расширение, удлинение и искривление пищевода с атонией стенок, длительной задержкой жидкости и пищи. <i>Принципы лечения.</i> В начальных стадиях ахалазии пищевода (кардии) и кардиоспазма возможно применение консервативного лечения. В настоящее</p>	<p>ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);</p> <p>ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.</p>

	<p>время наибольшее распространение получили препараты из группы нитратов (нитроглицерин, изосорбида динитрат) и антагонистов кальция (верапамил, нифедипин), в ряде случаев используют седативные препараты. Необходимо обращать внимание на соблюдение больными чёткого режима питания с 4- или 5-разовым приёмом пищи, а при необходимости и более частым. Есть необходимо медленно, тщательно пережёвывая пищу.</p>	
	<p>1. Группа нервно-мышечных заболеваний пищевода. 2. Врожденное недоразвитие сплетений метасимпатической нервной системы пищевода, её перерождение при тяжелых инфекционных заболеваниях, интоксикациях, глубоких гиповитаминозах; провоцирующим фактором выступает психоэмоциональные стрессы. 3. Эзофагогастроскопия, эзофаготонометрия, рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием бариевой взвесью. 4. Стадии 1-2 по классификации Б. В. Петровского позволяют проведение консервативного лечения, стадии 3-4 требуют оперативного вмешательства.</p>	<p>ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.</p>

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. История развития торакальной хирургии. Роль отечественных и зарубежных хирургов. Основные современные тенденции и закономерности в торакальной хирургии. Связь торакальной хирургии со смежными дисциплинами и разделами медицины (фтизиатрией, пульмонологией, онкологией, травматологией, рентгенологией, эндоскопией, анестезиологией, рентгенологией и т.д.)

2. Организация службы торакальной хирургии. Организация работы и структура работы торакальных отделений. Организационные формы взаимодействия торакальных отделений с другими службами.

3. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) торакальных больных. Определение понятия, принципы и задачи. Особенности определения временной и постоянной нетрудоспособности, группы инвалидности у различных категорий торакальных больных (у больных туберкулёзом органов дыхания, онкологических, пульмонологических больных, больных с травматическими повреждениями органов груди, с сочетанными заболеваниями органов дыхания). Реабилитация торакальных больных (определение понятия медицинской, социальной и трудовой реабилитации торакальных больных). Особенности реабилитации больных туберкулёзом органов дыхания, онкологических, пульмонологических больных, больных с травматическими повреждениями органов груди, с сочетанными заболеваниями.

4. Диспансеризация торакальных больных. Общие принципы и задачи. Формы и методы профилактических обследований. Роль и значение

флюорографии в выявлении больных с торакальной патологией. Группы риска, лица, имеющие наследственную предрасположенность при туберкулёзе, при хронических неспецифических заболеваниях лёгких, при онкологических заболеваниях. Принципы организации и проведения диспансеризации больных туберкулёзом органов дыхания. Противотуберкулёзный диспансер. Группы диспансерного учёта. Особенности диспансерного наблюдения за оперированными больными. Принципы организации и проведения диспансеризации онкологических больных. Онкологический диспансер. Группы диспансерного учёта. Особенности диспансерного наблюдения за оперированными больными.

5. Определение понятия, теоретические основы санитарной статистики при заболеваниях органов дыхания, средостения, диафрагмы и пищевода. Методика расчёта и анализ основных показателей по фтизиатрии, онкологии, пульмонологии и хирургии.

6. Определение понятий врачебной психологии, этики и деонтологии. Проблемы медицинской психологии в торакальной хирургии. Присяга врача. Врачебная тайна. Взаимоотношения врача и больного, врача и родственников больного, взаимоотношения в коллективе. Деонтологические и этические аспекты реанимации в торакальной хирургии. Этические и правовые нормы при пересадке органов.

7. Топография областей шеи. Границы областей, деление на подъязычную и поднадъязычную области, треугольники шеи и их клиническое значение. Фасции шеи, клетчаточные пространства, пути распространения гнойных процессов и их клиническое значение. Хирургическая анатомия подключичных сосудов и нервов и нервов шеи. Хирургическая анатомия диафрагмального нерва, его топография. Хирургическая анатомия позвоночных сосудов, нижней щитовидной артерии и вены, грудного лимфатического протока, возвратного нерва, венозного угла.

8. Топография органов шеи. Хирургическая анатомия глотки, гортани, трахеи, пищевода и щитовидной железы. Кровоснабжение, венозный лимфатический отток и иннервация органов шеи.

9. Хирургическая анатомия скелета грудной клетки. Мышцы грудной стенки. Кровоснабжение и иннервация грудной стенки. Хирургическая анатомия верхнего и нижнего отверстий грудной клетки. Хирургическая анатомия I ребра, межрёберных промежутков, подключичных сосудов, симпатического нервного ствола.

10. Хирургическая анатомия сосудов и нервов грудной полости. Топография поверхностных сосудов и нервов. Хирургическая анатомия внутренней грудной артерии. Топографическая анатомия корня лёгкого. Топография элементов корня правого и левого лёгкого.

11. Долевое и сегментарное строение лёгких. Топография долей и сегментов правого и левого лёгкого.

12. Хирургическая анатомия правой и левой легочных артерий и их ветвей. Хирургическая анатомия вен правого и левого лёгкого и их ветвей. Хирургическая анатомия главных бронхов правого и левого лёгкого.

13. Хирургическая анатомия переднего средостения. Хирургическая анатомия сосудов и органов переднего средостения, трахеобронхопульмональных лимфатических узлов. Топография плевральных мешков. Топография и хирургическая анатомия вилочковой железы.

14. Хирургическая анатомия заднего средостения. Хирургическая анатомия аорты и её ветвей, пищевода, нервных стволов, грудного протока, непарной и полунепарной вен.

15. Хирургическая анатомия диафрагмы. Топография грудной, рёберной и поясничной части диафрагмы; ножек диафрагмы. Щели клетчаточные пространства, треугольники Ларрея и Бохдалека. Топография пищеводного, аортального отверстия, отверстия нижней полой вены диафрагмы. Кровоснабжение и иннервация.

16. Хирургическая анатомия пищевода, его кровоснабжение, иннервация и лимфатическая система.

17. 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.

18. Эндоскопические методы исследования и лечения. Трахеобронхоскопия. Показания и противопоказания, принципы выбора типа бронхоскопии. Методика и техника трахеобронхоскопии жёстким эндоскопом. Методика и техника фибробронхоскопии. Лечебные манипуляции и операции при трахеобронхоскопии. Лечебная аспирация содержимого трахеобронхиального дерева. Удаление инородных тел трахеи и бронхов. Оклюзия бронхов и культя бронха. Скусывание и прижигание грануляций. Термокоагуляция и криодеструкция патологических новообразований. Катетеризация сегментарных бронхов и внутрилёгочных полостей.

19. Эзофагоскопия. Методика и техника эзофагоскопии жёстким эндоскопом и фиброскопом. Удаление инородных тел пищевода. Скусывание и прижигание грануляций. Термокоагуляция и криодеструкция патологических новообразований. Бужирование пищевода под контролем эзофагоскопа. Методы остановки кровотечения из вен пищевода.

20. 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.

21. Радиоизотопные (радионуклидные) методы исследования. Радиоизотопные методы исследования кровотока в лёгких, вентиляции лёгких, лимфатической системы. Радиоизотопные специальные методы диагностики опухолей лёгких и средостения.

22. Функциональные исследования органов дыхания. Спирография. Лёгочный газообмен. Газы и кислотно-щёлочное состояние крови. Значение показателей функции внешнего дыхания в выборе тактики лечения и предоперационной подготовке. Исследование легочной гемодинамики и сердечно-сосудистой системы. Прямой и косвенные (рентгенологический, ЭКГ) методы определения давления в легочной артерии. Ангиография бронхиальных артерий. Электрокардиография, фонокардиография, эхокардиография. Методика выполнения и значение данных методов.

23. Цитологическое исследование мокроты, плевральной жидкости, пунктатов и биопсий. Общие правила сбора мокроты, плевральной жидкости и пунктатов. Цитология экссудата и трансудата, туберкулёзного воспаления, острого и хронического неспецифического воспаления, рака лёгкого, саркомы, саркоидоза, лимфогрануломатоза.

