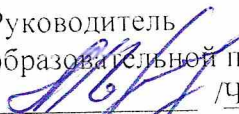


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургии №4

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель
образовательной программы
 /Черкасов М.Ф./
(подпись) (Ф.И.О.)

« 18 » июня 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»

основной образовательной программы высшего образования -
программы ординатуры

Специальность
31.08.65 Торакальная хирургия

Направленность (профиль) программы торакальная хирургия

Блок 1

Базовая часть (Б1.Б.01)

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

Ростов-на-Дону
2024 г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Торакальная хирургия» разработана преподавателями кафедры хирургии №4 в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России №1108 от 26.08.2014г., и профессионального стандарта «Врач – торакальный хирург», утвержденного приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019г. № 140н.


Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена:

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1	Черкасов Михаил Федорович	д.м.н., проф.	Заведующий кафедрой хирургии №4
2	Старцев Юрий Михайлович	к.м.н.	Доцент кафедры хирургии №4
3	Галашокян Карапет Мелконович	к.м.н.	Ассистент кафедры хирургии №4

Рабочая программа дисциплины (модуля) обсуждена и одобрена на заседании кафедры хирургии №4


Протокол от 12.06.2024 г. № 6/2024

Зав. кафедрой


подпись М.Ф. Черкасов
Ф.И.О.

Директор библиотеки: «Согласовано»

«12» 06 2024г.


подпись И.А. Кравченко
Ф.И.О.

1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Дать обучающимся углубленные знания в области торакальной хирургии и выработать навыки врача-торакального хирурга, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профилактики, диагностики и лечения заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, грудной клетки и органов грудной полости, требующих хирургического лечения, а также медицинской реабилитации пациентов.

2. Место дисциплины (модуля) в структуре ООП

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Торакальная хирургия» относится к Блоку 1 программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
<i>Универсальные компетенции (УК)</i>		
УК-1. готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать	основные этапы и принципы абстрактного мышления, анализа, синтеза в медицине
	Уметь	определять способы абстрактного мышления, анализа, синтеза в медицине
	Владеть	методами сбора и анализа жалоб, анамнеза для оценки эффективности лечения; способами осуществления мониторинга и контроля лечебного процесса; навыками подготовки медицинской документации
УК-2. готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные	Знать	методы управления коллективом
	Уметь	разрабатывать способы общения с коллективом
	Владеть	способами общения с коллективом

и культурные различия		
Профессиональные компетенции (ПК)		
ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;	Знать	должен знать: патологические состояния, симптомы, синдромы хирургических заболеваний органов грудной полости в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Уметь	должен уметь: выявить и интерпретировать вышеуказанные симптомы и синдромы и выставить диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
	Владеть	должен владеть: методами, инструментами и аппаратурой для диагностики патологией органов грудной полости
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	Знать	должен знать: методы лечения хирургических заболеваний, показания и противопоказания к их применению, возможные осложнения и методы их профилактики
	Уметь	должен уметь: применить необходимые методы лечения пациентов с патологией органов грудной полости, контролировать их эффективность и безопасность
	Владеть	должен владеть: методикой стандартных хирургических приемов и операций, а также медицинской аппаратурой и инструментами для лечения пациентов с патологией органов грудной полости в условиях хирургического (в том числе неотложного) стационара и поликлиники
ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической	Знать	должен знать: методы лечения пациентов с патологией органов грудной полости, показания и противопоказания к их применению, возможные осложнения и методы их профилактики
	Уметь	должен уметь: применить необходимые методы лечения пациентов с патологией органов грудной полости, контролировать их эффективность и

медицинской помощи		безопасность
	Владеть	должен владеть: методикой стандартных хирургических приемов и операций, а также медицинской аппаратурой и инструментами для лечения пациентов с патологией органов грудной полости в условиях хирургического (в том числе неотложного) стационара и поликлиники
ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать	должен знать: методы лечения пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающиеся в реабилитации и санаторно-курортном лечении
	Уметь	должен уметь: применить необходимые методы лечения пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающиеся в реабилитации и санаторно-курортном лечении, контролировать их эффективность и безопасность
	Владеть	должен владеть: методикой стандартных приемов и операций, а также медицинской аппаратурой и инструментами для лечения пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в реабилитации и санаторно-курортном лечении как в условиях хирургического (в том числе неотложного) стационара и поликлиники
ПК-12. Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	Знать	должен знать: методы лечения пациентов с патологией органов грудной полости, показания и противопоказания к их применению, возможные осложнения и методы их профилактики при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации
	Уметь	должен уметь: применить необходимые методы лечения пациентов с патологией органов грудной полости при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации
	Владеть	должен владеть: методикой стандартных хирургических приемов и операций, а также медицинской аппаратурой и инструментами для лечения пациентов с патологией органов грудной полости при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

4. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем по семестрам				
		1	2	3	4	
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):	556	138	156	138	124	
Лекционное занятие (Л)	18	4	6	4	4	
Семинарское занятие (СЗ)	130	34	34	34	28	
Практическое занятие (ПЗ)	408	100	116	100	92	
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	200	42	60	42	56	
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)	144	30	30	30	Э	
Общий объём	в часах	900	216	252	216	216
	в зачетных единицах	25	6	7	6	6

5. Содержание дисциплины (модуля)

Таблица 3

№ раздела	Наименование разделов, тем дисциплин (модулей)	Код индикатора
1	Основы социальной гигиены и организация торакохирургической службы в РФ	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
1.1	Развитие торакальной хирургии как самостоятельной клинической дисциплины. Этика и деонтология	ПК-2, 5, 6, 8, 12
1.2	Организация торакохирургической помощи в поликлинике и в стационаре	ПК-2, 5, 6, 8, 12
2	Методы диагностики в торакальной хирургии. Медицинская экспертиза, профилактика поражений и заболеваний органов грудной клетки, формирование здорового образа жизни	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
2.1	Клинические и лабораторные методы исследования торакальных больных	ПК-2, 5, 6, 8, 12
2.2	Дополнительные и инструментальные методы исследования торакальных больных	ПК-2, 5, 6, 8, 12
2.3	Медицинская экспертиза. Организация экспертизы временной нетрудоспособности.	ПК-2, 5, 6, 8, 12
2.4	Общественное здоровье, профилактика и укрепления здоровья. Организация медицинской профилактики.	ПК-2, 5, 6, 8, 12
3	Хирургия туберкулеза органов дыхания	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
3.1	Этиология и патогенез туберкулёза органов дыхания. Классификация туберкулёза	ПК-2, 5, 6, 8, 12
3.2	Первичный туберкулёз органов дыхания. Вторичный туберкулёз.	ПК-2, 5, 6, 8, 12
3.3	Хирургия прогрессирующего туберкулёза лёгких.	ПК-2, 5, 6, 8, 12

3.4	Хирургия распространенных форм туберкулёза лёгких.	ПК-2, 5, 6, 8, 12
4	Хирургия пороков развития, нагноительных и паразитарных заболеваний легких	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.1	Пороки развития легких	ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.2	Острый и хронический абсцесс лёгкого. Гангрена легкого	ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.3	Бронхоэктатическая болезнь	ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.4	Острая и хроническая эмпиема плевры	ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.5	Бронхиальная астма	ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.6	Спонтанный пневмоторакс. Буллезная болезнь легких	ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.7	Паразитарные и грибковые заболевания легких	ПК-2, 5, 6, 8, 12
5	Хирургия онкологических заболеваний легких и плевры	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.1	Доброкачественные опухоли легких	ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.2	Центральный рак легкого.	ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.3	Периферический рак легкого	ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.4	Мелкоклеточный рак легкого. Метастатические опухоли легких	ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.5	Неэпителиальные злокачественные опухоли легких. Мезотелиома плевры	ПК-2, 5, 6, 8, 12
6	Хирургия травматических повреждений грудной клетки	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
6.1	Открытые повреждения груди мирного времени	ПК-2, 5, 6, 8, 12
6.2	Закрытые повреждения груди мирного времени	ПК-2, 5, 6, 8, 12
6.3	Инородные тела грудной стенки, плевральной полости, лёгких, средостения	ПК-2, 5, 6, 8, 12
7	Хирургия трахеи и бронхов. Хирургия средостения и диафрагмы	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.1	Хирургия трахеи	ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.2	Хирургия бронхов	ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.3	Хирургия средостения	ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.4	Хирургия диафрагмы	ПК-2, 5, 6, 8, 12
8	Хирургия заболеваний органов грудной полости у коморбидных пациентов. Хирургия послеоперационных осложнений	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.1	Хирургия заболеваний органов дыхания с отягощённым течением	ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.2	Хирургия сочетанных заболеваний органов дыхания	ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.3	Послеоперационные осложнения в области операционной раны и грудной стенки	ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.4	Послеоперационные плевральные осложнения	ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.5	Послеоперационные рецидивы и реактивации заболеваний органов дыхания	ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.6	Послеоперационные не плевральные осложнения	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9	Хирургия пищевода	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.1	Пороки развития пищевода	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.2	Повреждения и инородные тела пищевода	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.3	Нервно-мышечные заболевания пищевода.	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.4	Дивертикулы пищевода	ПК-2, 5, 6, 8, 12

9.5	Ожоги и рубцовые стриктуры пищевода	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.6	Рефлюкс-эзофагит	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.7	Доброкачественные новообразования пищевода.	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.8	Злокачественные опухоли пищевода	ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.9	Видеоэндохирургическое лечение заболеваний пищевода	ПК-2, 5, 6, 8, 12

6. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 4

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Конт. акт. раб.	Л	СЗ	ПЗ	СР		
1	Основы социальной гигиены и организация торакохирургической службы в РФ	24	18	2	4	12	6	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
1.1	Развитие торакальной хирургии как самостоятельной клинической дисциплины. Этика и деонтология	12	9	1	2	6	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
1.2	Организация торакохирургической помощи в поликлинике и в стационаре	12	9	1	2	6	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
2	Методы диагностики в торакальной хирургии. Медицинская экспертиза, профилактика поражений и заболеваний органов грудной клетки, формирование здорового образа жизни	52	40	2	10	28	12	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
2.1	Клинические и лабораторные методы исследования торакальных больных	14	11	1	2	8	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
2.2	Дополнительные и инструментальные методы исследования	14	11	1	2	8	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2,

	торакальных больных								5, 6, 8, 12
2.3	Медицинская экспертиза. Организация экспертизы временной нетрудоспособности.	13	10	-	4	6	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
2.4	Общественное здоровье, профилактика и укрепления здоровья. Организация медицинской профилактики.	11	8	-	2	6	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
3	Хирургия туберкулеза органов дыхания	68	54	2	14	38	14	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
3.1	Этиология и патогенез туберкулёза органов дыхания. Классификация туберкулёза	9	6	2	2	2	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
3.2	Первичный туберкулёз органов дыхания. Вторичный туберкулёз.	21	16	-	4	12	5	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
3.3	Хирургия прогрессирующего туберкулёза лёгких.	19	16	-	4	12	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
3.4	Хирургия распространенных форм туберкулёза лёгких.	19	16	-	4	12	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4	Хирургия пороков развития, нагноительных и паразитарных заболеваний легких	115	86	2	18	66	33	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.1	Пороки развития легких	12	9	1	2	6	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.2	Острый и хронический абсцесс лёгкого.	21	15	1	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2,

	Гангрена легкого								ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.3	Бронхоэктатическая болезнь	11	8	-	2	6	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.4	Острая и хроническая эмпиема плевры	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.5	Бронхиальная астма	11	8	-	2	6	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.6	Спонтанный пневмоторакс. Буллезная болезнь легких	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
4.7	Паразитарные и грибковые заболевания легких	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
5	Хирургия онкологических заболеваний легких и плевры	92	68	2	14	52	24	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.1	Доброкачественные опухоли легких	23	17	1	4	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.2	Центральный рак легкого.	25	19	1	4	14	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.3	Периферический рак легкого	24	18	-	4	14	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
5.4	Мелкоклеточный рак легкого.	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2,

	Метастатические опухоли легких								ПК-2, 5, 6, 8, 12
6	Хирургия травматических повреждений грудной клетки	66	54	2	14	38	12	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
6.1	Открытые повреждения груди мирного времени	22	19	1	6	12	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
6.2	Закрытые повреждения груди мирного времени	24	21	1	6	14	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
6.3	Инородные тела грудной стенки, плевральной полости, лёгких, средостения	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
7	Хирургия трахеи и бронхов. Хирургия средостения и диафрагмы	77	56	2	10	44	21	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.1	Хирургия трахеи	18	15	1	2	12	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.2	Хирургия бронхов	16	10	-	2	8	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.3	Хирургия средостения	23	17	1	4	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
7.4	Хирургия диафрагмы	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
8	Хирургия заболеваний органов	110	74	2	14	58	36	Устный опрос	УК-1, УК-2,

	грудной полости у коморбидных пациентов. Хирургия послеоперационных осложнений								ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.1	Хирургия заболеваний органов дыхания с отягощённым течением	15	9	1	2	6	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.2	Хирургия сочетанных заболеваний органов дыхания	15	9	1	2	6	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.3	Послеоперационные осложнения в области операционной раны и грудной стенки	26	20	-	4	16	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.4	Послеоперационные плевральные осложнения	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.5	Послеоперационные не плевральные осложнения	14	8	-	2	6	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
8.6	Послеоперационные рецидивы и реактивации заболеваний органов дыхания	20	14	-	2	12	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9	Хирургия пищевода	148	106	2	32	72	42	Устный опрос	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.1	Пороки развития пищевода	13	10	-	2	8	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.2	Повреждения и инородные тела пищевода	18	12	-	4	8	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12

9.3	Нервно-мышечные заболевания пищевода.	18	12	-	4	8	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.4	Дивертикулы пищевода	15	12	-	4	8	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.5	Ожоги и рубцовые стриктуры пищевода	18	12	-	4	8	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.6	Рефлюкс-эзофагит	13	10	-	2	8	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.7	Доброкачественные новообразования пищевода.	19	13	1	4	8	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.8	Злокачественные опухоли пищевода	19	13	1	4	8	6	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
9.9	Видеоэндохирургическое лечение заболеваний пищевода	15	12	-	4	8	3	Реферат	УК-1, УК-2, ПК-2, 5, 6, 8, 12
Общий объём		900	556	18	130	408	200	144	-

7. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе «Ординатура и Магистратура (дистанционное обучение) Ростовского государственного медицинского университета» (АС ОМДО РостГМУ) <https://omdo.rostgmu.ru/>. и к электронной информационно-образовательной среде.

Самостоятельная работа в АС ОМДО РостГМУ представляет собой доступ к электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (лекции, методические рекомендации, тестовые задания, задачи, вопросы для самостоятельного контроля и изучения, интернет-ссылки, нормативные документы и т.д.) по соответствующей дисциплине. Обучающиеся могут выполнить контроль знаний с помощью решения тестов и ситуационных задач, с последующей проверкой преподавателем, или выполнить контроль самостоятельно.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 5

№ Раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
1.	Основы социальной гигиены и организация торакохирургической службы в РФ	<ol style="list-style-type: none"> 1. История развития торакальной хирургии. Роль отечественных и зарубежных хирургов. 2. Связь торакальной хирургии со смежными дисциплинами и разделами медицины. 3. Организация службы торакальной хирургии. Организация работы и структура работы торакальных отделений. 4. Взаимодействия торакальных отделений с другими службами. 5. Определение понятий врачебной психологии, этики и деонтологии. 6. Взаимоотношения врача и больного, врача и родственников больного, взаимоотношения в коллективе. 7. Деонтологические и этические аспекты реанимации в торакальной хирургии.
2.	Методы диагностики в торакальной хирургии. Медицинская экспертиза, профилактика поражений и заболеваний органов грудной клетки, формирование здорового образа жизни	<ol style="list-style-type: none"> 1. Значение рентгенологического исследования в торакальной хирургии. 2. Биопсия в торакальной хирургии. 3. Спирография. 4. Лёгочный газообмен. 5. Газы и кислотно-щёлочное состояние крови. 6. Ангиография бронхиальных артерий. 7. Цитологическое исследование мокроты, плевральной жидкости, пунктатов и

		<p>биопсийного материала.</p> <p>8. Цитология экссудата и транссудата.</p> <p>9. Радиоизотопные методы исследования кровотока в лёгких, вентиляции лёгких, лимфатической системы.</p> <p>10. Трахеобронхоскопия. Эзофагоскопия.</p> <p>11. Бужирование пищевода под контролем эзофагоскопа.</p>
3.	Хирургия туберкулеза органов дыхания	<p>1. Патоморфоз туберкулёза органов дыхания за последние 10 лет.</p> <p>2. Первичный туберкулёзный комплекс. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов. Осложнённые формы.</p> <p>3. Перспектива видеоэндоскопических операций при первичном туберкулёзе.</p> <p>4. Вторичный туберкулёз. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов у взрослых. Показания к хирургической операции.</p> <p>5. Вторичный туберкулёз. Очаговый туберкулёз лёгких.</p> <p>6. Вторичный туберкулёз. Диссеминированный туберкулёз лёгких. Показания к хирургическому лечению при наличии осложнений и прогрессирования.</p> <p>7. Вторичный туберкулёз. Инфильтративный туберкулёз лёгких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>8. Выбор оперативного вмешательства при лёгочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе и пиотораксе.</p> <p>9. Вторичный туберкулёз. Туберкулёма (казеома) лёгких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>10. Вторичный туберкулёз. Кавернозный туберкулёз лёгких. Показания к хирургическому лечению.</p> <p>11. Вторичный туберкулёз. Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>12. Выбор оптимального хирургического вмешательства (коллапсохирургия, резекция и пульмонэктомия, кавернотомия и кавернопластика, комбинированные операции).</p> <p>13. Вторичный туберкулёз. Цирротический</p>

		<p>туберкулёз лёгких. Определение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>14. Вторичный туберкулёз. Туберкулёз бронхиального дерева. Показания к хирургическому лечению при осложнённом процессе (рубцовом стенозе, бронхоэктазиях, пневмоциррозе).</p> <p>15. Казеозная пневмония. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p>
4.	<p>Хирургия пороков развития, нагноительных и паразитарных заболеваний легких</p>	<p>1. 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). Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>2. 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). Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>3. 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.). Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>4. Острый абсцесс лёгкого. Консервативное лечение абсцессов (антибактериальная, иммунотерапия, инфузионно-трансфузионная, дезинтоксикационная терапия, эндоскопические методы лечения).</p> <p>5. Острый абсцесс лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому</p>

		<p>лечению.</p> <p>6. Хронический абсцесс лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>7. Гангрена лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>8. Острая бактериальная деструкция лёгких (ОБДЛ). Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p>
5.	Хирургия онкологических заболеваний легких и плевры	<p>1. 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.</p> <p>2. Саркома лёгкого. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.</p> <p>3. Метастатические опухоли лёгких. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. Видеоторакоскопические оперативные вмешательства.</p> <p>4. Мезотелиома плевры. Клиника и диагностика заболевания (особенности клиники узловой и диффузной формы). Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p>
6.	Хирургия травматических повреждений грудной клетки	<p>1. Закрытые повреждения рёбер, грудины, лопатки и ключицы. Методика и техника скелетного вытяжения при переломах рёбер, остеосинтеза рёбер, грудины и ключицы. Методика и техника торакотомии, перевязки сосудов грудной стенки, ушивания ран лёгкого.</p> <p>2. Открытые (проникающие) повреждения груди мирного времени. Огнестрельные повреждения.</p> <p>3. Открытые (проникающие) повреждения груди мирного времени. Колото-резаные повреждения.</p> <p>4. Проникающие торакоабдоминальные повреждения. Показания и противопоказания к хирургическому</p>

		<p>лечению, принципы выбора очередности вскрытия плевральной и брюшной полости.</p> <p>5. Инородные тела грудной стенки, плевральной полости, лёгких, средостения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.</p>
7.	<p>Хирургия трахеи и бронхов. Хирургия средостения и диафрагмы</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Пороки развития трахеи и бронхов. Определение понятий (агенезия, дивертикул трахеи и бронха, трахеальный бронх, стеноз трахеи и бронха, трахеобронхомегалия – синдром Мунье – Куна, экспираторный стеноз, бронхопищеводный свищ, бронхогенная киста). 2. Травматические повреждения трахеи. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. 3. Опухоли трахеи. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. 4. 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. 5. Послеоперационные культиты и бронхиальные свищи. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. 6. Загрудинный и внутригрудной зоб. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. 7. Миастения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций. 8. Опухоли и кисты средостения. Этиология и патогенез. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. 9. Хилоторакс. Показания и противопоказания к хирургическому

		<p>лечению.</p> <p>10. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства.</p> <p>11. Релаксация диафрагмы. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>12. Опухоли и кисты диафрагмы. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p>
8.	<p>Хирургия заболеваний органов грудной полости у коморбидных пациентов. Хирургия послеоперационных осложнений</p>	<p>1. Заболевания органов дыхания, осложнённые амилоидозом внутренних органов. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>2. Хирургия заболеваний органов дыхания с сопутствующими эндокринными заболеваниями. Принципы определения последовательности операций на лёгких и щитовидной железе при тиреотоксикозе.</p> <p>3. Заболевания органов дыхания с сопутствующим алкоголизмом, нарко- и токсикоманией, СПИДом, сифилисом и инфекционным гепатитом.</p> <p>4. Послеоперационные осложнения. Торакальные окончатые дефекты, остеомиелит рёбер и грудины, грыжи грудной стенки. Методика и техника операций.</p> <p>5. Остаточная плевральная полость. Определение понятий замедленное расправление лёгкого, остаточная плевральная полость. Методы активного расправления лёгкого.</p> <p>6. Посттравматический и послеоперационный свернувшийся гемоторакс. Методика консервативной терапии, интраплевральной введение протеолитических ферментов. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>7. Послеоперационная острая эмпиема плевры. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.</p> <p>8. Послеоперационные реактивации туберкулёза. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника повторных операций.</p>

		<p>9. Тромбоз и эмболия легочной артерии. Общие принципы реанимации и интенсивной терапии. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника хирургических вмешательств.</p> <p>10. Нарушения вентиляции оперированного лёгкого. Определение понятий ателектаз, стеноз бронха, патологическая дислокация сегментов и долей лёгкого.</p>
9.	Хирургия пищевода	<p>1. Пороки развития пищевода. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника операций.</p> <p>2. Повреждения пищевода. Механизмы травмы. Классификация. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>3. Инородные тела пищевода. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>4. Рефлюкс-эзофагит. Методы консервативного лечения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.</p> <p>5. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Методика и техника операций. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства.</p> <p>6. Рак пищевода. Современные принципы радикальных хирургических вмешательств при раке пищевода. Видеоэндоскопические оперативные вмешательства.</p> <p>7. Рак пищевода. Паллиативные оперативные вмешательства.</p> <p>8. Послеоперационные осложнения операций на пищеводе. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к операции. Методика и техника оперативных вмешательств.</p>

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских/практических занятиях.

8. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении. Оценочные материалы по дисциплине (модуля).

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1.	Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. П.К. Яблонского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.	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
Дополнительная литература		
1.	Эндоскопическая торакальная хирургия : рук-во для врачей / А.М. Шулутоко, А.А. Овчинников, О.О. Ясногородский [и др.]. – М. : Медицина, 2006. - 392 с.	2
2.	Диагностика и лечение ожоговых сужений пищевода и желудка / под ред. М.П. Королева. – М. : МИА, 2009. - 246 с.	2
3.	Давыдов М.И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. – М.: Изд. группа РОНЦ, 2007. – 392 с.	2
4.	Туберкулез: учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей /под ред. В.А. Аксеновой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007	4
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
6.	Левчук И.П. Медицина катастроф: курс лекций: учеб. пособие / И.П. Левчук, Н.В. Третьяков. – М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2011. – 238с.	1
7.	Барачевский Ю.Е. Основы Мобилизационной подготовки здравоохранения : / Ю.Е. Барачевский, С.М. Грошилини. – Архангельск, 2011.- 96с.	1
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
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
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

Перечень ресурсов сети «Интернет»

Таблица 7

№	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
2.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением.-Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Виртуальный читальный зал при библиотеке
5.	БД издательства Springer Nature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (Нацпроект)	Бессрочная подписка, доступ не ограничен
6.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
7.	ЦНМБ имени Сеченова. - URL: https://rucml.ru (поисковая система Яндекс)	Ограниченный доступ
8.	Wiley : офиц. сайт; раздел «Open Access» / John Wiley & Sons. – URL: https://authorservices.wiley.com/open-research/open-access/browse-journals.html (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
9.	Cochrane Library : офиц. сайт ; раздел «Open Access». - URL: https://cochranelibrary.com/about/open-access	Контент открытого доступа
10.	Кокрейн Россия : российское отделение Кокрановского сотрудничества / РМАНПО. – URL: https://russia.cochrane.org/	Контент открытого доступа
11.	Вебмединфо.ру : мед. сайт [открытый информ.-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
12.	Univadis from Medscape : междунаод. мед. портал. - URL: https://www.univadis.com/ [Регулярно обновляемая база уникальных информ. и образоват. мед. ресурсов]. Бесплатная регистрация	Открытый доступ
13.	Med-Edu.ru : медицинский образовательный видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/ . Бесплатная регистрация.	Открытый доступ
14.	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru (поисковая система Яндекс). Бесплатная регистрация	Открытый доступ
15.	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
16.	МЕДВЕСТИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
17.	PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским	Открытый

	исследованиям]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ (поисковая система Яндекс)	доступ
18.	<i>Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках.</i> - URL: https://cyberleninka.org/	Открытый доступ
19.	EBSCO & Open Access : ресурсы открытого доступа. – URL: https://www.ebsco.com/open-access (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
20.	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [профессиональный ресурс для врачей и мед. сообщества, на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
21.	ScienceDirect : офиц. сайт; раздел «Open Access» / Elsevier. - URL: https://www.elsevier.com/open-access/open-access-journals	Контент открытого доступа
22.	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
23.	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
24.	The Lancet : офиц. сайт. – URL: https://www.thelancet.com	Открытый доступ
26.	Медлайн.Ру : медико-биологический информационный портал для специалистов : сетевое электронное научное издание. - URL: http://www.medline.ru	Открытый доступ
27.	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
28.	Meduniver.com Все по медицине : сайт [для студентов-медиков]. - URL: www.meduniver.com	Открытый доступ
29.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Контент открытого доступа
30.	ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
31.	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины (модуля)

Реализация программы дисциплины (модуля) обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Образовательный процесс по дисциплине (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного и семинарского типа, практические

занятия, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на 9 разделов:

Раздел 1. Основы социальной гигиены и организация торакохирургической службы в РФ.

Раздел 2. Методы диагностики в торакальной хирургии. Медицинская экспертиза, профилактика поражений и заболеваний органов грудной клетки, формирование здорового образа жизни.

Раздел 3. Хирургия туберкулеза органов дыхания.

Раздел 4. Хирургия пороков развития, нагноительных и паразитарных заболеваний легких.

Раздел 5. Хирургия онкологических заболеваний легких и плевры.

Раздел 6. Хирургия травматических повреждений грудной клетки.

Раздел 7. Хирургия трахеи и бронхов. Хирургия средостения и диафрагмы.

Раздел 8. Хирургия заболеваний органов грудной полости у коморбидных пациентов. Хирургия послеоперационных осложнений.

Раздел 9. Хирургия пищевода.

Изучение дисциплины (модуля), согласно учебному плану, подразумевает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и основной и дополнительной литературой, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации (дифференцированному зачету/экзамену).

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация обучающихся осуществляются в соответствии с Положением университета по устанавливающей форме проведения промежуточной аттестации, ее периодичности и системы оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья определены в Положении об обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Помещения для реализации программы дисциплины (модуля) представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий

семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующей рабочей программы дисциплины (модуля).

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины (модуля) перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами, позволяющим обучающимся осваивать знания, предусмотренные профессиональной деятельностью, в т. ч. индивидуально.

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

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Кафедра обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Программное обеспечение:

1. Office Standard, лицензия № 66869707 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016).
2. System Center Configuration Manager Client ML, System Center Standard, лицензия № 66085892 (договор №307-А/2015.463532 от 07.12.2015).
3. Windows, лицензия № 66869717 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016)
4. Office Standard, лицензия № 65121548 (договор №96-А/2015.148452 от 08.05.2016);
5. Windows Server - Device CAL, Windows Server – Standard, лицензия № 65553756 (договор № РГМУ1292 от 24.08.2015).

6. Windows, лицензия № 65553761 (договор №РГМУ1292 от 24.08.2015);
7. Windows Server Datacenter - 2 Proc, лицензия № 65952221 (договор №13466/РНД1743/РГМУ1679 от 28.10.2015);
8. Kaspersky Total Security 500-999 Node 1-year Educational Renewal License (договор № 273-А/2023 от 25.07.2023).
9. Предоставление услуг связи (интернета): «Эр-Телеком Холдинг» - договор РГМУ262961 от 06.03.2024; «МТС» - договор РГМУ26493 от 11.03.2024.
10. Система унифицированных коммуникаций CommuniGate Pro, лицензия: Dyn-Cluster, 2 Frontends, Dyn-Cluster, 2 backends , CGatePro Unified 3000 users , Kaspersky AntiSpam 3050-users , Contact Center Agent for All , CGPro Contact Center 5 domains . (Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
11. Система управления базами данных Postgres Pro AC, лицензия: 87A85 3629E CCE6 7BA00 70CDD 282FB 4E8E5 23717(Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
12. Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z (x86-64) 1шт. (договор №РГМУ14929 от 18.05.2020 г.)
13. Экосистема сервисов для бизнес-коммуникаций и совместной работы:
 - «МТС Линк» (Платформа). Дополнительный модуль «Вовлечение и разделение на группы»;
 - «МТС Линк» (Платформа). Конфигурация «Enterprise-150» (договор РГМУ26466 от 05.04.2024г.)
14. Справочная Правовая Система КонсультантПлюс (договор № 24-А/2024 от 11.03.2024г.)
15. Система защиты приложений от несанкционированного доступа Positive Technologies Application Firewall (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)
16. Система мониторинга событий информационной безопасности Positive Technologies MaxPatrol Security Information and Event Management (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

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

Оценочные материалы

По дисциплине: **«Торакальная хирургия»**

Специальность 31.08.65 Торакальная хирургия

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично):

универсальных (УК)/общекультурных (ОК)

Код и наименование универсальной/общекультурной компетенции	Индикатор(ы) достижения универсальной/общекультурной компетенции
УК-1, готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	определяет готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2, готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	определяет готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-2, способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными в части торакальной хирургии
ПК-5, способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) в части торакальной хирургии
ПК-6, способность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Способность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи в части торакальной хирургии
ПК-8, Способность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	Способность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации в части торакальной хирургии
ПК-12, готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
УК-1	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов

	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
УК-2	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-2	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-6	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-8	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-12	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

УК- 1:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основными задачами поликлиники являются все, кроме

1. медицинской помощи больным на дому
2. лечебно-диагностического обслуживания населения
3. организации работ по пропаганде здорового образа жизни
4. профилактической работы
5. экспертизы временной нетрудоспособности

Эталон ответа: 3. организации работ по пропаганде здорового образа жизни

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме

1. анализа интенсивности потока больных по времени
2. нормирования деятельности врачей
3. правильной организации графика приема врачей
4. четкой работы регистратуры
5. дисциплины персонала

Эталон ответа: 2. нормирования деятельности врачей

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия, кроме

1. круглосуточного медицинского наблюдения за больным
 2. квалифицированного диагностического обследования
 3. проведения лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности
 4. обеспечения синтеза лечебных и профилактических мероприятий
- Эталон ответа:* 4. обеспечения синтеза лечебных и профилактических мероприятий

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Структура больничных учреждений РФ включает типы больниц, кроме

1. республиканской, областной больницы
2. больницы восстановительного лечения
3. центральной районной больницы
4. городской многопрофильной больницы
5. сельской участковой больницы

Эталон ответа: 2. больницы восстановительного лечения

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Цели и задачи службы лечебно-профилактической помощи матери и ребенку включают все направления, кроме

1. заботы о здоровье матери и ребенка
2. обеспечения женщинам возможности максимально сочетать материнство с использованием гражданских прав
3. обеспечения условий, необходимых для всестороннего гармоничного развития детей
4. разработки эффективной системы оказания медицинской помощи матери и ребенку
5. социального страхования беременной женщины и женщины-матери

Эталон ответа: 5. социального страхования беременной женщины и женщины-матери

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В объем профилактического медицинского осмотра входит все нижеперечисленное, кроме:

1. анкетирование
2. измерение артериального давления
3. исследование уровня глюкозы в крови
4. флюорография легких
5. маммография

Эталон ответа: 5. маммография

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Диспансеризация проводится ежегодно:

1. у пациентов с 3 группой здоровья
2. в возрасте 40 лет и старше
3. по желанию пациента
4. в любом возрасте старше 18 лет

Эталон ответа: 2. в возрасте 40 лет и старше

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гиперхолестеринемии соответствует:

1. общий холестерин ≥ 5 ммоль/л
2. общий холестерин ≤ 5 ммоль/л
3. общий холестерин ≥ 6 ммоль/л

4. общий холестерин ≥ 8 ммоль/л

Эталон ответа: 1. общий холестерин ≥ 5 ммоль/л

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гарантии работникам на освобождение (от 1 до 2-х дней) от работы при прохождении диспансеризации предоставляются:

1. не предоставляются
2. всем работающим гражданам
3. при достижении пенсионного возраста
4. при наличии инвалидности

Эталон ответа: 2. всем работающим гражданам

Задание 10. Инструкция: Выберите один неправильный ответ.