24. Этиология и патогенез туберкулёза органов дыхания. Эпидемиология туберкулёза органов дыхания. Источники туберкулёзной инфекции, пути заражения; значение экономических, жилищно-бытовых, производственных факторов в заболеваемости туберкулёзом. Роль алкоголизма, наркомании, социального поведения в эпидемиологии туберкулёза. Патологические нарушения при туберкулёзе (нарушения нервной, эндокринной системы, Функции печени, почек, нарушения кровообращения и дыхания). Патоморфология туберкулёза. Патоморфоз туберкулёза органов дыхания за последние 10 лет.

25. Классификация туберкулёза. Классификация II (XII) съезда врачей-фтизиатров (г. Саратов, 1994 г.). Клинические формы. Характеристика процесса (локализация, фаза, бактериовыделение). Осложнения туберкулёза.

26. Первичный туберкулёз органов дыхания. Клинические формы. Первичный туберкулёзный комплекс. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов. Осложнённые формы. Клиника, диагностика, лечение. Хирургическое лечение первичного туберкулёза, показания и противопоказания, особенности техники операций, принципы резекций лёгких при первичном туберкулёзе, лимфонодулэктомия и лимфонодулотомия. Операционные и послеоперационные осложнения. Перспектива видеоскопических операций при первичном туберкулёзе.

27. Вторичный туберкулёз. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов у взрослых. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургической операции. Техника лимфонодулотомии, лимфонодулэктомии, комбинированных операций. Операционные и послеоперационные осложнения.

28. Вторичный туберкулёз. Очаговый туберкулёз лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности резекции лёгкого и принципы определения её объёма при очаговом туберкулёзе, прецизионная техника и

субкапсулярное, в том числе эндоскопическое, удаление казеозных очагов. Операционные и послеоперационные осложнения.

29. Вторичный туберкулёз. Диссеминированный туберкулёз лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Клинико-рентгенологические варианты (гематогенный, бронхогенный, лимфогенный). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Методы биопсии при диссеминированных формах. Показания к хирургическому лечению при наличии осложнений и прогрессирования. Выбор оптимального хирургического вмешательства, значение корригирующих операций после резекций. Операционные и послеоперационные осложнения.

30. Вторичный туберкулёз. Инфильтративный туберкулёз лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Клинико-рентгенологические варианты (округлый, облаковидный, периссиссурит, бронхолобулярный, лобит). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности операций при лобите, при казеозной пневмонии. Выбор оперативного вмешательства при лёгочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе и пиотораксе. Операционные и послеоперационные осложнения.

31. 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.

32. Вторичный туберкулёз. Кавернозный туберкулёз лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Причины неудач химиотерапии. Показания к хирургическому лечению. Выбор объёма резекции лёгкого. Операционные и послеоперационные осложнения.

33. Вторичный туберкулёз. Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Варианты (кавернозно-цирротический, цирротически-кавернозный). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнённые формы (легочное кровотечение, острая эмпиема, спонтанный пневмоторакс). Причины неудач химиотерапии. 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.

34. Вторичный туберкулёз. Цирротический туберкулёз лёгких. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнённое течение

цирротического туберкулёза. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности резекций и пульмонэктомий. Операционные и послеоперационные осложнения.

35. Вторичный туберкулёз. Туберкулёз бронхиального дерева. Патогенез. Патоморфология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению при осложнённом процессе (рубцовом стенозе, бронхоэктазиях, пневмоциррозе). Техника резекции и пластики бронха при посттуберкулёзных стенозах. Особенности резекции лёгкого при туберкулёзе бронхиального дерева. Операционные и послеоперационные осложнения.

36. Прогрессирующие формы первичного и вторичного туберкулёза. Определение. Частота. Патогенез. Патоморфология. Особенности клиники прогрессирования при первичном туберкулёзном комплексе и туберкулёзе внутригрудных лимфатических узлов, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности выбора объёма и характера операций, этапные и одномоментные операции. Операционные и послеоперационные осложнения.

37. Казеозная пневмония. Определение. Причина нарастания частоты развития казеозной пневмонии. Особенности патогенеза. Патоморфология. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Наиболее частые осложнения казеозной пневмонии (пневмоторакс, кровотечение, флегмона грудной стенки). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности предоперационной подготовки. Особенности методики и техники выполнения хирургических операций у больных с казеозной пневмонией. Особенности хирургической тактики при наличии флегмоны грудной стенки. Операционные и послеоперационные осложнения.

38. Распространённые формы первичного и вторичного туберкулёза. Определение. Частота. Особенности патогенеза. Патоморфология. Особенности клиники и диагностики. Двусторонние формы. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Операционные и послеоперационные осложнения.

39. 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. Особенности клиники при нагноении кисты. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Особенности техники резекции лёгкого, пульмонэктомии, ушивания кисты лёгкого. Операционные и послеоперационные осложнения.

40. 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.

41. Пороки (дисплазии) развития лёгких. Необычное расположение анатомических структур лёгкого, могущее иметь клиническое значение (доля непарной вены, «зеркальное» лёгкое, обратное расположение лёгких. 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. Принципы ревизии плевральной полости, лёгкого и средостения, оценка варианта анатомии сосудов корня лёгкого, особенности оперативных вмешательств. Операционные и послеоперационные осложнения.

42. Острый абсцесс лёгкого. Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология. Классификация. Клиника и диагностика, фазы течения. Гангренозный абсцесс. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение абсцессов (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения). Лечение плевральных осложнений абсцессов.

43. Хронический абсцесс лёгкого. Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение абсцессов (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения).

44. Острый абсцесс лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Дренирование абсцесса, способы дренирования. Абсцессотомия и пневмотомия. Резекция лёгкого, пульмонэктомия, плевропульмонэктомия. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

45. Хронический абсцесс лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Дренирование абсцесса, способы дренирования. Резекция лёгкого, пульмонэктомия, плевропульмонэктомия. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение. Способы ушивания постабсцессной кисты лёгкого.

46. 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.

47. 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. 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.

48. 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. Консервативное лечение ОБДЛ (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения). Лечение плевральных осложнений.

49. 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. Особенности резекции лёгкого и пульмонэктомии при ОБДЛ, роль декорткации и плеврэктомии. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

50. Бронхоэктазы (бронхоэктатическая болезнь). Определение понятия. Частота. Этиология и патогенез. Патофизиология и патоморфология. Классификация. Клиника и диагностика. Односторонние и двусторонние формы. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Консервативное лечение (постуральный дренаж, санация верхних дыхательных путей, эндоскопические методы, санаторно-курортное лечение).

51. Бронхоэктазы (бронхоэктатическая болезнь). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Объём, характер и сроки предоперационной подготовки. Методика и техника хирургических вмешательств. Резекция лёгкого, пульмонэктомия, резекция лёгких с корригирующими операциями. Одномоментные и последовательные двусторонние операции. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

52. 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.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. 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).

57. 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.

58. Буллёзная эмфизема лёгких. Этиология и патогенез. Патофизиологические нарушения. Классификация. Клиника и диагностика заболевания. Лёгочно-плевральные и средостенные осложнения эмфиземы. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоторакоскопические вмешательства.

59. Эхинококкоз органов дыхания. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Осложнения. Показания и противопоказания к операции. Методика и техника оперативных вмешательств.

60. Хирургические методы лечения эхинококкоз 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. Хирургическая тактика при сочетанном поражении лёгких, печени и других органов. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

61. Пневмомикозы. Актиномикоз лёгких. Аспергиллёз лёгких. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Сочетание аспергиллёза и туберкулёза лёгких. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

62. 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). Видеоторакоскопические операции. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

63. Рак и саркома лёгкого. Эпидемиология и статистика рака лёгкого. Классификация. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.

64. 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.

65. 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.

66. Мелкоклеточный рак лёгкого. Биологические особенности. Клиника и диагностика. Методы выявления внутригрудных и отдалённых метастазов. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника резекций лёгких, пульмонэктомий, расширенных операций. Роль и значение химиолучевой терапии при мелкоклеточном раке лёгкого. 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.

67. 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.

68. 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.

69. 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 плевролобэктомия). Показания, методика и техника резекции участка грудной стенки и диафрагмы, пластика диафрагмы и торакального дефекта. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

70. Закрытые (непроникающие) повреждения груди мирного времени. Механизм травмы. Патофизиологические расстройства. Классификация по Вагнеру. Клиника и диагностика закрытых повреждений органов грудной клетки, средостения и диафрагмы. Консервативное и хирургическое лечение.

71. 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. Методика и техника скелетного вытяжения при переломах рёбер, остеосинтеза рёбер, грудины и ключицы. Методика и техника торакотомии, перевязки сосудов грудной стенки, ушивания ран лёгкого.

72. 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. Методика и техника вскрытия перикарда, ревизии сердца, кардиорафии. Методика и техника сосудистого шва, протезирование сосудов. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

73. 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.

74. 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.

75. Инородные тела грудной стенки, плевральной полости, лёгких, средостения. Этиопатогенез. Клиника и диагностика, осложнения, миграция инородных тел. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоторакоскопические вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

76. 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.

77. 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 посттрахеостомических, 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.

78. 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 окончатого дефекта трахеи, операций с полной реконструкцией трахеобронхиального дерева, протезирование трахеи. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

79. 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.

80. Травматические повреждения бронхов. Механизм травмы. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к торакотомии и пластике бронха, первичные и отсроченные операции. Методика и техника пластики бронха, показания к резекции лёгкого и пульмонэктомии. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение. Стенозы бронхов. Этиопатогенез. Классификация степени стеноза. Патофизиология. Клиника и диагностика (особенности клиники туберкулёзных и посттуберкулёзных стенозов, бронхолитиаз, нодулобронхиальные свищи). Эндоскопические методы лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

81. Инородные тела трахеи и бронхов. Патофизиология. Наиболее типичные локализации. Клиника и диагностика. Эндоскопические методы удаления. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника бронхотомии, шов бронха, показания к резекции бронха и лёгкого. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

82. 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.

83. Послеоперационные культиты и бронхиальные свищи. Этиопатогенез. Патофизиология. Классификация бронхиальных свищей. Клиника и диагностика. Эндоскопические методы лечения (временная и окончательная окклюзия свища культи бронха). Профилактика развития эмпиемы плевры, лечебная тактика при острой первичной несостоятельности культи бронха. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

84. Загрудинный и внутригрудной зоб. Этиопатогенез. Классификация. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Выбор хирургического доступа. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

85. Опухоли и кисты вилочковой железы. Этиопатогенез. Патофизиология. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоторакоскопические вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

86. Миастения. Определение понятия. Этиология и патогенез. Патофизиология. Клиника и диагностика, миастенический криз, генерализованные формы. Консервативная терапия миастении (гормонотерапия. Антихолинэстеразные препараты, рентгенотерапия вилочковой железы). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоторакоскопические вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

87. Опухоли и кисты средостения. Этиология и патогенез. Патофизиологические расстройства, медиастинальный 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.

88. Медиастинит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика, особенности клинического течения переднего и заднего медиастинита. Острые и хронические формы, фиброзирующий 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.

89. 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. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

90. 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.

91. 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.

92. 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). Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

93. 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.

94. Опухоли и кисты 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.

95. Лёгочные кровохаркания и кровотечения. Определение понятий. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Особенности лёгочных кровотечений при туберкулёзе, хронических неспецифических заболеваниях лёгких, онкологических заболеваниях лёгких, патологии трахеи, бронхов и средостения. Осложнения массивных и рецидивирующих кровотечений. Методы консервативной терапии. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

96. Заболевания органов дыхания, осложнённые амилоидозом внутренних органов. Этиология и патогенез. Особенности амилоидоза при туберкулёзе и хронических неспецифических заболеваниях лёгких. Показания и

противопоказания к хирургическому лечению. Операционные и послеоперационные осложнения. Особенности послеоперационного периода, профилактика недостаточности функции печени и почек.

97. Заболевания лёгких, осложнённые спонтанным пневмотораксом и пиопневмотораксом. Этиология и патогенез. Патофизиологические нарушения. Клиника и диагностика. Первая помощь. Принципы консервативного лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

98. Хирургическое лечение заболеваний лёгких при хроническом лёгочном сердце. Этиология и патогенез легочного сердца. Методы определения степеней легочной гипертензии. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Объём и характер предоперационной подготовки. Профилактика и лечение отёка лёгких во время и после операции. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

99. Хирургия заболеваний органов дыхания с сопутствующими эндокринными заболеваниями. Этиопатогенетические взаимоотношения сахарного диабета, тиреотоксикоза с туберкулёзом и хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких. Особенности клиники, диагностики и течения заболевания. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Объём и характер предоперационной подготовки. Принципы определения последовательности операций на лёгких и щитовидной железе при тиреотоксикозе. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

100. Заболевания органов дыхания с сопутствующим алкоголизмом, нарко- и токсикоманией, СПИДом, сифилисом и инфекционным гепатитом. Особенности клиники, диагностики и течения заболевания. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Объём и характер предоперационной подготовки. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

101. Нагноение операционной раны и мягких тканей. Этиология и патогенез, профилактика. Клиника и диагностика, периоды течения раневого процесса. Методика ревизии раны, местное и общее лечение. Показания и сроки к вторичному ушиванию раны, вторичные и провизорные швы. Особенности лечения нагноения раны после стернотомии, профилактика, диагностика и лечение остеомиелита грудины.

102. Послеоперационный гнойный медиастинит. Частота. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика переднего и заднего медиастинита, перикардита. Показания к хирургическому лечению. Принципы выбора хирургического доступа и способа дренирования средостения. Профилактика и лечение перикардита, пункция перикарда по Ларрею, дренирование полости перикарда. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

103. Послеоперационные осложнения. Торакальные окончатые дефекты, остеомиелит рёбер и грудины, грыжи грудной стенки. Определение понятий. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций при остеомиелите рёбер и грудины, при окончатых торакальных дефектах, способы пластики дефектов. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

104. Остаточная плевральная полость. Определение понятий замедленное расправление лёгкого, остаточная плевральная полость. Этиопатогенез остаточных плевральных полостей, причины и условия трансформации в эмпиему плевры. Клиника и диагностика. Методы активного расправления лёгкого (плевральный пункции, повторное дренирование, временная эндоскопическая окклюзия регионарного бронха, пломбировка и др.). Показания и противопоказания к хирургическому лечению (реторакотомия и повторное дренирование остаточной плевральной полости, декортикация, экстраплевральная торакопластика, торакомиопластика). Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

105. Послеоперационные интраплевральные кровотечения. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика, особенности арозийных интраплевральных кровотечений. Методы консервативной остановки кровотечения. Показания к хирургическому лечению. Наиболее частые источники интраплевральных кровотечений. Методика и техника повторной перевязки сосудов грудной стенки и средостения, шов лёгкого, показания к резекции и пульмонэктомии. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

106. Посттравматический и послеоперационный свернувшийся гемоторакс. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Методика консервативной терапии, интраплевральной введение протеолитических ферментов. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операции. Видеоторакоскопические вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

107. Послеоперационная острая эмпиема плевры. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Консервативное лечение эмпиемы. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

108. Послеоперационные реактивации туберкулёза. Этиология и патогенез. Классификация по Богушу. Клиника и диагностика. Эффективность антибактериальной терапии. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника повторных операций. Операции на единственном лёгком. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

109. Метахронный рак, рецидив рака лёгкого, метастатические послеоперационные опухоли лёгких. Определение понятий. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника хирургических вмешательств. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение. Комбинированное и комплексное лечение.

110. Послеоперационные лёгочные осложнения. Определение понятий нарушение венозного оттока, инфаркт лёгкого. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Клиника абсцедирования и плевральных осложнений. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций, место корригирующих операций. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

111. Тромбоз и эмболия легочной артерии. Частота при торакальных операциях. Этиология и патогенез. Классификация по Савельеву и Яблокову. Клиника и диагностика. Общие принципы реанимации и интенсивной терапии. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника хирургических вмешательств. Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение. Профилактика тромбозов и эмболий легочной артерии.