Для выполнения первого этапа диспансеризации, в течение одного рабочего дня необходимо:

1. выполнять исследования в день обращения
2. заблаговременно информировать граждан о перечне исследований включенных в объём диспансеризации
3. организовать сбор и обработку биоматериала в течение всего времени работы медицинской организации, включая вечерние часы и субботу
4. проводить исследования в рамках диспансеризации не в полном объеме

Эталон ответа: 4. проводить исследования в рамках диспансеризации не в полном объеме

Задание 11. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый

1) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота

2) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

3) пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

4) шумом падающей капли

5) "пустой" илеоцекальной областью

Правильный ответ - 3

Задание 12. Консервативное лечение рефлекс-эзофагита при грыже пищеводного отверстия диафрагмы заключается в

1) приподнятом изголовье постели,

2) приеме антацидных препаратов,

3) похудании, при избыточном весе.

4) укреплении мышц брюшного пресса,

5) приеме церукала

Правильный ответ - 5

Задание 13. Где дренируют плевральную полость при пневмотораксе?

1. I межреберье,

2. II межреберье,

3. III межреберье

4. IV межреберье

Правильный ответ - 2

Задание 14. На рентгенограмме грудной клетки определяется уровень жидкости у угла лопатки. Величина гемоторакса по Куприянову

- 1)малая,
- 2)средняя
- 4)большая,
- 5)тотальная

Правильный ответ - 2

Задание 15. При проведении пробы Эфендиева у больного с наличием жидкости в плевральной полости установлено, что после центрифугирования плеврального содержимого количество жидкой части больше, чем осадка. О чем это говорит

- 1)продолжающееся кровотечение,
- 2)воспалительного процесса нет.
- 3)имеется воспаление,
- 4)жидкость не инфицирована

Правильный ответ - 1

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

1. в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
2. в периодическом (каждые 4-5 часов. зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
3. в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
4. в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
5. в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

Эталон ответа: 5. в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

1. вначале рассечь ущемляющее кольцо
2. вначале рассечь грыжевой мешок
3. можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
4. выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник.
5. сделать лапаротомию

Эталон ответа: 2. вначале рассечь грыжевой мешок

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является:

1. тяжесть состояние больного
2. беременность во второй ее половине
3. флегмона грыжевого мешка
4. недавно перенесенный инфаркт миокарда
5. ни один из перечисленных

Эталон ответа: 5. ни один из перечисленных

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

1. лапаротомию с ревизией органов брюшной полости

2. тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
3. поставить очистительную клизму
4. возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
5. ни одна из рекомендаций не верна

Эталон ответа: 2. тщательное наблюдение за больным в условиях стационара

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает:

1. вправление грыжи
2. назначение анальгетиков и спазмолитиков
3. назначение наркотиков
4. немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
5. проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

Эталон ответа: 4. немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме:

1. лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)
2. травмы поджелудочной железы
3. хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке
4. хирургических вмешательств на органах брюшной полости
5. тиреотоксикоза

Эталон ответа: 5. тиреотоксикоза

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какие препараты не используются для снижения давления в портальной системе:

1. Соматостатин и его аналоги (стиламин, сандостатин, октреотид)
2. Вазопрессин, глипрессин, терлипрессин
3. Венозные вазодилататоры (нитроглицерин, перлинганит, изосорбид5-мононитрат, нанипрусс)
4. Спазмолитики (папаверин, платифиллин, дротоверин, мебеверин)

Эталон ответа: 4. Спазмолитики (папаверин, платифиллин, дротоверин, мебеверин)

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Оптимальное лечение при тяжелом слипчивом перикардите:

1. препараты дигиталиса
2. фенестрация перикарда
3. дренирование перикарда
4. перикардэктомия
5. лечение диуретиками

Эталон ответа: 3. дренирование перикарда

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

1. применять массивные гемостатические средства
2. применять гипотензивные средства
3. вводить малые гемостатические дозы крови
4. ввести зонд Блек - Мора
5. хирургически прошить кровоточащие сосуды

Эталон ответа: 4 , ввести зонд Блек - Мора

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

1. растворения фибрина
2. приостановления роста тромба
3. увеличения количества сгустков
4. изменения внутренней оболочки сосудов
5. снижения активности ДНК

Эталон ответа: 2. приостановления роста тромба

Задания открытого типа:

Задание 1.

В системе оценки риска для здоровья населения используются данные о _____ концентрациях загрязняющих веществ.

Эталон ответа: среднегодовых.

Задание 2.

В основе принципа профилактики и борьбы с инфекционными хирургическими болезнями лежат прямые, косвенные и _____ методы уничтожения или подавления жизнедеятельности патогенных для человека микроорганизмов

Эталон ответа: комплексные

Задание 3.

Несмотря на широкое внедрение в хирургию современных инструментальных и лабораторных методов, основу диагностики до сих пор составляют все же классические клинические способы обследования пациента – _____

Эталон ответа: опрос, осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация.

Задание 4.

Обследование больного - сложный творческий процесс, цель которого заключается в постановке основного _____, а также в выяснении особенностей состояния всех органов и систем пациента.

Эталон ответа: диагноза.

Задание 5.

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв – 100 г/л.

Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?

Эталон ответа: Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.

Задание 6.

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить, для оценки степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки»?

Эталон ответа: Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

Задание 7.

Диагностическими критериями рожи в типичных случаях являются?

Эталон ответа: 1. острое начало болезни с выраженными симптомами интоксикации, повышением температуры тела до 38-39°C и выше; 2. преимущественная локализация местного воспалительного процесса на нижних конечностях и лице; 3. развитие типичных местных проявлений с характерной эритемой, возможным местным геморрагическим синдромом; 4. развитие регионарного лимфаденита; отсутствие выраженных болей в очаге воспаления в покое.

Задание 8.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 2 суток от начала заболевания с жалобами: на острые постоянные боли во всех отделах живота, вздутие живота, задержку стула и неотхождение газов, многократную рвоту, на наличие выпячивания в правой паховой области остро болезненное, на подъем t тела до 38° С.

Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки сопровождающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД -] 10/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется симптом Валля.

Локально:

В правой паховой области определяется плотное эластичное образование до 15см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна. При пальпации образование резко болезненное, симптом кашлевого толчка отсутствует.

Поставлен предварительный диагноз: Ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. ОКН?

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости на определение уровней (чаши Клойбера) УЗИ брюшной полости для определение свободной жидкости.

Задание 9.

Больной Ф., 34 лет поступил в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза известно, что в течение года больного беспокоят

ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовался, за медицинской помощью не обращался, лечился в домашних условиях.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется.

Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9$ /л) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: острый обтурационный холецистит. Необходимые лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар, ПТИ, билирубин, электролиты, группа крови и Rh-фактор, ЭКГ, ФЛГ. Из дополнительных методов исследования наиболее информативный и доступный - УЗИ

Задание 10.

Пациент 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Из дополнительных методов исследования показаны рентгеноскопия желудка и ФГДС. Диагностическая лапароскопия.

Задание 11.

В приемное отделение хирургического стационара поступил больной 48 лет. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в правое надплечье. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии (кинжальная боль), была однократная рвота. Боли распространились по правому латеральному каналу.

Из анамнеза установлено, что 10 лет назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита. Дважды перенес пневмонию. Год назад стали беспокоить боли в эпигастрии, обращался к терапевту. При ФГДС была обнаружена язва тела желудка. После консервативного лечения язва зарубцевалась.

Объективно при осмотре кожный покров бледен. Принимает вынужденное положение, сидит поджав ноги к животу. Пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/60 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот втянут симметричный, в акте дыхания не участвует. Определяется мышечный дефанс и болезненность во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость сглажена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании резкая

болезненность и нависание в области передней стенки прямой кишки. Ан. крови: Эритроциты $4,6 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $15,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/ч. Диастаза мочи 64 ЕД.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Язвенная болезнь желудка осложненной прикрытой перфорацией. Последовательность диагностических мероприятий: обзорная рентгенография брюшной полости, ФГДС, повторная обзорная рентгенография брюшной полости, лапароскопия.

Задание 12.

Больной В. 67 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, не отхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток. Заболевание развивалось постепенно, больной страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму -жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца. Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.

Задание 13.

Первый этап в проведении ежегодной диспансеризации — _____ контингентов населения.

Эталон ответа: профилактические медицинские осмотры.

Задание 14.

_____ — медицинский осмотр лиц, поступающих на работу, с целью выявления заболеваний, которые могли явиться противопоказаниями для работы в данном учреждении (предприятии) или по данной профессии.

Эталон ответа: предварительный медицинский осмотр.

Задание 15.

_____ — медицинский осмотр всего населения по группам диспансерного наблюдения, проводимый по плану в установленные сроки и при текущей обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Эталон ответа: периодический медицинский осмотр.

Задание 16.

Основными формами профилактических медицинских осмотров являются _____.

Эталон ответа: индивидуальные и массовые.

Задание 17.

Первый этап в проведении ежегодной диспансеризации — _____.

Эталон ответа: профилактические медицинские осмотры контингентов населения.

Задание 18.

Комплексные медицинские осмотры бывают _____.

Эталон ответа: одно-двух- и трехэтапные.

Задание 19.

_____ — лица, не предъявляющие жалоб, не имеющие хронических заболеваний в анамнезе, у которых при медицинском обследовании не обнаружено изменений со стороны отдельных органов и систем, результаты лабораторно-диагностических исследований без отклонений от нормы.

Эталон ответа: здоровые.

Задание 20.

_____ — лица, имеющие в анамнезе хроническое заболевание, которое не приводит к нарушению функций организма и не влияет на трудоспособность и социальную активность; в группе практически здоровых выделяются лица с факторами риска в отношении сердечно-сосудистых, онкологических, неспецифических заболеваний легких, эндокринных и др.

Эталон ответа: практически здоровые.

Задание 21.

больные с _____ подразделяются в зависимости от стадии компенсации процесса: полная компенсация, субкомпенсация, декомпенсация.

Эталон ответа: хроническими заболеваниями.

Задание 22.

Установленные группы наблюдения отмечаются в медицинской карте амбулаторного больного и выносятся на _____.

Эталон ответа: титульный лист карты.

Задание 23.

Динамическое наблюдение в I группе (здоровые) осуществляется в форме ежегодных профилактических медицинских осмотров. Для этой группы диспансерного наблюдения составляется общий план лечебно-оздоровительных, профилактических и социальных мероприятий, который включает мероприятия по улучшению условий труда и быта, по борьбе за здоровый образ жизни, пропаганду санитарных знаний.

Эталон ответа: I.

Задание 24.

Динамическое наблюдение во II группе имеет своей целью устранение или уменьшение влияния факторов риска, повышение резистентности и компенсаторных возможностей организма. Эта группа осматривается с использованием общепринятого минимума исследований, а также дополнительных обследований, связанных с характером риска.

Эталон ответа: II.

Задание 25.

Шок, определение:

Эталон ответа: критическое состояние, которое характеризуется резким снижением перфузии органов, гипоксией и нарушением метаболизма

Задание 26.

Иммунодефицитные состояния, виды

Эталон ответа: Состояние, при котором иммунная система в силу разных причин дает сбой, и эти нарушения иммунной защиты имеют долгосрочный патологический характер. Иммунодефициты подразделяют на: первичные (наследственные, на генетическом уровне); вторичные (приобретенные в течение жизни).

Задание 27.

Основные возбудители хирургических инфекций;

Эталон ответа: анаэробная (например, клостридии);

аэробная (стафилококки, стрептококки)

гнилостная (протей, кишечная палочка)

специфическая (столбняк, ботулизм, бруцеллез, актиномикоз)

Задание 28.

Патогенез хирургических инфекций

Эталон ответа: Нарушение целостности тканей; проникновение возбудителя в ткани; экссудативная фаза; инфильтративная фаза; иммунологическая фаза; пролиферативной (репаративной) фаза

Задание 29.

Методы диагностики опухолей толстой кишки

Эталон ответа: Колоноскопия с биопсией; Ирригоскопия (введение контрастного вещества с помощью клизмы и рентгеновский снимок живота с контрастированным кишечником); Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография брюшной полости; УЗИ органов брюшной полости, малого таза; Анализ крови на онкомаркеры; Диагностическая лапароскопия/лапаротомия (операции, позволяющие увидеть нюансы онкопроцесса, недоступные для других диагностических методик)

Задание 30.

Язвенная болезнь желудка и ДПК. Показания к хирургическому лечению

Эталон ответа: осложненная язва (кровотечение и сужение привратника); образование сквозного отверстия в стенке желудка, попадание его содержимого в брюшную полость; подозрение на злокачественный характер язвы; изъязвления более 3 см в диаметре, не поддающиеся консервативной терапии; рецидивы после ушивания прободной язвы.

Задание 31.

Осложнения, связанные с инородными телами пищевода.

Эталон ответа: Основными осложнениями застревания инородного тела в пищеводе являются: Непроходимость; Перфорация

Задание 32.

Острый аппендицит: классификация

Эталон ответа: Неосложненные формы: Катаральный аппендицит; Флегмонозный аппендицит; Гангренозный аппендицит; Перфоративный аппендицит; Эмпиема червеобразного отростка.

Осложненные формы: Аппендикулярный инфильтрат; Разлитой перитонит; Абсцессы брюшной полости: тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный, правой подвздошной ямки; Забрюшинная флегмона; Пилефлебит (септический тромбофлебит брыжеечных вен)

Задание 33.

Классификация неопухолевой острой кишечной непроходимости

Эталон ответа: А. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая.

2. Механическая непроходимость: а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление; б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

В. По уровню препятствия:

1. Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая.

2. Толстокишечная непроходимость.

Задание 34.

Общие принципы операций при ущемленных грыжах

Эталон ответа: устранение грыжевого выпячивания, ревизия содержимого грыжевого мешка с дальнейшим решением об окончательном объеме оперативного вмешательства.

Задание 35.

Открытая травма живота методы хирургического лечения.

Эталон ответа: Оперативное лечение при повреждении паренхиматозных органов заключается в ушивании разрывов, резекции или полном удалении органа (спленэктомия). При повреждениях полых органов производят ушивание стенки или резекции части органа. Во всех случаях операции заканчивают тщательной санацией и дренированием брюшной полости.

Задание 36.

Перитонит. Хирургическое лечение.

Эталон ответа: Основными этапами оперативного вмешательства являются: устранение источника перитонита; интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости; дренирование кишечника, который при распространенных формах перитонита находится в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома динамической кишечной недостаточности; выбор варианта завершения первичной операции и определение дальнейшей тактики ведения больного.

Задание 37.

При осмотре больного через 2 недели после ранения мягких тканей тонким колющим предметом по внутренней поверхности здорового бедра хирург обнаружил припухлость в области ранения, легкую пульсацию тканей и систолическое дрожание.

О каком заболевании следует думать?

Эталон ответа: о пульсирующей гематоме вследствие повреждения артерии

Задание 38.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 2 суток от начала заболевания с жалобами: на острые постоянные боли во всех отделах живота, вздутие живота, задержку стула и неотхождение газов, многократную рвоту, на наличие выпячивания в правой паховой области остро болезненное, на подъем t тела до 38° С.

Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки сопровождающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется симптом Валля.

Локально:

В правой паховой области определяется плотное эластичное образование до 15 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна. При пальпации образование резко болезненное, симптом кашлевого толчка отсутствует.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании: данных анамнеза заболевания, жалоб больного (появление острой боли и выпячивание в правой паховой области после физической нагрузки, учитывая продолжительность заболевания в течение 3-х суток, выраженный отек и гиперемии тканей в области грыжевого выпячивания, повышение температуры до 38 градусов, выраженный болевой синдром, поставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. Диагноз ОКН определяется по наличию: резкое вздутие живота, многократная рвота, задержка отхождения стула и газов в течении 2-х суток. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости на определение уровней (чаши Клейбера) УЗИ брюшной полости для определения свободной жидкости. План лечения: 1) Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, определение жизнеспособности ущемленных органов, рассечение ущемляющего кольца, резекция нежизнеспособных органов (при необходимости), пластика грыжевых ворот.

Задание 39.

Больной С, 45 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледные, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются слабоположительные перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: эритроциты - 3,9 x 10¹²/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 15,5 x 10⁹/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево,

Из анамнеза известно, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастриальной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб на боли внизу живота, тошноту, рвоту, и данных анамнеза на возникновение боли в эпигастрии с дальнейшим ее смещением в правую подвздошную область (симптом Кохера), с определением слабоположительных перитонеальных знаков в нижних отделах живота, данных лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить предварительный диагноз: Острый деструктивный аппендицит. Местный перитонит. Дополнительные обследования: УЗИ на свободную жидкость, лапароскопия. План лечения: Экстренная операция: Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задание 40.

Больной Ф., 34 лет поступил в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза известно, что в течение года больного беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовался, за медицинской помощью не обращался, лечился в домашних условиях.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется.

Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз (11,8 x 10 /л) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании: жалоб на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью, данных анамнеза и объективных методов исследования: что в течение года больного беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, объективных данных: живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера и Мерфи, лабораторных и инструментальных методов исследования: Острый обтурационный холецистит. Дополнительные обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар, ПТИ, билирубин, электролиты, группа крови и Rh -фактор, ЭКГ, ФЛГ. Из дополнительных методов исследования наиболее информативный и доступный – УЗИ План лечения. Экстренная операция - Лапароскопическая холецистэктомия.

Задание 41.

Пациент 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течение последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб, данных анамнеза и объективных данных: на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту съеденной пищей, в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Дополнительные обследования: рентгеноскопия желудка и ФГДС. Диагностическая лапароскопия. План лечения: После предоперационной подготовки, операция: Лапаротомия. Резекция желудка при тяжелом состоянии гастроеюностомия.

Задание 42.

Больной А., 64 лет поступил в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

Болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре

появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращался. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительный. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабоположительный.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Данных анамнеза: болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. Объективных данных: язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабоположительный. Диагноз: Желчнокаменная болезнь. Холедохолелит. Гнойный холангит. Дополнительные обследования: УЗИ. План лечения: Оперативное лечение: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. при неэффективности - холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха.

Задание 43.

Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие болезненного грыжевого выпячивания в правой паховой области. Боли появились 1 час назад после физической нагрузки. С течением времени болевой синдром усиливался, в связи с чем обратился. Общее состояние больного без особенностей. От момента заболевания прошло не более 2-х часов.

В правой паховой области Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

Предварительный диагноз? План лечения?

Эталон ответа: Предварительный диагноз: Ущемлённая, правосторонняя паховая грыжа. План лечения: Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, пластика грыжевых ворот.

Задание 44.

Мужчина 45 лет, болен в течение суток, когда появились боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, чувство дискомфорта при мочеиспускании, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области определяется резкая болезненность. Лейкоцитоз - 12 тыс.

Предварительный диагноз? Дополнительные методы обследования? План лечения?

Эталон ответа: Предварительный диагноз: Острый аппендицит, тазовое расположение. Дополнительные обследования: ОАК, ОАМБ, УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости. План лечения: Лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости или аппендэктомия по Волковичу- Дьяконову.

Задание 45.

Молодой человек 32 года, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние

две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв - 100 г/л.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании жалоб, данных анамнеза: считает себя больным когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля, рвота кофейной гущей, стул черного цвета, холодный липкий пот. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Дополнительные методы: Определение группы ретикулинов и резус-фактора. Промывание желудка. Выполнение ФГДС. План лечения: Ушивания. Пилоропластика по Феню, Жабуну, Гейнеке-Микуличу.

Задание 46.

Больной 52 лет, поступил в приемное отделение со схваткообразными болями в животе, отсутствие отхождения стула и газов в течение 2-х суток, многократную рвоту. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании жалоб: на схваткообразные боли в животе, отсутствие отхождения стула и газов в течение 2-х суток, многократную рвоту. Данные анамнеза: Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективных данных: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов. Можно поставить диагноз: Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость. Дополнительные обследования: УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия. План лечения: Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

Задание 47.

Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей,

затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия. Болей в животе нет. Приступы более выражены при приёме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Какая патология описана в данном случае и почему?

Эталон ответа: Демпинг-синдром. Установлен на основании анамнеза: после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия.

Задание 48.

Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-X ребер слева по паравerteбральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди. План лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Широкая торакотомия, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к грудины

Задание 49.

Какой витамин помогает снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны?

Эталон ответа: витамин А.

Задание 50.

С переливания чего начинают лечение острой кровопотери на начальных этапах?

Эталон ответа: коллоидных и кристаллоидных растворов.

Задание 51.

Какой антибиотик в большей степени оказывает гепатотоксическое действие?

Эталон ответа: тетрациклин.

Задание 52

Больному Н., 43 года, для лечения остеохондроза назначен индометацин ректально, в анамнезе – язвенная болезнь 12-перстной кишки. Возможно ли обострение сопутствующего заболевания?

Эталон ответа: обострение возможно. Индометацин уменьшает синтез простагландинов с гастропротективным действием (ПГЕ1), независимо от пути его введения.

Задание 53

Больному Л., 34 года, для лечения язвенной болезни 12-перстной кишки назначен гастропротектор. Через несколько дней приема больной обратился к лечащему врачу с жалобой на потемнение стула. Определите препарат?

Эталон ответа: Де-Нол (окрашивает стул в темный цвет).

Задание 54.

Какие биологические препараты местного действия, используемые для окончательного гемостаза при капиллярном кровотечении?

Эталон ответа: тромбин, гемостатическая губка, биологический антисептический тампон.

Задание 55.

Какой препарат используют для консервативного лечения рефлекс-эзофагита при грыже пищеводного отверстия диафрагмы?

Эталон ответа: Церукал (метоклопрамид).

Задание 56.

Какой из антибиотиков дает наибольшую концентрацию в бронхиальном секрете?

Эталон ответа: Эритромицин.

Задание 57.

Как следует применять антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса?

Эталон ответа: Местно в рану.

Задание 58.

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно-фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно-кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно-гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

Диагноз? План лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость. Тактика лечения: Прозерин, 10% - 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО.

Задание 59.

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38 °С. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя.

Объективно: В области ануса на 5 - 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

Диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Острый парапроктит (подкожный). Тактика лечения: В инфильтративную фазу - антибиотики, горячие микроклизмы, ректальная диатермия, свечи с анестезином. В фазу абсцедирования - вскрытие парапроктита.

Задание 60.

Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди,

переднебоковой поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса.

Обстоятельства травмы: при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась. В машине «Скорой помощи» в/в введено 1 мл 2 % раствора омнопона, наложены контурные повязки. Вы - дежурный врач ЦРБ.

При осмотре: больной в сознании, возбужден, эйфоричен. неповрежденные покровы бледно-серые. Выраженный озноб. Пульс 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 36,2 С, ЧДД 30 в минуту. Мочи нет, в том числе по катетеру. Лицо - на щеках копоть, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки спущенного эпителия, морщины - белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемии-ван, во рту и в носовых ходах - следы копоты. В области передней поверхности груди и живота справа определяется гиперемия с большими эпидермальными пузырями с прозрачным и геморрагическим содержимым, частично вскрывшимися и занимающими 1/4 указанных зон. На правом предплечье струп по всей окружности — плотный буро-коричневый струн с просвечивающими кожными сосудами, кисть - выраженный отек, ткани синюшно-бледные, по тылу кисти - единичный большой пузырь с геморрагическим содержимым. Правое плечо - коричневый струп и несколько больших пузырей с кровянистым содержимым - в нижней трети, в средней и верхней - десквамированный эпидермис, эрозивно кровоточащая поверхность - поражена передняя и наружная поверхность. На правом бедре по передненаружной поверхности имеется плотный коричневый струп от верхней до нижней трети поверхности с просвечивающими сосудами, остальная поверхность - чередование слуханного эпидермиса и больших пузырей с геморрагическим и студенистым содержимым. Вся правая голень покрыта плотным циркулярным струпом с коагулированными сосудами. Стопа резко отечна, синюшна, пульсация на артериях стопы не определяется. По тылу стопы - небольшой эпидермальный пузырь с прозрачным содержимым. Ожоговая поверхность на голени, предплечья. передненаружной поверхности бедра справа безболезненны.

Общий анализ крови: эр. - 6.2×10^9 ; Ив-220 г/л; ц. п. - 1,2; л. - $12,2 \times 10^9$; СОЭ-25 мм/час..

Диагноз? Медикаментозное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Термический ожог пламенем лица, правой руки, переднебоковой поверхности груди, живота, правой ноги I - II - III А- Б степени общей площадью 48 % (III Б - 25 %). Ожог верхних дыхательных путей (термо-ингаляционная травма). Тяжелый ожоговый шок (II степени). Медикаментозное лечение: Местно I, II-мазь III-фурациллин. Инфузионная терапия: 1 день Объем инфузии (3 мл/кг) x процент ожога 2/3 ввести в первые 12 часов, 1/3 в остальное время. 2 день Объем уменьшить на 1/3. 3 день Объем уменьшить на 1/3. Соотношение кристаллоиды/коллоиды=3/1. А так же фуросемид, плазма, антибиотики. Ингаляции с протарголом, эуфиллином

Задание 61.

Перечислите функциональные подразделения этапа медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Приемно-сортировочное отделение; площадка специальной обработки; перевязочное и операционно-перевязочное отделения; процедурная; противошоковая палата и ПИТ; госпитальное отделение, эвакуационное отделение; изолятор.

Задание 62.

Дайте определение пути медицинской эвакуации и эвакуационному направлению.

Эталон ответа: Путь медицинской эвакуации – это маршрут, по которому осуществляется вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага поражения до этапов медицинской эвакуации. Эвакуационным направлением называется совокупность

путей эвакуации, развернутых на них этапов медицинской эвакуации и действующих эвакуационно-транспортных средств.

Задание 63.

Перечислите общие требования к медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Медицинская эвакуация должна осуществляться на основе медицинской сортировки и в соответствии с эвакуационным заключением;

медицинская эвакуация должна быть кратковременной, обеспечивающей скорейшую доставку пораженных в ЛПУ по назначению; медицинская эвакуация должна быть максимально щадящей.

Задание 64.

Дайте определение нетранспортабельности пораженных в ЧС.

Эталон ответа: Нетранспортабельность – это состояние пораженного, обусловленное воздействием поражающих факторов ЧС и/или перенесенным медицинским вмешательством, не позволяющее провести эвакуацию в связи с возможностью возникновения тяжелых осложнений (вплоть до летального исхода), вызванных условиями транспортировки.

Задание 65.

Назовите сроки нетранспортабельности после оперативных вмешательств по поводу повреждений конечностей, грудной клетки, головы.

Эталон ответа: Пораженные с ранениями и переломами конечностей могут быть эвакуированы на 2-3 сутки после операции; пораженные с ранениями и повреждениями грудной клетки могут быть эвакуированы на 2-4 сутки после операции; пораженные с ранениями и повреждениями головы – через 21-28 суток после операции.

Задание 66.

Перечислите виды медицинской эвакуации.

Эталон ответа: «На себя» - вышестоящий этап эвакуации высылает санитарный транспорт к подчиненному;

«от себя» - эвакуация своим транспортом на вышестоящий этап;

«по назначению» - направление пораженных непосредственно в специализированные профильные ЛПУ;

«по направлению» - пораженные следуют общим потоком через все этапы эвакуации.

Задание 67.

Перечислите основные противопоказания к эвакуации пораженных в ЧС авиационным транспортом.

Эталон ответа: Продолжающееся внутреннее или наружное кровотечение;

невосполненная тяжелая кровопотеря; выраженные нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, требующие интенсивной терапии; шок второй и третьей степени; недренированный закрытый или клапанный пневмоторакс.

выраженный парез кишечника после лапаротомии; септический шок; жировая эмболия.

Задание 68.

Дайте определение эпидемии.

Эталон ответа: Эпидемия – это массовое и прогрессирующее распространение инфекционного заболевания в пределах определенной территории, значительно превышающее обычно регистрируемый уровень заболеваемости на данной территории за аналогичный период.

Задание 69.

Дайте определение санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в ЧС.

Эталон ответа: Комплекс мероприятий, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и личного состава, участвующего в ликвидации последствий ЧС, путем медицинского контроля состояния их здоровья, санитарного надзора за условиями размещения, питанием, водоснабжением, санитарным состоянием территории, удалением нечистот, захоронением трупов погибших людей и животных; оценки санитарно-гигиенического состояния зоны ЧС; прогнозирования влияния неблагоприятных факторов на состояние здоровья населения и личного состава, участвующего в ликвидации ЧС.

Задание 70.

Перечислите основные противоэпидемические мероприятия в зоне ЧС.

Эталон ответа: Санитарно-эпидемиологическая разведка предполагаемых районов рассредоточения и размещения эвакуируемых жителей; эпидемиологическое наблюдение, включающее изучение санитарноэпидемиологического состояния населенных пунктов; своевременное выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация; учет и санация носителей возбудителей болезней и лиц, страдающих хроническими формами инфекционных болезней; профилактика инфекционных заболеваний путем применения вакцин, сывороток, антибиотиков и различных химических препаратов; борьба с переносчиками трансмиссивных заболеваний и грызунами.

Задание 71.

Дайте определение карантина.

Эталон ответа: Карантин - система временных организационных, режимно-ограничительных, административно-хозяйственных, правовых, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания за пределы эпидемического очага, обеспечение локализации эпидемического очага и последующую его ликвидацию.

Задание 72.

Дайте определение обсервации.

Эталон ответа: Обсервация – режимно-ограничительные мероприятия, предусматривающие, наряду с усилением медицинского и ветеринарного наблюдения и проведением противоэпидемических, лечебно-профилактических и ветеринарно-санитарных мероприятий, ограничение перемещения и передвижения людей или сельскохозяйственных животных во всех сопредельных с зоной карантина административно-территориальных образованиях, которые создают зону обсервации

Задание 73.

Перечислите особенности эпидемических очагов в районах ЧС.

Эталон ответа: Массовое заражение людей и формирование множественных очагов; длительное существование очагов; сокращение инкубационного периода; снижение резистентности организма пострадавших; наличие большой инфицирующей дозы возбудителей; отсутствие защиты населения и пораженных в связи с несвоевременной изоляцией инфекционных больных; наличие различных клинических форм инфекционных болезней и несвоевременность диагностики.

Задание 74.

Перечислите направления санитарно-эпидемиологического обеспечения населения в ЧС.

Эталон ответа: В процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС санитарно-эпидемиологическое обеспечение населения проводят по трем направлениям: санитарно-гигиенические мероприятия; противоэпидемические мероприятия; контроль окружающей среды.

Задание 75.

Перечислите цели санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при ЧС.

Эталон ответа: Сохранение и укрепления здоровья населения, профилактика заболеваний;

предупреждение возникновения инфекционных заболеваний среди населения;
быстрейшая ликвидация инфекционных заболеваний в случае их появления.

УК- 2:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основанием допуска к медицинской (фармацевтической) деятельности являются документы, кроме:

1. диплом об окончании высшего или среднего (фармацевтического) заведения
2. сертификат
3. лицензия
4. свидетельство об окончании курсов повышения квалификации

Эталон ответа: 4. свидетельство об окончании курсов повышения квалификации

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите, какая из перечисленных ниже характеристик медицинской этики правильная

1. это специфическое проявление общей этики в деятельности врача
2. это наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников
3. это наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств
4. верно все перечисленное

Эталон ответа: 4. верно все перечисленное

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Соблюдение врачебной тайны необходимо

1. для защиты внутреннего мира человека, его автономии
2. для охраны от манипуляций со стороны внешних сил
3. для защиты социальных и экономических интересов личности
4. для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений "врач-пациент"
5. для поддержания престижа медицинской профессии
6. все перечисленное верно

Эталон ответа: 6. все перечисленное верно

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Статистическими измерителями общественного здоровья населения являются все перечисленные, кроме

1. демографических показателей
 2. заболеваемости
 3. инвалидности
 4. физического развития
 5. трудовой активности
- Эталон ответа:* 5. трудовой активности

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Уровнем достоверности в медицинских статистических исследованиях является вероятность изучаемого признака, равная

1. 50%
2. 75%
3. 90%
4. 95%
5. 100%

Эталон ответа: 4. 95%

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

За организацию проведения диспансеризации в медицинской организации отвечают:

1. врачи-терапевты участковые
2. врачи-хирурги
3. врачи-эндокринологи
4. медицинские работники отделений медицинской профилактики и руководители медицинской организации

Эталон ответа: 4. медицинские работники отделений медицинской профилактики и руководители медицинской организации

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Информация о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию должна быть размещена:

1. на досках объявлений региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения
2. на своих официальных сайтах в сети «Интернет» региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения
3. в региональных печатных СМИ
4. в медицинских организациях

Эталон ответа: 2. на своих официальных сайтах в сети «Интернет» региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Исследования в рамках второго этапа диспансеризации выполняются:

1. всем пациентам старше 65 лет
2. при наличии необходимого оборудования
3. по желанию пациента
4. при наличии показаний

Эталон ответа: 4. при наличии показаний

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К низкой физической активности относится:

1. < 60 минут активной ходьбы и 20 минут силовых упражнений в неделю
2. < 45 минут активной ходьбы в день
3. < 30 минут активной ходьбы в день

4. < 60 минут активной ходьбы в неделю

Эталон ответа: 3. < 30 минут активной ходьбы в день

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К 2024 году целевой показатель охвата всего населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией должен составить:

1. 70%
2. 100%
3. 50%
4. 90%

Эталон ответа: 1. 70%

Задание 11. Какой признак характерен для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

- 1)боль в эпигастрии, отдающая в спину и надплечья.
- 2)усиление боли лежа,
- 3)веретенообразное сужение пищевода при рентгенографии,
- 4)неустойчивый или жидкий стул

Правильный ответ - 2

Задание 12. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является

- 1)недостаточность кардиального сфинктера
- 2)алкоголизм
- 3)грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4)язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки
- 5)употребление горячей пищи

Правильный ответ - 1

Задание 13. Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место

- 1)на всем протяжении пищевода
- 2)в области глотки
- 3)в области кардии
- 4)в местах физиологических сужений
- 5)в абдоминальном отрезке пищевода

Правильный ответ - 4

Задание 14. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по парастеральной линии на уровне III-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Необходимо предположить

- 1)ранение легкого
- 2)торако-абдоминальное ранение
- 3)ранение сердца
- 4)ранение крупных сосудов средостения
- 5)имеет место плевро-пульмональный шок

Правильный ответ - 3

Задание 15. Ожоговый шок (у лиц средней возрастной группы) развивается при глубоких ожогах площадью

- 1)5% поверхности тела

- 2)10% поверхности тела
 - 3)15% поверхности тела
 - 4)более 20% поверхности тела
 - 5)более 30% поверхности тела
- Правильный ответ - 3

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

1. Бассини и Постемского
2. Мартынова
3. Жирара - Спасокукоцкого
4. Лихтенштейна
5. Ру

Эталон ответа: 4. Лихтенштейна

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:

1. 5-10 см
2. 15-20 см
3. 25-30 см
4. 35-40 см
5. 45-50 см

Эталон ответа: 2. 15-20 см

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции:

1. по Мейо
2. по Лекснеру
3. по Сапежко
4. по Кину
5. по Терье - Черни

Эталон ответа: 2. по Лекснеру

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток.