112. Нарушения вентиляции оперированного лёгкого. Определение понятий ателектаз, стеноз бронха, патологическая дислокация сегментов и долей лёгкого. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника хирургических вмешательств (резекция лёгкого с корригирующей операцией, резекция и пластика бронха при стенозе, реверсия и пневмопексия с корригирующей операцией, пульмонэктомия). Операционные и послеоперационные осложнения: профилактика, диагностика и лечение.

113. Пороки развития пищевода. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

114. Повреждения пищевода. Механизмы травмы. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

115. 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.

116. 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.

117. 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.

118. 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.

119. Ахалазия кардии и кардиоспазм. Этиология и патогенез. Классификация по Петровскому. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения, кардиодилатация, применение ботулотоксина. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства.

120. Нервно-мышечные заболевания пищевода. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства. Операционные и послеоперационные осложнения: клиника, диагностика, лечение.

121. 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.

122. 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.

123. 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.

124. 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.

125. Рак пищевода. Современные принципы радикальных хирургических вмешательств при раке пищевода. Экстирпации пищевода из трансторакального и абдоминоцервикального доступов. Расширенные и

комбинированные операции. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства.

126. Рак пищевода. Паллиативные оперативные вмешательства. Гастростомия, её разновидности. Эндоскопические паллиативные вмешательства при раке пищевода.

127. Послеоперационные осложнения операций на пищеводе. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к операции. Методика и техника оперативных вмешательств.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Больной Р.48 л. Поступил в стационар с жалобами на резко выраженную слабость, боли в правой половине грудной клетки, высокую температуру, ознобы, одышку, выделение зловонной мокроты, содержащей элементы девитализированных тканей. Болеет в течение 2-х недель. За помощью не обращался. На рентгенограмме справа в области верхней доли определяется массивное затемнение, без четких границ с элементами разряжения и инфильтрации. *Вопрос: диагноз, какова ваша тактика?*

2. У больной 27 лет жалобы на периодически возникающий кашель при наклоне вперед и в положении на животе с отделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты. Рентгенологически в проекции заднего средостения определяется округлое образование размерами 3х5см с четкими контурами, по верхнему контуру определяется участок просветления. *Какой диагноз?*

3. У Больного 23 лет, поступившего в отделение торакальной хирургии с диагнозом экссудативный плеврит слева неясной этиологии, выполнена плевральная пункция. Эвакуировано 350 мл серозного мутного экссудата. Болеет около 3-х месяцев. Беспокоят умеренные боли в грудной клетке, сухой кашель, субфебрилитет. При цитологическом исследовании экссудата получено: на фоне небольшого количества эритроцитов – единичные клетки мезотелия в стадии пролиферации. Атипичные клетки и БК не обнаружены, эозинофилы сплошь в поле зрения, нейтрофилы в поле зрения, лимфоциты – 80-60 в поле зрения, единичные клетки Пирогова-Лангханса; реакция Ривальта положительная, относительная плотность – 1026, белок – 26,4 г/л. *О каком заболевании скорее всего следует думать, опираясь на результаты цитологического исследования экссудата?*

4. Девочке 4 года. Год назад ребенок выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией ребенку была наложена гастростома для кормления. При осмотре ребенок гипотрофичен, с трудом глотает слюну. *Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.*

5. Больная В. – 28 лет после перенесенной ОРВИ продолжает лихорадить до 38⁰С, беспокоят боли в правой половине грудной клетки,

кашель, слабость. Рентгенологически отмечается снижение пневматизации легочной ткани в заднебазальных отделах. При плевральной пункции справа получен прозрачный серозный экссудат. *Какой диагноз можно выставить?*

6. У больной З., 40 лет после еды появился упорный надсадный кашель. На рентгенограмме видимой патологии не выявлено. При ФБС – выявлена косточка в нижнедолевом бронхе справа. *Какой диагноз можно выставить?*

7. У больной К., 30 лет после поднятия тяжести появилась резкая боль в правой половине грудной клетки, затрудненное дыхание. Рентгенологически легочный рисунок справа отсутствует. При плевральной пункции получен воздух. *Какой диагноз можно выставить?*

8. К хирургу поликлиники обратилась девушка 22 лет с жалобами на затрудненную проходимость жидкой пищи с сохраненной проходимостью грубой пищи, тупые боли после еды за грудиной, обильное срыгивание пищи с неприятным запахом, появляющееся спустя несколько часов после приема пищи. Указанные явления отмечает в течение последних четырех лет, за квалифицированной помощью ранее не обращалась. В анамнезе отмечает ряд тяжело протекавших инфекционных заболеваний. *Для какой группы заболеваний пищевода характерны вышеперечисленные жалобы? Укажите на возможные предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобной симптоматики. Укажите наиболее необходимые диагностические процедуры для уточнения диагноза и порядок их выполнения. Как меняется врачебная тактика в зависимости от стадии заболевания?*

9. 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, запавшая 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.*

10. Молодой человек 18 лет обратился в службу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в грудной клетке справа тупого распирающего характера, чувство нехватки воздуха, невозможность нахождения в горизонтальном положении. Травму грудной клетки категорически отрицает. Вышеперечисленные ощущения появились внезапно около 3 часов назад во время выполнения тяжелой физической нагрузки. *Каков Ваш предварительный диагноз? Назовите наиболее частые предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобных состояний. С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какова тактика ведения больного?*

11. Больной, 40 лет, обратился с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, возникающие после приема пищи в течение 2-х часов, иногда сопровождающиеся рвотой, изжогой, чувство горечи во рту и чувством нехватки воздуха, усиливающиеся при физической нагрузке. Симптомы появились ½ 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. *Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. План дополнительного обследования. План лечения. Медикаментозное лечение*

12. В отделение хирургии машиной скорой помощи доставлен мужчина 48 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. *Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. План дополнительного обследования. План лечения. Оперативное лечение*

13. Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, 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. *Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. План дополнительного обследования. План лечения. Рекомендации*

14. 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 x 1 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, инволютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется уплотнение 2 x 2 см с нечеткими лучистыми контурами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии. *Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. План дополнительного обследования. План лечения. Рекомендации.*

15. У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 °С, 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. *Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. План дополнительного обследования. План лечения. Возможные осложнения.*

16. 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 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово — синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, 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. *Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. План дополнительного обследования. План лечения и дифференциальная диагностика.*

17. Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, 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. *Предположите наиболее вероятный*

диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. План дополнительного обследования. План лечения. Рекомендации.

18. Больной Г. 45 лет обратился в клинику с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, кашель с обильным гнойным отделяемым, стойкая высокая температура. Считает себя больным в течение 3-х недель, заболевание связывает с переохлаждением. *Тактика обследования больного?*

19. У ребенка 5 лет с рождения отмечается прогрессирующее западение грудины и прилежащих частей ребер. Ребенок стал менее подвижным, больше устает. Средостение смещено умеренно влево, сердечные тоны приглушены. *Поставьте диагноз, составьте план обследования, определите тактику ведения.*

20. У больного 23 лет, поступившего в отделение торакальной хирургии с диагнозом экссудативный плеврит слева неясной этиологии, выполнена плевральная пункция. Эвакуировано 350 мл серозного мутного экссудата. Болеет около 3-х месяцев. Беспокоят умеренные боли в грудной клетке, сухой кашель, субфебрилитет. При цитологическом исследовании экссудата получено: на фоне небольшого количества эритроцитов – единичные клетки мезотелия в стадии пролиферации. Атипичные клетки и БК не обнаружены, эозинофилы сплошь в поле зрения, нейтрофилы в поле зрения, лимфоциты – 80-60 в поле зрения, единичные клетки Пирогова-Лангханса; реакция Ривальта положительная, относительная плотность – 1026, белок – 26,4 г/л. *О каком заболевании скорее всего следует думать, опираясь на результаты цитологического исследования экссудата?*

21. 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.*

22. Больной И. 68 лет, жалуется на упорный кашель, слабость, $t=37,5^{\circ}\text{C}$. Рентгенологически определяется диссеминированный процесс в легких с правосторонним плевритом. В анализе плевральной жидкости обнаружены БК. *Какой диагноз можно выставить?*

23. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом исследовании обнаружили в передне-верхнем отделе средостения тень округлой формы. Жалоб нет. *Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.*

24. Больная Г. 45л. больна в течение месяца. Беспокоит высокая температура, кашель с гнойной мокротой, умеренное количество (50-100мл./сутки). Боли в грудной клетке справа. Больная истощена, цвет кожных покровов бледный, серый. На рентгенограмме справа в верхней доле определяется полость с нечетким внутренним контуром размерами 6,0x10,0 см. с умеренно выраженной перифокальной инфильтрацией, уровнем жидкости. *Каков дифференциальный ряд?*

25. Больному У., 38 лет, поступившему в отделение торакальной хирургии с диагнозом экссудативный плеврит справа неясной этиологии выполнена операция: торакоскопия справа, декортикация легкого, биопсия

висцеральной и париетальной плевры (во время торакоскопии выявлены плотные множественные белесоватые инфильтраты, расположенные на висцеральной и париетальной плевре, размером 0,2-0,3 см). Характер экссудата серозный, прозрачный. После операции экссудация прекратилась на третьи сутки. При рентгеноскопии: легкие расправлены без остаточных полостей, прозрачны; справа в синусе – умеренный спаечный процесс; сердце и сосуды без особенностей; очаговых изменений в легких не выявлено. При гистологическом исследовании: серозно-фиброзный плеврит в стадии организации с наличием продуктивно-некротических гранулем; участки казеозного некроза с формированием эпителиоидно-клеточных гранулем; выраженная лимфоцитарная инфильтрация; с наличием гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса; окраска на грибы отрицательная. *О каком процессе скорее всего следует думать, опираясь на данные гистологического исследования?*

26. У больной 27 лет жалобы на периодически возникающий кашель при наклоне вперед, в положении на животе с отделением небольшого количества слизисто-гноной мокроты. Рентгенологически в проекции заднего средостения определяется округлое образование размерами 3х5см с четкими контурами, по верхнему контуру определяется участок просветления. *Какой диагноз? Тактика обследования и лечения.*

27. Больная В. – 28 лет после перенесенной ОРВИ продолжает лихорадить до 38 °С, боли в правой половине грудной клетки, кашель, слабость. Рентгенологически отмечается снижение пневматизации легочной ткани в заднебазальных отделах. При плевральной пункции справа получен прозрачный серозный экссудат. *Какой диагноз можно выставить?*

28. Больная П., 60 лет, находится в отделении торакальной хирургии с подозрением на опухоль левого легкого, центральную форму. На рентгенографии органов грудной клетки выявлена гиповентиляция нижней доли левого легкого, левый гемиторакс уменьшен в объеме, органы средостения несколько смещены влево, корень левого легкого неправильной формы, несколько расширен, диафрагма подвижна, синусы свободны, тень верхнего средостения без особенностей. При фибробронхоскопии определяется ткань бело-розового цвета, бугристая, неподвижная, неправильной формы, исходящая из нижнедолевого бронха слева на широком основании и обтурирующая его практически на 4/5 объема; легкого кровоточит при контакте, карина острая, справа все бронхи проходимы до субсегментов; в трахеобронхиальном дереве умеренное количество слизистой мокроты; катаральный эндобронхит. *О чем свидетельствует эндоскопическая картина, о каком диагнозе скорее всего следует думать?*

29. Больной Р. 48 л. Поступил в стационар с жалобами на резко выраженную слабость, боли в правой половине грудной клетки, высокую температуру, ознобы, одышку, выделение зловонной мокроты, содержащей элементы девитализированных тканей. Болеет в течение 2-х недель. За помощью не обращался. На рентгенограмме справа в области верхней доли

определяется массивное затемнение, без четких границ с элементами разряжения и инфильтрации. *Диагноз, какова ваша тактика?*

30. Больной 64 лет жалуется на кровохарканье, на рентгенограмме затемнение корня правого легкого с нечетким лучистым контуром. При ФБС – опухолевый рост правого главного бронха, при контакте с бронхоскопом кровоточит. *Какой диагноз можно выставить?*

31. У ребенка с рождения, при дыхании, по средней линии отмечается выбухание мягких тканей на протяжении от яремной вырезки до середины грудины. Сердечные тоны ритмичные, выслушиваются на своем месте, в легких дыхание пуэрильное. *Поставить диагноз, составить план обследования, определить тактику.*

32. Пациент Л. 60л. Поступил в стационар с жалобами на слабость, плохой 39 аппетит, значительную потерю веса тела, боли в левой половине грудной клетки, кашель со скудной слизисто-гнойной мокротой. Болеет в течение 4-х месяцев. Лечился амбулаторно. На рентгенограмме определяется в области нижней доли левого легкого образование размерами 4х6 см. в диаметре без четких контуров, с участками просветления в центре. *Диагноз, какова ваша тактика?*

33. Женщина 60 лет больна около 6 месяцев, дважды проводилось лечение в условиях пульмонологического отделения по поводу рецидивирующей нижнедолевой пневмонии справа. Ухудшение состояния в течение последних двух дней, за счет появления кашля со скудным количеством мокроты с прожилками крови алого цвета, появилась одышка инспираторного характера в покое, повысилась температура тела до 37,5 °С, появились ранее не беспокоившие больную боли постоянного характера в области 6-7-го ребер. Рентгенологически в нижней доле правого легкого выявлено округлое образование до 6 см в диаметре с нечетким прерывающимся наружным контуром, небольшим уровнем жидкости и фестончатым внутренним контуром, инфильтрация нервномерно распространяется на среднюю и верхнюю доли правого легкого, корень легкого уплотнен и расширен, узурация задних отрезков 6-7 ребер справа. *Какой диагноз можно выставить? Ваша тактика диагностики и лечения?*

34. У больного К., 38 лет после травмы рентгенологически на стороне поражения отмечается гомогенное затемнение гемиторакса. При плевральной пункции получена кровь. *Какой диагноз можно выставить?*

35. У больной К., 30 лет после поднятия тяжести появилась резкая боль в правой половине грудной клетки, затрудненное дыхание. Рентгенологически легочный рисунок справа отсутствует. При плевральной пункции получен воздух. *Какой диагноз можно выставить?*

36. У больной З., 40 лет после еды появился упорный надсадный кашель. На рентгенограмме видимой патологии не выявлено. При ФБС – выявлена косточка в нижнем долевым бронхе справа. *Какой диагноз можно выставить?*

37. Проникающая колото-резаная рана по среднеключичной линии в 3 межреберье слева, нанесенная 30 мин. назад. Больной бледен, лицо с

цианотичным оттенком, набухшие шейные вены, слабый пульс, тоны сердца едва прослушиваются. *Какой диагноз можно выставить? Ваша тактика лечения?*

38. 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, запавшая 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.*

39. Ребенок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появилась одышка до 80 в мин., цианоз, кряхтящее дыхание. Температура 37,5. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа – коробочный звук, аускультативно здесь же – дыхание не прослушивается. *Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.*

40. К Вам обратились родители девочки 5 лет с жалобами на постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Родители рассказали, что в возрасте 1,5 лет девочка аспирировала инородное тело (орех), которое было удалено при бронхоскопии из нижнедолевого бронха слева через три месяца после аспирации. При аускультации слева в нижних отделах дыхание резко ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. *Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.*

41. У ребенка 6 лет при профилактическом рентгенологическом исследовании обнаружили в реберно-позвоночном углу справа интенсивную тень овальной формы. Жалоб нет. *Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.*

42. 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.*

43. Женщина 42 лет поступила в диагностическое отделение в плановом порядке. Больна в течение 9 лет, когда впервые родственниками были отмечены эпизоды появления гнусавости голоса, произвольные движения правого глазного яблока. Неоднократно проходила курсы стационарного лечения в неврологических отделениях, проводилась ноотропная терапия с кратковременным положительным эффектом. Спустя 2 года от начала заболевания стала отмечать немотивированную общую слабость, поперхивание, затруднения при проглатывании пищи, жидкости, а иногда даже слюны, невозможность выполнения точных движений пальцами кистей рук за счет выраженной слабости в верхних конечностях. При компьютерной томографии выявлено дополнительное образование передне. *Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.*