Больному следует:

1. произвести холецистэктомию
2. произвести холецистэктомию, затем холангиографию
3. сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
4. наложить холецистостому
5. произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

Эталон ответа: 2. произвести холецистэктомию, затем холангиографию

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным показанием для наложения portoкавального анастомоза является:

1. цирроз печени
2. асцит
3. кровотечение из вен пищевода

4. портальная энцефалопатия

5. рецидивирующая желтуха

Эталон ответа: 3. кровотечение из вен пищевода

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является

1. рассыпной тип поражения

2. мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы

3. рецидив после оперативного лечения

4. непроходимость глубоких вен

5. острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

Эталон ответа: 4. непроходимость глубоких вен

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Антикоагулянты применяют:

1. при начинающейся гангрене

2. при тромбофлебите

3. при лимфангите

4. при эндартериите

5. при облитерирующем атеросклерозе

Эталон ответа: 2. при тромбофлебите

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Фибринолитическую активность крови при кровотечениях проявляют:

1. тромбин

2. трасилол

3. аминокaproновая кислота

4. викасол

5. контрикал

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. 1,2,3

2. 2,3,5

3. 2,3,4

4. 3,4,5

5. все верно

Эталон ответа: 2. 2,3,5

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В состав гемостатической губки входит:

1. тромбопластин

2. аскорбиновая кислота

3. викасол

4. гемодез

5. фибрин

Эталон ответа: 5. фибрин

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится:

1. к закрытию раны спиртовой повязкой

2. к наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В. Вишневского

3. к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки

4. возможно все перечисленное

5. ничего из перечисленного

Эталон ответа: 3. к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки

Задания открытого типа:

Задание 1.

Профилактика НПВП-индуцированных гастродуоденальных язв, заключается в

Эталон ответа: назначение НПВП одновременно с гастропротекторами; контроль за терапией на 7, 14-й дни – определение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспаргатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы, γ -глутамилтранспептидазы, анализ кала на скрытую кровь); ЭГДС в случае появления симптоматики, положительной пробы на скрытую кровь; отмена НПВП при повышении АЛТ, АСТ, общего билирубина.

Задание 2.

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. Патогенез.

Эталон ответа: Варикоз вен пищевода развивается из-за повышенного давления в этих венах. Чаще всего такое давление возникает при портальной гипертензии, также его может вызвать обструкция (закупорка) верхней полой вены.

Задание 3.

Причины развития кишечной непроходимости:

Эталон ответа: спаечный процесс в брюшной полости; доброкачественные и злокачественные опухоли толстого кишечника, приводящие к обтурационной непроходимости; индивидуальные особенности строения кишечника — долихосигма (удлинённая сигмовидная кишка), подвижная слепая кишка, дополнительные карманы и складки в брюшной полости; грыжи передней брюшной полости; сдавление кишечной трубки опухолью из соседних органов; сужение просвета кишечника в результате перифокальной опухолевой или воспалительной инфильтрации.

Задание 4.

Патогенез острой кишечной непроходимости.

Эталон ответа : Патофизиологические изменения при кишечной непроходимости представляют собой динамический процесс, начинающийся с момента прекращения пассажа содержимого по кишечнику, сопровождающийся выраженным расстройством микроциркуляции в стенке кишки, глубоким нарушением ее функции, дисбактериозом, эндогенной интоксикацией, нарушением всех видов обмена веществ, функционального состояния систем организма и заканчивающийся перитонитом с полиорганной недостаточностью.

Задание 5.

К профилактическим мерам, предупреждения развития холецистита, относят:

Эталон ответа : регулярная физическая активность;

дробное питание (частый прием пищи небольшими порциями);

исключение или минимальное употребление жирных, жареных, копченых и рафинированных продуктов;
отказ от курения и употребления алкоголя.

Задание 6.

Для определения вида и степени тяжести холецистита проводятся следующие обследования:

Эталон ответа: УЗИ желчного пузыря. Фракционное дуоденальное зондирование. Холецистохолангиография. **Лабораторное исследование крови.** (В острый период в ОАК выявляется нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ. В биохимическом анализе крови отмечается повышение уровня АЛТ, АСТ, холестеринемия, билирубинемия.)

Задание 7.

Оказание первой помощи при термических поражениях:

Эталон ответа: Как можно быстрее прекратить контакт с тепловым воздействием или потушить горящую одежду водой, одеялом.

Охладить место термического ожога холодной водой, льдом, снегом, охлаждающими пакетами.

Одежду с обожжённой части тела разрезают и снимают. Прилипшую одежду не отрывают.

Задание 8.

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость. УЗИ (состояние кишечных петель, жидкость в брюшной полости), контроль пассажа бария.

Задание 9.

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38°С. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя.

Объективно: В области ануса на 5 - 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Острый парапроктит (подкожный). ОАК, ОАМ, пункционная биопсия.

Задание 10.

Больной 30 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер. Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Острый аппендицит. Осложнения: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат (периаппендикулярный абсцесс). Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. копрограмма, эластаза . УЗИ, КТ.

Задание 11.

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли..

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?

Эталон ответа: Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти. *Правило пяти О:* обстановка, обезболивание, обескровливание, отток (операция), обездвиживание.

Задание 12.

Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул.

Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Нв – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Наружный неорганизованный тонкокишечный свищ. Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия).

Задание 13.

Больной 43 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент

осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты - 18 тыс.

Составьте план дополнительного обследования для верной постановки диагноза.

Эталон ответа: Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.

Задание 14.

Динамическое наблюдение лиц III группы диспансерного учета осуществляется на основании плана мероприятий и имеет своей целью предупреждение рецидивов, обострений и осложнений уже имеющихся заболеваний, т. е. является важным звеном вторичной профилактики.

Эталон ответа: III.

Задание 15.

При выявлении заболевания врач любой специальности должен обеспечить заполнение статистического талона для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов — форма № _____.

Эталон ответа: 025–2/у.

Задание 16.

При выявлении заболевания врач любой специальности должен обеспечить заполнение листа для записи заключительных уточненных диагнозов медицинской карты амбулаторного больного — форма № _____.

Эталон ответа: 025/у.

Задание 17.

При выявлении заболевания врач любой специальности должен обеспечить заполнение контрольной карты диспансерного наблюдения — форма № _____.

Эталон ответа: 030/у.

Задание 18.

Больных с последствиями переломов и вывихов, с хроническим остеомиелитом наблюдает в динамике травматолог — ортопед поликлиники, а при его отсутствии — _____.

Эталон ответа: хирург.

Задание 19.

_____ представляет собою комплекс методов восстановительного лечения в сочетании с социальной и профессиональной реадaptацией, который осуществляется применением государственных, общественных, медицинских, психологических, педагогических, юридических и других мероприятий и возвращает больного к обычной жизни и работе.

Эталон ответа: Реабилитация.

Задание 20.

_____ — это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

Эталон ответа: Первичная профилактика.

Задание 21.

_____ – это комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

Эталон ответа: Вторичная профилактика.

Задание 22.

Важнейшим условием правильной организации диспансеризации и заключительным этапом является подведение итогов и объективная оценка ее _____.

Эталон ответа: эффективности.

Задание 23.

После резекции желудка по поводу язвенной болезни и холецистэктомии больные наблюдаются в течение 2 лет после операции. При отсутствии показаний к повторной операции больные передаются для наблюдения _____. Этим больных активно вызывают для осмотра 1-2 раза в год с решением вопроса об объеме необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

Эталон ответа: терапевту.

Задание 24.

Приказ МЗ РФ № _____ от 27.04.2021г., вступивший в силу с 1 июля 2021 года, регулирует вопросы проведения в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Эталон ответа: 404н.

Задание 25.

Согласно новому приказу 404н. от 27.04.2021г. россияне старше 18 лет проходят диспансеризацию ___ раз в 3 года.

Эталон ответа: 1.

Задание 26.

Согласно новому приказу 404н. от 27.04.2021г. россияне в возрасте от 18 до 39 лет включительно, проходят диспансеризацию _____ в возрасте 40 лет и старше.

Эталон ответа: ежегодно.

Задание 27.

Годом прохождения диспансеризации считается _____, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

Эталон ответа: календарный год.

Задание 28.

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время,

заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распираания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Эталон ответа: Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Рекомендуются немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ: 1) избегать обильного приёма пищи; 2) после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати; 5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8- 10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; б) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

Задание 29.

Перитонит. Послеоперационное ведение больного. Прогноз.

Эталон ответа: Эффективное купирование боли. Послеоперационная боль – важнейший фактор, влияющий на длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре; ранняя пероральная гидратация: потребление более 300 мл жидкости после прекращения внутривенной инфузии. Ускоренная мобилизация – ранняя способность передвигаться. Постельный режим усугубляет потерю мышечной массы и слабость, ухудшает лёгочные функции, предрасполагает к венозному застою и тромбозам, а также способствует послеоперационному образованию спаек

Задание 30.

Желтухи: определения понятия.

Эталон ответа: желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек, обусловленное повышенным содержанием билирубина в крови, тканях и моче.

Задание 31.

Желтухи: Классификация.

Эталон ответа: Гемолитические (надпеченочные) желтухи: желтуха вследствие генетических заболеваний (наследственного микросфероцитоза, наследственного стомацидоза и др.); аутоиммунная (приобретенная) гемолитическая анемия.

2. Паренхиматозные (печеночные) желтухи: вызванные инфекционными заболеваниями (вирусными гепатитами А, В, С, D, E; герпетическим гепатитом, цитомегаловирусным гепатитом, желтой лихорадкой, инфекционным мононуклеозом, возвратным тифом, кишечным иерсиниозом, орнитозом, лептоспирозом, сальмонеллезом, псевдотуберкулезом и др.); вызванные неинфекционными заболеваниями (острым алкогольным гепатитом, лекарственным гепатитом, циррозом печени, отравлением окислителями на основе азотной кислоты, гидразином и его производными, хлорэтаном, этиленгликолем).

3. Конституциональные желтухи (синдром Жильбера, синдром Криглера–Найяра, синдром Дабина–Джонсона, синдром Ротора).

4. Механические (подпеченочные) желтухи возникают на фоне желчнокаменной болезни, холангита, рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков, рака головки поджелудочной железы, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря.

Задание 32.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 2 суток от начала заболевания с жалобами: на острые постоянные боли во всех отделах живота, вздутие живота, задержку стула и неотхождение газов, многократную рвоту, на наличие выпячивания в правой паховой области остро болезненное, на подъем t тела до 38° С.

Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки сопровождающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД -] 10/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется симптом Валля.

Локально: В правой паховой области определяется плотное эластичное образование до 15 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна. При пальпации образование резко болезненное, симптом кашлевого толчка отсутствует.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа: Ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. ОКН?

Задание 33.

Больной С, 45 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледные, T $38,5$, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются слабоположительные перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.- $3,9 \times 10^9$ /л,

гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $15,5 \times 10^9$ /л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево,

Из анамнеза известно, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастриальной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

План лечения.

Эталон ответа: Больному показана экстренная операция; предоперационная подготовка не должна занимать много времени. Операция Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задание 34.

Больной Ф., 34 лет поступил в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза известно, что в течение года больного беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовался, за медицинской помощью не обращался, лечился в домашних условиях.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортугера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется.

Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9$ /л) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. **Предположите наиболее вероятный диагноз**

Эталон ответа: Острый обтурационный холецистит.

Задание 35.

Пациент 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам. **С какими патологическими состояниями требуется дифференциальная диагностика**

Эталон ответа: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Рак головки поджелудочной железы. Стенозирующий рак желудка.

Задание 36.

В приемное отделение хирургического стационара поступил больной 48 лет. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в правое надплечье. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии (кинжальная боль), была однократная рвота. Боли распространились по правому латеральному каналу.

Из анамнеза установлено, что 10 лет назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита. Дважды перенес пневмонию. Год назад стали беспокоить боли в эпигастрии,

обращался к терапевту. При ФГДС была обнаружена язва тела желудка. После консервативного лечения язва зарубцевалась.

Объективно при осмотре кожный покров бледен. Принимает вынужденное положение, сидит поджав ноги к животу. Пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/60 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот втянут симметричный, в акте дыхания не участвует. Определяется мышечный дефанс и болезненность во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость сглажена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании резкая болезненность и нависание в области передней стенки прямой кишки. Ан. крови: Эритроциты $4,6 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $15,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/ч. Диастаза мочи 64 ЕД.

План дополнительного обследования

Эталон ответа: Последовательность диагностических мероприятий: обзорная рентгенография брюшной полости, ФГДС, повторная обзорная рентгенография брюшной полости, лапароскопия

Задание 37.

Больной А., 64 лет поступил в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

Болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращался. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительный. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабоположительный. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Гнойный холангит

Задание 38.

Мужчина 45 лет, болен в течение суток, когда появились боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, чувство дискомфорта при мочеиспускании, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области определяется резкая болезненность. Лейкоцитоз - 12 тыс.

План дополнительного обследования

Эталон ответа: ОАК, ОАМБ, УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости. Лапароскопия.

Задание 39.

Больной 52 лет, поступил в приемное отделение со схваткообразными болями в животе, отсутствие отхождение стула и газов в течение 2-х суток, многократную рвоту. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов. **План лечения.**

Эталон ответа: Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету,

физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация

Задание 40.

Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия. Болей в животе нет. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа: Демпинг-синдром

Задание 41.

Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Сознание спутанное, кожные покровы бледные, цианоз губ. АД - 80/20 мм рт.ст. Пульс на периферических сосудах не определяется. Рана грудной клетки длиной 2 см, по левой парастеральной линии на уровне III-го межреберья. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. План лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Немедленная торакотомия с предварительной пункцией перикарда

Задание 42.

Больной 2 часа назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Поступил в тяжелом состоянии. Бледен, АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Что необходимо выполнить?

Эталон ответа: Немедленную торакотомию.

Задание 43.

У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксиллярной линии (справа 4 ребра, слева - 3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Что необходимо предпринять?

Эталон ответа: Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки.

Задание 44.

У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. План оказания помощи?

Эталон ответа: Дренирование обеих плевральных полостей.

Задание 45.

Больной, 42 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали

возникать боли при физической нагрузке. Общее состояние больного без особенностей. Правая половина мошонки увеличена в размерах до 11x7x5 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется. Кашлевой толчок положительный.

Предварительный диагноз? Какие варианты оперативного вмешательства?
Эталон ответа: Диагноз: Невправимая пахово-мошоночная грыжа. Варианты оперативных вмешательств: Герниопластика по Постемскому, Пластика с аллотрансплантатом (операции Лихтенштейна), лапароскопическая операция с сетчатым трансплантатом.

Задание 46.

У больного 70 лет, длительно страдающего сахарным диабетом второго типа, на фоне переохлаждения, на задней поверхности шеи появилось резко болезненное уплотнение 3,5 x 5,0 см, с несколькими участками некроза кожи в центре, кожа гиперемирована, напряжена. Лимфатические узлы не пальпируются. Одышки в покое нет. Температура тела 38,1°C. Лейкоцитоз 10,2x10⁹ /л. Артериальное давление 145/80 мм.рт.ст. Поставить диагноз и определить лечебную тактику?
Эталон ответа: Фурункулез спины. Общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, мочевины, креатинин, общий белок. По показаниям обследования на наличие соматической патологии, в том числе паразитарной.

Задание 47.

У пациента через шесть суток после ушиба правого бедра появилась гиперемия и отечность кожи, повысилась температура тела до 37,8°C. Пальпаторно определяется флюктуация и местное повышение температуры с выраженной гиперестезией окружающих тканей в проекции травмы. Активные движения в коленном суставе болезненны и ограниченные, пассивные в полном объеме. Поставить диагноз и определить лечебную тактику?
Эталон ответа: Нагноившаяся гематома правого бедра. Показана госпитализация и операция – вскрытие нагноившейся гематомы.

Задание 48.

Больной, 25 лет, был прооперирован по поводу гангренозного аппендицита. На третьи сутки после операции отмечено просачивание между швами серозной, а затем серозно-гноющей жидкости с пропитыванием подкожно-жировой клетчатки. На пятые сутки выявлена выраженная гиперемия краев раны, плотный отек кожи и подкожной клетчатки до верхней трети правого бедра без четкой демаркационной линии. После снятия швов из раны выделяется буроватого цвета экссудат с резким неприятным запахом. Подкожно-жировая клетчатка в ране, фасции грязно-серого цвета. Поставить диагноз и определить план лечебных мероприятий?
Эталон ответа: Состояние после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита. Анаэробная флегмона мягких тканей правой подвздошной области и правого бедра. Снять швы, широко открыть рану, обработать окислителями (перекись водорода), осуществить адекватное дренирование. Инфузионная дезинтоксикационная терапия, не менее 2 антибиотиков (широкого спектра действия + действующий на анаэробы). Бактериологическое исследование отделяемого из раны.

Задание 49.

У пациента установлены облитерирующий атеросклероз аорты и магистральных артерий, хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. По результатам

ангиографии выявлено наличие атеросклеротической окклюзии на уровне бифуркации аорты.

Эталон ответа: Аортобедренное бифуркационное шунтирование аллопротезом.

Задание 50.

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны.

Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Какие необходимы дополнительные методы обследования? Каков план лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб и анамнеза; поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. Диагноз: Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование. План лечения: Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френогерниопластика или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансназальная интубация тонкой кишки (по показаниям).

Задание 51.

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. Установите предварительный диагноз.

Эталон ответа: Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.

Задание 52.

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. Установите предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования? Необходимо ли оперативное лечение?
Эталон ответа: Диагноз: Абсцесс легкого. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ. Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы.

Задание 53.

Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул.

Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Нв – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.

Диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Наружный неорганизованный тонкокишечный свищ. Тактика лечения: Местно: окклюзия свища с помощью различных устройств (обтераторы), тщательный уход за кожей вокруг свища, антибиотикотерапия, парентеральное питание, связанное с восстановлением водно-электролитного баланса и компенсацией белковых потерь, применение ганглиоблокаторов, питание с применением энергетических продуктов.

Задание 54.

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

Диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Острый тромбоз поверхностных вен левой голени и бедра. Тактика лечения: Постельный режим, возвышенное положение конечности, антибиотики, антикоагулянты, венотоники (троксевазин), антиагреганты (асирин), местное лечение (НПВС: диклофенак, фастум-гель. Гепарин-гель). При наличии восходящего тромбоза - операция Троянова.

Задание 55.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, возникающие после приема пищи в течении 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.

Диагноз? Тактика? Медикаментозное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Тактика Лапароскопическая фундопликация Toupet +круорография. Медикаментозное лечение: Симптоматическая терапия: анальгетики, спазмолитики, противоязвенная терапия.

Задание 56.

Больной, 43 года (вес 75 кг, рост 180 см) поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи», темный жидкий стул на протяжении последних двух дней.

Из анамнеза известно, что последнюю неделю находился на амбулаторном лечении по поводу ОРЗ. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. Три дня назад появилась слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Регестум - мелена

Дополнительные исследования к задаче

1. Общий анализ крови: эритроцитов $2,4 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 65 г/л, гематокрит 23%.

2. Общий белок 55г/л, протромбиновый индекс 70%

3. На ЭКГ- синусовая тахикардия

4. Показатели фиброгастроуденоскопии: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Тромбированный сосуд в диаметре около 1,5 мм.

5. ЦВК – отрицательное.

Диагноз? Медикаментозное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Желудочно-кишечное кровотечение. Декомпенсированная кровопотеря. Медикаментозное лечение: полиглокин 600,0, реополиглокин 400,0, альбумин 10%-200,0, эритроцитарная масса 400,0, ГЭК 6% -250,0, физиологический раствор 400,0, перфторан 400, натрия гидрокарбонат 8,4% -160,0, глюкоза 10% - 800,0 + ингибиторы протеаз + кортикостероиды + антифосфодиэстеразные средства+калий 7,5%, эритроцитарная масса 400,0, гемодез 400,0, ЭАКК - 200,0, свежемороженая плазма 300,0, реамберин 400,0.

Задание 57.

Больной 52 лет, поступил в приемное отделение со схваткообразными болями в животе, отсутствие отхождение стула и газов в течении 2-х суток, многократную рвоту. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов.

Диагноз? Консервативное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость. Консервативное лечение: Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов.

Задание 58.

Молодой человек 32 года, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв - 100 г/л.

Диагноз? Консервативное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.

Задание 59.

Если вовремя начать консервативную терапию, в скольки процентах можно остановить развитие гнойного процесса.

Эталон ответа: 86,8%

Задание 60.

при эмболии бедренной артерии, какую консервативную терапию необходимо использовать?

Эталон ответа: Тромболитическую терапию.

Задание 61.

Антикоагулянты применяют чаще при какой патологии?

Эталон ответа: При тромбофлебите.

Задание 62.

Основные лечебные мероприятия при тромбозе предполагают использование каких препаратов?

Эталон ответа: Антикоагулянтов.

Задание 63.

Какие препараты проявляют наибольшую фибринолитическую активность крови при кровотечениях?

Эталон ответа: трасилол, аминокaproновая кислота, викасол.

Задание 64.

Что входит в состав гемостатической губки?

Эталон ответа: Фибрин.

Задание 65.

Дайте определение чрезвычайной ситуации (ЧС).

Эталон ответа: Чрезвычайная ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории (акватории) или объекте, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, стихийного или иного бедствия, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, применения современных средств поражения, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей и (или) окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушения условий жизнедеятельности людей.

Задание 66.

Классификация и примеры антропогенных ЧС.

Эталон ответа: Техногенные; экологические; биолого-социальные; военные

Задание 67.

Классификация ЧС по масштабу.

Эталон ответа: Локальные. Местные. Территориальные. Региональные. Федеральные. Глобальные.

Задание 68.

Дайте определение медицины катастроф.

Эталон ответа: Медицина катастроф – отрасль медицины, представляющая систему научных знаний и сферу практической деятельности, направленной на спасение жизни и сохранения здоровья населения при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях и эпидемиях, предупреждения и лечения поражений (заболеваний), возникших в результате ЧС.

Задание 69.

Фазы организации медицинской помощи пораженным в ЧС.

Эталон ответа: Фаза изоляции. Фаза спасения. Фаза восстановления.

Задание 70.

Перечислите факторы радиационного воздействия при радиационной аварии.

Эталон ответа: Внешнее; Внутреннее; Контактное.

Задание 71.

Перечислите поражающие факторы при взрыве и пожаре.

Эталон ответа: Ударная волна; открытый огонь и искры; повышенная температура окружающей среды и предметов; токсичные продукты горения, дым; пониженная концентрация кислорода в воздухе; падающие части строительных конструкций.

Задание 72.

Укажите особенности структуры медико-санитарных потерь при землетрясениях.

Эталон ответа: В структуре санитарных потерь при землетрясениях преобладают механические повреждения (черепно-мозговые травмы, травмы туловища и конечностей). Высока частота синдрома длительного сдавления. Практически у всех пострадавших имеются реактивные психические расстройства и нарушения психоэмоциональной сферы.

Задание 73.

Дайте определение объема медицинской помощи.

Эталон ответа: Объем медицинской помощи — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых на данном этапе медицинской эвакуации в отношении определенных категорий пострадавших (больных) по медицинским показаниям в соответствии с конкретными медико-тактическими условиями и возможностями этапа медицинской эвакуации.

Задание 74.

Дайте определение вида медицинской помощи.

Эталон ответа: Вид медицинской помощи — это комплекс лечебно-диагностических мероприятий, решающий определенные задачи в системе оказания медицинской помощи и требующий соответствующей подготовки лиц, ее оказывающих, необходимого оснащения и определенных условий.

Задание 75.

Дайте определение первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Эталон ответа: Первичная доврачебная медико-санитарная помощь — вид медицинской помощи, дополняющий первую помощь, направленный на поддержание жизни и профилактику тяжелых осложнений, который оказывается фельдшером или медицинской сестрой в очаге (зоне) поражения с использованием табельных средств медицинского имущества.

ПК- 2:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В объем профилактического медицинского осмотра входит все нижеперечисленное, кроме:

1. анкетирование
2. измерение артериального давления
3. исследование уровня глюкозы в крови
4. флюорография легких
5. маммография

Эталон ответа: 5. маммография

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Диспансеризация проводится ежегодно:

1. у пациентов с 3 группой здоровья
2. в возрасте 40 лет и старше
3. по желанию пациента
4. в любом возрасте старше 18 лет

Эталон ответа: 2. в возрасте 40 лет и старше

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гиперхолестеринемии соответствует:

1. общий холестерин ≥ 5 ммоль/л
2. общий холестерин ≤ 5 ммоль/л
3. общий холестерин ≥ 6 ммоль/л
4. общий холестерин ≥ 8 ммоль/л

Эталон ответа: 1. общий холестерин ≥ 5 ммоль/л

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гарантии работникам на освобождение (от 1 до 2-х дней) от работы при прохождении диспансеризации предоставляются:

1. не предоставляются
2. всем работающим гражданам
3. при достижении пенсионного возраста
4. при наличии инвалидности

Эталон ответа: 2. всем работающим гражданам

Задание 5. Инструкция: Выберите один неправильный ответ.

Для выполнения первого этапа диспансеризации, в течение одного рабочего дня необходимо:

1. выполнять исследования в день обращения
2. заблаговременно информировать граждан о перечне исследований включенных в объём диспансеризации
3. организовать сбор и обработку биоматериала в течение всего времени работы медицинской организации, включая вечерние часы и субботу
4. проводить исследования в рамках диспансеризации не в полном объеме

Эталон ответа: 4. проводить исследования в рамках диспансеризации не в полном объеме

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

За организацию проведения диспансеризации в медицинской организации отвечают:

1. врачи-терапевты участковые
2. врачи-хирурги
3. врачи-эндокринологи
4. медицинские работники отделений медицинской профилактики и руководители медицинской организации

Эталон ответа: 4. медицинские работники отделений медицинской профилактики и руководители медицинской организации

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Информация о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию должна быть размещена:

1. на досках объявлений региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения
2. на своих официальных сайтах в сети «Интернет» региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения
3. в региональных печатных СМИ
4. в медицинских организациях

Эталон ответа: 2. на своих официальных сайтах в сети «Интернет» региональных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Исследования в рамках второго этапа диспансеризации выполняются:

1. всем пациентам старше 65 лет
2. при наличии необходимого оборудования
3. по желанию пациента
4. при наличии показаний

Эталон ответа: 4. при наличии показаний

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К низкой физической активности относится:

1. < 60 минут активной ходьбы и 20 минут силовых упражнений в неделю
2. < 45 минут активной ходьбы в день
3. < 30 минут активной ходьбы в день
4. < 60 минут активной ходьбы в неделю

Эталон ответа: 3. < 30 минут активной ходьбы в день

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К 2024 году целевой показатель охвата всего населения профилактическими осмотрами и диспансеризацией должен составить:

1. 70%
2. 100%
3. 50%
4. 90%

Эталон ответа: 1. 70%

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К хроническим неинфекционным заболеваниям, являющимся предметом скрининга в рамках диспансеризации относится все, кроме:

1. болезней опорно-двигательного аппарата
2. болезни системы кровообращения
3. злокачественных новообразований
4. хронических болезней органов дыхания

Эталон ответа: 1. болезней опорно-двигательного аппарата

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Кратность проведения профилактического медицинского осмотра:

1. ежегодно в возрасте старше 40 лет
2. один раз в 2 года
3. ежегодно в любом возрасте старше 18 лет
4. один раз в 3 года

Эталон ответа: 3. ежегодно в любом возрасте старше 18 лет

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Карта учета диспансеризации хранится следующим образом:

1. в кабинете врача-терапевта участкового
2. в регистратуре
3. в отделении медицинской профилактики
4. как неотъемлемая часть амбулаторной карты

Эталон ответа: 4. как неотъемлемая часть амбулаторной карты

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Программа диспансеризации включает все, кроме:

1. консультации диетолога

2. оценка риска пагубного потребления алкоголя
3. проведения профилактического осмотра
4. установление группы здоровья

Эталон ответа: 1. консультации диетолога

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Профилактический медицинский осмотр выполняется в следующих случаях, кроме:

1. в качестве самостоятельного мероприятия
2. в рамках диспансеризации
3. в рамках диспансерного наблюдения
4. при получении справок, выписок из амбулаторной карты

Эталон ответа: 4. при получении справок, выписок из амбулаторной карты

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Углубленное профилактическое консультирование проводится:

1. в рамках второго этапа диспансеризации
2. в рамках первого этапа диспансеризации
3. в рамках профилактического медицинского осмотра
4. вне рамок диспансеризации

Эталон ответа: 1. в рамках второго этапа диспансеризации

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Формирование комплекта документов по результатам диспансеризации, в том числе учетных форм, проводится:

1. врачом-терапевтом участковым
2. медицинскими работниками структур профилактики
3. медицинской сестрой участковой
4. регистраторами

Эталон ответа: 2. медицинскими работниками структур профилактики

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Составление плана проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации в текущем календарном году входит в задачи:

1. врача-терапевта участкового
2. медицинской сестры участковой
3. отделения/кабинета медицинской профилактики
4. руководителя медицинской организации

Эталон ответа: 3. отделения/кабинета медицинской профилактики

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Программа диспансеризации включает все, кроме:

1. консультации диетолога
2. оценка риска пагубного потребления алкоголя
3. проведения профилактического осмотра
4. установление группы здоровья

Эталон ответа: 1. консультации диетолога

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации анкетирование и антропометрия проводятся в кабинете:

1. врача-кардиолога
2. врача-хирурга

3. врача-терапевта дежурного
 4. медицинской профилактики
- Эталон ответа:* 4. медицинской профилактики

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При обращении в поликлинику для прохождения профилактического медицинского осмотра пациент направляется:

1. в КДО
2. в отделение или кабинет медицинской профилактики
3. к врачу-терапевту
4. к дежурному врачу-терапевту

Эталон ответа: 2. в отделение или кабинет медицинской профилактики

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Диспансеризация это:

1. санитарно-курортное лечение
2. самоконтроль за состоянием пациента
3. реабилитация пациента
4. динамическое наблюдение за здоровьем пациента

Эталон ответа: 4. динамическое наблюдение за здоровьем пациента

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

По состоянию здоровья пациенты делятся на группы диспансеризации:

1. одну
2. две
3. три
4. четыре

Эталон ответа: 3. три

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной медицинский документ, отражающий динамику диспансерного наблюдения - это:

1. справка о здоровье
2. лист временной нетрудоспособности
3. амбулаторная карта
4. статистический талон

Эталон ответа: 3. амбулаторная карта

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

От чего зависит дифференцированный набор обследований в диспансеризации:

1. возраста и пола
2. строение тела
3. физической культуры
4. психологического настроения пациента

Эталон ответа: 1. возраста и пола

Задания открытого типа:

Задание 1.

Первый этап в проведении ежегодной диспансеризации — _____ контингентов населения.

Эталон ответа: профилактические медицинские осмотры.

Задание 2.

_____ — медицинский осмотр лиц, поступающих на работу, с целью выявления заболеваний, которые могли явиться противопоказаниями для работы в данном учреждении (предприятии) или по данной профессии.

Эталон ответа: предварительный медицинский осмотр.

Задание 3.

_____ — медицинский осмотр всего населения по группам диспансерного наблюдения, проводимый по плану в установленные сроки и при текущей обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения.

Эталон ответа: периодический медицинский осмотр.

Задание 4.

Основными формами профилактических медицинских осмотров являются _____.

Эталон ответа: индивидуальные и массовые.

Задание 5.

Первый этап в проведении ежегодной диспансеризации — _____.

Эталон ответа: профилактические медицинские осмотры контингентов населения.

Задание 6.

Комплексные медицинские осмотры бывают _____.

Эталон ответа: одно-двух- и трехэтапные.

Задание 7.

_____ — лица, не предъявляющие жалоб, не имеющие хронических заболеваний в анамнезе, у которых при медицинском обследовании не обнаружено изменений со стороны отдельных органов и систем, результаты лабораторно-диагностических исследований без отклонений от нормы.

Эталон ответа: здоровые.

Задание 8.

_____ — лица, имеющие в анамнезе хроническое заболевание, которое не приводит к нарушению функций организма и не влияет на трудоспособность и социальную активность; в группе практически здоровых выделяются лица с факторами риска в отношении сердечно-сосудистых, онкологических, неспецифических заболеваний легких, эндокринных и др.

Эталон ответа: практически здоровые.

Задание 9.

больные с _____ подразделяются в зависимости от стадии компенсации процесса: полная компенсация, субкомпенсация, декомпенсация.

Эталон ответа: хроническими заболеваниями.

Задание 10.

Установленные группы наблюдения отмечаются в медицинской карте амбулаторного больного и выносятся на _____.