44. Девочке 4 года. Год назад ребенок выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией ребенку была наложена гастростома для кормления. При осмотре ребенок гипотрофичен, с трудом глотает слюну. *Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.*

45. Больную 52 лет в течение года беспокоило нарастающее затруднение при проходимости пищи, исчезновение аппетита, похудание, субфебрилитет, общая слабость. В течение последнего месяца принимала только жидкую пищу. Однако около недели назад отметила неожиданное облегчение глотания, проходимость пищи полностью восстановилась. В анамнезе около 15 лет назад обширное повреждение пищевода инородным телом (кость) с исходом в стеноз пищевода с дисфагией 0-1 степени. *О каком заболевании можно думать в данной ситуации? Чем можно объяснить восстановление пассажа пищи по пищеводу? Что понимают под синдромом «малых признаков»? С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз?*

46. Мужчина при падении с высоты около 2 метров ударился правой половиной грудной клетки. При беседе предъявляет жалобы на боли в грудной клетке, чувство нехватки воздуха инспираторного характера, объективно – состояние средней тяжести, ограничивает движения из-за боязни усиления болевого синдрома, деформация правой половины грудной клетки за счет эмфиземы мягких тканей и подкожно-межмышечной гематомы, распространяющейся на поясничную область справа, ЧДД=18-20, поверхностное, резкая болезненность в области 7-8-9 ребер по средне-подмышечной линии, здесь же осаднение неправильной формы на участке до 2 x 3 см, справа дыхание резко ослаблено по всем легочным полям, тимпанический перкуторный звук, ЧСС=90. Вопросы: *Ваш предварительный клинический диагноз и его обоснование? Какое обследование и в какой последовательности необходимо провести больному? Какие манипуляции и каким образом следует выполнить для купирования болевого синдрома в грудной клетке? Специфическую профилактику какого заболевания необходимо провести?*

47. К хирургу поликлиники обратилась девушка 22 лет с жалобами на затрудненную проходимость жидкой пищи с сохраненной проходимостью грубой пищи, тупые боли после еды за грудиной, обильное срыгивание пищи с неприятным запахом, появляющееся спустя несколько часов после приема пищи. Указанные явления отмечает в течение последних четырех лет, за квалифицированной помощью ранее не обращалась. В анамнезе отмечает ряд тяжело протекавших инфекционных заболеваний. Вопросы: *для какой группы заболеваний пищевода характерны вышеперечисленные жалобы? Укажите на возможные предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобной симптоматики. Укажите наиболее необходимые диагностические процедуры для уточнения диагноза и порядок их выполнения. Как меняется врачебная тактика в зависимости от стадии заболевания? Группа нервно-мышечных заболеваний пищевода.*

48. К приемное отделение доставлен молодой человек с жалобами на наличие раны грудной клетки слева; кровохарканье, чувство нехватки воздуха категорически отрицает. Состояние ближе к удовлетворительному, положение активное, окраска покровов и слизистых физиологическая, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, эмфиземы тканей не выявлено, дыхание везикулярное по всем легочным полям. Рана в 5 межреберье по задне-подмышечной линии размерами 3,0 x 0,5 см с ровными краями и острыми углами, без признаков продолжающегося кровотечения, визуальное инородных тел не выявлено. При рентгеноскопии грудной клетки легкие расправлены, воздуха и жидкости в плевральных полостях нет, легкие без очаговых и инфильтративных теней, средостение обычной конфигурации, диафрагма не изменена. Вопросы: *Сформулируйте диагноз при поступлении больного. Какие обследования должны быть дополнительно проведены при поступлении больного в стационар? Охарактеризуйте основные принципы обработки ран груди. Необходимость в назначении каких лекарственных препаратов имеется в данной ситуации?*

49. Молодой человек 18 лет обратился в службу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в грудной клетке справа тупого распирающего характера, чувство нехватки воздуха, невозможность нахождения в горизонтальном положении. Травму грудной клетки категорически отрицает. Вышеперечисленные ощущения появились внезапно около 3 часов назад во время выполнения тяжелой физической нагрузки. *Каков Ваш предварительный диагноз? Назовите наиболее частые предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобных состояний. С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз? Какова тактика ведения больного?*

50. У больного 48 лет около 2 месяцев назад при клиническом обследовании была диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония, подтвержденная данными рентгенографии грудной клетки в соответствующих проекциях. В связи с поливалентной аллергией, преимущественно на антимикробные препараты, лечился в основном физиотерапевтическими средствами. Через 3 недели возобновилась лихорадка с гектическими размахами, проливными потами, болью в грудной клетке при форсированном дыхании, перемене положения тела. Утром в день обращения за медицинской помощью появился приступ кашля, сопровождавшийся отхождением обильного количества зловонной мокроты коричневого цвета с прожилками крови темного цвета, после чего температура нормализовалась, болевой синдром в грудной клетке практически разрешился. *Как следует сформулировать диагноз при поступлении? С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз? Перечислите диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза. Укажите на современные подходы в лечении больных данной категории.*

51. Женщина 27 лет обратилась к пульмонологу в поликлинике по месту жительства с жалобами на кашель со скудным количеством гнойной

мокроты, общую слабость. Из анамнеза известно, что больная с детства состояла на диспансерном учете по поводу хронического деформирующего бронхита с выраженным нарушением дренажной функции бронхов. После перевода во взрослый кабинет на профосмотры не являлась. Обострения сезонные весна-осень, сопровождающиеся нарастанием одышки, увеличения количества экспекторированной мокроты. Во время последнего обострения отметила появление прожилок темной крови вплоть до появления плевков, целиком окрашенных кровью. При осмотре состояние ближе к удовлетворительному – средней тяжести, умеренный цианоз губ, грудная клетка бочкообразной формы, изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек», коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. *Сформулируйте предварительный клинический диагноз. Укажите план обследования больной и прокомментируйте целесообразность проведения каждого из исследований. Что будет определять дальнейшую тактику ведения и лечения? Существуют ли хирургические способы коррекции?*

52. При очередном флюорографическом обследовании работников крупной скотоводческой фермы у мужчины 32 лет обнаружено овальной формы образование размерами 3 x 4 см с четким ровным наружным контуром без перифокальной инфильтрации, симптом «расщепления контура» (+) положительный. Медиастинальной лимфаденопатии не выявлено. Жалоб не предъявляет. *Укажите предварительный клинико-рентгенологический диагноз. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Существуют ли какие-либо методы лабораторной верификации? Какое лечение следует рекомендовать пациенту?*

53. У больного 78 лет, находившегося на лечении в палате интенсивной терапии неврологического отделения по поводу острого нарушения мозгового кровообращения отмечено появление лихорадки с гектическими размахами и проливными потами, ослабление дыхания в средних и нижних легочных полях справа. С целью дифференциально-диагностического поиска произведена обзорная рентгенография грудной клетки в положении «лежа», при этом выявлено коллабирование правого легкого на 1/3 объема, наличие жидкости в правой плевральной полости и наличие полостного образования в нижней доле диаметром до 6,5-7,0 см. *Ваш диагноз и его обоснование? Каков наиболее вероятный генез данного образования? Обоснуйте свою тактику дальнейшего ведения и лечения больного. Следует ли каким-то образом скорректировать предыдущую схему лечения больного?*

54. Слов родственников, мужчина 70 лет заболел около 2 месяцев назад, когда впервые пожаловался на умеренные постоянные боли в грудной клетке слева, кашель со скудной мокротой с прожилками крови алого цвета, нарастание одышки при незначительной физической нагрузке. В течение последних двух дней кашель сопровождается отхаркиванием сгустков крови темного цвета в количестве до 100,0 мл в сутки. В анамнезе около 25 лет назад находился на лечении по поводу инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого, снят с диспансерного учета, в течение последних 2 лет