Эталон ответа: титульный лист карты.

Задание 11.

Динамическое наблюдение в I группе (здоровые) осуществляется в форме ежегодных профилактических медицинских осмотров. Для этой группы диспансерного наблюдения составляется общий план лечебно-оздоровительных, профилактических и социальных мероприятий, который включает мероприятия по улучшению условий труда и быта, по борьбе за здоровый образ жизни, пропаганду санитарных знаний.

Эталон ответа: I.

Задание 12.

Динамическое наблюдение во II группе имеет своей целью устранение или уменьшение влияния факторов риска, повышение резистентности и компенсаторных возможностей организма. Эта группа осматривается с использованием общепринятого минимума исследований, а также дополнительных обследований, связанных с характером риска.

Эталон ответа: II.

Задание 13.

Динамическое наблюдение лиц III группы диспансерного учета осуществляется на основании плана мероприятий и имеет своей целью предупреждение рецидивов, обострений и осложнений уже имеющихся заболеваний, т. е. является важным звеном вторичной профилактики.

Эталон ответа: III.

Задание 14.

При выявлении заболевания врач любой специальности должен обеспечить заполнение статистического талона для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов — форма № _____.

Эталон ответа: 025–2/у.

Задание 15.

При выявлении заболевания врач любой специальности должен обеспечить заполнение листа для записи заключительных уточненных диагнозов медицинской карты амбулаторного больного — форма № _____.

Эталон ответа: 025/у.

Задание 16.

При выявлении заболевания врач любой специальности должен обеспечить заполнение контрольной карты диспансерного наблюдения — форма № _____.

Эталон ответа: 030/у.

Задание 17.

Больных с последствиями переломов и вывихов, с хроническим остеомиелитом наблюдает в динамике травматолог — ортопед поликлиники, а при его отсутствии — _____.

Эталон ответа: хирург.

Задание 15.

_____ представляет собою комплекс методов восстановительного лечения в сочетании с социальной и профессиональной реадaptацией, который осуществляется

применением государственных, общественных, медицинских, психологических, педагогических, юридических и других мероприятий и возвращает больного к обычной жизни и работе.

Эталон ответа: Реабилитация.

Задание 16.

_____ — это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов.

Эталон ответа: Первичная профилактика.

Задание 17.

_____ – это комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

Эталон ответа: Вторичная профилактика.

Задание 18.

Важнейшим условием правильной организации диспансеризации и заключительным этапом является подведение итогов и объективная оценка ее _____.

Эталон ответа: эффективности.

Задание 19.

После резекции желудка по поводу язвенной болезни и холецистэктомии больные наблюдаются в течение 2 лет после операции. При отсутствии показаний к повторной операции больные передаются для наблюдения _____. Этим больным активно вызывают для осмотра 1-2 раза в год с решением вопроса об объеме необходимых лечебных и профилактических мероприятий.

Эталон ответа: терапевту.

Задание 20.

Приказ МЗ РФ № _____ от 27.04.2021г., вступивший в силу с 1 июля 2021 года, регулирует вопросы проведения в медицинских организациях профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

Эталон ответа: 404н.

Задание 21.

Согласно новому приказу 404н. от 27.04.2021г. россияне старше 18 лет проходят диспансеризацию ___ раз в 3 года.

Эталон ответа: 1.

Задание 22.

Согласно новому приказу 404н. от 27.04.2021г. россияне в возрасте от 18 до 39 лет включительно, проходят диспансеризацию _____ в возрасте 40 лет и старше.

Эталон ответа: ежегодно.

Задание 23.

Годом прохождения диспансеризации считается _____, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

Эталон ответа: календарный год.

Задание 24.

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* – положительный.

Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

Эталон ответа: Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Рекомендуются немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ: 1) избегать обильного приёма пищи; 2) после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати; 5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8- 10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; б) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «по требованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

Задание 25.

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес.

стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250- 300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт.ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента?

Эталон ответа: Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевины, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.

Задание 26.

Женщина 42 лет, юрист, обратилась на приём к участковому врачу с жалобами на приступы внезапного повышения артериального давления до 200/110 мм рт.ст и выше, сопровождающиеся головной болью, головокружением, сердцебиением, чувством беспокойства, страха, дрожью во всем теле, потливостью. Продолжительность таких приступов составляла от нескольких минут до 1 часа. Из анамнеза известно, что впервые подобные приступы стали беспокоить год назад. Развитию этих приступов обычно предшествовали физическая нагрузка или нервное перенапряжение. По совету знакомой принимала лозартан 50 мг в сутки, однако, без видимого эффекта. Неоднократно за последние 2-3 мес. вызывала БСМП по поводу гипертонического криза. Однако ввиду того, что приступ проходил самостоятельно до приезда БСМП от госпитализации отказывалась. За последний месяц вышеуказанные приступы участились до 1 раза в неделю, что и послужило поводом обратиться к участковому врачу. Из анамнеза жизни: у матери АГ. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост 167, вес 62 кг, ИМТ 22,23 кг/м². Кожные покровы бледные, влажные. В лёгких - везикулярное дыхание. ЧД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 86 в минуту. АД – 128/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон. В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 1,3 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,4 ммоль/л, глюкоза сыворотки натощак – 6,4 ммоль/л, креатинин – 64 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 103 мл/мин; ЭКГ: синусовый ритм, 85 ударов в минуту, угол α - 30°, индекс Соколова-Лайона 40 мм.

Составьте и обоснуйте маршрутизацию данной пациентки, включая определение необходимого этапа оказания медицинской помощи, вопросы экспертизы нетрудоспособности?

Эталон ответа: Пациентке показано обследование и начало медикаментозной терапии на амбулаторном этапе совместно с врачом-кардиологом, затем осмотр врача-хирурга и

госпитализация в отделение эндокринной хирургии для оперативного лечения. С учётом нестабильного течения АГ, участвовавших эпизодов повышения АД, пациентка нетрудоспособна, ориентировочный срок пребывания на листке нетрудоспособности 5-9 дней. Показания для направления в бюро медикосоциальной экспертизы отсутствуют. В дальнейшем пациентке противопоказана работа, связанная с физическим и умственным напряжением средней и тяжёлой степени; напряжением брюшного пресса, вибрацией и воздействием профессиональных вредностей, работа в неблагоприятных микроклиматических условиях.

Задание 27.

Что такое диспансеризация?

Эталон ответа: Диспансеризация - это система мер, направленных на сохранение здоровья населения, предупреждение развития заболеваний, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности и повышение качества жизни.

Задание 28.

Почему диспансеризация называется дополнительной?

Эталон ответа: Дополнительная диспансеризация называется дополнительной, так как она осуществляется на дополнительные средства Федерального бюджета и осуществляется в рамках национального проекта «Здоровье» с 2006года.

Задание 29.

С какой целью проводится диспансеризация?

Эталон ответа: Диспансеризация проводится с целью выявления заболеваний на ранних стадиях, в первую очередь, сердечно-сосудистых и онкологических, с целью проведения своевременных лечебных и реабилитационных мероприятий и последующего наблюдения за здоровьем граждан.

Задание 30.

Кто подлежит прохождению дополнительной диспансеризации?

Эталон ответа: Дополнительной диспансеризации подлежат работающие граждане, поскольку от состояния здоровья работающих зависит экономическая стабильность нашего государства.

Задание 31.

Является ли дополнительная диспансеризация обязательной?

Эталон ответа: Дополнительная диспансеризация - дело добровольное, и во многом зависит от культуры и желания человека следить за состоянием своего здоровья. Национальный проект «Здоровье» - часть политики государства по улучшению качества жизни граждан, поэтому ответственность за состояние здоровья работающих граждан и организацию дополнительной диспансеризации возлагается на администрацию муниципального района и руководителей учреждений и предприятий.

Задание 32.

Где можно пройти дополнительную диспансеризацию?

Эталон ответа: Дополнительную диспансеризацию можно пройти в поликлинике (поликлиническом отделении больницы) по месту жительства или прикрепления, в организованном порядке от основного места работы в учреждении здравоохранения, с которым работодатель согласовывает порядок и график проведения дополнительной диспансеризации.

Задание 33.

Осмотры какими врачами-специалистами и какие исследования предусматривает дополнительная диспансеризация?

Эталон ответа: Дополнительная диспансеризация предусматривает осмотры следующими специалистами: терапевтом или врачом общей практики, неврологом, хирургом, офтальмологом, эндокринологом, урологом (для мужчин) и гинекологом (для женщин).

При проведении дополнительной диспансеризации проводятся следующие виды исследований: флюорография, маммография (для женщин старше 40 лет), электрокардиография, клинический анализ крови и мочи, исследование глюкозы крови, исследование крови на онкомаркеры, а также исследование уровня общего холестерина крови и липопротеидов.

Задание 34.

Почему для проведения дополнительной диспансеризации выбраны именно эти специалисты?

Эталон ответа: Перечень специалистов для проведения дополнительной диспансеризации был определен с учетом наиболее часто встречающихся заболеваний и уровня заболеваемости работающего населения.

Задание 35.

Могут ли другие специалисты участвовать в дополнительной диспансеризации?

Эталон ответа: Не могут. Перечень специалистов является стандартным. Однако, после прохождения дополнительной диспансеризации пациент может быть направлен к любому другому специалисту (отоларингологу, гастроэнтерологу, пульмонологу и т.д.) для уточнения диагноза, проведения дополнительных исследований и назначения лечения.

Задание 36.

Что делать если учреждение здравоохранения не имеет полного набора врачей – специалистов для проведения дополнительной диспансеризации?

Эталон ответа: В этом случае учреждение здравоохранения заключает договор с другим муниципальным или государственным учреждением здравоохранения, имеющим лицензию на данный вид медицинской деятельности и необходимых специалистов в своем штате.

Задание 37.

Сколько времени потребуется для прохождения дополнительной диспансеризации?

Эталон ответа: Как правило, диспансерные осмотры проводятся в специально выделенное время и пациенту заранее сообщается дата, время, номер кабинетов и фамилия врачей специалистов, которые проводят осмотр. Для прохождения дополнительной диспансеризации в среднем потребуется 6 - 7 часов (один рабочий день).

Задание 38.

С чего начинается дополнительная диспансеризация?

Эталон ответа: Дополнительная диспансеризация начинается с приглашения, в котором будут указаны фамилия, имя, отчество и специальность врача, к которому Вам следует обратиться в первую очередь, а также номер его кабинета. Врач Вам выдаст амбулаторную карту, направления на лабораторные и функциональные исследования, и подробно расскажет Ваш «маршрут» прохождения дополнительной диспансеризации.

Желательно начать обследование с процедурного кабинета, в котором проведут забор крови из вены для проведения биохимического исследования, в том числе на онкомаркеры.

Затем пациента отправляют в лабораторию, где возьмут кровь из пальца для клинического анализа. Для того, чтобы анализы получились достоверными, приходится на исследование необходимо натощак. В лабораторию также на анализ сдается моча.

Задание 39.

Почему все начинается со сдачи анализов?

Эталон ответа: Потому что, для получения результата лабораторных исследований необходимо время. Пока пациента осматривают врачи специалисты, клинические анализы будут готовы и врач терапевт скажет Вам результат в тот же день.

Задание 40.

Есть ли какие-нибудь особые требования при прохождении осмотра у гинеколога и уролога?

Эталон ответа: Для того, чтобы врач смог осмотреть Вас качественно, позаботьтесь об опорожнении кишечника утром. Эта рекомендация касается и женщин, и мужчин. У мужчин оценивают состояние простаты путем пальцевого исследования через прямую кишку, у женщин легче оценить состояние матки и придатков, если Вы хорошо подготовились.

Задание 41.

Чем завершается дополнительная диспансеризация?

Эталон ответа: По итогам исследований и осмотров врачей - специалистов каждому пациенту определяется группа здоровья.

Задание 42.

Как узнает результат проведения дополнительной диспансеризации участковый терапевт, если диспансеризация проводилась в поликлинике не по месту жительства?

Эталон ответа: Учреждение здравоохранения, в котором была проведена дополнительная диспансеризация, направляет результаты обследования пациента в поликлинику по месту прикрепления в течение месяца после завершения диспансеризации с оформлением акта передачи (письмом или нарочным).

Задание 43.

Как пациент узнает о результатах проведенной диспансеризации?

Эталон ответа: Каждый врач-специалист должен информировать пациента о результате, выявленном заболевании, дать рекомендации. Участковый терапевт поликлиники по месту жительства (прикрепления), получив результаты диспансеризации, информирует пациента о состоянии его здоровья в целом, установленных впервые диагнозах, о необходимости диспансерного наблюдения и взятии на диспансерный учет, а также направляет по показаниям на дообследование и лечение, оформляет план лечебных и реабилитационных мероприятий и объясняет пациенту необходимость выполнения рекомендаций, направленных на сохранение здоровья.

Задание 44.

В хирургическом отделении находится пациент с диагнозом: заболевание желудка. Пациента беспокоит боль в эпигастрии, не связанная с приемом пищи. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Отмечает снижение аппетита, отвращение к мясной пище, чувство переполнения в желудке после приема пищи. Иногда сам для облегчения вызывает рвоту. При обследовании выявлено, что опухоль расположена в пилорическом отделе желудка. На обходе врач сказал пациенту, что ему предстоит операция, после чего пациент стал волноваться, в разговоре с сестрой высказал опасения, что вряд ли перенесет операцию, так как его знакомый якобы умер от подобной операции.

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства?

Составьте и согласуйте с пациентом план подготовки к операции?

Эталон ответа: Проблемы пациента: Настоящие: снижение массы тела, постоянная боль в эпигастральной области, снижение аппетита, отвращение к мясной пище, страх перед предстоящей операцией. Приоритетная проблема: страх перед предстоящей операцией. Цель краткосрочная: пациент преодолеет страх перед предстоящей операцией. План сестринского вмешательства 1. Ежедневное обсуждение по 5-10 мин. с пациентом его страхов и волнения. 2. Ознакомление с методами обезболивания, планом предоперационной подготовки, течением послеоперационного периода. 3. Ознакомление пациента с больным, перенесшим удачно подобную операцию. 4. Обеспечение моральной поддержки пациента со стороны родственников. 5. Организация досуга пациента. 6. К моменту операции медсестра убедится, что пациент преодолел страх. 7. Составление и согласование плана предоперационной подготовки: 7.1. Накануне операции: А) вечером покормить пациента легким ужином и предупредить его, чтобы утром он не принимал пищу и питье; Б) на ночь сделать очистительную клизму; В) вечером провести полную санитарную обработку; Г) по назначению врача на ночь дать снотворные препараты. 7.2. Утром в день операции: А) измерить температуру; Б) поставить очистительную клизму; В) побрить операционное поле; Г) по назначению врача промыть желудок через зонд; Д) перед премедикацией предложить пациенту помочиться; Е) провести премедикацию; Ж) отвезти пациента на каталке в операционную. Оценка достижения цели: преодоление страха перед операцией

Задание 45.

У пациентки по поводу рака молочной железы проведена радикальная мастэктомия. В послеоперационном периоде предложено провести курс химиотерапии. Пациентка расстроена, так как проведенный предоперационный курс химиотерапии перенесла плохо: выпадали волосы, во время химиотерапии отмечала слабость, тошноту, рвоту. В общем анализе крови отмечались изменения. В разговоре с медсестрой высказывает сомнения в необходимости проведения химиотерапии.

Определите проблемы пациентки; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства?

Проведите беседу с пациенткой о необходимости продолжения химиотерапии в соответствии с рекомендациями врача?

Эталон ответа: Проблемы пациента: Настоящие: сомнения в необходимости проведения химиотерапии, страх по поводу возможных осложнений предстоящей химиотерапии, выпадение волос. Потенциальная проблема: риск метастазирования. Приоритетная проблема: страх по поводу возможных осложнений предстоящей химиотерапии. Цель краткосрочная: пациентка убедится в необходимости проведения химиотерапии и преодолеет страх по поводу возможных ее осложнений. План сестринского вмешательства 1. Проведение 1 раз в день беседы с пациенткой в течение 5-10 минут о необходимости лечения химиопрепаратами, уверяя ее в том, что многие негативные проявления (тошноту, рвоту) можно сгладить медикаментозной терапией. 2. Убеждение пациентки, что после химиотерапии волосы восстановятся. Знакомство пациентки с больной, прошедшей ранее химиотерапию. 3. Рекомендация носить парик, пока не отрастут волосы. 4. Проведение беседы о целях проведения химиотерапии, подбор необходимой литературы. 5. Проведение беседы с родственниками пациентки. 6. К 4-5 дню пациентка согласится с мнением медсестры о необходимости химиотерапии. Оценка достижения цели: преодоление страха перед проведением химиотерапии.

Задание 46.

Пациентка прооперирована по поводу механической непроходимости. Во время операции обнаружена опухоль сигмовидной 51 кишки, наложена колостома. На 2-ой день после операции повязка начала обильно промокать кишечным содержимым. Пациентка расстроена, угнетена, ее беспокоит отношение родственников к ней. Она считает, что она будет обузой семье дочери, с которой проживает. Больше всего ее беспокоит наличие кишечного свища. Она сомневается, что сможет сама обеспечить уход за кожей в области свища.

Определите проблемы пациентки; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства?

Проведите беседу с пациенткой о принципах защиты кожи вокруг свища, порекомендуйте необходимые препараты?

Эталон ответа: Проблемы пациента: Настоящие: каловый свищ, нарушение целостности кожных покровов (операционная рана), ограничение двигательной активности, дефицит самоухода, дефицит знаний по уходу за колостомой, ощущение ущемленности, страх перед предстоящей жизнью в семье. Потенциальные: риск изъязвления кожи вокруг свища, риск метастазирования. Приоритетная проблема: кишечный свищ, дефицит знаний по уходу за свищем. Цель краткосрочная: отсутствие грубых изменений кожи во время пребывания в стационаре. Цель долгосрочная: к моменту выписки пациентка и ее дочь самостоятельно осуществляют уход за кожей вокруг свища. План сестринского вмешательства 1. Проведение по мере загрязнения повязки ее смену с обработкой кожи вокруг свища. 2. Обучение пациентки и ее дочери уходу за кожей вокруг свища: А) 1-3 раза в день проводить перевязки в присутствии родственников, объясняя им необходимость частых перевязок, способы удаления каловых масс с кожи, знакомя их с препаратами для защиты кожи, демонстрируя изготовление импровизированного калоприемника из перевязочного материала; Б) в течение 4-5 дней контроль правильности действий пациентки и ее дочери, внесение коррективов; В) в течение 7-9 дней обучение пациентки и ее дочери пользованию калоприемником, контроль их действий. 3. Проведение беседы с пациенткой о характере питания и приеме жидкости. 4. Проведение беседы с родственниками о необходимости моральной поддержки пациентки. 5. Перед выпиской пациентки контроль правильного выполнения манипуляций. Оценка достижения цели: отсутствие грубых изменений со стороны кожи.

Задание 47.

В стоматологическое отделение поступил пациент с диагнозом: закрытый перелом нижней челюсти справа. Медсестра при расспросе выявила, что пациента беспокоит боль, самостоятельно не может жевать. При осмотре обнаружены гематома и отек в области угла нижней челюсти, нарушение прикуса. После R-контроля врач провел шинирование нижней челюсти. Зайдя в палату, медсестра обнаружила, что пациент расстроен, не представляет, как он будет питаться, чистить зубы.

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства?

Обучите пациента правилам ухода за полостью рта, порекомендуйте необходимые антисептики?

Эталон ответа: Проблемы пациента: Настоящие проблемы пациента: умеренная боль в месте повреждения; невозможность самостоятельно жевать пищу; трудности общения; дефицит знаний по уходу за полостью рта. Потенциальные проблемы: риск развития стоматита; риск замедленной консолидации; снижение массы тела. Приоритетные проблемы: невозможность самостоятельно жевать, дефицит знаний по уходу за полостью рта. Краткосрочная цель: самостоятельный прием пищи, обработка полости рта после приема пищи к концу 2-х суток. Цель долгосрочная: приостановка потери веса более 2 кг, отсутствие стоматита. План сестринского вмешательства 1. Заказ на пищеблоке пищи протертой, механически и термически щадящей. 137 2. Проведение беседы о характере

принимаемой пищи и условиях ее приема, контроль приема пищи пациентом с помощью поильника. 3. Проведение беседы с родственниками о характере передач. 4. Проведение беседы с пациентом о необходимости обработки ротовой полости после приема пищи с помощью кружки Эсмарха. 5. Оказание помощи в первые сутки при обработке ротовой полости пациентом. 6. Обеспечение пациента растворами для обработки ротовой полости. 7. Контроль веса пациента за время пребывания в стационаре. Оценка достижения цели: самостоятельный прием пищи, уход за полостью рта.

Задание 48.

Необходимым предварительным условием проведения диспансеризации взрослого населения является?

Эталон ответа: дача гражданином информированного добровольного согласия.

Задание 49.

В поликлинике проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения. В адрес медицинской организации поступила информация из страховой компании о приостановлении выплаты за диспансеризацию взрослого населения, прикрепленного для получения первичной медико-санитарной помощи к другой медицинской организации. Вопросы (задание): 1. Какие нормативные документы определяют правила проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения? 2. На основании каких нормативных актов осуществляется пациентом выбор медицинской организации? 3. Права ли страховая компания, отказав в оплате за диспансеризацию данной группы взрослого населения?

Эталон ответа: 1. В соответствии с п. 7 Порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом МЗ РФ от 03.02.2015 г. № 36-ан граждане проходят диспансеризацию в медицинской организации, в которой получают первичную медико-санитарную помощь. 2. В соответствии с ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 21 при оказании гражданам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению АО они имеют право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Для получения первичной медико-санитарной помощи граждане выбирают медицинскую организацию, в т.ч. по территориально-участковому принципу, не чаще, чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина). 3. Для разрешения разногласий со страховой компанией по оплате работ по диспансеризации взрослого населения в медицинской 202 организации была создана комиссия. Выяснено, что прикрепление граждан в другую медицинскую организацию проведено уже после завершения стандарта диспансеризации в поликлинике, которая предъявляла счет в страховую компанию за проведение диспансеризации. Поэтому отказ в оплате со стороны страховой компании является неправомерным.

Задание 50.

Пациент В., 10 лет, поступил из загородного оздоровительного лагеря в 1-ю городскую больницу г. Урюпинска по скорой помощи с острой хирургической патологией. Состояние ребенка быстро ухудшалось. Но вместо того, чтобы немедленно оказать ребенку медицинскую помощь, врачи решили предварительно вызвать и дожидаться родителя, чтобы тот приехал и поставил свою подпись в истории болезни, подтвердив свое согласие на медицинское вмешательство. Вопросы (задание): 1. Правы ли врачи, ожидая решения родителя об оказании медицинской помощи ребенку?

Эталон ответа: 1. Врачи не правы. В данном случае врачи действовали по принципу «как бы чего не вышло», проявляя безразличное отношение к судьбе ребенка, некомпетентность и незнание ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья

граждан в Российской Федерации" ст. 20, посвященной информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства. Согласно п. 9 ст. 20 медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается в случаях: - если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в ч. 2 настоящей статьи); - в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; - в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; - в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); - при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. Согласно п. 10 решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается: 158 - в случаях, указанных в пп. 1 и 2 ч. 9 настоящей статьи, консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в ч. 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство; - в отношении лиц, указанных в пп. 3 и 4 ч. 9 настоящей статьи, судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством РФ.

Задание 51.

Обязательно ли проходить профилактический осмотр и диспансеризацию?

Эталон ответа: С 2013 года диспансеризация обеспечена обязательным медицинским страхованием, для граждан она проводится бесплатно.

Она не обязательна, но лучше не пренебрегать возможностью пройти комплексное обследование без финансовых затрат. Помните: предупредить заболевание гораздо легче, чем лечить!

Задание 52.

Кто может пройти диспансеризацию?

Эталон ответа: Все категории взрослого населения:

1. работающие граждане;
2. неработающие граждане;
3. обучающиеся в образовательных организациях по очной форме.

Задание 53.

Что нужно для прохождения профилактического осмотра и диспансеризации?

1. *Эталон ответа:* Иметь полис ОМС
2. Быть прикрепленным к поликлинике- в неё необходимо обратиться для прохождения профилактического осмотра и диспансеризации
3. Подходить по возрасту. Сегодня профилактический осмотр доступен для каждого гражданина РФ ежегодно. Диспансеризация проводится в определенные возрастные периоды: 1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно (так, в 2019 году бесплатная диспансеризация доступна тем, кто родился в 2001, 1998, 1995, 1992, 1989, 1986, 1983, 1980 годах.)
2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше. Отдельные категории граждан могут пройти диспансеризацию ежегодно: это ветераны Великой Отечественной войны и инвалиды боевых действий, бывшие несовершеннолетние узники концлагерей и др.

Задание 54.

Каков порядок прохождения профилактического осмотра и диспансеризации?

Эталон ответа: Порядок прохождения диспансеризации определен приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Задание 55.

Что включает в себя профилактический медицинский осмотр?

1. *Эталон ответа:* анкетирование граждан в возрасте 18 лет и старше 1 раз в год в целях выявления жалоб, характерных для неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также выявления у граждан в возрасте 65 лет и старше риска падений, остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, нарушений слуха и зрения;

2. антропометрию (измерение роста, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;

3. измерение артериального давления;

4. определение уровня общего холестерина в крови;

5. определение уровня глюкозы в крови натощак;

6. определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска;

7. флюорографию легких

8. электрокардиографию в возрасте 35 лет и старше 1 раз в год;

9. измерение внутриглазного давления в возрасте 40 лет и старше 1 раз в год;

10. осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом женщин в возрасте от 18 до 39 лет 1 раз в год;

11. прием по результатам профилактического медицинского осмотра врачом-терапевтом

Задание 56.

Диспансеризация проводится в _____ этапа..

Эталон ответа: два.

Задание 57.

Цель первого этапа диспансеризация?

Эталон ответа: выявление у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, определения показаний для дополнительного обследования на втором этапе диспансеризации.

Задание 58.

Объем обследований и осмотров специалистами определяется в зависимости от

Эталон ответа: возраста.

Задание 59.

Первый этап диспансеризации включает в себя?

1. *Эталон ответа:* опрос (анкетирование) в целях выявления жалоб, характерных для неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, а также выявления у граждан в возрасте 75 лет и старше риска падений, остеопороза, депрессии, сердечной недостаточности, нарушений слуха и зрения;

2. антропометрию (измерение роста, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела;

3. измерение артериального давления;

4. определение уровня общего холестерина в крови;
5. определение уровня глюкозы в крови натощак;
6. определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска;
7. проведение индивидуального профилактического консультирования;
8. электрокардиографию для мужчин в возрасте 36 лет и старше, для женщин в возрасте 45 лет и старше;
9. осмотр фельдшером (акушеркой) с цитологическим исследованием мазка с шейки матки для женщин в возрасте от 30 до 60 лет;
10. флюорографию легких;
11. маммографию обеих молочных желез для женщин в возрасте 39 - 48 лет 1 раз в 3 года и в возрасте 50 - 70 лет 1 раз в 2 года;
12. исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом для граждан в возрасте от 49 до 73 лет 1 раз в 2 года;
13. определение простат-специфического антигена (ПСА) в крови для мужчин в возрасте 45 лет и 51 года;
14. измерение внутриглазного давления для граждан в возрасте от 60 лет и старше;
15. прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 3 года;
16. прием (осмотр) врачом-терапевтом по завершении исследований первого этапа диспансеризации, проводимых с периодичностью 1 раз в 2 года при наличии выявленных патологических изменений.

Задание 60.

Показания на второй этап определяет врач-_____ по результатам обследований, проведенных в рамках первого этапа.

Эталон ответа: терапевт.

Задание 61.

Что такое профилактический осмотр и диспансеризация?

Эталон ответа: Профилактический осмотр и диспансеризация – это бесплатное медицинское обследование, цель которого раннее выявление хронических неинфекционных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации (сердечно-сосудистых, онкологических, хронических заболеваний органов дыхания, сахарного диабета). Не менее важно, что в процессе этих мероприятий выявляются факторы риска их развития. Среди них: повышенный уровень артериального давления, повышенный уровень холестерина и глюкозы в крови натощак, курение табака, риск пагубного потребления алкоголя, нерациональное питание, низкую физическую активность, избыточную массу тела или ожирение.

Диспансеризация - это визит к врачу «пока ничего не болит».

Задание 62.

Платная ли процедура диспансеризации?

Эталон ответа: Нет, это – бесплатная процедура, ее оплата осуществляется средствами обязательного медицинского страхования.

Задание 63.

Может ли гражданин отказаться от диспансеризации?

Эталон ответа: Для прохождения ДВН необходимо информированное добровольное согласие, и гражданин имеет право оформить отказ от всего проведения диспансеризации либо от отдельных видов медицинских исследований, которые входят в ее объем. Отказ

должен быть в письменной форме и соответствовать порядку, который утвержден федеральным законодательством. И, если гражданин отказывается от мероприятий превышающих 15% от количества необходимых, тогда это уже не диспансеризация, а профилактический осмотр.

Задание 64.

Работодатель может принудительно отправлять работника для прохождения ДВН?

Эталон ответа: Принуждение незаконно. Нельзя насильно заставить работника проходить диспансеризацию взрослого населения. В тоже время работодатель должен быть заинтересован в снижении заболеваемости своих подопечных, ведь это увеличение количества рабочих дней вместо листов нетрудоспособности..

Задание 65.

Что нужно для прохождения ДВН?

Эталон ответа: При прохождении диспансеризации в поликлинической регистратуре нужно предъявить свой паспорт, страховой медицинский полис и СНИЛС.

Задание 66.

Сколько времени затрачивается на диспансеризацию?

Эталон ответа: Она проводится в два этапа.

Прохождение обследований 1-го этапа диспансеризации требует минимум двух визитов в поликлинику. Первый ориентировочно займет времени от трех до шести часов (это зависит от объема медобследований соответствующий Вашему возрасту). Второе посещение к участковому врачу-терапевту для проведения заключительного осмотра и подведения итогов результатов диспансеризации (зависит от времени, нужного для получения результатов обследований) может состояться в диапазоне от одного до шести дней.

Если по каким-либо причинам у Вас по результатам 1-го этапа выявлено наличие хронического неинфекционного заболевания либо высокий или очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, то участковый терапевт направит Вас на 2-й этап диспансеризации, его длительность зависит от объема дополнительных исследований.

Задание 67.

Каким образом завершается диспансеризация?

Эталон ответа: По окончании всех консультаций специалистов и медицинских исследований пациент посещает врача-терапевта, который определяет его группу здоровья и выносит индивидуальные рекомендации. Если есть некоторые заболевания (нпр, выявился сахарный диабет) пациента направляют в школу пациента с целью осуществления группового консультирования.

Результаты диспансеризации могут заноситься в паспорт здоровья и выдаваться пациенту на руки.

Задание 68.

Отличие диспансеризации от профилактического медицинского осмотра?

Эталон ответа: Профосмотр – это сокращенная программа медицинского осмотра. Его можно проходить один раз в два года. Год прохождения диспансеризации отменяет профилактический осмотр. Для его прохождения нужно обратиться в отделение (кабинет) поликлиники по месту жительства.

Задание 69.

Как быть, если в поликлинике отсутствует нужный специалист либо оборудование для обследования?

Эталон ответа: В этих случаях главный врач больницы заключает договор с другим медицинским учреждением и дает направление в него для завершения медобследования.

Задание 70.

Зачем нужна диспансеризация?

Эталон ответа: Диспансеризация взрослого и детского населения позволяет находить факторы риска раковых, сердечно-сосудистых заболеваний, болезни эндокринной системы, факторы риска которых включают нерациональное питание, состояние ожирения, чрезмерное потребление алкоголя содержащих напитков, табакокурение, низкая физическая активность, завышенный уровень холестерина и повышенный уровень артериального давления.

Задание 71.

Для каких групп взрослого населения проводятся профилактические мероприятия?

Эталон ответа: Профилактические мероприятия проводятся для работающих и неработающих граждан в возрасте 18 лет и старше.

Задание 72.

С какой целью проводятся профилактические мероприятия?

Эталон ответа: Профилактические мероприятия направлены на раннее выявление (скрининг) хронических неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистых, бронхолегочных, онкологических, сахарного диабета, заболеваний ЖКТ. эндокринной системы, болезней системы кровообращения и т.п.).

Задание 73.

Где можно пройти профилактические мероприятия?

Эталон ответа: Диспансеризация и профилактический медицинский осмотр проводятся в медицинской организации, где гражданин получает первичную медико-санитарную помощь.

Задание 74.

Исследования на выявление злокачественных новообразований толстого кишечника и прямой кишки:

Эталон ответа: ректороманоскопия; колоноскопия (при необходимости может проводиться с применением анестезиологического пособия, в том числе в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в условиях дневного стационара).

Задание 75.

Как пройти диспансеризацию, если вы работаете?

Эталон ответа: Работники при прохождении диспансеризации в порядке, предусмотренном законодательством в сфере охраны здоровья, имеют право на освобождение от работы на один рабочий день один раз в три года с сохранением за ними места работы (должности) и среднего заработка. Работник освобождается от работы для прохождения диспансеризации на основании его письменного заявления, при этом день (дни) освобождения от работы согласовывается (согласовываются) с работодателем (ТК РФ Статья 185.1.). Органы управления здравоохранением субъекта РФ обязаны организовать прохождение гражданами профилактических мероприятий, в том числе в вечерние часы и в субботу, а также предоставить возможность дистанционной записи на приемы (осмотры, консультации и т.п.) в рамках профилактических мероприятий.

ПК – 5

Задания закрытого типа:

1. Какова площадь поверхности легочных альвеол?