флюорографические исследования не проводились. При объективном исследовании состояние тяжелое, резко истощен, покровы бледные, дыхание с участием вспомогательных мышц, справа дыхание жесткое с сухими свистящими хрипами, слева - не выслушивается, ЧДД=28, ЧСС=100/1 мин., живот спокоен, отправления сохранены. При обзорной рентгенографии грудной клетки ателектаз левого легкого, симптом «ампутации» левого главного бронха, девиация трахеи дугой влево, лимфаденопатия передне-верхнего и передне-среднего средостения, множественные разновеликие инфильтративные тени по всем полям правого легкого. *Ваш диагноз и его обоснование? Что явилось предрасполагающим фоном для развития заболевания? Приведите примеры других возможных предрасполагающих факторов. Считаете ли Вы данный случай запущенным? Прокомментируйте свое мнение. Какое лечение следует назначить пациенту?*

55. К хирургу поликлиники на прием явился больной 34 лет. Из анамнеза известно, что около 5 суток назад в бытовой ссоре он получил удар в область шеи. Чувствовал себя относительно удовлетворительно, однако к вечеру вторых суток появилась тугоподвижность шеи, температура тела повысилась до 38,4° С, присоединились боли в шее, а к 4-ым суткам – боли в грудной клетке тупого распирающего характера. Объективно: состояние тяжелое, занимает вынужденное положение с приведением головы к груди, покровы лица и шеи умеренно гиперемированы, склеры слабо инъектированы, на передней области шеи справа на уровне нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы продольно ориентированная рана размерами 1,5 x 0,5 см со скудным гноетечением, вокруг раны плотный инфильтрат размерами 10 x 15 см, переходящий на заднюю область шеи и надключичную область, здесь же эмфизема тканей, поколачивание по грудице резко болезненно. *Установите диагноз и дайте его обоснование. Укажите возможные причины эмфиземы тканей шеи у данного больного. Показана ли данному больному госпитализация, если да, то в каком порядке и в какое лечебное учреждение? Перечислите объем требуемых лечебно-диагностических мероприятий для данного больного.*

56. В поликлинике на приеме у хирурга больной пожаловался на боли в левом плечевом суставе постоянного ноющего характера. Травмы, а также поражение каких-либо других суставов категорически отрицает. При объективном исследовании обнаружены явления синдрома Бернара-Горнера, гипотрофия мышц верхней конечности слева, каких-либо других отклонений по системам органов не выявлено. На обзорной рентгенограмме грудной клетки – затемнение в области верхушки правого легкого с узурацией I-II ребер. *Какое заболевание у больного? Дайте обоснование выявленных отклонений. Укажите ориентировочный план дообследования больного. Дайте прогноз для жизни и здоровья и его обоснование.*

57. Женщина 60 лет больна около 6 месяцев, дважды проводилось лечение в условиях пульмонологического отделения по поводу рецидивирующей нижнедолевой пневмонии справа. Ухудшение состояния в течение последних двух дней, за счет появления кашля со скудным

количеством мокроты с прожилками крови алого цвета, появилась одышка инспираторного характера в покое, повысилась температура тела до 37,5 °С, появились ранее не беспокоившие больную боли постоянного характера в области 6-7-го ребер. Рентгенологически в нижней доле правого легкого выявлено округлое образование до 6 см в диаметре с нечетким прерывающимся наружным контуром, небольшим уровнем жидкости и фестончатым внутренним контуром, инфильтрация неравномерно распространяется на среднюю и верхнюю доли правого легкого, корень легкого уплотнен и расширен, узурация задних отрезков 6-7 ребер справа. *Сформулируйте предварительный диагноз и дайте его обоснование. Классифицируйте описанную форму заболевания. Укажите перечень обязательного дообследования. Прокомментируйте возможные варианты лечения.*

58. Больной 33 лет в течение четырех месяцев находился на стационарном лечении по поводу правосторонней нижней билобарной пневмонии с кавитацией, острого абсцесса легкого, осложненного пиопневмотораксом, проводилось чрескожное дренирование с последующей санацией полости абсцесса через дренаж антисептическими растворами. После купирования острого периода был выписан с рекомендациями продолжения лечения по месту жительства. При контрольном обследовании у больного сохраняется бронхо-плевро-торакальный свищ со скудным отделяемым, субфебрилитет. При обзорной рентгенографии грудной клетки и в боковой проекции – массивные паракостальные плевральные наложения, не позволяющие детально визуализировать ткань легкого. *Какое дообследование необходимо назначить больному? Перечислите современные методы экстракорпоральной детоксикации и иммуностимуляции, которые могут быть рекомендованы больным данной группы. Какие методы местного лечения могут быть рекомендованы в данной ситуации? Назовите, какой объем хирургического вмешательства будет радикальным в данной ситуации?*

59. К хирургу поликлиники обратилась девушка 22 лет с жалобами на затрудненную проходимость жидкой пищи с сохраненной проходимостью грубой пищи, тупые боли после еды за грудиной, обильное срыгивание пищи с неприятным запахом, появляющееся спустя несколько часов после приема пищи. Указанные явления отмечает в течение последних четырех лет, за квалифицированной помощью ранее не обращалась. В анамнезе отмечает ряд тяжело протекавших инфекционных заболеваний. *Для какой группы заболеваний пищевода характерны вышеперечисленные жалобы? Укажите на возможные предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобной симптоматики. Укажите наиболее необходимые диагностические процедуры для уточнения диагноза и порядок их выполнения. Как меняется врачебная тактика в зависимости от стадии заболевания?*

60. За медицинской помощью обратился больной через 10 суток после случайного приема небольшого количества аккумуляторной кислоты с жалобами на невозможность полноценного питания, боли за грудиной и

верхней трети живота. Объективно: состояние средней тяжести, положение активное, однако движения ограничивает ввиду общей слабости, видимые слизистые суховаты, умеренная бледность кожных покровов, тургор кожи снижен, дыхание жесткое с обеих сторон, ЧДД=16, пульс - 88 уд./мин, АД – 130/70 мм рт. ст., температура тела субфебрильная. Язык суховат, густо обложен белым налетом, живот не вздут, участвует в дыхании, перитонеальных знаков нет, стул задержан до 5 суток, газы отходят. Какую тактику следует выбрать для данного больного: лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе или госпитализация? 2. Какие основополагающие диагностические мероприятия необходимо провести? Прокомментируйте технику раннего профилактического бужирования пищевода. Назовите виды бужирования по технике проведения и их возможные осложнения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

		ошибок в содержании ответа	
неудовлетво рительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература.

1. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с. – доступ из ЭБС «Консультант врача» ЭР
2. Торакальная хирургия : учебное пособие / В.И. Никольский, С.Н. Логинов, М.С. Баженов [и др.] ; Мед. ин-т Пенз. гос. ун-та. - Пенза : Изд-во ПГУ, 2010. - 248 с. 1 экз.

Дополнительная литература.

1. Эндоскопическая торакальная хирургия : рук-во для врачей / А.М. Шулутко, А.А. Овчинников, О.О. Ясногородский [и др.]. – М. : Медицина, 2006. - 392 с. 2 экз.
2. Диагностика и лечение ожоговых сужений пищевода и желудка / под ред. М.П. Королева. – М. : МИА, 2009. - 246 с. 2 экз.
3. Давыдов М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. – М.: Изд. группа РОНЦ, 2007. – 392 с. 2 экз.
4. Туберкулез: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей /под ред. В.А. Аксеновой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 272 с. 4 экз.
5. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное – / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина [и др.] ; Ассоциация медицинских обществ по качеству. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 619 с. 2 экз.
6. Левчук И.П. Медицина катастроф: курс лекций: учеб. пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2011. – 238с. 250 экз.
7. Барачевский Ю.Е. Основы Мобилизационной подготовки здравоохранения : / Ю.Е. Барачевский, С.М. Грошилин. – Архангельск, 2011.- 96с. 1 экз.
8. Словарь-справочник терминов и понятий в области эпидемиологии чрезвычайных ситуаций: для врачей, ординаторов и студентов / Г.М. Грижебовский, А.Н. Куличенко, Е.И. Еременко [и др.] ; Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им. И.И. Мечникова. - СПб: ФОЛИАНТ, 2015. - 262, с. 1 экз.
9. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник для медицинских вузов /И.И. Каган, С.В. Чемезов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 672 с.+ 1 электрон. Опт. Диск (CD-ROM) 50 экз.
10. Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия. Ч.1: учебное пособие: в 2-х частях / сост.: В.К. Татьянченко, А.В. Овсянников, Ю.В. Хоронько [и др.]; науч. ред. В.К. Татьянченко. – Ростов н/Д: РостГМУ, 2015. – 359 с. : ил 2 экз.