- 1) 20–25 м²
- 2) 26–50 м²
- 3) 51–70 м²
- 4) 71–80 м²
- 5) 81–90 м²

Эталон ответа: 4

2. Основное вещество сурфактанта:

- 1) альфа-1 глобулин
- 2) альфа-2 глобулин
- 3) альбумин
- 4) фосфолипид
- 5) холестерин

Эталон ответа: 4

3. При каком заболевании аускультативно определяются мелкопузырчатые влажные хрипы?

- 1) бронхит
- 2) фиброз
- 3) пневмония
- 4) отек легких
- 5) туберкулез

Эталон ответа: 4

4. Какова вместимость плевральной полости взрослого человека?

- 1) 1–1,5 л
- 2) 1,5–2,5 л
- 3) 3–4 л
- 4) 4–5 л
- 5) 5,5–6 л

Эталон ответа: 3

5. Оптимальное лечение при тяжелом слипчивом перикардите ?

- 1) препараты дигиталиса
- 2) фенестрация перикарда
- 3) дренирование перикарда
- 4) перикардэктомия
- 5) лечение диуретиками

Эталон ответа: 3

6. Оптимальный температурный режим для активного размножения микобактерий туберкулеза:

- 1) 20 - 25С
- 2) 37 - 38С
- 3) 42 - 45С
- 4) 50 - 55С

Эталон ответа: 2

7. Температурный режим, при котором происходит гибель микобактерий туберкулеза при 15-минутном воздействии:

- 1) - 140С
- 2) 0С
- 3) + 60С
- 4) + 100С

Эталон ответа: 4

8. Вид микобактерий, наиболее часто вызывающих туберкулез у человека:

- 1) *M. tuberculosis*
- 2) *M. bovis*
- 3) *M. avium*
- 4) *M. kansasii*

Эталон ответа: 1

9. 4. Возбудители микобактериоза:

- 1) микобактерии БЦЖ
- 2) атипичные микобактерии
- 3) L-формы микобактерий туберкулеза
- 4) *M. bovis*

Эталон ответа: 2

10. Метод общедоступной и срочной лабораторной диагностики МБТ, выполнимый в любом лечебно-профилактическом учреждении:

- 1) метод флотации
- 2) прямая бактериоскопия
- 3) бактериологическое исследование
- 4) люминесцентная бактериоскопия

Эталон ответа: 2

11. К нагноительным заболеваниям легких не относят:

- 1) абсцесс легкого
- 2) нагноившуюся кисту легкого
- 3) бронхоэктатическую болезнь
- 4) эмпиему плевры
- 5) гангрену легкого

Эталон ответа: 4

12. Чаще всего наблюдаются абсцессы легких:

- 1) посттравматические
- 2) обтурационные
- 3) постпневмонические
- 4) аспирационные
- 5) гематогенно-эмболические

Эталон ответа: 3

13. Инфекция, вызывающая абсцесс легкого, чаще всего проникает в легкое:

- 1) бронхогенным путем
- 2) гематогенным
- 3) лимфогенным
- 4) контактным

5) постманипуляционным

Эталон ответа: 1

14. При гематогенном проникновении инфекции в легкое абсцесс чаще развивается:

- 1) в задне-нижних отделах
- 2) в верхушечных отделах, в прикорневом отделе
- 3) в кортикальном слое
- 4) в базальных сегментах

Эталон ответа: 4

15. Острый, дренируемый в бронх абсцесс легкого рентгенологически сходен:

- 1) с очаговой пневмонией
- 2) с центральным раком легкого
- 3) с полостной формой рака
- 4) со стафилококковой деструкцией легкого
- 5) с очагом гона

Эталон ответа: 3

16. Поздняя диагностика рака легкого обусловлена:

- 1) возникновением его на фоне хронических заболеваний
- 2) возникновением его на фоне бронхита у курильщиков
- 3) отсутствием объективных признаков на ранних стадиях заболевания
- 4) длительным бессимптомным течением
- 5) всем перечисленным

Эталон ответа: 5

17. К центральному раку легкого относят опухоль, исходящую из эпителия:

- 1) главного бронха
- 2) субсегментарного бронха
- 3) бронхиол
- 4) альвеол
- 5) верно, все перечисленное

Эталон ответа: 1

18. К центральному раку легкого относят опухоль, исходящую из эпителия

- 1) долевого бронха
- 2) субсегментарного бронха
- 3) бронхиол
- 4) альвеол
- 5) верно, все перечисленное

Эталон ответа: 1

19. К центральному раку легкого относят опухоль, исходящую из эпителия:

- 1) сегментарного бронха
- 2) субсегментарного бронха
- 3) бронхиол
- 4) альвеол
- 5) верно, все перечисленное

Эталон ответа: 1

20. К периферическому раку легкого относят опухоль, исходящую из эпителия:

- 1) главного бронха

- 2) долевого бронха
 - 3) сегментарного бронха
 - 4) субсегментарного бронха
 - 5) верно все перечисленное
- Эталон ответа: 4

21. Перфорация пищевода может быть вызвана:

- 1) эзофагоскопией
- 2) проглоченным инородным телом
- 3) сильной рвотой
- 4) эрозией опухоли
- 5) всем перечисленным

Эталоны ответа: 5

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

- 1) газа в плевральных полостях
- 2) расширения тени средостения
- 3) газа в средостении и мягких тканях шеи
- 4) выхождения контрастного вещества за пределы пищевода

Эталоны ответа: 1

23. Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается:

- 1) промывание пищевода и желудка с помощью зонда
- 2) промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом
- 3) внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств
- 4) очистительные клизмы

Эталоны ответа: 1

24. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

- 1) эндоскопия
- 2) инородное тело
- 3) трахеостомия
- 4) интубация трахеи при наркозе
- 5) спонтанный разрыв

Эталоны ответа: 2

25. Наиболее обширные повреждения пищевода: развиваются при приеме следующих химических агентов

- 1) неорганических кислот
- 2) щелочей
- 3) органических кислот
- 4) лаков
- 5) суррогатов алкоголя

Эталоны ответа: 2

Задания открытого типа:

Задание 1.

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?

Эталонный ответ: для уточнения диагноза необходимо провести объективное обследование больного (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Далее выполнить рентгенографию легких в двух проекциях, бактериологическое исследование мокроты. При необходимости дополнить обследование фибробронхоскопией и компьютерной томографией. Учитывая анамнестические данные и жалобы больного, можно предположить наличие абсцесса левого легкого.

Задание 2.

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.

Эталонный ответ: воронкообразная деформация грудной клетки. Показана рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-кардиография. Консультация генетика с исключением синдрома Морфана, Эллерса-Данлоса. Оперативное лечение.

Задание 3.

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.

Эталонный ответ: воронкообразная деформация грудной клетки. Показана рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-кардиография. Консультация генетика с исключением синдрома Морфана, Эллерса-Данлоса. Оперативное лечение.

Задание 4.

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.

Эталонный ответ: подозрение на секвестрацию нижней доли правого легкого. Показана бронхоскопия, томография, ангиография. Лечение оперативное

Задание 5.

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.

Эталонный ответ: подозрение на лимфому, тератому средостения. Показано УЗИ образования, рентгенография грудной клетки, томография. Анализ крови на альфа-фетопротеин. Лечение оперативное

Задание 6.

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?

Эталонный ответ: туберкулез легких.

Задание 7

Больной И. 68 лет, жалуется на упорный кашель, слабость, t-37,5°C. Рентгенологически определяется диссеминированный процесс в легких с правосторонним плевритом. В анализе плевральной жидкости обнаружены БК.

Какой диагноз можно выставить?

Эталонный ответ: диссеминированный туберкулез легких

Задание 8.

Больная Г. 45 л. 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.

Вопрос: каков дифференциальный ряд?

Эталонный ответ: на основании вышеизложенных жалоб и данных рентгенологического обследования, можно предположить наличие абсцесса правого легкого. Учитывая локализацию процесса, необходимо исключить кавернозную форму туберкулеза легких. Рентгенологическая картина образования (нечеткий внутренний контур, умеренно выраженная инфильтрация) общее состояние пациентки, позволяют дополнить дифференциальный ряд полостной формой рака легкого.

Задание 9.

Больному У., 38 лет, поступившему в отделение торакальной хирургии с диагнозом экссудативный плеврит справа неясной этиологии выполнена операция: торакоскопия справа, декорткация 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?

Эталонный ответ: диссеминированный туберкулез легких.

Задание 10.

У больной 27 лет жалобы на периодически возникающий кашель при наклоне вперед, в положении на животе с отделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты. Рентгенологически в проекции заднего средостения определяется округлое образование

размерами 3х5см с четкими контурами, по верхнему контуру определяется участок просветления.

Какой диагноз?

Эталонный ответ: абсцесс легкого

Задание 11.

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?

Эталонный ответ: правосторонний экссудативный плеврит.

Задание 12.

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?

Эталонный ответ: у больного гангрена верхней доли правого легкого. Учитывая локализацию процесса, необходимо выяснить эпидемиологический анамнез относительно фтизиопроцесса (не болел ли раньше туберкулезом, не было ли контакта с больными туберкулезом). Специфическая терапия, значительно ускорит процесс выздоровления. Необходимо назначить комплексное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, коррегирующую терапию. Парахирургические вмешательства: дренирование плевральной полости, назобронхиальное дренирование с целью санации очага. При неэффективности проводимой терапии показано оперативное лечение – лобэктомия.

Задание 13.

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.

Эталонный ответ: расщепление грудины. Показана рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-кардиография. Оперативное лечение.

Задание 14.

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 белого 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?

Эталонный ответ: Бронхоскопическая картина соответствует раку правого легкого, центральной формы с поражением нижнедолевого бронха и ателектазом нижней доли.

Задание 15.

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?

Эталонный ответ: рак правого легкого центрально форма.

Задание 16.

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?

Эталонный ответ: вышеизложенные данные позволяют предположить у больного наличие рака левого легкого. Для уточнения диагноза необходимо выполнить фибробронхоскопию с последующей биопсией материала. Информацию о распространенности процесса, его связи с близлежащими органами можно получить, выполнив компьютерную томографию.

Задание 17.

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.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и дайте его обоснование.
2. Классифицируйте описанную форму заболевания.

Эталонный ответ:

1. Злокачественная опухоль нижней доли правого легкого с прорастанием в грудную стенку, метастазами в лимфатические узлы корня.
2. Данная клинико-рентгенологическая картина может соответствовать полостной форме периферического рака легкого.

Задание 18.

У больного К., 38 лет после травмы. рентгенологически на стороне поражения отмечается гомогенное затемнение гемиторакса. При плевральной пункции получена кровь.

Какой диагноз можно выставить?

Эталонный ответ: гемоторакс.

Задание 19.

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?

Эталонный ответ: Правосторонний спонтанный пневмоторакс.

Задание 20.

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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз обоснование.
2. Тактика хирурга.
3. Какие два синдрома сопровождают ранение сердца?

Эталонный ответ: у пострадавшего типичная картина ранения сердца с синдромом «тампонады» сердца.

Задание 21.

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.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Назовите наиболее частые предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобных состояний.
3. С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз ?

Эталонный ответ:

1. Первичный правосторонний спонтанный пневмоторакс справа.
2. Наиболее частыми предрасполагающими факторами являются буллезная болезнь легких, туберкулез легких, бластомы с повреждением листков плевры. Провоцирующие факторы – факторы, обуславливающие внезапный подъем давления в трахеобронхиальном дереве при закрытой голосовой щели (тяжелая физическая нагрузка, хронические obstructивные заболевания легких с упорным кашлем).
3. Диффдиагноз проводится среди заболеваний, которые могли явиться провоцирующим фактором развития спонтанного пневмоторакса.

Задание 22.

У больной З., 40 лет после еды появился упорный надсадный кашель. На рентгенограмме видимой патологии не выявлено. При ФБС – выявлена косточка в нижнем долевого бронхе справа.

Какой диагноз можно выставить?

Эталонный ответ: инородное тело правого нижнедолевого бронха.

Задание 23.

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.

Эталонный ответ: бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задание 24.

Ребенок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появилась одышка до 80 в мин., цианоз, хрипящее 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.

Эталонный ответ: деструктивная пневмония, осложненная пневмотораксом. Показана рентгенография грудной клетки и плевральная пункция.

Задание 25.

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.

Эталонный ответ: бронхоэктазия нижнедолевого бронха слева. Ателектаз нижней доли. Показана рентгенография грудной клетки и бронхоскопия. Лечение оперативное.

Задание 26. Хирургическая анатомия заднего средостения.

Эталонный ответ: Комплекс органов (сердце с перикардом и большими сосудами, а также другие органы), которые заполняют пространство между медиастинальными плеврами, называется средостением, mediastinum. Этот комплекс органов образует как бы перегородку между двумя плевральными мешками. Органы средостения окружены клетчаткой, содержащей сложные нервно-сосудистые образования.

Задание 27. Значение рентгенологического исследования в торакальной хирургии.

Эталонный ответ: Специальный метод исследования, с которого всегда начинают обследование пациента с патологией лёгких. Классическое рентгенологическое исследование грудной клетки, применяемое для диагностики патологических изменений грудной клетки, органов грудной полости и близлежащих анатомических структур является одним из наиболее распространённых рентгенографических исследований. Чем плотнее ткань, тем светлее она проявляется на рентгеновском снимке. В частности на рентгеновском снимке хорошо видны кости и внутренние органы.

Задание 28. Эндоскопические методы исследования и лечения. Трахеобронхоскопия.

Эталонный ответ: трахеобронхоскопия и эзофагоскопия — это важнейшие, ключевые инструменты в арсенале оториноларинголога. Они позволяют диагностировать, лечить и отслеживать заболевания и повреждения подскладочного отдела гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Для проведения трахеобронхоскопии и эзофагоскопии необходимо в совершенстве знать анатомию гортани, гортаноглотки, пищевода и нижнего отдела дыхательного тракта. Хирург должен хорошо разбираться в доступном инструментарии и техниках его использования, понимать преимущества и недостатки гибкой и жесткой эндоскопии. Трахеобронхоскопия может проводиться с использованием гибкого или

жесткого эндоскопов, каждый из них имеет свое значение в диагностике и лечении заболеваний трахеобронхиального дерева. И хотя с помощью этих инструментов осматривают не только бронхи, но также подскладочное пространство и трахею, называют их бронхоскопами. Для того, чтобы хирург мог добиться наилучшей визуализации и наиболее быстрого завершения намеченной процедуры, он должен понимать преимущества и недостатки каждого из этих инструментов при использовании их в амбулатории или в условиях операционной.

Задание 29. Эзофагоскопия.

Эталонный ответ: методика жесткой эзофагоскопии. Жесткая эзофагоскопия проводится в операционной с применением общей анестезии и интубацией трахеи (тем не менее, использование местной анестезии и мониторингового анестезиологического пособия тоже возможно). Пациент лежит на спине. Не следует подкладывать валик под плечи или как-либо еще разгибать шею.

Задание 30. Биопсия в торакальной хирургии.

Эталонный ответ: Трансторакальная биопсия легкого — это инвазивное диагностическое исследование, при котором производится забор легочной ткани через грудную клетку. Для этого могут использоваться иглы или малая торакотомическая операция. Исследование проводится для дифференциальной диагностики объемных новообразований легких, а также при всех видах диссеминированных поражений легких.

Задание 31. Радиоизотопные (радионуклидные) методы исследования. Радиоизотопные методы исследования кровотока в лёгких, вентиляции лёгких, лимфатической системы.

Эталонный ответ: радиоизотопное исследование — это разновидность лучевой диагностики, основанная на регистрации излучения, исходящего от радиоактивных веществ, введенных в организм пациента или в биологическую жидкость, содержащуюся в пробе. Данные вещества известны как радиофармацевтические препараты (РФП). Так принято называть химические или биохимические соединения, молекулы которых включают радионуклиды.

Задание 32. Функциональные исследования органов дыхания. Спирография.

Эталонный ответ: Стандартное спирографическое исследование производится натошак, в положении сидя. Предварительно больному подробно разъясняют условия записи и репетируют определение ЖЕЛ и МВЛ. Спирограф заполняется кислородом. Больной усаживается так, чтобы он не видел регистрируемой кривой, и берет в рот загубник; нос закрывается специальным мягким зажимом. Необходимо убедиться, что загубник и носовой зажим обеспечивают герметичность системы легкие — спирограф. Затруднения в герметизации иногда наблюдаются при беззубых челюстях, поэтому при наличии у больного съемного зубного протеза его не следует снимать.

Задание 33. Цитологическое исследование мокроты, плевральной жидкости

Эталонный ответ: при диагностике заболеваний органов дыхания цитологическому исследованию подвергают спонтанно выделенную или индуцированную ингаляцией трипсина мокроту, материал, полученный соскобом, аспирацией, смывом, пункцией, в том числе лимфатических узлов средостения во время бронхоскопии; трансторакальной плевральной пункцией лимфоузлов и средостения. Трудности, встречающиеся при цитологической диагностике заболеваний легких, связаны с разнородностью клеточных элементов в исследуемом материале, разнородностью нозологических форм, являющихся поводом для цитологического исследования, часто встречающимися метастазами в легкие злокачественных новообразований других локализаций. При различных острых и хронических заболеваниях легких в цитологическом материале имеется комплекс

изменений, включающих гиперплазию, метаплазию и дистрофию различных эпителиальных клеток.

Задание 34. Этиология и патогенез туберкулёза органов дыхания.

Эталонный ответ: вызывает туберкулез микобактерия туберкулеза, открытая Кохом в 1882 г. Различают 4 типа микобактерий: человеческий, бычий, птичий и холоднокровных. Для человека патогенны два первых типа. Для микобактерий туберкулеза характерны: оптимальный рост в условиях большого насыщения тканей кислородом и вместе с тем возможность роста при его отсутствии (факультативный анаэроб); крайне выраженная изменчивость - ветвистые, коккообразные, L-формы, которые под влиянием химиопрепаратов могут терять клеточную стенку и длительно персистировать в организме.

Задание 35. Классификация туберкулёза.

Эталонный ответ: выделяют следующие клинические формы туберкулеза органов дыхания: первичный туберкулезный комплекс (форма первичного туберкулеза, характеризующаяся развитием воспалительных изменений в легочной ткани, поражением регионарных внутригрудных лимфатических узлов и лимфангитом); туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (поражение различных групп лимфатических узлов в результате первичного заражения туберкулезом; различают "малую", инфильтративную и опухолевидную формы); диссеминированный туберкулез легких (различные процессы, развивающиеся в результате распространения микобактерий туберкулеза гематогенным, лимфогенным и смешанными путями; протекает как острый, подострый и хронический).

Задание 36. Первичный туберкулёзный комплекс.

Эталонный ответ: первичный туберкулёзный комплекс (ПТК, комплекс Гона) возникает при первичном заражении туберкулёзом. Обычно встречается в детском возрасте, гораздо реже у взрослых.

Задание 37. Туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов у взрослых.

Эталонный ответ: Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ) — форма туберкулеза органов дыхания, которая характеризуется поражением лимфатических узлов корней легких и средостения. ТВГЛУ является формой первичного туберкулеза, который возникает при заражении микобактериями туберкулеза (МБТ) ранее неинфицированных людей. ТВГЛУ заболевают в основном дети и подростки, реже лица молодого возраста. Иногда ТВГЛУ заболевают лица пожилого и старческого возраста, у которых патогенез заболевания связывают не с первичным инфицированием МБТ, а с реактивацией зажившего в детстве туберкулезного процесса в лимфатических узлах.

Задание 38. Очаговый туберкулёз лёгких.

Эталонный ответ: Очаговый туберкулез легких — клиническая форма туберкулеза, которая является условным собирательным клиникоморфологическим понятием. К нему относят различные по патогенезу, морфологическим и клинко-рентгенологическим проявлениям поражения туберкулезной этиологии, при которых диаметр каждого патологического образования не более 12 мм, т. е. не превышает поперечного размера легочной доли.

Задание 39. Диссеминированный туберкулёз лёгких.

Эталонный ответ: Диссеминированный туберкулез легких – это клиническая форма туберкулезной инфекции, характеризующаяся формированием в легких многочисленных очагов специфического воспаления вследствие гематогенного или лимфогенного распространения микобактерий. Диссеминированный туберкулез легких протекает остро,

подостро или хронически; с общим недомоганием, гипертермией, одышкой, влажным кашлем, кровохарканьем.

Задание 40. Инфильтративный туберкулёз лёгких.

Эталонный ответ: В основе возникновения инфильтративного туберкулеза легких лежит один из двух механизмов: эндогенная реактивация либо экзогенная суперинфекция. Реактивация характеризуется прогрессированием старых или свежих очагов туберкулеза, появлением вокруг них зоны инфильтрации и развитием экссудативной тканевой реакции. ... В современной фтизиатрии принято выделять пять клинико-рентгенологических вариантов инфильтративного туберкулеза легких

Задание 41. Туберкулёма (казеома) лёгких.

Эталонный ответ: Туберкулема – это клиническая форма туберкулеза, при которой в легких имеется округлое образование. Оно представляет собой продуктивный очаг с казеозным некрозом, более 1 см в диаметре, ограниченный от окружающей легочной ткани соединительнотканной капсул. Это образование может долгое время оставаться стабильным.

Задание 42. Кавернозный туберкулёз лёгких.

Эталонный ответ: Кавернозный туберкулёз лёгких — форма туберкулёза лёгких, при которой обнаруживаются каверны. Развивается в тех случаях, когда прогрессирование других форм (первичный комплекс, очаговый, инфильтративный, гематогенный диссеминированный туберкулёз) приводит к формированию каверны, то есть стойкой полости распада лёгочной ткани.

Протекает без очагов отсева и без развития перифокального воспаления. При данном заболевании каверна представляет собой патологическую полость, ограниченную трёхслойной капсулой, внутренний слой которой состоит из неотторгнувшихся казеозных масс, средний слой — слой специфических грануляций, наружный слой — фиброзный слой.

Задание 43. Фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких.

Эталонный ответ: хроническая форма туберкулеза легких, характеризирующаяся наличием фиброзной каверны, развитием фиброзных и казеозно некротических изменений в окружающей легочной ткани, высоким уровнем устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП), прогрессирующим и осложненным течением, нередко с летальным исходом

Задание 44. Цирротический туберкулёз лёгких.

Эталонный ответ: причины цирротического туберкулеза. В результате интенсивного развития фиброзно-склеротических изменений в легких развивается цирротический туберкулез. Для его возникновения обычно требуется длительный срок, исчисляемый многими годами. Но иногда он может образоваться и за сравнительно короткий отрезок времени. Происхождение этой формы процесса объясняют различными причинами.

Задание 45. Туберкулёз бронхиального дерева.

Эталонный ответ: специфическое воспалительное поражение бронхиальной стенки, вызванное *M. tuberculosis* и обычно осложняющее течение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) и легких. Для туберкулеза бронхов типичен некупируемый приступообразный кашель с выделением скудной мокроты, боль в грудной клетке, одышка, кровохарканье.

Задание 46. Прогрессирующие формы первичного и вторичного туберкулёза.

Эталонный ответ: определение первичного туберкулеза предусматривалось классификацией туберкулеза, разработанной Национальной противотуберкулезной ассоциацией США (1961). стадии туберкулеза. В последнее время, согласно новой системе в статистике туберкулеза в ФРГ, также различают первичный, послепервичный туберкулез и плеврит, который может относиться к тому и другому периоду. Но не все принципы и детали этих классификаций могут быть приняты. Нельзя согласиться, например, с рекомендацией Aschoff различать при туберкулезе период первичной инфекции и реинфекции.

Задание 47. Казеозная пневмония.

Эталонный ответ: казеозная пневмония образуется и в результате аспирации крови и микобактерий туберкулеза после легочного кровотечения или кровохарканья. Заболевание начинается остро, с высокой лихорадкой, нередко гектического типа, и быстро нарастающими симптомами интоксикации; на первых порах оно напоминает крупозную пневмонию. Больные жалуются на одышку, боли в груди, кашель с мокротой. У них наблюдаются цианоз губ, акроцианоз, резкая тахикардия.

Задание 48. Распространённые формы первичного и вторичного туберкулёза

Эталонный ответ: Стремясь к рациональному определению показаний к изученным современным корригирующим методам (ограниченная верхне-задняя торакопластика, оперативное перемещение диафрагмы и пневмоперитонеум) с учетом выявленной реальной клинической значимости каждого из них, мы провели анализ их применения при резекции легких у 369 больных распространенными формами туберкулеза в зависимости от исходных протяженности специфического процесса и функциональных нарушений, характера и объема оперативного вмешательства, а также степени операционного риска и полученных непосредственных и отдаленных клинических результатов.

Задание 49. Пороки (дисплазии) развития лёгких. агенезия, аплазия, синдром гиалиновых мембран, простая и кистозная гипоплазия, долевая эмфизема новорожденных

Эталонный ответ: бронхолёгочная дисплазия (БЛД) – это хроническое заболевание дыхательной системы у новорожденных, которое возникает при проведении ИВЛ с использованием высоких концентраций кислорода на фоне респираторных нарушений. Основные проявления – синдром дыхательной недостаточности (ДН) и бронхиальной обструкции, деформация грудной клетки. Основа диагностики бронхолегочной дисплазии – рентгенография ОГК. Лечение при данной патологии включает в себя неспецифические терапевтические меры: рациональное питание и режим, адекватную респираторную поддержку, симптоматические медикаментозные препараты.

Задание 50. Пороки (дисплазии) развития лёгких. Гамартома

Эталонный ответ: Доброкачественная опухоль лёгких врождённого происхождения, включающая в себя наряду с лёгочной тканью хрящевые, фиброзные, жировые или сосудистые структуры. Гамартома лёгкого, состоящая из тех же компонентов, что и само лёгкое, отличается их неправильным расположением и степенью дифференцировки. Несмотря на устойчивую эпидемиологическую частоту данной нозологической формы, как и ранее, остаётся сложной диагностика гамартоты, дифференциация её с другими объёмными образованиями лёгкого, в первую очередь с первичными и метастатическими злокачественными процессами.

Задание 51. Киста лёгкого.

Эталонный ответ: Патологическая полость в паренхиме легкого, заполненная воздухом или жидкостным содержимым. Течение кисты легкого может быть бессимптомным, клинически выраженным (с одышкой, кашлем, тяжестью и болями в груди) и осложненным

(инфицированием, пневмотораксом, кровотечением и др.). Основная диагностика кисты - рентгенологическая, включающая обзорную рентгенографию органов грудной клетки, КТ легких, ангиопульмонографию, бронхографию.

Задание 52. Внедолевая секвестрация

Эталонный ответ: описано одновременное существование внутри- и внедолевой секвестрации. Рисунок 2. Секвестрация легкого. 1- внутридолевая 2- внедолевая. Клинические проявления. Клинические проявления при секвестрации легкого зависят от типа секвестрации, размеров секвестрированного участка и выраженности аномального кровообращения. У ряда пациентов патология может быть выявлена случайно, при рентгенологическом исследовании органов грудной полости.

Задание 53. Добавочная доля с обычным и аномальным кровоснабжением

Эталонный ответ: истинное добавочное лёгкое представляет собой разделённый на доли, покрытый плеврой орган, аэрирующийся собственным, обычно – трахеальным бронхом и имеющий лёгочное кровоснабжение. Чаще обнаруживаются аномалии развития междолевых щелей – добавочные доли. Некоторые авторы научных медицинских статей также относят к данной патологии расположенную в грудной или брюшной полости и не сообщаемую с трахеобронхиальным деревом массу aberrантной лёгочной ткани – экстралобарную секвестрацию.

Задание 54. Доля непарной вены

Эталонный ответ: так называется медиальная часть верхней доли правого легкого (lobus venae azygos), расположенная в кармане медиастинальной плевры и как бы отшнурованная непарной веной в период эмбрионального развития. Клиника. В большинстве случаев, когда бронхи указанного участка легкого не сдавливаются непарной веной, условия вентиляции остаются близкими к норме, и о наличии аномалии можно судить лишь по рентгенологическим находкам.

Задание 55. «Зеркальное» лёгкое

Эталонный ответ: транспозиция внутренних органов (также называемая зеркальным расположением внутренних органов) — это редкий вариант биологической аномалии, в котором основные внутренние органы имеют зеркальное расположение по сравнению с обычным нормальным положением: верхушка сердца обращена вправо (то есть сердце находится с правой стороны), печень расположена слева, желудок — справа. Обычное нормальное расположение органов на латыни называется situs solitus. В редких случаях встречается неопределённое положение внутренних органов, которое называется гетеротаксия (или situs ambiguous).

Задание 56. Обратное расположение лёгких

Эталонный ответ: двухдолевое строение правого легкого и трехдолевое – левого чаще всего является одним из проявлений полного обратного расположения и других внутригрудных органов (правостороннего сердца, аорты). В большинстве случаев обратное расположение легких не сопровождается появлением каких-либо болезненных расстройств и обнаруживается при профилактическом рентгенологическом обследовании.

Задание 57. Аневризма легочной артерии и её ветвей

Эталонный ответ: аневризма лёгочной артерии – это патологическое локальное расширение крупного сосуда, выходящего из правого желудочка сердца и доставляющего венозную кровь в малый круг кровообращения, или его ветвей. Обычно заболевание протекает бессимптомно, иногда у пациентов возникают боли в груди, одышка, охриплость голоса, кровохарканье и лёгочные кровотечения. Диагностируется с помощью

функциональных и рентгенологических (рентгенография грудной клетки, ангиопульмонография) методов исследования, КТ и МРТ сосудов лёгких.

Задание 58. Артериовенозный свищ

Эталонный ответ: артериовенозный свищ – это аномальное соединение или проход между артерией и веной. Она может быть врожденной, хирургически созданной для лечения гемодиализа или приобретенной вследствие патологического процесса, такого как травма или эрозия артериальной аневризмы.

Задание 59. Варикозное расширение легочных вен.

Эталонный ответ: варикозное расширение лёгочных вен - редкий порок развития, сопровождающийся мешковидным или веретенообразным расширением лёгочных вен (чаще сегментарных или субсегментарных) и обусловленный, по-видимому, неполноценным их развитием. Описаны случаи сочетания с другими пороками.

Задание 60. Стеноз легочной артерии

Эталонный ответ: стеноз легочной артерии. Легочный стеноз (ЛС) - сужение выносящего тракта правого желудочка, вызывающее препятствие току крови из правого желудочка в легочную артерию во время систолы. Легочный стеноз чаще всего бывает врожденным и протекает бессимптомно до взрослого возраста. Признаки легочного стеноза - нарастающе-убывающий шум изгнания. Диагноз устанавливают с помощью эхокардиографии.

Задание 61. Лимфангиоэктазия

Эталонный ответ: лимфангиолейомиоматоз (лейомиоматоз лёгких, диффузная лёгочная лимфангиоэктазия) возникает как самостоятельная патология либо становится одним из проявлений генетического заболевания – туберозного склероза. Встречается редко. ... Эта теория подтверждается активацией патологического процесса в предменструальный период, обострением при беременности и на фоне приёма оральных контрацептивов, стабилизацией в менопаузе.

Задание 62. Острый абсцесс лёгкого.

Эталонный ответ: это гнойно-деструктивный ограниченный процесс в лёгких. Характеризуется образованием одной или нескольких полостей с гнойным содержимым в лёгочной паренхиме, окружённых грануляционной тканью, зоной перифокальной воспалительной инфильтрации; протекает с выраженной интоксикацией и лихорадкой. Возбудитель - различные микроорганизмы. Характерно снижение общих и местных защитных функций организма из-за попадания в лёгкие и бронхи инородных тел, слизи, рвотных масс - при алкогольном опьянении, после судорожного припадка или в бессознательном состоянии. Способствуют хронические заболевания и инфекции, нарушение дренажной функции бронхов, длительный приём глюкокортикоидов, цитостатиков и иммунодепрессантов.

Задание 63. Хронический абсцесс лёгкого.

Эталонный ответ: это гнойно-деструктивный ограниченный процесс в лёгких. Характеризуется образованием одной или нескольких полостей с гнойным содержимым в лёгочной паренхиме, окружённых грануляционной тканью, зоной перифокальной воспалительной инфильтрации; протекает с выраженной интоксикацией и лихорадкой. Возбудитель — различные микроорганизмы (чаще всего золотистый стафилококк). Характерно снижение общих и местных защитных функций организма из-за попадания в лёгкие и бронхи инородных тел, слизи, рвотных масс — при алкогольном опьянении, после судорожного припадка или в бессознательном состоянии. Способствуют хронические

заболевания и инфекции (сахарный диабет, болезни крови), нарушение дренажной функции бронхов, длительный приём глюкокортикоидов, цитостатиков и иммунодепрессантов.

Задание 64. Острый абсцесс лёгкого.

Эталонный ответ: это ограниченный гнойно-деструктивный процесс в легочной ткани. В отличие от гангрены легкого, при которой гнойно-деструктивный процесс захватывает все легкое. Развитие абсцесса чаще всего говорит о выраженной защитной реакции организма, в отличие от гангрены, когда воспалительный процесс протекает на фоне слабой реактивности либо ареактивности организма.

Задание 65. Гангрена лёгкого.

Эталонный ответ: гангрена легких – это заболевание, характеризующееся возникновением гнойно-деструктивного процесса, охватывающего обширный участок паренхимы органа. Патологический очаг не ограничен капсулой или здоровой тканью. Этим он отличается от абсцесса.

Задание 66. Острая бактериальная деструкция лёгких (ОБДЛ)

Эталонный ответ: ОБДЛ расшифровывается как бактериальная деструкция легких. По своей сути данное заболевание является осложнением вовремя не пролеченной бактериальной пневмонии. Этот патологический процесс подразумевает под собой развитие гнойного воспаления в легочной паренхиме и плевре, которое приводит к грубым структурным изменениям.

Задание 67. Бронхоэктатическая болезнь. Определение понятия.

Эталонный ответ: это заболевание дыхательных путей, при котором возникает стойкое расширение просвета бронхов (bronхоэктаз). Этот процесс связан с нарушением эластичности и разрушением стенок бронхов, он сопровождается воспалением, нарушением кровоснабжения, прорастанием грубой рубцовой ткани, может быть последствием недостаточно развитых ветвей бронхиального дерева.

Задание 68. Бронхоэктазы (bronхоэктатическая болезнь). Частота. Этиология и патогенез.

Эталонный ответ: Видоизмененные бронхи носят название бронхоэктазов (или бронхоэктазий). Бронхоэктатическая болезнь встречается у 0,5–1,5 % населения, развиваясь преимущественно в детском и молодом возрасте (от 5 до 25 лет). Заболевание протекает в виде рецидивирующих бронхолегочных инфекций и сопровождается постоянным кашлем с мокротой. Поражение бронхов при бронхоэктатической болезни может ограничиваться одним сегментом или долей легкого либо быть распространенным.

Задание 69. Острая эмпиема плевры.

Эталонный ответ: ограниченное или диффузное воспаление висцеральной и париетальной плевры, протекающее с накоплением гноя в плевральной полости и сопровождающееся признаками гнойной интоксикации и нередко дыхательной недостаточности. Пиопневмоторакс - это синдром, развивающийся при различных по этиологии и патогенезу гнойно-деструктивных заболеваниях легких, характеризующийся прорывом гноя и воздуха в плевральную полость и имеющий в острый период характерную клиническую картину.

Задание 70. Хроническая эмпиема плевры. Этиология и патогенез.

Эталонный ответ: клинический термин "хроническая эмпиема плевры" обозначает - гнойно-деструктивный процесс в остаточной плевральной полости с грубыми и стойкими морфологическими изменениями, характеризующийся длительным течением с

периодическими обострениями. Возникновение хронической эмпиемы отмечается у 4-20% больных острыми эмпиемами плевры. В отличие от острой эмпиемы плевры значительно чаще встречается смешанная флора с преобладанием грамотрицательных бактерий (кишечной, синегнойной палочек). Формирование остаточной полости может быть обусловлено несколькими причинами: 1. Ошвартовывание коллабированных отделов легкого плотными организованными фиброзными массами, не поддающимся литической терапии; 2. Значительное уплотнение и склероз легочной ткани; 3. Несоответствие объемов резецированного легкого и плевральной полости; 4. Ателектаз части легкого из-за обструкции бронхиального дерева.

Задание 71. Хроническая эмпиема плевры. Клиника и диагностика.

Эталонный ответ: 1-я стадия: во время ремиссии больной чувствует себя здоровым, а в период обострения имеется клиника острой эмпиемы. 2-я стадия: клиника гнойной интоксикации, кашель с гнойной мокротой (с кратковременными улучшениями).

3-я стадия: дыхательная недостаточность, амилоидоз почек. Диагностика хронической эмпиемы несложна. Решающее значение имеют рентгенологические методы исследования. Обычно исследование начинается выполнением стандартных рентгенограмм грудной клетки в двух проекциях, в ряде случаев необходима латерография. Характер содержимого остаточной плевральной полости устанавливается при пункции ее.

Задание 72. Бронхиальные свищи. Этиология и патогенез. Патофизиология.

Эталонный ответ: Бронхиальный свищ – стойкое сообщение бронха с плевральной полостью, внутренним органом или с поверхностью грудной стенки, состоящее из фиброзной ткани, покрытой грануляциями или эпителием и развившееся в результате повреждения или патологического процесса в легком. Классическое определение «бронхиальный свищ» подразумевает лишь те случаи, когда патологический процесс в легком и в плевральной полости в основном уже закончен, а сохраняется стойкое непосредственное бронхокожное сообщение. Если же бронхиальный свищ открывается в плевральную полость или в полость легкого, следует говорить об эмпиеме плевры или абсцессе легкого с бронхиальным свищом. Помимо бронхиальных свищей различают несостоятельность культи бронха, бронхоплевральные или легочно-плевральные сообщения.

Задание 73. Бронхиальные свищи. Патофизиология. Классификация. Клиника и диагностика.

Эталонный ответ: Бронхиальные свищи нетравматического происхождения чаще всего развиваются при абсцессах и гангрене легкого. Абсцессы легкого в большинстве случаев вскрываются в бронхиальное дерево. Но лишь у 10 % больных острые сообщения полостей деструкции в легком с бронхиальным деревом превращаются в стойкие внутренние бронхолегочные свищи, которые поддерживаются хроническим гнойно-деструктивным процессом в легком (множественные абсцессы, бронхоэктазии). Иногда бронхоплевральный свищ развивается как осложнение эмпиемы плевры, которая протекает с вторичной деструкцией периферических участков легкого. В редких случаях бронхиальный свищ возникает как следствие распадающегося рака легкого, спонтанного пневмоторакса, актиномикоза, прорыва в бронх эхинококковой или другой кисты, туберкулезной каверны.

Задание 74. Бронхиальные свищи. Клиника и диагностика.

Эталонный ответ: I. Врожденные свищи (0,03–0,04% от числа новорожденных). II. Приобретенные свищи. 1) Травматического происхождения. 2) При гнойно-деструктивном процессе в легком. 3) После операции (несостоятельность культи бронха). По количеству. 1. Одиночные. 2. Множественные. 3. Решетчатое легкое. По характеру сообщений: 1.

Наружный свищ (бронхокожный, бронхоплеврокожный), а) губовидный – открывается непосредственно на кожу; б) трубчатый – сообщает просвет бронха с внешней средой через длинный и извилистый канал, покрытый грануляционной тканью. 2. Внутренний свищ. а) бронхоплевральный – сообщается лишь с остаточной плевральной полостью. б) бронхолегочный свищ – сообщение бронха с полостями в легких, образовавшимися или в результате абсцесса, или по ходу раневого канала, или вокруг инородного тела. в) бронхоорганный свищ (бронхожелудочный, бронхокишечный, бронхопищеводный, бронхопеченочный). По характеру изменений легочной ткани: а) без значительных изменений; б) с резкой инфильтрацией легочной ткани; в) с гнойно-деструктивным процессом в легком; г) с карнификацией легкого.

Задание 75. Спонтанный пневмоторакс. Этиология и патогенез.

Эталонный ответ: спонтанный пневмоторакс Этиология, патогенез спонтанного пневмоторакса. Пневмоторакс, возникающий у практически здоровых людей, называют спонтанным. Он развивается чаще у лиц молодого возраста после физической нагрузки. Причинами возникновения спонтанного пневмоторакса могут быть ограниченный спаечный процесс в плевральной полости, нарушение целостности легкого (перфорация булл, кист, абсцессов, опухолей, каверны, травмы, разрыв спаек). Способствующими факторами являются частые простудные заболевания, определенный вид профессии (стеклодув, музыкант и др.). У 30 % больных установить этиологию спонтанного пневмоторакса не удается.

ПК – 6

Задания закрытого типа:

1. Больной 36 лет поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу "барабанных палочек", коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза, какому методу отдадите предпочтение?

- 1) бронхоскопия
- 2) Спирометрия
- 3) бронхография
- 4) томография
- 5) рентгеноскопия грудной клетки

Эталон ответа: 3

2. У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Что необходимо для верификации диагноза?

- 1) чрезкожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ
- 2) бронхография
- 3) томография
- 4) бронхоскопия с биопсией
- 5) динамическое наблюдение с контролем через два месяца

Эталон ответа: 3

3. Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель. Отмечает похудание, появилась одышка. При осмотре состояние средней тяжести. Шея и лицо одутловаты.

Пульс - 120 уд/мин, АД - 170/100 мм рт. ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфоузлы диаметром 2–2,5 см. Ваш предварительный диагноз?

- 1) хронический медиастинит с обструкцией верхней полой вены
- 2) рак легкого с метастазами
- 3) хроническая пневмония
- 4) туберкулез легких
- 5) слипчивый перикардит

Эталон ответа: 1

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

- 1) задних поверхностей корней легких и задней стенки трахеи
- 2) середины трахеи и главных бронхов
- 3) передних поверхностей корней легких

Эталон ответа: 1

5. Вилочковая железа располагается:

- 1) в верхнем отделе переднего средостения
- 2) в нижнем отделе переднего средостения
- 3) в верхнем отделе заднего средостения
- 4) в нижнем отделе заднего средостения
- 5) на границе переднего и заднего средостений

Эталон ответа: 1

6. Для исследования пищевода не применяют:

- 1) компьютерную томографию
- 2) рентгеноскопию
- 3) ангиографию
- 4) эзофагоскопию
- 5) рентгенографию

Эталон ответа: 3

7. При травматическом повреждении шейного отдела пищевода редко возникает:

- 1) боли за грудиной
- 2) подкожная эмфизема
- 3) дивертикул
- 4) гипертермия
- 5) боли при глотании

Эталон ответа: 3

8. Рубцовые стриктуры пищевода не возникают:

- 1) при дивертикулах
- 2) при актиномикозе
- 3) при ожогах
- 4) при туберкулезе
- 5) при пептической язве

Эталон ответа: 1

9. Наиболее эффективным методом лечения стриктур пищевода является:

- 1) кардиодилатация
- 2) применение гормонов
- 3) прием спазмолитиков

- 4) бужирование
 - 5) противовоспалительная терапия
- Эталон ответа: 4

10. При оперативном лечении стриктур пищевода не используют:

- 1) экстирпацию пищевода
- 2) пластику желудком
- 3) пластику толстой кишкой
- 4) пластику тонкой кишкой
- 5) гастростомию

Эталон ответа: 1

11. Основными показателями общественного здоровья являются:

- 1) показатели заболеваемости, физического развития, инвалидности, естественного движения населения;
- 2) демографические показатели, показатели естественного движения населения, заболеваемости, инвалидности, физического развития;
- 3) демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития.

Эталон ответа: 3

12. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:

- 1) экологические;
- 2) биологические;
- 3) образ жизни;
- 4) уровень организации медицинской помощи;
- 5) качество медицинской помощи.

Эталон ответа: 3

13. Для вычисления показателя первичной заболеваемости необходимы следующие данные:

- 1) число впервые зарегистрированных за год заболеваний и число прошедших медосмотры;
- 2) число впервые зарегистрированных за год заболеваний и численность населения;
- 3) число всех имеющих у населения заболеваний и численность населения.

Эталон ответа: 2

14. Средняя продолжительность предстоящей жизни у мужчин в России в настоящее время составляет:

- 1) 55–60 лет;
- 2) 61–65 лет;
- 3) 66–70 лет;
- 4) 71–75 лет;
- 5) 76–80 лет.

Эталон ответа: 1

15. Средняя продолжительность предстоящей жизни у женщин в России в настоящее время составляет:

- 1) 55–59 лет;
- 2) 60–65 лет;
- 3) 66–70 лет;

3) 71–75 лет;

4) 76–80 лет.

Эталон ответа: 4

16. На рентгенограмме грудной клетки определяется уровень жидкости у угла лопатки. Величина гемоторакса по П.А.Куприянову?

1) малая

2) средняя

3) большая

4) тотальная

Эталон ответа: 2

17. Для “посттравматического мокрого легкого” характерно:

1) жидкость в бронхах и альвеолах

2) жидкость в межклеточном пространстве

3) жидкость в плевральной полости

4) это образное сравнение

Эталон ответа: 2

18. При проведении пробы Эффендиева у больного с наличием жидкости в плевральной полости установлено, что после центрифугирования плеврального содержимого количество жидкой части больше, чем осадка. О чем это говорит?

1) продолжающееся кровотечение

2) воспалительного процесса нет

3) имеется воспаление

4) жидкость не инфицирована

Эталон ответа: 1

19. У женщины 30 лет ежемесячно, в дни менструации, появляется кровохаркание. Какая патология наиболее вероятна?

1) туберкулез легких

2) болезнь Рандю-Ослера

3) эндометриоз легких

4) опухоль легких

5) бронхоэктатическая болезнь

Эталон ответа: 2

20. Синдром Титце чаще поражает:

1) I ребро

2) II ребро

3) V ребро

4) VII ребро

Эталон ответа: 3

21. Какой из антибиотиков дает наибольшую концентрацию в бронхиальном секрете?

1) ампициллин

2) флоксациллин

3) эритромицин

4) доксициллин

5) олеандомицин

Эталон ответа: 3

22. Гамартрома легкого состоит преимущественно из следующего вида ткани:

- 1) фиброзной
 - 2) сосудистой
 - 3) хрящевой
 - 4) лимфоидной
- Эталон ответа: 3

23. Наиболее часто эмпиему плевры называют:

- 1) стрептококк
 - 2) стафилококк
 - 3) пневмококк
 - 4) неклостридиальные микробы
 - 5) протей
- Эталон ответа: 5

24. У больного появились загрудинные боли при еде, срыгивание пищей, давление за грудиной. Пища проходит после приема теплой жидкости. При резком запрокидывании головы и туловища кзади пища “проваливается” в желудок. Ваш диагноз.

- 1) рубцовое сужение пищевода
 - 2) опухоль пищевода
 - 3) дивертикул пищевода
 - 4) кардиоспазм
- Эталон ответа: 3

25. Маммография показана при:

- 1) ретракции соска при непальпируемой опухоли
 - 2) увеличении подмышечных лимфоузлов при непальпируемой опухоли
 - 3) сецернирующей молочной железе
 - 4) узловой мастопатии
- Эталон ответа: 4

Задания открытого типа:

Задание 1.

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.

Эталонный ответ: нейрогенная опухоль заднего средостения. Показана рентгенография грудной клетки в двух проекциях, анализ мочи на катехоламины. Удаление опухоли.

Задание 2.

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-верхнего средостения, прозериновая проба (+) положительна.

Вопросы:

1. 3. С какими заболеваниями или клинически синдромами целесообразно провести дифференциальный диагноз?

4. Какой доступ следует избрать при проведении хирургического вмешательства?

Эталонный ответ:

1. Дифференциальный диагноз можно проводить с новообразованиями средостения с миастеническим синдромом.

4. Продольная срединная стернотомия.

Задание 3.

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.

Эталонный ответ: подозрение на ахалазию пищевода. Показана фиброэзофагогастроскопия и исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью. При выявлении стеноза показано оперативное лечение.

Задание 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.

Эталонный ответ: рубцовый стеноз пищевода. Показано двойное контрастирование пищевода. Показано бужирование по струне.

Задание 5.

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.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз ?

Эталонный ответ: Сдавление пищевода извне, доброкачественные опухоли пищевода, эрозивно-язвенный эзофагит и др.

Задание 6.

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:

1. Укажите наиболее необходимые диагностические процедуры для уточнения диагноза и порядок их выполнения.

2. Как меняется врачебная тактика в зависимости от стадии заболевания?

Эталонный ответ:

1. Эзофагогастроскопия, эзофагонометрия, рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием бариевой взвесью.

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

Задание 7

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?

Эталонный ответ: у больного гангрена верхней доли правого легкого. Учитывая локализацию процесса, необходимо выяснить эпидемиологический анамнез относительно фтизиопроцесса (не болел ли раньше туберкулезом, не было ли контакта с больными туберкулезом). Специфическая терапия, значительно ускорит процесс выздоровления. Необходимо назначить комплексное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, коррегирующую терапию. Парахирургические вмешательства: дренирование плевральной полости, назоbronхиальное дренирование с целью санации очага. При неэффективности проводимой терапии показано оперативное лечение – лобэктомия.

Задание 8.

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 белозерозового 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?

Эталонный ответ: бронхоскопическая картина соответствует раку правого легкого, центральной формы с поражением нижнедолевого бронха и ателектазом нижней доли.

Задание 9.

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.

Какова тактика ведения больного ?

Эталонный ответ: пункция плевральной полости в типичной точке, при отсутствии герметизма - постановка дренажа в правую плевральную полость. При неэффективности данной процедуры – видеоторакоскопическая ревизия правой плевральной полости и правого легкого.

Задание 10.

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.

Эталонный ответ: бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задание 11.

Больную 52 лет в течение года беспокоило нараставшее 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.

С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталонный ответ: сдавление пищевода извне, доброкачественные опухоли пищевода, эрозивно-язвенный эзофагит и др.

Задание 12.

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?

Эталонный ответ: у больного гангрена верхней доли правого легкого. Учитывая локализацию процесса, необходимо выяснить эпидемиологический анамнез относительно фтизиопроцесса (не болел ли раньше туберкулезом, не было ли контакта с больными туберкулезом). Специфическая терапия, значительно ускорит процесс выздоровления. Необходимо назначить комплексное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, коррегирующую терапию. Парахирургические вмешательства: дренирование плевральной полости, назоbronхиальное дренирование с целью санации очага. При неэффективности проводимой терапии показано оперативное лечение – лобэктомия.

Задание 13.

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 белого 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?

Эталонный ответ: бронхоскопическая картина соответствует раку правого легкого, центральной формы с поражением нижнедолевого бронха и ателектазом нижней доли.

Задание 14.

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.

Какова тактика ведения больного ?

Эталонный ответ: пункция плевральной полости в типичной точке, при отсутствии герметизма - постановка дренажа в правую плевральную полость. При неэффективности данной процедуры – видеоторакоскопическая ревизия правой плевральной полости и правого легкого.

Задание 15.

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.

Эталонный ответ: Бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задание 16.

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.

Чем можно объяснить восстановление пассажа пищи по пищеводу?

Эталонный ответ: восстановление пассажа и пищи можно объяснить распадом опухоли.

Задание 17.

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?

Эталонный ответ: у больного гангрена верхней доли правого легкого. Учитывая локализацию процесса, необходимо выяснить эпидемиологический анамнез относительно фтизиопроцесса (не болел ли раньше туберкулезом, не было ли контакта с больными туберкулезом). Специфическая терапия, значительно ускорит процесс выздоровления. Необходимо назначить комплексное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, коррегирующую терапию. Парахирургические вмешательства:

дренирование плевральной полости, назобронхиальное дренирование с целью санации очага. При неэффективности проводимой терапии показано оперативное лечение – лобэктомия.

Задание 18.

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 белозерого 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?

Эталонный ответ: бронхоскопическая картина соответствует раку правого легкого, центральной формы с поражением нижнедолевого бронха и ателектазом нижней доли.

Задание 19.

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.

Какова тактика ведения больного?

Эталонный ответ: пункция плевральной полости в типичной точке, при отсутствии герметизма - постановка дренажа в правую плевральную полость. При неэффективности данной процедуры – видеоторакоскопическая ревизия правой плевральной полости и правого легкого.

Задание 20.

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.

Эталонный ответ: Бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задание 21.

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.

С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Эталонный ответ: сдавление пищевода извне, доброкачественные опухоли пищевода, эрозивно-язвенный эзофагит и др.

Задание 22.

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?

Эталонный ответ: у больного гангрена верхней доли правого легкого. Учитывая локализацию процесса, необходимо выяснить эпидемиологический анамнез относительно фтизиопроцесса (не болел ли раньше туберкулезом, не было ли контакта с больными туберкулезом). Специфическая терапия, значительно ускорит процесс выздоровления. Необходимо назначить комплексное лечение, включающее антибактериальную, дезинтоксикационную, коррегирующую терапию. Парахирургические вмешательства: дренирование плевральной полости, назобронхиальное дренирование с целью санации очага. При неэффективности проводимой терапии показано оперативное лечение – лобэктомия.

Задание 23.

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 белозерозового 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?

Эталонный ответ: бронхоскопическая картина соответствует раку правого легкого, центральной формы с поражением нижнедолевого бронха и ателектазом нижней доли.

Задание 24.

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.

Какова тактика ведения больного?

Эталонный ответ: пункция плевральной полости в типичной точке, при отсутствии герметизма - постановка дренажа в правую плевральную полость. При неэффективности данной процедуры – видеоторакоскопическая ревизия правой плевральной полости и правого легкого.

Задание 25.

У мальчика 3 лет в анамнезе с рождения рецидивирующая пневмония. Отмечается постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Ребенок бледен, пониженного питания, правая половина грудной клетки, 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.

Эталонный ответ: бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задание 26. Плевральная пункция

Эталонный ответ: Техника при пневмотораксе: экстренное снижение давления. Техника подробно представлена на видео ниже. Дренаживание через дренажную систему с трехпросветным краном, аспирация шприцем при изображенном на рисунке положении крана. Шприц опорожняется после переключения крана в сторону присоединенной дренажной системы.

Задание 27. Торакоцентез и дренирование

Эталонный ответ: дренирование плевральной полости (торакоцентез) – это процедура, которая проводится посредством пункции плевральной полости с последующей установкой дренажа и эвакуации содержимого. Наличие выпота или воздуха в полости плевры может привести к нарушению деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем и другим серьезным последствиям, поэтому необходимо в экстренном, либо плановом порядке устранить патологию.

Задание 28. Плевродез

Эталонный ответ: хирургическая процедура, которая включает в себя вставку грудной трубки, а затем либо механическое удаление плевры, либо введение химикатов для образования рубца. Это включает в себя адгезию двух плевр.

Задание 29. Спонтанный пневмоторакс. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: с целью более быстрого расправления лёгкого допустима однократная пункция плевральной полости (прокол стенки грудной клетки для удаления воздуха) с последующим динамическим наблюдением и консервативным лечением [31]. Такая тактика может быть оправдана при пневмотораксе, который возник впервые у практически здоровых людей до 50 лет. Коллапс лёгкого при этом не более 15-30 % и нет выраженных нарушений дыхания. То есть это уже не малый пневмоторакс, но жизненно важные функции организма ещё компенсированы.

Задание 30. Буллёзная эмфизема лёгких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: Торакальные хирурги проводят операции по лечению эмфиземы. Среди них выделяют: Буллэктомию — удаление буллы. После неё поджатый участок лёгкого расправляется и начинает участвовать в дыхании и газообмене, уменьшая дыхательную недостаточность. Операцию по уменьшению объёма лёгких — удаление верхушки лёгкого для улучшения вентиляции лёгочной ткани. Проводят при развитии эмфиземы в верхней доле лёгких, когда пациента беспокоит выраженная одышка. Эндоскопическую установку бронхиального клапана — способствует вентиляции лёгкого в поражённом участке и предусматривает удаление мокроты и остаточного воздуха при выдохе через эндобронхиальный клапан. Однако учёные всё ещё изучают эффективность этого метода лечения. Трансплантацию лёгких — рекомендуется при выраженной эмфиземе с одышкой в спокойном состоянии или при минимальной физической нагрузке, которая сохраняется несмотря на медикаментозную и реабилитационную терапию.

Задание 31. Видеоторакоскопические вмешательства

Эталонный ответ: видеоассистированная торакоскопическая хирургия (VATS) - это вид минимально инвазивной торакальной хирургии, выполняемой с использованием небольшой видеокамеры, установленной на волоконно-оптическом торакоскопе (калибра 5 мм или 10 мм), с визуализацией под углом или без нее, которая позволяет хирургу заглядывать внутрь грудной клетки путем просмотра видеоизображений, транслируемых на телевизионный экран, и выполнять процедуры с использованием удлиненных хирургических инструментов.

Задание 32. Эхинококкоз органов дыхания. Лечение

Эталонный ответ: эхинококкэктомия после отсасывания содержимого кисты. Широко вскрывают полость пленры. Область кисты изолируют влажными марлевыми салфетками. Кисту пунктируют толстой иглой, соединенной с отсасывающей системой. Всю жидкость отсасывают. Легочную ткань над кистой рассекают электроножом. Широко вскрывают фиброзную капсулу, удаляют хитиновую оболочку с ее содержимым, ушивают бронхиальные свищи и полость фиброзной капсулы. Ушивание больших полостей, образуемых фиброзной капсулой и легком, представляет значительные трудности и нередко приводит к грубой деформации легкого. Во избежание этих отрицательных моментов А. А. Вишневецкий (1956) предложил способ обработки фиброзной капсулы, который стал применяться многими хирургами.

Задание 33. Эхинококкоз органов дыхания. Закрытая, открытая эхинококкэктомия, резекция лёгкого и пульмонэктомия.

Эталонный ответ: Идеальная эхинококкэктомия (удаление кисты с неповрежденной кутикулярной оболочкой). Полость плевры вскрывают достаточно широко. Над кистой электроножом рассекают легочную паренхиму. Область кисты изолируют влажными марлевыми салфетками. Скальпелем осторожно рассекают фиброзную капсулу, не ловрся кутикулярной оболочки. Небольшим повышением давления в системе наркозного аппарата раздувают легкое и как бы выдавливают невскрытую эхинококковую кисту через разрез и фиброзной капсуле. После удаления кисты полость фиброзной капсулы ушивают, обращая особое внимание на закрытие бронхиальных свищей. По мере улучшения ранней диагностики эхинококкоза легких и совершенствования хирургической техники идеальная эхинококкэктомия при кистах небольших и средних размеров применяется все более часто. Резекция легких. Удаление доли легкого, а иногда и двух долей или даже всего легкого у больных эхинококкозом производится редко. Показаниями к таким операциям являются главным образом обширные вторичные воспалительные процессы вокруг кисты, легочные кровотечения, сочетания эхинококкоза с другими заболеваниями легких, при которых показана резекция.

Задание 34. Пневмомикозы.

Эталонный ответ: Пневмомикозы — общее наименование группы заболеваний легких грибковой природы. Возбудителями Пневмомикозов являются представители классов оомицетов (Oomycetes), аскомицетов (Ascomycetes) и несовершенных грибов (Fungi imperfecti). Общепринятой классификации Пневмомикозов нет.

Задание 35. Актиномикоз лёгких.

Эталонный ответ: инфильтративный туберкулез может напомнить актиномикоз легкого, который редко имеет первичный и значительно чаще вторичный характер. В первом случае процесс развивается в результате аэрогенного проникновения лучистых грибов в дыхательные пути, во втором — возникает при распространении инфекции по клетчатке и соединительнотканым прослойкам из брюшной полости, при шейно-челюстно-лицевом актиномикозе, а также гематогенным путем из других органов.

Задание 36. Аспергиллёз лёгких.

Эталонный ответ: оппортунистический микоз, характеризующийся первичным поражением лёгких; у больных с иммунодефицитами нередко заканчивается летально (особенно при нейтропениях или у лиц с трансплантатами костного мозга). Клинические проявления: от аллергических реакций до диссеминированных поражений. Этиология. Возбудители - повсеместно распространённые грибы рода *Aspergillus* (поражения человека вызывает около 20 видов).

Задание 37. Пневмомикозы. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: поскольку при грибковой пневмонии применение антибиотиков приведет к усугублению течения заболевания, требуется назначение или специфических антимикотических препаратов (итраконазола, амфотерицина В, флуконазола, кетоконазола и др.), или ингибиторов фолиевой кислоты и клиндамицина при пневмоцистозе. При грибковой пневмонии для устранения дефицита иммунитета применяются иммунокорректирующие препараты, поливитамины, детоксикационные и стимулирующие средства, рациональный режим и питание. В случае грибково-бактериальной природы пневмонии показан короткий курс антибиотиков, а при сочетании с аллергической симптоматикой применяют десенсибилизирующие препараты, кортикостероиды. При осложнении пневмомикоза экссудативным плевритом выполняют плевральную пункцию и промывание плевральной полости.

Задание 38. Доброкачественные опухоли лёгких. Лечение

Эталонный ответ: все доброкачественные опухоли легких, независимо от риска их малигнизации подлежат оперативному удалению (при отсутствии противопоказаний к хирургическому лечению). Операции выполняют торакальные хирурги. Чем ранее диагностирована опухоль легкого и проведено ее удаление, тем меньше объем и травма от оперативного вмешательства, опасность осложнений и развития необратимых процессов в легких, в т. ч. малигнизации опухоли и ее метастазирования. Применяются следующие виды оперативных вмешательств: Резекция бронхов. Центральные опухоли легких обычно удаляются методом экономной (без легочной ткани) резекции бронха. Опухоли на узком основании удаляются путем окончатой резекции стенки бронха с последующим ушиванием дефекта или бронхотомии. Опухоли легких на широком основании удаляют посредством циркулярной резекции бронха и наложением межбронхиального анастомоза. Резекция легких. При уже развившихся осложнениях в легком (бронхоэктазы, абсцессы, фиброз) прибегают к удалению одной или двух долей легкого (лобэктомии или билобэктомии). При развитии необратимых изменений в целом легком производят его удаление – пневмонэктомию. Периферические опухоли легких, расположенные в легочной ткани, удаляют методом энуклеации (вылущивания), сегментарной или краевой резекции легкого, при больших размерах опухоли или осложненном течении прибегают к лобэктомии.

Задание 39. Доброкачественные опухоли лёгких. Видеоторакоскопические операции.

Эталонный ответ: оперативное лечение доброкачественных опухолей легких обычно производят методом торакоскопии или торакотомии. Доброкачественные опухоли легкого центральной локализации, растущие на тонкой ножке, можно удалить эндоскопическим путем. Однако, данный метод сопряжен с опасностью развития кровотечения, недостаточно радикальным удалением, необходимостью проведения повторного бронхологического контроля и биопсии стенки бронха в месте локализации ножки опухоли. При подозрении на малигнизированную опухоль легких, во время проведения операции прибегают к срочному гистологическому исследованию тканей новообразования. При морфологическом подтверждении злокачественности опухоли объем оперативного вмешательства выполняется как при раке легкого.

Задание 40. Рак и саркома лёгкого. Эпидемиология и статистика рака лёгкого.

Эталонный ответ: В западных странах рак легкого относится к наиболее распространенному виду опухолей, и с 1930-х годов заболеваемость этим раком постоянно увеличивается. В Великобритании заболеваемость составляет 82 случая на 100 000 мужчин и 50 случаев на 100 000 женщин, причем этот рак наиболее распространен в Шотландии. В 2000 г. в Великобритании зарегистрировано 38 400 новых случаев и 33 600 человек умерло от этого заболевания. Частота заболеваемости отчетливо зависит от возраста. Все более широкое распространение курения со времени I Мировой войны привело к тому, что за последние 50 лет рак легкого стал главной причиной смерти мужчин с онкологическими заболеваниями. В последние годы стало курить больше женщин; в результате у них участились случаи развития рака легкого, и смертность от этих опухолей среди женщин возрастает. В Великобритании среди женщин смертность от рака легкого превышает смертность от рака молочной железы. В 1952 г. соотношение заболеваемости раком легкого среди мужчин и женщин составляло 13:1, а в 2000 г. уже 3:2.

Задание 41. Рак и саркома лёгкого. Эпидемиология и статистика рака лёгкого. Классификация.

Эталонный ответ: I стадия — опухоль от 1 до 3 см в наибольшем измерении, расположена в одном сегменте лёгкого или в пределах сегментарного бронха. Метастазов нет. II стадия — опухоль до 6 см в наибольшем измерении, расположена в одном сегменте лёгкого или в пределах сегментарного бронха. Наблюдаются единичные метастазы в пульмональных и бронхопульмональных лимфатических узлах. III стадия — опухоль больше 6 см с переходом на соседнюю долю лёгкого или прорастанием соседнего бронха или главного бронха. Метастазы обнаруживаются в бифуркационных, трахеобронхиальных, паратрахеальных лимфатических узлах. IV стадия — опухоль выходит за пределы лёгкого с распространением на соседние органы и обширными местными и отдалёнными метастазами, присоединяется плеврит и/или перикардит. Немелкоклеточный рак лёгкого. Мелкоклеточный рак лёгкого. Карциноид. Саркома. Неуточнённая злокачественная опухоль лёгкого

Задание 42. Центральный рак лёгкого. Лечение.

Эталонный ответ: Выбор способа лечения зависит от его стадии, гистологической формы, сопутствующих заболеваний. С этой целью в онкологии используют хирургический, лучевой и химиотерапевтический методы, а также их комбинации. Хирургические методы: Противопоказаниями к проведению операции может служить значительная распространенность онкопроцесса (неоперабельность), низкие функциональные показатели деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, декомпенсация сопутствующей патологии. Радикальными операциями при центральном раке легкого являются: резекции легких в объеме не менее одной доли (лобэктомия, билобэктомия). В хирургии центрального рака легкого широко используются клиновидные или циркулярные резекции бронхов, дополняющие лобэктомию. Расширенная пневмонэктомия. Прорастание опухолью перикарда, диафрагмы, пищевода, поллой вены, аорты, реберной стенки служит основанием для комбинированной пенвмонэктомии.

Задание 43. Периферический рак лёгкого. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: Лечебная тактика при периферическом раке легкого избирается в зависимости от стадии, на которой был выявлено опухолевый процесс. Наилучшие результаты дает комбинированное лечение, включающее хирургическое вмешательство, дополненное химиотерапевтической или лучевой терапией. Резекция легкого в объеме лобэктомии или билобэктомии применима только для стадий I-II. Резекция при раке

верхушки легкого имеет свои особенности и может дополняться резекцией ребер, сосудов, лимфаденэктомией и т. д. Пациентам с распространенной формой производится расширенная пневмонэктомия. При противопоказаниях к оперативному лечению (запущенности процесса, низких резервных возможностях организма, преклонном возрасте, сопутствующих заболеваниях), а также при отказе от операции методом выбора является лучевая терапия или химиотерапия. Производится облучение двух зон: периферического очага и области регионарного метастазирования. В курсах полихимиотерапии обычно используют метотрексат, циклофосфамид, винкристин, доксорубицин, цисплатин и другие цитостатики в различных сочетаниях.