Интернет-ресурсы:

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://80.80.101.225/opacg	Доступ неограничен
2.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : ЭБС. – М.: ООО ГК «ГЭОТАР». - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	UpToDate [Electronic resource] : БД / Wolters Kluwer Health. – Режим доступа: www.uptodate.com	Доступ неограничен
4.	Справочная правовая система « Консультант Плюс » [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
5.	Научная электронная библиотека eLIBRARY [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://elibrary.ru	Открытый доступ
6.	Национальная электронная библиотека [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
7.	Scopus [Electronic resource] / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Electronic data. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA, 2015. – Режим доступа: http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	Доступ ограничен
8.	Web of Science [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	MEDLINE Complete EBSCO [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://search.ebscohost.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	Freedom Collection [Electronic resource] / Elsevier. - Режим доступа: по IP-адресам РостГМУ→удалённо. (Нацпроект)	Доступ неограничен
11.	БД издательства Springer Nature [Electronic resource]. - Режим доступа: по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://window.edu.ru/ .	Открытый доступ
13.	Российское образование. Федеральный образовательный портал [Электронный ресурс]. -	Открытый доступ

	Режим доступа: http://www.edu.ru/index.php .	
14.	ENVOС.RU English vocabulary [Электронный ресурс]: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - Режим доступа: http://envoc.ru .	Открытый доступ
15.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru .	Открытый доступ
16.	Medline (PubMed, USA) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ .	Открытый доступ
17.	Free Medical Journals [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://freemedicaljournals.com .	Открытый доступ
18.	Free Medical Books [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.freebooks4doctors.com/ .	Открытый доступ
19.	Internet Scientific Publication [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.ispub.com [7.02.2019].	Открытый доступ
20.	КиберЛенинка [Электронный ресурс]: науч. электрон. биб-ка. - Режим доступа: http://cyberleninka.ru/ .	Открытый доступ
21.	Архив научных журналов [Электронный ресурс] / НЭИКОН. - Режим доступа: http://archive.neicon.ru/xmlui/ .	Открытый доступ
22.	Журналы открытого доступа на русском языке [Электронный ресурс] / платформа EIPub НЭИКОН. – Режим доступа: http://elpub.ru/elpub-journals .	Открытый доступ
23.	Медицинский Вестник Юга России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ.	Открытый доступ
24.	Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://who.int/ru/ .	Открытый доступ
25.	Evrika.ru [Электронный ресурс]: информационно-образовательный портал для врачей. – Режим доступа: http://www.evrika.ru/ .	Открытый доступ
26.	Med-Edu.ru [Электронный ресурс]: медицинский видеопортал. - Режим доступа: http://www.med-edu.ru/ .	Открытый доступ
27.	Univadis.ru [Электронный ресурс]: международ. мед. портал. - Режим доступа: http://www.univadis.ru/ .	Открытый доступ

28.	DoctorSPB.ru [Электронный ресурс]: информ.-справ. портал о медицине. - Режим доступа: http://doctorspb.ru/ .	Открытый доступ
29.	Современные проблемы науки и образования [Электронный журнал]. - Режим доступа: http://www.science-education.ru/ru/issue/index .	Открытый доступ
30.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://cr.rosminzdrav.ru/#!/	Открытый доступ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое

приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

1. *Ахалазия пищевода (кардии)* заключается в отсутствии расслабления нижнего пищеводного сфинктера во время акта глотания. Выключение физиологического рефлекса его раскрытия приводит к нарушению тонуса и моторики пищевода, что вызывает задержку пищи. Кардиоспазм — стойкое спастическое сужение терминального отдела пищевода, проявляющееся дисфагией и в далеко зашедших стадиях сопровождающееся органическими изменениями его вышележащих отделов. *Эпидемиология.* Распространенность ахалазии пищевода и кардиоспазма составляет 0,5 – 0,8 случаев на 100000 населения. Среди других заболеваний пищевода ахалазия встречается в 3,1 – 20%. Одинаково часто встречается у лиц мужского и женского пола, преимущественно в возрасте 30 – 50 лет. *Классификация.* До настоящего времени нет общепринятой классификации ахалазии пищевода. Согласно наиболее распространённой в нашей стране классификации Б.В. Петровского (1958), различают четыре стадии ахалазии и кардиоспазма. • I стадия – пищевод не расширен, рефлекс раскрытия кардии сохранён, но моторика пищевода усилена и дискоординирована. • II стадия – рефлекс раскрытия кардии отсутствует, отмечается расширение пищевода до 4 – 5 см. • III стадия – значительное расширение пищевода до 6 – 8 см, задержка в нём жидкости и пищи, отсутствие пропульсивной моторики. • IV стадия – резкое расширение, удлинение и искривление пищевода с атонией стенок, длительной задержкой жидкости и пищи. *Принципы лечения.* В начальных стадиях ахалазии пищевода (кардии) и кардиоспазма возможно применение консервативного лечения. В настоящее время наибольшее распространение получили препараты из группы нитратов (нитроглицерин, изосорбида динитрат) и антагонистов кальция (верапамил, нифедипин), в ряде случаев используют седативные препараты. Необходимо обращать внимание на соблюдение больными чёткого режима питания с 4- или 5-разовым приёмом пищи, а при необходимости и более частым. Есть необходимо медленно, тщательно пережёвывая пищу.

2. *Пример ответа на задачу:*

1. Группа нервно-мышечных заболеваний пищевода.
2. Врожденное недоразвитие сплетений метасимпатической нервной системы пищевода, её перерождение при тяжелых инфекционных заболеваниях, интоксикациях, глубоких гиповитаминозах; провоцирующим фактором выступают психоэмоциональные стрессы.

3. Эзофагогастроскопия, эзофаготонометрия, рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием бариевой взвесью.

4. Стадии 1-2 по классификации Б. В. Петровского позволяют проведение консервативного лечения, стадии 3-4 требуют оперативного вмешательства.

1.1. *Химический ожог пищевода* – реактивный эзофагит (воспаление пищевода) различной степени тяжести, вызванный приемом через рот агрессивной жидкости. Термические повреждения пищевода встречаются крайне редко. *Классификации.* В зависимости от глубины поражения тканей различают три степени химического ожога пищевода. *Диагностика.* Для определения локализации, протяжённости и выраженности стриктуры проводят рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка с

использованием жидкой взвеси сульфата бария или водорастворимого контрастного вещества. Основные рентгенологические признаки рубцовой стриктуры пищевода – неравномерное сужение его просвета вплоть до полной облитерации, неровный зубчатый контур на протяжении стриктуры, деформация рельефа слизистой оболочки, ригидность стенок, наличие супрастенотического расширения. *Лечение.* Неотложная помощь заключается в обезболивании, удалении остатков химических веществ, попавших в пищевод и желудок, и их нейтрализации. Это достигается путём введения анальгетиков, вплоть до наркотических, а также промыванием пищевода и желудка большим количеством (не менее 10 литров) тёплой воды или слабого раствора нейтрализующего соединения. *Оперативное лечение* показано при полной облитерации просвета пищевода, невозможности провести буж из-за плотных рубцов, быстро возникающих после повторных курсов бужирования рецидивах стриктуры (через 3 – 6 мес.), сочетании ожоговой стриктуры пищевода, глотки и желудка; ожоговых стриктурах, осложнённых пищеводными свищами, перфорации пищевода во время бужирования.

1.2. Пример ответа на задачу:

1. Госпитализация для дообследования и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения и лечения.
2. Эзофагоскопия, рентгенологическое исследование пищевода, желудка и ДПК с контрастированием бариевой взвесью.
3. Раннее профилактическое бужирование проводится с 7-10-го дня мягким желудочным зондом с использованием жирозонированных (жиро-гормональных) повязок на пищевод.

Прямое и ретроградное в модификациях, основным осложнением является перфорация пищевода с развитием острого медиастинита.