Задание 44. Мелкоклеточный рак лёгкого. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: четкое стадирование мелкоклеточного рака легкого определяет возможности его хирургического или терапевтического лечения, а также прогнозирование выживаемости. Оперативное лечение мелкоклеточного рака легкого показано только на ранних стадиях (I–II). Но даже в этом случае оно обязательно дополняется несколькими курсами послеоперационной полихимиотерапии. При таком сценарии ведения пациентов 5-летняя выживаемость в рамках данной группы не превышает 40%. Остальным больным с локализованной формой мелкоклеточного рака легкого назначается от 2 до 4-х курсов лечения цитостатиками (циклофосфан, цисплатин, винкристин, доксорубицин, гемцитабин, этопозид и др.) в режиме монотерапии или комбинированной терапии в сочетании с облучением первичного очага в легком, лимфоузлов корня и средостения. При достижении ремиссии дополнительно назначается профилактическое облучение головного мозга для снижения риска его метастатического поражения. Комбинированная терапия позволяет продлить жизнь больным с локализованной формой мелкоклеточного рака легкого в среднем на 1,5–2 года. Пациентам с местнораспространенной стадией мелкоклеточного рака легкого показано проведение 4–6 курсов полихимиотерапии. При метастатическом поражении головного мозга, надпочечников, костей используется лучевая терапия. Несмотря на чувствительность опухоли к химиотерапевтическому и лучевому лечению, рецидивы мелкоклеточного рака легких очень часты. В ряде случаев возникшие рецидивы рака легкого оказываются рефрактерными к противоопухолевой терапии – тогда средняя выживаемость обычно не превышает 3–4 месяцев.

Задание 45. Саркома лёгкого. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: при выборе рациональной лечебной тактики учитывается стадия саркомы легкого, ее тип и локализация. В операбельных случаях выполняется лобэктомия или пульмонэктомия с лимфаденэктомией. В предоперационном периоде, как правило, назначается курс полихимиотерапии. Лучевая терапия обычно применяется в составе комплексного лечения (дополняет хирургическое и химиотерапевтическое лечение), поскольку саркома легкого менее чувствительна к радиотерапии. Внедряется инновационная технология селективной внутренней радиотерапии (SIRT) – введение радиоизотопов через катетер в сосуды легкого, идущие к опухоли. Если радикальная резекция невыполнима, возможно проведение паллиативной операции для устранения патологической симптоматики и увеличения краткосрочной выживаемости пациентов. Кроме этого, при неоперабельных опухолях может назначаться химиотерапия отдельно или в сочетании с лучевой терапией, иммунохимиотерапией.

Задание 46. Метастатические опухоли лёгких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: тактика лечения определяется строго индивидуально для каждого пациента, причем нередко с организацией консилиума специалистов. При ее разработке во

внимание принимают степень поражения легкого, вид метастазов, состояние материнской опухоли, характер сопутствующих заболеваний и множество других факторов. В итоге пациенту может быть рекомендовано хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия, а чаще их комбинации. При отсутствии лечения 5-летняя выживаемость при метастатическом поражении легкого не превышает 5%. Также пациентам может назначаться кислородотерапия, симптоматическая терапия, призванная в первую очередь устранить беспокоящих их симптомы – боли, одышку, кашель и т. д. При гормоночувствительных опухолях показано проведение гормональной терапии. Хирургическое лечение метастатических поражений легкого может быть весьма эффективным и обеспечивать увеличение длительности жизни пациента, повышение ее качества. С этой целью пациентам может выполняться операция различной степени радикальности: лобэктомия и билобэктомия – удаление 1 или 2 долей легкого; пневмонэктомия – удаление легкого; удаление лимфоузлов с окружающими их тканями. Операция при метастатическом поражении легкого может быть произведена при: полном излечении первичной опухоли или однозначной ее операбельности; отсутствии экстрапульмональных (за пределами легких) метастазов; возможности удалить абсолютно всю часть легкого, пораженную метастазами; достаточных для перенесения масштабного хирургического вмешательства функциональных резервах организма. Проведение операции позволяет добиться 5-летней выживаемости у 45% больных. При этом большое значение в определении прогноза имеет локализация первичной опухоли. Хирургическое лечение обязательно дополняется химиотерапией и лучевой терапией. Это позволяет оказать воздействие на не диагностированные микроскопические метастазы и снизить вероятность развития рецидива.

Задание 47. Мезотелиома плевры. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: в отношении мезотелиомы плевры применяются практически все существующие на сегодняшний день методы противоопухолевого лечения, однако их эффективность остается низкой. При быстром накоплении плеврального выпота проводятся разгрузочные пункции (плевроцентез), постоянное дренирование плевральной полости микрокатетером. При локальной форме мезотелиомы плевры возможно использование хирургической тактики. Наиболее радикальным является выполнение экстраплевральной плевропневмоэктомии, которая нередко дополняется удалением лимфоузлов легкого и средостения, резекцией диафрагмы и перикарда с их последующей пластикой. Летальность после таких обширных операций высокая – до 25–30%. Паллиативными методами хирургического лечения при злокачественном поражении плевры служат плеврэктомия, тальковый плевродез, плевро-перитонеальное шунтирование. Обычно такие способы используются торакальными хирургами при рефрактерном к терапии плеврите в качестве подготовки к дальнейшей терапии. В большинстве случаев лечение мезотелиомы плевры проводится с помощью полихимиотерапии (цисплатин + пеметрексед, цисплатин + гемцитабин и др.). Возможно, внутривнутриплевральное введение химиопрепаратов. Лучевая терапия обычно не применяется как метод самостоятельного лечения мезотелиомы плевры, а используется после хирургического этапа, интраоперационно либо симптоматически (для уменьшения болевого синдрома). Сочетание плевропневмоэктомии с послеоперационной химиотерапией или облучением в ряде случаев позволяет добиться увеличения выживаемости до нескольких лет. Другие методы лечения (фотодинамическая терапия, иммунохимиотерапия) также не имеют самостоятельного значения.

Задание 48. Плеврэктомия

Эталонный ответ: 1. Расположение пациента, доступы. Расположение пациента показано на рисунке. 2. Ревизия, при необходимости резекция буллы. Протяженность

резекции: каудальный край пятого ребра. Куполообразная плеврэктомия. 3. Плеврэктомия. Резекция: Т-образный разрез плевры выполняется на уровне пятого ребра вдоль симпатического ствола с отступом 1–2 см, чтобы избежать термического повреждения. Резекция: для удержания плевры в процессе диссекции в бессосудистом слое используется зажим с сохранением сосудистонервных структур. 4. Дренирование. После полного расправления легкого через троакарные отверстия вводится один или два дренажа.

Задание 49. Расширенная плевропульмонэктомия

Эталонный ответ: 1. Анатомические особенности левой половины грудной клетки. Анатомические особенности левой половины грудной клетки определяются расположением аорты (дорзально), легочной артерии (краниальный отдел ворот), легочных вен (каудальный отдел ворот), главного бронха, блуждающего нерва (дорзально) и диафрагмального нерва (вентрально). Полунепарная вена с ее боковыми ветвями лежит дорзально. 2. Выполнение кожного разреза. Кожный разрез можно выполнить так же, как при подмышечной или переднебоковой торакотомии. Пациент лежит на боку, на противоположной стороне, с установленной двухпросветной трубкой. Важно расположить пациента так, чтобы избежать позиционных повреждений. 3. Пересечение легочной артерии. После экспозиции ворот легкого выделяется легочная артерия. Для этого легкое отводится в нижнебоковом направлении, что способствует натяжению легочной артерии. Артерия тщательно выделяется и под нее подводится тупоконечный зажим. Затем с проксимальной стороны артерия дважды перевязывается с прошиванием (шелк 1). Перед наложением прошивной лигатуры рекомендуется пережать центральный отдел легочной артерии зажимом, чтобы зафиксировать лигатуру и избежать ее соскальзывания. Ни при каких обстоятельствах не допускается неуправляемое кровотечение из легочной артерии. При злокачественном процессе сначала нужно перевязать вену. 4. Пересечение легочных вен. С проксимальной стороны легочные вены перекрываются лигатурами с прошиванием (шелк 1). С дистальной стороны рекомендуется перевязывание с прошиванием каждой ветви в отдельности, так как перевязка в едином блоке небезопасна. Нижнюю долевою вену лучше натягивать путем поднятия легкого и отведения его медиально. 5. Пересечение главного бронха. После полного разделения сосудов можно выделить главный бронх. На этом этапе удаляются регионарные лимфатические узлы (N1). Бронх обнажается максимально в проксимальном направлении и пересекается линейным сшивающим аппаратом на 1–1,5 см дистальнее бифуркации трахеи. Дистальный отдел бронха закрывается угловым зажимом, чтобы предотвратить выделение секрета. Пневмонэктомия завершается установкой плеврального дренажа на 24 часа для эвакуации крови, грудная стенка ушивается послойно.

Задание 50. Плеврелобэктомия

Эталонный ответ: удаление доли легкого вместе с участком пристеночной плевры, прилежащим к пораженной доле или образующим стенку осумкованной эмпиемы плевры.

Задание 51. Закрытые (непроникающие) повреждения груди мирного времени.

Эталонный ответ: травмы, при которых страдают кости, образующие каркас грудной клетки и/или органы, расположенные в грудной полости. Это – обширная и достаточно разнородная группа травматических повреждений, включающая в себя как переломы ребер, так и травмы жизненно важных органов (легких и сердца). Зачастую повреждения грудной клетки представляют непосредственную угрозу или потенциальную опасность для жизни пациента. Нередко сопровождаются кровопотерей различной тяжести и развитием острой дыхательной недостаточности, которые могут развиваться как сразу, так и спустя некоторое время после травмы. Поэтому все без исключения пациенты с повреждениями грудной клетки должны срочно направляться в специализированное мед. учреждение для

обследования и дальнейшего лечения, которое, в зависимости от вида травмы, может быть либо консервативным, либо оперативным.

Задание 52. Переломы ребер и грудины

Эталонный ответ: переломы грудины относительно редки. Сопровождаются болью, усиливающейся при кашле и глубоком дыхании. Пальпация резко болезненна. Для подтверждения диагноза выполняют боковую рентгенографию грудины. Лечение осуществляется в условиях стационара. При переломах без смещения назначается покой и обезболивающие препараты. При смещении выполняется репозиция на щите.

Задание 53. Ушибы, сотрясения и сдавления

Эталонный ответ: Пациента госпитализируют, рекомендуют находиться в покое в полусидячем положении. Для устранения болевого синдрома выполняют новокаиновые вагосимпатические блокады. Проводят санацию дыхательных путей, кислородотерапию и, в некоторых случаях – искусственную вентиляцию легких.

Задание 54. Открытые повреждения

Эталонный ответ: при непроникающих повреждениях грудной клетки состояние больных удовлетворительное. Лечение заключается в наложении повязки или ушивании раны. При проникающих ранениях состояние пациентов может значительно варьироваться и зависит от отсутствия или наличия гемопневмоторакса и сопутствующих повреждений внутренних органов и костного каркаса. Гемоторакс при таких травмах развивается вследствие кровотечения в плевральную полость из поврежденных сосудов легкого и грудной стенки, пневмоторакс – из-за проникновения в плевральную полость воздуха из раненого легкого. При ранении легкого наблюдается кровохарканье, гемоторакс и подкожная эмфизема. Для уточнения диагноза выполняется рентгенография грудной клетки. Лечение хирургическое. Пациентов госпитализируют в специализированное отделение, где торакальные хирурги в экстренном порядке выполняют операцию и ушивание раны. Объем вмешательства зависит от характера травмы.

Задание 55. Гемоторакс

Эталонный ответ: при большом гемотораксе наблюдается шок, нарушение гемодинамики, сморщивание легкого и смещение органов средостения. Кожа больного цианотична, пульс учащен, дыхание тоже учащенное, поверхностное. Положение тела – вынужденное, сидячее, с опорой на руки. Необходима плевральная пункция, либо, если гемоторакс нарастает, – торакотомия для выявления и устранения источника кровотечения. Все пациенты с гемотораксом в обязательном порядке госпитализируются. Наблюдение включает в себя повторные рентгеноскопические или рентгенографические исследования для оценки динамики и определения дальнейшей тактики лечения.

Задание 56. Пневмоторакс. Разновидности, принципы лечения.

Эталонный ответ: Пневмоторакс – это скопление воздуха, проникающего в плевральную полость из поврежденного легкого или из внешней среды. Выделяют три вида пневмоторакса: закрытый, открытый и клапанный. При закрытом пневмотораксе рана закрывается мягкими тканями. Количество воздуха ограничено и не увеличивается. Небольшое количество воздуха рассасывается самостоятельно, при умеренном может потребоваться плевральная пункция. Открытый пневмоторакс возникает при ранениях грудной клетки. Его отличительным признаком является наличие сообщения между плевральной полостью и внешней средой. Во время вдоха воздух проникает через рану, во время выдоха – выходит из нее. Легкое постепенно спадается. Необходимо ушивание раны и пункция или дренирование плевральной полости. При нарастающем (клапанном) пневмотораксе воздух попадает в плевральную полость, но затем не выходит из нее.

Состояние пациента быстро ухудшается. Отмечается нарастающее расстройство дыхания, одышка, удушье, тахикардия, цианоз слизистых и кожи. Требуется немедленное дренирование плевральной полости. Помимо сдавления легкого на стороне повреждения пневмоторакс вызывает баллотирование средостения – маятникообразное движение органов при вдохах и выдохах. Сердце и сосуды смещаются, приток крови к сердцу уменьшается. Это еще больше утяжеляет состояние пациента. Все больные госпитализируются. Принимаются экстренные меры для устранения пневмоторакса. В последующем осуществляется динамическое наблюдение, выполняются повторные рентгеноскопии легких или рентгенографии.

Задание 57. Методика и техника скелетного вытяжения при переломах рёбер, остеосинтеза рёбер, грудины и ключицы.

Эталонный ответ: существует три основных подхода к фиксации ребер — передний (инфрамаммарный), заднебоковой и задний. Решение о выборе одного из них зависит от локализации линии перелома. В идеале разрез следует выполнять либо непосредственно над линией перелома, либо кожномышечные лоскуты можно легко мобилизовать, чтобы обнажить костные отломки при множественных переломах. Передний доступ выполняют в положении лежа на спине, а заднебоковой — в положении лежа на боку. В качестве альтернативного варианта доступ к задним ребрам иногда осуществляют из положения лежа на животе. В то время как положение лежа на боку может обеспечить доступ к большей площади грудной стенки для фиксации перелома, преимущество положения лежа на спине и лежа на животе в том, что они позволяют получить доступ к обеим сторонам грудной клетки без изменения положения.

Задание 58. Вскрытия перикарда

Эталонный ответ: хирургическое удаление части или большей части перикарда. Эта операция чаще всего используется для облегчения констриктивного перикардита или для удаления обызвествленного и фиброзного перикарда. Она также может применяться при тяжелых или рецидивирующих случаях перикардального выпота. На послеоперационные исходы и смертность существенно влияет заболевание, для лечения которого она используется.

Задание 59. Ревизии сердца, кардиорафии.

Эталонный ответ: небольшую рану сердца хирург прикрывает вторым пальцем левой кисти, при размере раны более 1 см — первым пальцем левой кисти, заведя ладонь сзади сердца. Хирургу необходимо следить за тем, чтобы палец, прикрывший рану сердца, не препятствовал сокращению миокарда, а следовал бы за движениями стенки сердца. При любом, даже очень большом, размере раны сердца наиболее удобным и эффективным методом временного гемостаза является прием Бека; по обе стороны от раны миокард грубо прошивают двумя швами-держалками, перекрещивая и осторожно натягивая которые, легко добиваются остановки кровотечения. Этот прием, кроме того, облегчает наложение швов на рану сердца, в то время как при тампонаде раны пальцем накладывать швы приходится под пальцем. Предложенный некоторое время назад такой способ временного гемостаза, как проведение в рану сердца катетера Фолея с раздуванием баллона в полости желудочка, распространения не получил, возможно, из-за проблемы наложения в таких случаях швов на миокард. Наконец, в качестве крайней меры остановки кровотечения из обширной раны сердца предложено использовать быстрое пережатие обеих полых вен, однако для этого приема необходимо расширить доступ за счет поперечной стернотомии, а в некоторых случаях — и дополнительной торакотомии справа. Ясно, что такой обширный и сложный доступ выполнить быстро нереально.

Задание 60. Гемоперикарда, тампонады сердца,

Эталонный ответ: В случае подозрения на гемоперикард необходима немедленная госпитализация больного в отделение кардиохирургии. Лечение гемоперикарда направлено на уменьшение давления на сердце, нормализацию сократительной способности сердечной мышцы и ликвидацию причин развития заболевания. При небольших размерах гемоперикарда, не приводящих к нарушению сердечной деятельности, проводят консервативную терапию: пациенту показан покой, холод на область сердца, назначение гемостатиков, обезболивающих и сердечных препаратов. При ранении сердца и сосудов показано срочное оперативное вмешательство с целью устранения причины кровотечения в перикардальную щель; при нарастании гемоперикарда и явных признаках развития тампонады сердца – хирургическое дренирование полости перикарда или пункция перикарда (перикардиоцентез) с аспирацией скопившейся крови. Перикардиоцентез при гемоперикарде выполняют под обязательным контролем ЭКГ, ЭхоКГ и мониторингом показателей гемодинамики. Одновременно проводятся реанимационные мероприятия по полному возмещению острой кровопотери и восстановлению гомеостаза. В зависимости от этиологии гемоперикарда в дальнейшем проводится лечение основного заболевания.

Задание 61. Повреждения лёгких

Эталонный ответ: Тактические подходы к лечению повреждений легких зависят от вида и характера травмы, сопутствующих повреждений, тяжести дыхательных и гемодинамических нарушений. Во всех случаях необходима госпитализация пациентов в специализированное отделение для проведения всестороннего обследования и динамического наблюдения. С целью устранения явлений дыхательной недостаточности больным показана подача увлажненного кислорода; при выраженных расстройствах газообмена осуществляется переход на ИВЛ. При необходимости проводится противошоковая терапия, восполнение кровопотери (переливание кровезаменителей, гемотрансфузия). При ушибах легких обычно ограничиваются консервативным лечением: производится адекватное обезболивание (анальгетики, спиртоновокаиновые блокады), бронхоскопическая санация дыхательных путей для удаления мокроты и крови, рекомендуется дыхательная гимнастика. С целью профилактики нагноительных осложнений назначается антибиотикотерапия. Для скорейшего рассасывания экхимозов и гематом используются физиотерапевтические методы воздействия. В случае повреждений легких, сопровождающихся возникновением гемопневмоторакса, первоочередной задачей является аспирация воздуха/крови и расправление легкого посредством лечебного торакоцентеза или дренирования плевральной полости. При повреждении бронхов и крупных сосудов, сохранении коллапса легкого показана торакотомия с ревизией органов грудной полости. Дальнейший объем вмешательства зависит от характера повреждений легкого. Поверхностные раны, расположенные на периферии легкого, могут быть ушиты. В случае выявления обширного разрушения и размозжения ткани легкого производится резекция в пределах здоровых тканей (клиновидная резекция, сегментэктомия, лобэктомия, пульмонэктомия). При разрыве бронхов, возможно, как реконструктивное вмешательство, так и резекционное.

Задание 62. Повреждение пищевода

Эталонный ответ: консервативная тактика допустима при свежих травмах на уровне гипофаринкса (гортанной части глотки) или шейного отдела, а также при неполном разрыве пищевода. В этих случаях производится экстренная госпитализация пациента, исключается питание через рот, назначается обезболивающая и антибактериальная терапия. За пациентом устанавливается динамическое наблюдение с целью раннего выявления показаний к оперативному вмешательству. В случае усиления болей, нарастания подкожной эмфиземы, повышения температуры тела производится срочная операция. При разрыве шейного отдела пищевода показана шейная медиастинотомия с установкой двухпросветного дренажа к месту перфорации. При разрыве грудного отдела пищевода в

первые сутки с момента повреждения производится торакотомия, ушивание и укрытие дефекта плевральным или перикардальным лоскутом, гастростомия, дренирование плевральной полости и средостения. Если со времени разрыва пищевода прошло более 24 часов, проводятся паллиативные вмешательства (без ушивания пищевода): эзофагостомия, медиастинотомия, гастростомия, еюностомия, дренирование плевральной полости и средостения. В послеоперационном периоде осуществляется промывание полостей антисептиками, введение протеолитических ферментов, антибиотикотерапия, инфузионная терапия.

Задание 63. Повреждение диафрагмы

Эталонный ответ: В целях снижения летальности устранение жизнеугрожающих состояний, осложняющих диафрагмальную травму, должно быть максимально ранним и начинаться на догоспитальном этапе. Назначается адекватное обезболивание. Выполняется остановка кровотечения и восполнение ОЦК путем внутривенного вливания коллоидных плазмозаменителей и кристаллоидных растворов. Восстанавливается проходимость дыхательных путей, производится подача увлажнённого кислорода. Артериальная гипотензия купируется введением прессорных аминов. В хирургическом стационаре осуществляется предоперационная подготовка, включающая в себя устранение пневмо- и гемоторакса, постановку назогастрального зонда и удаление содержимого желудка. Все эти мероприятия проводятся на фоне продолжающейся инфузионной терапии. Непосредственно во время операции выполняется прошивание кровоточащих сосудов, восстановление целостности внутренних органов, удаление патологического содержимого из полостей. Объём оперативного вмешательства зависит от давности повреждения и состояния органов, перемещённых в плевральную полость (при наличии подобной патологии). Из-за отсутствия прочных сращений в течение нескольких часов или дней после травмы низведение осуществляется легко, лапаротомным доступом. При невозможности этой манипуляции или ущемлении органов дополнительно производится торакотомия. После восстановления нормального расположения внутренних органов производится ушивание дефекта диафрагмы. В послеоперационном периоде контролируются и корректируются витальные функции, назначается антибактериальная терапия.

Задание 64. Методика и техника торакотомии.

Эталонный ответ: при отсутствии показаний к стандартной торакотомии в пятом межреберье, при колото-резаных ранениях груди ниже уровня VI ребра используют рассечение раны вдоль соответствующего межреберья, соблюдая целостность межреберных сосудов. При разведении раны пластинчатыми крючками Фарабефа в верхнем ее углу виден нескрытый плевральный мешок с просвечивающим сквозь него легким, а в нижнем углу ската диафрагмы.

Задание 65. Методика и техника пункции полости перикарда.

Эталонный ответ: точка для пункции полости перикарда (точка Ларрея) соответствует вершине угла между левой реберной дугой (прикрепление хряща VII ребра к грудине) и основанием мечевидного отростка слева. Суммарная длина вкола иглы не превышает 6 см 1,5–2 см на кожу с анестетиком + 3,5–4 см на прохождение мышц, диафрагмы и проникновение в перикард. Второстепенное значение имеет точка Марфана для пункции перикарда - когда игла вкалывается тотчас под мечевидным отростком и по строго срединной линии продвигается к головному концу. Суммарная длина вкола иглы 5 см у худых пациентов и до 10 см у полных. Положение пациента такое же, как и при пункции в точке Ларрея. В экстренной хирургии имеет значение точка пункции Пирогова-Делорма, когда вкол иглы осуществляется строго перпендикулярно к грудной клетке прямо у левого края грудины в районе IV–V межреберья. Глубина вкола иглы не превышает 3–4 см.

Пункция перикарда справа от грудины симметрично точке пункции Пирогова-Делорма носит название точки Войнич-Сяножецкого. Точка пункции Куршмана имеет историческое значение, так как предполагает точку пункции в V–VI межреберье на 2,5 см кнутри от абсолютной сердечной тупости, выявленной при перкуссии. Аналогичное историческое значение имеют трансстернальные точки пункции перикарда - Дезо, Лазнека, Риолана - сегодня никто не будет через грудь пытаться пунктировать перикард.

Задание 66.

Эталонный ответ: раневые осложнения в торакальной хирургии. Нагноение торакальных ран. Крупные успехи, достигнутые в области торакальной хирургии, позволили улучшить результаты оперативного лечения больных, значительно снизив процент осложнений. Однако, послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения у больных хроническими нагноениями легких до настоящего времени являются одним из наиболее частых и серьезных осложнений, приводящих к гибели больных. Процент их, по данным литературы, колеблется от 4 до 45. Консервативное лечение больных, подготовка их к операции стали более совершенными, особенно при использовании комплексных бронхологических методов санации.

Задание 67. Проникающие торакоабдоминальные повреждения.

Эталонный ответ: Пациентов с данной патологией экстренно госпитализируют в отделение абдоминальной или торакальной хирургии, производят urgentные хирургические вмешательства. Тяжесть состояния больных обуславливает необходимость проведения непрерывной интенсивной терапии и максимальное сокращение объема инвазивных манипуляций на начальном этапе лечения. С учетом условий оказания медицинской помощи, характера консервативных и оперативных мероприятий можно выделить следующие этапы: Догоспитальный. Предусматривает освобождение верхних дыхательных путей, оксигенотерапию, ИВЛ, струйные вливания солевых и коллоидных растворов для коррекции гиповолемии, введение бикарбоната натрия для устранения ацидоза, сердечных гликозидов, гормональных и антигистаминных средств для поддержания деятельности органов и систем; Подготовка к операции. При поступлении по показаниям выполняют трахеотомию, продолжают инфузионную терапию, проводят реанимационные мероприятия, переливания крови и кровезаменителей. Обязательным этапом предоперационной подготовки является дренирование плевральной полости. Хирургическое вмешательство. Может быть рекомендована торакотомия, лапаротомия или тораколапаротомия. Операция включает тщательную ревизию полостей, ушивание разрывов паренхиматозных органов, восстановление целостности полых органов, ушивание разрыва диафрагмы, дренирование. Иногда требуется резекция печени, кишки и других органов, наложение колостомы или разгрузочной холецистостомы. Послеоперационный период. Больного доставляют в отделение реанимации, осуществляют контроль жизненных показателей, при необходимости используют аппаратуру для жизнеобеспечения, продолжают переливания крови, кровезаменителей, инфузии других растворов, введение сердечных средств, препаратов для стимуляции диуреза и пр. Назначают антибиотики, производят перевязки. В зависимости от особенностей травмы основные лечебные мероприятия могут дополняться фиксацией переломов таза, дренированием забрюшинных гематом и другими манипуляциями. После улучшения состояния пациента переводят на общестационарные условия, а затем на амбулаторное лечение, продолжают перевязки и антибиотикотерапию, выдают направление на физиотерапевтические процедуры, проводят реабилитацию. В последующем некоторым больным требуются плановые вмешательства, например – закрытие колостомы.

Задание 68. Техника диафрагмотомии при торакотомии.

Эталонный ответ: при правосторонних ранениях широкая диафрагмотомия дает возможность из плевральной полости (без дополнительной лапаротомии) осуществить ревизию раны печени, остановить кровотечение, наложить швы. Диафрагму рассекают, начиная с колото-резаной раны (независимо от направления этой раны) в радиальном направлении от периферии к центру по ходу мышечных волокон (если представить диафрагму в виде круга).

Задание 69. Инородные тела грудной стенки, плевральной полости, лёгких, средостения. Лечение

Эталонный ответ: чужеродные тела подлежат обязательному удалению во время первичной обработки раны. Если такая обработка не выполнялась, последующая тактика ведения пациента зависит от месторасположения и размера предмета. Мелкие инкапсулированные частицы, не причиняющие вреда больному, рекомендуется не удалять из-за высокого риска развития интра- и послеоперационных осложнений. Крупные предметы любой локализации, а также средние, поддерживающие воспалительный процесс или расположенные вблизи корней лёгких, магистральных сосудов подлежат извлечению. Предпочтение отдаётся малоинвазивным оперативным вмешательствам. Чужеродные тела плевры или локализованные субплеврально, удаляются видеоторакоскопическим доступом. Предметы, расположенные рядом с крупными бронхами, иногда можно извлечь при проведении фибробронхоскопии. В остальных случаях выполняется торакотомия. При сопутствующих нагноительных процессах, бронхоэктазиях осуществляется экономная резекция лёгкого на фоне антибактериальной терапии. В послеоперационном периоде продолжается лечение антибиотиками, назначаются физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура.

Задание 70. Пороки развития трахеи и бронхов. Лечение

Эталонный ответ: Выбор адекватной тактики лечения пороков развития легких осуществляется пульмонологами и торакальными хирургами. Он диктуется оценкой состояния пациента, степенью выраженности имеющихся нарушений и возможным прогнозом. Неотложная операция показана при выраженной дыхательной недостаточности в случаях лобарной эмфиземы, аплазии и агенезии легких, при трахеопищеводном свище и стенозах трахеи и бронхов. При бронхоэктазах и кистозной гипоплазии выбор хирургического или консервативного лечения определяется количеством измененных сегментов в обоих легких, частотой рецидивов и характером изменений легочной ткани. Как правило, при таких пороках развития легких проводят резекцию измененного участка легкого. При распространенных изменениях в легких проводится консервативная терапия, направленная на предупреждение обострений гнойного процесса. Она включает в себя ежегодные курсы противовоспалительной терапии, улучшение дренажа бронхиального дерева (бронхоальвеолярный лаваж, отхаркивающие, муколитические препараты, массаж, ингаляции, ЛФК), санаторно-курортную реабилитацию.

Задание 71. Травматические повреждения трахеи. Лечение

Эталонный ответ: интубация вентилируемым бронхоскопом может спасти жизнь в случаях, когда пересечение трахеи со смещением не позволяет обнаружить или интубировать дистальный сегмент с помощью волоконно-оптического бронхоскопа. В этих случаях жесткий бронхоскоп может помочь выровнять смещенные дыхательные пути и позволить организовать экстренную вентиляцию перед последующей хирургической репарацией. В большинстве таких случаев переход непосредственно к хирургическому восстановлению дыхательных путей является самым целесообразным и адекватным

Задание 72. Опухоли трахеи. Лечение

Эталонный ответ: рак трахеи обычно выявляется на продвинутых стадиях, когда уже развился значительный стеноз трахеи и гнойно-воспалительные осложнения. При поступлении в стационар нередко больным требуются экстренные лечебные мероприятия: антибиотикотерапия, санация трахеобронхиального дерева, восстановление просвета трахеи, трахеостомия. После этого решается вопрос о дальнейшей лечебной тактике, которая может быть хирургической, комбинированной или терапевтической. Хирургическое лечение. Оперативное лечение является основным и наиболее предпочтительным методом при раке трахеи. Применяются следующие виды операций: резекция трахеи. Единственным радикальным хирургическим вмешательством является циркулярная резекция пораженного сегмента с наложением межтрахеального анастомоза, протезированием трахеи. При распространенных поражениях может потребоваться резекция гортани или ларингэктомия, резекция главного бронха, пневмонэктомия. Методы эндотрахеальной хирургии. Различные эндоскопические манипуляции используют для увеличения просвета трахеи при его выраженном стенозе. В этом случае может выполняться деструкция экзофитной части опухоли с помощью лазера, удаление диатермической петлей. Вмешательство обычно дополняется бужированием трахеи, установкой стента. эндоскопическим гемостазом при кровотечении.

Задание 73. Приобретённые респираторно-органные свищи. Лечение

Эталонный ответ: В большинстве случаев бронхиальные свищи требуют оперативного лечения. Вместе с тем, в отношении некоторых фистул бронхов может быть применена консервативная тактика. Лечение данной патологии должны заниматься торакальные хирурги, владеющие всем арсеналом методов ведения больных с бронхиальными свищами. Консервативное лечение бронхиальных свищей предполагает проведение мероприятий по санации гнойных полостей: дренирование плевральной полости, промывание антисептическими растворами, введение протеолитических ферментов и антибиотиков, удаление инородных тел, наложение аппарата активной аспирации и т. п. После облитерации остаточных полостей возможно самострельное закрытие небольших бронхиальных свищей. Имеется положительный опыт ликвидации свищей с помощью химического прижигания или электрокоагуляции фистулы, позволяющих разрушить эпителиальную выстилку и стимулировать рост соединительной ткани в канале. При крупных фистулах может применяться временное эндоскопическое закрытие свищесущего бронха специальной поролоновой пломбой – такая тактика позволяет осуществить лаваж гнойной полости и создать благоприятные условия для оперативной ликвидации бронхиального свища. Консервативное лечение бронхиальных свищей оказывается успешным лишь в 10 – 12% случаев, поэтому большинству пациентов показано оперативное закрытие дефекта. Для оперативного устранения торакобронхиального свища может выполняться его иссечение с последующим ушиванием, мышечная пластика лоскутом на ножке. При послеоперационных свищах показано выполнение реампутации культи бронха. Устранение пищеводно-бронхиальных свищей требует ушивания дефектов со стороны пищевода и бронха, возможно – резекции измененной части легкого. Закрытие бронхоплеврального свища может производиться с помощью интраплевральной торакопластики или декорткации легкого.

Задание 74. Послеоперационные культиты и бронхиальные свищи. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: В большинстве случаев бронхиальные свищи требуют оперативного лечения. Вместе с тем, в отношении некоторых фистул бронхов может быть применена консервативная тактика. Лечение данной патологии должны заниматься торакальные хирурги, владеющие всем арсеналом методов ведения больных с бронхиальными свищами. Консервативное лечение бронхиальных свищей предполагает проведение мероприятий по санации гнойных полостей: дренирование плевральной полости, промывание

антисептическими растворами, введение протеолитических ферментов и антибиотиков, удаление инородных тел, наложение аппарата активной аспирации и т. п. После облитерации остаточных полостей возможно самострельное закрытие небольших бронхиальных свищей. Имеется положительный опыт ликвидации свищей с помощью химического прижигания или электрокоагуляции фистулы, позволяющих разрушить эпителиальную выстилку и стимулировать рост соединительной ткани в канале. При крупных фистулах может применяться временное эндоскопическое закрытие свищесущего бронха специальной поролоновой пломбой – такая тактика позволяет осуществить лаваж гнойной полости и создать благоприятные условия для оперативной ликвидации бронхиального свища. Консервативное лечение бронхиальных свищей оказывается успешным лишь в 10–12% случаев, поэтому большинству пациентов показано оперативное закрытие дефекта. Для оперативного устранения торакобронхиального свища может выполняться его иссечение с последующим ушиванием, мышечная пластика лоскутом на ножке. При послеоперационных свищах показано выполнение реампутации культи бронха. Устранение пищеводно-бронхиальных свищей требует ушивания дефектов со стороны пищевода и бронха, возможно – резекции измененной части легкого. Закрытие бронхоплеврального свища может производиться с помощью интраплевральной торакопластики или декортикации легкого.

Задание 75. Релаксация диафрагмы. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

Эталонный ответ: Единственный метод лечения полной или частичной релаксации – хирургический. Пациенты с латентной формой заболевания и стёртой клинической картиной подлежат динамическому наблюдению. Им рекомендуется избегать чрезмерных физических нагрузок, питаться часто малыми порциями, не допускать переедания. При прогрессировании процесса, наличии выраженных кардиоваскулярных, респираторных или диспепсических нарушений показано оперативное вмешательство. Релаксация диафрагмы, осложнённая разрывом органа, заворотом желудка, кишки, кровотечением подлежит экстренной хирургической коррекции. С учётом локализации патологического процесса выполняется лапаротомия или торакотомия. Разработан малоинвазивный торакоскопический доступ. При умеренной релаксации с частичным сохранением мышечного тонуса возможна френопликация – иссечение истончённой части органа с последующим её удвоением или утроением собственными диафрагмальными тканями. Полная релаксация правого или левого купола является показанием для пластики синтетическим материалом (тефлоном, поливинилалкоголем, териленом). В детской хирургии применяется прошивание грудобрюшной преграды параллельными рядами гофрирующих швов, которые затем стягиваются, образуют складки и низводят диафрагму.

ПК - 8:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме:

1. лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)
2. травмы поджелудочной железы
3. хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке
4. хирургических вмешательств на органах брюшной полости
5. тиреотоксикоза

Эталон ответа: 5. тиреотоксикоза

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какие препараты не используются для снижения давления в портальной системе:

1. Соматостатин и его аналоги (стиламин, сандостатин, октреотид)
2. Вазопрессин, глипрессин, терлипрессин
3. Венозные вазодилататоры (нитроглицерин, перлинганит, изосорбид5-моонитрат, нанипрусс)
4. Спазмолитики (папаверин, платифиллин, дротоверин, мебеверин)

Эталон ответа: 4. Спазмолитики (папаверин, платифиллин, дротоверин, мебеверин)

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Оптимальное лечение при тяжелом слипчивом перикардите:

1. препараты дигиталиса
2. фенестрация перикарда
3. дренирование перикарда
4. перикардэктомия
5. лечение диуретиками

Эталон ответа: 3. дренирование перикарда

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

1. применять массивные гемостатические средства
2. применять гипотензивные средства
3. вводить малые гемостатические дозы крови
4. ввести зонд Блек - Мора
5. хирургически прошить кровоточащие сосуды

Эталон ответа: 4, ввести зонд Блек - Мора

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

1. растворения фибрина
2. приостановления роста тромба
3. увеличения количества сгустков
4. изменения внутренней оболочки сосудов
5. снижения активности ДНК

Эталон ответа: 2. приостановления роста тромба

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является

1. рассыпной тип поражения
2. мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы
3. рецидив после оперативного лечения
4. непроходимость глубоких вен
5. острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

Эталон ответа: 4. непроходимость глубоких вен

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Антикоагулянты применяют:

1. при начинающейся гангрене
2. при тромбофлебите

3. при лимфангите
 4. при эндартериите
 5. при облитерирующем атеросклерозе
- Эталон ответа:* 2. при тромбофлебите

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Фибринолитическую активность крови при кровотечениях проявляют:

1. тромбин
2. трасилол
3. аминокaproновая кислота
4. викасол
5. контрикал

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. 1,2,3
2. 2,3,5
3. 2,3,4
4. 3,4,5
5. все верно

Эталон ответа: 2. 2,3,5

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В состав гемостатической губки входит:

1. тромбопластин
2. аскорбиновая кислота
3. викасол
4. гемодез
5. фибрин

Эталон ответа: 5. фибрин

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится:

1. к закрытию раны спиртовой повязкой
2. к наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В.Вишневского
3. к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки
4. возможно все перечисленное
5. ничего из перечисленного

Эталон ответа: 3. к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При карбункуле шеи показано все перечисленное, кроме:

1. согревающего компресса с мазью Вишневского
2. антибиотиков внутримышечно
3. сульфаниламидных препаратов внутрь
4. витаминотерапии
5. ультрафиолетового облучения

Эталон ответа: 1. согревающего компресса с мазью Вишневского

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме:

1. ушибленной раны головы
 2. термического ожога бедра 2-й степени
 3. острого гангренозного аппендицита
 4. открытого перелома плеча
 5. закрытого перелома голени
- Эталон ответа:* 5. закрытого перелома голени

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять:

1. внутривенно
 2. ректально
 3. внутримышечно
 4. местно в рану
 5. внутриартериально
- Эталон ответа:* 4. местно в рану

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следует проводить с помощью

1. антистафилококкового бактериофага
 2. нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
 3. антистафилококковой плазмы
 4. антистафилококкового иммуноглобулина
 5. всего перечисленного
- Эталон ответа:* 2. нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выберите оптимальный вариант лечения острого ретромаммарного мастита:

1. вскрытие гнойника радиарным разрезом
 2. пункция гнойника с промыванием его полости антибиотиками
 3. вскрытие гнойника по инфрамаммарной складке
 4. антибиотикотерапия
 5. ретромаммарные блокады
- Эталон ответа:* 3. вскрытие гнойника по инфрамаммарной складке

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Профилактика тромбоэмболических осложнений после операций включает:

1. бинтование нижних конечностей эластическим бинтом;
 2. применение антикоагулянтов;
 3. применение дезагрегантов;
 4. раннее вставание;
 5. все вышеуказанное.
- Эталон ответа:* 5. все вышеуказанное.

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Подготовка кишечника в дооперационном периоде предусматривает назначение:

1. отхаркивающих препаратов;
 2. бесшлаковой диеты;
 3. зондового питания;
 4. очистительных клизм;
 5. холода на живот.
- Эталон ответа:* 4. очистительных клизм

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите главное лечение столбняка:

1. всякое лечение бесполезно;
2. введение больших доз противостолбнячной сыворотки;
3. лечение спазмолитиками;
4. лечение антибиотиками;
5. лечение многократным введением анатоксина.

Эталон ответа: 2. введение больших доз противостолбнячной сыворотки

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите лечебное мероприятие, показанное при фурункулезе:

1. постановка пиявок;
2. массаж;
3. протирание окружающей кожи эфиром;
4. протирание окружающей кожи 70% спиртом;
5. выдавливание гнойника.

Эталон ответа: 4. протирание окружающей кожи 70% спиртом

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Что надо делать при флегмоне мягких тканей в стадии размягчения:

1. холод;
2. пункцию с последующим бактериологическим исследованием;
3. горячий компресс;
4. обкалывание с антибиотиками;
5. широкий разрез и дренирование.

Эталон ответа: 5. широкий разрез и дренирование.

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Специфическая активно-пассивная профилактика столбняка состоит во введении больному:

1. 1 мл столбнячного анатоксина и антибиотиков;
2. 1 мл столбнячного анатоксина и миорелаксантов;
3. 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки и миорелаксантов;
4. 1 мл столбнячного анатоксина, 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки;
5. 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки и антибиотиков.

Эталон ответа: 4. 1 мл столбнячного анатоксина, 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки;

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Профилактическая доза поливалентной противогангренозной сыворотки составляет:

1. 3000 МЕ;
2. 10000 МЕ;
3. 30000 МЕ;
4. 150000 МЕ;
5. 300000 МЕ.

Эталон ответа: 3. 30000 МЕ;

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

У больного нагноение поясничной раны после пиелолитотомии. Ему необходимо:

1. увеличить дозу антибиотиков;

2. промывать рану раствором антибиотиков;
 3. раскрыть рану с последующими перевязками 2 раза в сутки, прикладывать тампоны с гипертоническим раствором хлористого натрия или сернокислой магнезии;
 4. прикладывать тампоны на рану с мазью Вишневского.
- Эталон ответа:* 1. увеличить дозу антибиотиков

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Препарат для лечения синегнойной инфекции:

1. карбенициллин;
2. тетрациклин; в) трихопол;
3. гентамицин;
4. амикацин.

Эталон ответа: 1. карбенициллин

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Активный в отношении бактероидов препарат:

1. линкомицин;
2. моксалактам;
3. нистатин;
4. гентамицин;
5. трихопол.

Эталон ответа: 4. гентамицин

Задания открытого типа:

Задание 1.

Какой витамин помогает снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны?

Эталон ответа: витамин А.

Задание 2.

С переливания чего начинают лечение острой кровопотери на начальных этапах?

Эталон ответа: коллоидных и кристаллоидных растворов.

Задание 3.

Какой антибиотик в большей степени оказывает гепатотоксическое действие?

Эталон ответа: тетрациклин.

Задание 4

Больному Н., 43 года, для лечения остеохондроза назначен индометацин ректально, в анамнезе – язвенная болезнь 12-перстной кишки. Возможно ли обострение сопутствующего заболевания?

Эталон ответа: обострение возможно. Индометацин уменьшает синтез простагландинов с гастропротективным действием (ПГЕ1), независимо от пути его введения.

Задание 5

Больному Л., 34 года, для лечения язвенной болезни 12-перстной кишки назначен гастропротектор. Через несколько дней приема больной обратился к лечащему врачу с жалобой на потемнение стула. Определите препарат?

Эталон ответа: Де-Нол (окрашивает стул в темный цвет).

Задание 6.

Какие биологические препараты местного действия, используемые для окончательного гемостаза при капиллярном кровотечении?

Эталон ответа: тромбин, гемостатическая губка, биологический антисептический тампон.

Задание 7.

Какой препарат используют для консервативного лечения рефлекс-эзофагита при грыже пищеводного отверстия диафрагмы?

Эталон ответа: Церукал (метоклопрамид).

Задание 8.

Какой из антибиотиков дает наибольшую концентрацию в бронхиальном секрете?

Эталон ответа: Эритромицин.

Задание 9.

Как следует применять антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса?

Эталон ответа: Местно в рану.

Задание 10.

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

Диагноз? План лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость. Тактика лечения: Прозерин, 10%- 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО.

Задание 11.

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38°С. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя.

Объективно: В области ануса на 5 - 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

Диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Острый парапроктит (подкожный). Тактика лечения: В инфильтративную фазу - антибиотики, горячие микроклизмы, ректальная диатермия, свечи с анестезином. В фазу абсцедирования - вскрытие парапроктита.

Задание 12.

Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди, переднебоковой поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса.

Обстоятельства травмы: при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась. В машине «Скорой помощи» в/в введено 1 мл 2 % раствора омнопона, наложены контурные повязки. Вы - дежурный врач ЦРБ.

При осмотре: больной в сознании, возбужден, эйфоричен. неповрежденные покровы бледно-серые. Выраженный озноб. Пульс 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 36,2 С, ЧДД 30 в минуту. Мочи нет, в том числе по катетеру. Лицо - на щеках копоть, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки спущенного эпителия, морщины - белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемии-ван, во рту и в носовых ходах - следы копоты. В области передней поверхности груди и живота справа определяется гиперемия с большими эпидермальными пузырями с прозрачным и геморрагическим содержимым, частично вскрывшимися и занимающими 1/4 указанных зон. На правом предплечье струп по всей окружности — плотный буро-коричневый струн с просвечивающими кожными сосудами, кисть - выраженный отек, ткани синюшно-бледные, по тылу кисти - единичный большой пузырь с геморрагическим содержимым. Правое плечо - коричневый струп и несколько больших пузырей с кровянистым содержимым - в нижней трети, в средней и верхней - десквамированный эпидермис, эрозивно кровоточащая поверхность - поражена передняя и наружная поверхность. На правом бедре по передненаружной поверхности имеется плотный коричневый струп от верхней до нижней трети поверхности с просвечивающими сосудами, остальная поверхность - чередование слуханного эпидермиса и больших пузырей с геморрагическим и студенистым содержимым. Вся правая голень покрыта плотным циркулярным струпом с коагулированными сосудами. Стопа резко отечна, синюшна, пульсация на артериях стопы не определяется. По тылу стопы - небольшой эпидермальный пузырь с прозрачным содержимым. Ожоговая поверхность на голени, предплечья. передненаружной поверхности бедра справа безболезненны.

Общий анализ крови: эр. - 6.2×10^9 ; Ив-220 г/л; ц. п. - 1,2; л. - $12,2 \times 10^9$; СОЭ-25 мм/час..

Диагноз? Медикаментозное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Термический ожог пламенем лица, правой руки, переднебоковой поверхности груди, живота, правой ноги I - II - III А- Б степени общей площадью 48 % (III Б - 25 %). Ожог верхних дыхательных путей (термо-ингаляционная травма). Тяжелый ожоговый шок (II степени). Медикаментозное лечение: Местно I,II-мазь III-фурациллин. Инфузионная терапия: 1 день Объем инфузии (3 мл/кг) x процент ожога 2/3 ввести в первые 12 часов, 1/3 в остальное время. 2 день Объем уменьшить на 1/3. 3 день Объем уменьшить на 1/3. Соотношение кристаллоиды/коллоиды=3/1. А так же фуросемид, плазма, антибиотики. Ингаляции с протарголом, эуфиллином

Задание 13.

Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул.

Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов.

Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Нв – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.

Диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Наружный неорганизованный тонкокишечный свищ. Тактика лечения: Местно: окклюзия свища с помощью различных устройств (обтераторы), тщательный уход за кожей вокруг свища, антибиотикотерапия, парентеральное питание, связанное с восстановлением водно-электролитного баланса и компенсацией белковых потерь, применение ганглиоблокаторов, питание с применением энергетических продуктов.

Задание 14.

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

Диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Острый тромбоз поверхностных вен левой голени и бедра. Тактика лечения: Постельный режим, возвышенное положение конечности, антибиотики, антикоагулянты, венотоники (троксевазин), антиагреганты (асирин), местное лечение (НПВС: диклофенак, фастум-гель. Гепарин-гель). При наличии восходящего тромбоза - операция Троянова.

Задание 15.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на «тупые» боли в эпигастриальной области и за грудиной, возникающие после приема пищи в течении 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.

Диагноз? Тактика? Медикаментозное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Тактика Лапароскопическая фундопликация Toupet +кюрорафия. Медикаментозное лечение: Симптоматическая терапия: антациды, спазмолитики, противоязвенная терапия.

Задание 16.

Больной, 43 года (вес 75 кг, рост 180 см) поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи», темный жидкий стул на протяжении последних двух дней.

Из анамнеза известно, что последнюю неделю находился на амбулаторном лечении по поводу ОРЗ. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. Три дня назад появилась слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. *Per rectum* - мелена

Дополнительные исследования к задаче

1. Общий анализ крови: эритроцитов $2,4 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 65 г/л, гематокрит 23%.

2. Общий белок 55 г/л, протромбиновый индекс 70%

3. На ЭКГ- синусовая тахикардия

4. Показатели фиброгастроуденоскопии: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Тромбированный сосуд в диаметре около 1,5 мм.

5. ЦВК – отрицательное.

Диагноз? Медикаментозное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Желудочно-кишечное кровотечение. Декомпенсированная кровопотеря. Медикаментозное лечение: полиглюкин 600,0, реополиглюкин 400,0, альбумин 10%-200,0, эритроцитарная масса 400,0, ГЭК 6% -250,0, физиологический раствор 400,0, перфторан 400, натрия гидрокарбонат 8,4% -160,0, глюкоза 10% - 800,0 + ингибиторы протеаз + кортикостероиды + антифосфодиэстеразные средства+калий 7,5%, эритроцитарная масса 400,0, гемодез 400,0, ЭАКК - 200,0, свежемороженая плазма 300,0, реамберин 400,0.

Задание 17.

Больной 52 лет, поступил в приемное отделение со схваткообразными болями в животе, отсутствие отхождения стула и газов в течении 2-х суток, многократную рвоту. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов.

Диагноз? Консервативное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость. Консервативное лечение: Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов.

Задание 18.

Молодой человек 32 года, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в

эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10/л, Нв - 100 г/л.

Диагноз? Консервативное лечение?

Эталон ответа: Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.

Задание 19.

Если вовремя начать консервативную терапию, в скольки процентах можно остановить развитие гнойного процесса.

Эталон ответа: 86,8%

Задание 20.

ри эмболии бедренной артерии, какую консервативную терапию необходимо использовать?

Эталон ответа: Тромболитическую терапию.

Задание 21.

Антикоагулянты применяют чаще при какой патологии?

Эталон ответа: При тромбофлебите.

Задание 22.

Основные лечебные мероприятия при тромбозе предполагают использование каких препаратов?

Эталон ответа: Антикоагулянтов.

Задание 23.

Какие препараты проявляют наибольшую фибринолитическую активность крови при кровотечениях?

Эталон ответа: трасилол, аминокaproновая кислота, викасол.

Задание 24.

Что входит в состав гемостатической губки?

Эталон ответа: Фибрин.

Задание 25.

У больного с острым расширением желудка что не следует применять?

Эталон ответа: Антибиотикотерапию.

Задание 26.

Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору в чем заключается?

Эталон ответа: в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков.

Задание 27.

Если при исследовании кислотно-щелочного состояния у обожженного в периоде ожогового шока ВЕ - 15 мэкв/л, а рН - 7.29, пострадавшему показано что?

Эталон ответа: Введение 5% раствор бикарбоната натрия

Задание 28.

При обнаружении в ранах грамотрицательной инфекции, что следует применить?

Эталон ответа: борную или йодопионовую мазь

Задание 29.

После отторжения некрозов, что следует накладывать на ожоговую рану?

Эталон ответа: биологическое покрытие и мазь на жировой основе.

Задание 30.

Наложение 40% мази салициловой кислоты для некрэктомии одномоментно допустимо на сухой струп какой площадью?

Эталон ответа: 10-15% поверхности тела.

Задание 31.

Для открытого лечения ожогов II степени лица и кистей предпочтение следует отдать.

Эталон ответа: аэрозолям.

Задание 32.

Для лечения ожоговых ран, инфицированных синегнойной палочкой, что следует применять?

Эталон ответа: раствор диоксидина и левомеколь

Задание 33.

Наиболее выраженным бактерицидным действием среди применяемых растворов обладает?

Эталон ответа: 1% раствор йодовидона

Задание 34.

У женщины в послеродовом периоде имело место маточное кровотечение. При обследовании гемоглобин 100 г/л, фибриноген 3,5 г/л, общий белок 47 г/л. Указать препараты, которыми необходимо компенсировать кровопотерю?

Эталон ответа: Свежезамороженная плазма, протеин, белковые гидролизаты, с учетом анамнеза (послеродовый период) – эритроцитарная масса в малых дозах.

Задание 35.

В палате интенсивной терапии районной больницы находится пациент после операции гастрэктомии по поводу опухоли желудка. Больной пониженного питания, гемоглобин 80 г/л, общий белок – 38 г/л. 1. Указать кровезаменители, которые показаны в данном случае.

Эталон ответа: Белковые гидролизаты, аминокептид, жировые эмульсии (липофундин), сахара, многоатомные спирты (сорбитол).

Задание 36.

В приемное отделение городской больницы доставлен пациент, которого около часа назад покусала бродячая собака. При осмотре на задней поверхности левой голени имеется рваная рана с неровными краями и сгустками крови. Поставить диагноз.

Определить объем оказания медицинской помощи.

Эталон ответа: Рваная укушенная рана левой голени. Осмотр пациента, первичная хирургическая обработка с обязательной санацией перекисью водорода, дренированием без ушивания. Профилактика столбняка и бешенства (противостолбнячная сыворотка и анатоксин, антирабическая сыворотка), антибиотики.

Задание 37.

В поликлинику обратился пострадавший, который по неосторожности

пролил на руку концентрированную серную кислоту. Определить объем оказания медицинской помощи.

Эталон ответа: Ожог серной кислотой. Снять одежду, промыть проточной водой, обработать гидрокарбонатом натрия, наложить мазевую повязку, анальгетики (если большая площадь поражения – наркотические), симптоматическая терапия, ПСА + ПСС.

Задание 38.

В хирургическое отделение районной больницы обратился пациент с жалобами на интенсивные боли в пальцах обеих стоп, отек мягких тканей стоп. Из анамнеза выяснено, что накануне в течение трех часов в осенней обуви шел пешком. Температура воздуха - 100С. При объективном исследовании пальцы обеих стоп отечны, синюшно-багрового цвета, горячие на ощупь. Пульсация артерий отчетливая с обеих сторон. Чувствительность на пальцах снижена, на тыле стопы с обеих сторон сохранена. Поставить предварительный диагноз. Наметить план обследования. Определить тактику лечения.

Эталон ответа: Отморожение стоп III-IV ст. Антибиотики, анальгетики, сосудистая терапия, дублирование тканей крепким иодом (5% спиртовая настойкой йода) до перевода влажной гангрены в сухую, рентгенография нижних конечностей, сцинтиграфия костей для решения вопроса об уровне поражения костей и решения вопроса об объеме некрэктомии и ампутации.

Задание 40.

В приемное отделение районной больницы обратилась женщина, 25 лет, с жалобами на тошноту, многократную рвоту, повышение температуры тела до 380С. Из анамнеза выяснено, что днем в течение трех часов находилась на открытом солнце (пляж). При осмотре кожные покровы на конечностях, лице, шее, животе, спине, груди ярко красного цвета. Поставить предварительный диагноз. Определить план лечения.

Эталон ответа: Лучевой (солнечный) ожог 70% -I ст. Общее перегревание (солнечный удар). Дезинтоксикационная терапия, сосудистая терапия, местно – обработать кожные покровы мазью с содержанием охлаждающих веществ. Обильное питье.

Задание 41.

У пациента в инфекционном отделении районной больницы в течение суток была неукротимая рвота и профузный понос. Утром встал с кровати и упал без сознания на пол. Пульс на сонной артерии 100 в 1 мин. АД 80/40 мм рт. ст. Поставить диагноз. Наметить план лечения.

Эталон ответа: Гиповолемический шок III ст. Лечение в палате интенсивной терапии и реанимации. Противошоковые мероприятия (кристаллоиды в больших дозах, коллоиды, кардиотоники).

Задание 42.

В ожоговое отделение областной клинической больницы поступил пациент с ожогами пламенем грудной клетки IIБ степени, живота IIБ степени, передняя поверхность обеих верхних конечностей IIА – IIБ степени. При поступлении сознание ясное, несколько возбужден, в пространстве и местности ориентирован. АД 90/60 мм рт ст, пульс 108 в 1 мин. Поставить диагноз. Перечислить препараты крови и кровезаменители, показанные к переливанию в данном случае.

Эталон ответа: Ожог пламенем грудной клетки IIБ ст. 9%, передней поверхности обеих бедер IIА – IIБ ст. по 3% с каждой стороны. Ожоговый шок тяжелой степени. Препараты крови – свежемороженая плазма, альбумин, кровезаменители – коллоидные растворы (полиглюкин, реополиглюкин, протеин, аминокислоты), кристаллоиды, регуляторы кислотно-основного равновесия (гидрокарбонат натрия 4% раствор).

Задание 43.

Больной, 25 лет, был прооперирован по поводу гангренозного аппендицита. На третьи сутки после операции отмечено просачивание между швами серозной, а затем серозно-гноющей жидкости с пропитыванием подкожножировой клетчатки. На пятые сутки выявлена выраженная гиперемия краев раны, плотный отек кожи и подкожной клетчатки до верхней трети правого бедра без четкой демаркационной линии. После снятия швов из раны выделяется буроватого цвета экссудат с резким неприятным запахом. Подкожножировая клетчатка в ране, фасции грязно-серого цвета. Поставить диагноз. Определить план лечебных мероприятий.

Эталон ответа: Состояние после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита. Анаэробная флегмона мягких тканей правой подвздошной области и правого бедра. Снять швы, широко открыть рану, обработать окислителями (перекись водорода), осуществить адекватное дренирование. Инфузионная дезинтоксикационная терапия, не менее 2 антибиотиков (широкого спектра действия + действующий на анаэробы). Бактериологическое исследование отделяемого из раны.

Задание 44.

В неврологическом отделении областной больницы в течение трех недель находится пациент с геморрагическим инсультом. На консультацию приглашен хирург в связи с появлением в области крестца и правой пятки дефектов кожных покровов размером 4х6 см и 2х2 см. При осмотре по периферии обоих кожных дефектов имеется полоска черного цвета, в центре - налет фибрина. При контакте с инструментом раны практически не кровоточат. Поставить предварительный диагноз. Наметить план лечебных мероприятий.

Эталон ответа: Множественные пролежни. Перестилание, уход за бельем и постелью, протирания, обмывания прохладной водой с последующим растиранием, обработка бриллиантовым зеленым, метиленовым синим, при необходимости – некрэктомия, повязки с левомеколем, метилурацилом.

Задание 45.

Из отделения абдоминальной хирургии онкодиспансера выписан пациент с неоперабельной опухолью желудка после наложения гастростомы. Дать необходимые рекомендации родственникам по уходу за гастростомой.

Эталон ответа: Поддержание кожи вокруг гастростомы в сухом состоянии, протирание после приема пищи сухими салфетками, обработка пастой Лассара или цинковой пастой, при необходимости обработки бриллиантовым зеленым или метиленовым синим.

Задание 46.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 2 суток от начала заболевания с жалобами: на острые постоянные боли во всех отделах живота, вздутие живота, задержку стула и неотхождение газов, многократную рвоту, на наличие выпячивания в правой паховой области остро болезненное, на подъем t тела до 38° С. Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки сопровождающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется симптом Валля. Локально: В правой паховой области определяется плотное эластичное

образование до 15см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна. При пальпации образование резко болезненное, симптом кашлевого толчка отсутствует. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании: данных анамнеза заболевания, жалоб больного (появление острой боли и выпячивание в правой паховой области после физической нагрузки, учитывая продолжительность заболевания в течение 3-х суток, выраженный отек и гиперемия тканей в области грыжевого выпячивания, повышение температуры до 38 градусов, выраженный болевой синдром, поставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. Диагноз ОКН определяется по наличию: резкое вздутие живота, многократная рвота, задержка отхождения стула и газов в течение 2-х суток. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости на определение уровней (чаши Клейбера) УЗИ брюшной полости для определения свободной жидкости. План лечения: 1) Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, определение жизнеспособности ущемленных органов, рассечение ущемляющего кольца, резекция нежизнеспособных органов (при необходимости), пластика грыжевых ворот.

Задание 47.

Больной С, 45 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледные, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются слабоположительные перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{10}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $15,5 \times 10^9/л$, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, Из анамнеза известно, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастриальной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании жалоб на боли внизу живота, тошноту, рвоту, и данных анамнеза на возникновение боли в эпигастрии с дальнейшим ее смещением в правую подвздошную область (симптом Кохера), с определением слабоположительных перитонеальных знаков в нижних отделах живота, данных лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить предварительный диагноз: Острый деструктивный аппендицит. Местный перитонит. Дополнительные обследования: УЗИ на свободную жидкость, лапароскопия. План лечения: Экстренная операция: Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задание 48.

Больной Ф., 34 лет поступил в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза известно, что в течение года больного беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовался, за медицинской помощью не обращался, лечился в домашних условиях. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9/л$) с умеренным сдвигом

лейкоцитарной формулы влево. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании: жалоб на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью, данных анамнеза и объективных методов исследования: что в течение года больного беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, объективных данных: живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера и Мерфи, лабораторных и инструментальных методов исследования: Острый обтурационный холецистит. Дополнительные обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар, ПТИ, билирубин, электролиты, группа крови и Rh -фактор, ЭКГ, ФЛГ. Из дополнительных методов исследования наиболее информативный и доступный – УЗИ План лечения. Экстренная операция - Лапароскопическая холецистэктомия.

Задание 49.

Пациент 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течение последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании жалоб, данных анамнеза и объективных данных: на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту съеденной пищей, в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Дополнительные обследования: рентгеноскопия желудка и ФГДС. Диагностическая лапароскопия. План лечения: После предоперационной подготовки, операция: Лапаротомия. Резекция желудка при тяжелом состоянии гастроэностомия.

Задание 50.

Больной А., 64 лет поступил в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение T тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращался. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась T тела до 39, сопровождающаяся ознобами. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительный. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабopоложительный. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение T тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Данных анамнеза: болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. Объективных данных: язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабopоложительный. Диагноз: Желчнокаменная болезнь. Холедохолетиаз. Гнойный холангит. Дополнительные обследования: УЗИ. План лечения: Оперативное лечение: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. при неэффективности - холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха.

Задание 51.

Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие болезненного грыжевого выпячивания в правой паховой области. Боли появились 1 час назад после физической нагрузки. С течением времени болевой синдром усиливался, в связи с чем обратился. Общее состояние больного без особенностей. От момента заболевания прошло не более 2-х часов. В правой паховой области Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется. Предварительный диагноз? План лечения?

Эталон ответа: Предварительный диагноз: Ущемлённая, правосторонняя паховая грыжа. План лечения: Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, пластика грыжевых ворот.

Задание 52.

Мужчина 45 лет, болен в течение суток, когда появились боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, чувство дискомфорта при мочеиспускании, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области определяется резкая болезненность. Лейкоцитоз - 12 тыс. Предварительный диагноз? Дополнительные методы обследования? План лечения?

Эталон ответа: Предварительный диагноз: Острый аппендицит, тазовое расположение. Дополнительные обследования: ОАК, ОАМБ, УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости. План лечения: Лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости или аппендэктомия по Волковичу- Дьяконову.

Задание 53.

Молодой человек 32 года, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв - 100 г/л. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб, данных анамнеза: считает себя больным когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые

уменьшились после приема альмагеля, рвота кофейной гущей, стул черного цвета, холодный липкий пот. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Дополнительные методы: Определение группы рети и резус-фактора. Промывание желудка. Выполнение ФГДС. План лечения: Ушивания. Пилоропластика по Феню, Жабуню, Гейнеке-Микуличу.

Задание 54.

Больной 52 лет, поступил в приемное отделение со схваткообразными болями в животе, отсутствие отхождение стула и газов в течении 2-х суток, многократную рвоту. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб: на схваткообразные боли в животе, отсутствие отхождения стула и газов в течении 2-х суток, многократную рвоту. Данных анамнеза: Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективных данных: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов. Можно поставить диагноз: Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость. Дополнительные обследования: УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия. План лечения: Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

Задание 55.

Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия. Болей в животе нет. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Какая патология описана в данном случае и почему?

Эталон ответа: Демпинг-синдром. Установлен на основании анамнеза: после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия.

Задание 56.

Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-X ребер слева по паравerteбральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди. План лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Широкая торакотомия, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к грудины

Задание 57.

Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Сознание спутанное, кожные покровы бледные, цианоз губ. АД - 80/20 мм рт.ст. Пульс на периферических сосудах не определяется. Рана грудной клетки длиной 2 см, по левой парастернальной линии на уровне III-го межреберья. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. План лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Немедленная торакотомия с предварительной пункцией перикарда

Задание 58.

Больной 2 часа назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Поступил в тяжелом состоянии. Бледен, АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Что необходимо выполнить?

Эталон ответа: Немедленную торакотомию.

Задание 59.

У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксиллярной линии (справа 4 ребра, слева - 3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Что необходимо предпринять?

Эталон ответа: Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки.

Задание 60.

У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. План оказания помощи?

Эталон ответа: Дренирование обеих плевральных полостей.

Задание 61.

Больной, 42 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке. Общее состояние больного без особенностей. Правая половина мошонки увеличена в размерах до 11x7x5 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется. Кашлевой толчок

положительный.
Предварительный диагноз? Какие варианты оперативного вмешательства?

Эталон ответа: Диагноз: Невправимая пахово-мошоночная грыжа. Варианты оперативных вмешательств: Герниопластика по Постемскому, Пластика с аллотрансплантантом (операции Лихтенштейна), лапароскопическая операция с сетчатым трансплантантом.

Задание 62.

У больного 70 лет, длительно страдающего сахарным диабетом второго типа, на фоне переохлаждения, на задней поверхности шеи появилось резко болезненное уплотнение 3,5 x 5,0 см, с несколькими участками некроза кожи в центре, кожа гиперемирована, напряжена. Лимфатические узлы не пальпируются. Одышки в покое нет. Температура тела 38,1°C. Лейкоцитоз 10,2x10⁹ /л. Артериальное давление 145/80 мм.рт.ст. Поставить диагноз и определить лечебную тактику?

Эталон ответа: Фурункулез спины. Общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, мочевины, креатинин, общий белок. По показаниям обследования на наличие соматической патологии, в том числе паразитарной.

Задание 63.

У пациента через шесть суток после ушиба правого бедра появилась гиперемия и отечность кожи, повысилась температура тела до 37,8°C. Пальпаторно определяется флюктуация и местное повышение температуры с выраженной гиперестезией окружающих тканей в проекции травмы. Активные движения в коленном суставе болезненны и ограниченные, пассивные в полном объеме. Поставить диагноз и определить лечебную тактику?

Эталон ответа: Нагноившаяся гематома правого бедра. Показана госпитализация и операция – вскрытие нагноившейся гематомы.

Задание 64.

Больной, 25 лет, был прооперирован по поводу гангренозного аппендицита. На третьи сутки после операции отмечено просачивание между швами серозной, а затем серозно-гнойной жидкости с пропитыванием подкожно-жировой клетчатки. На пятые сутки выявлена выраженная гиперемия краев раны, плотный отек кожи и подкожной клетчатки до верхней трети правого бедра без четкой демаркационной линии. После снятия швов из раны выделяется буроватого цвета экссудат с резким неприятным запахом. Подкожно-жировая клетчатка в ране, фасции грязно-серого цвета. Поставить диагноз и определить план лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Состояние после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита. Анаэробная флегмона мягких тканей правой подвздошной области и правого бедра. Снять швы, широко открыть рану, обработать окислителями (перекись водорода), осуществить адекватное дренирование. Инфузионная дезинтоксикационная терапия, не менее 2 антибиотиков (широкого спектра действия + действующий на анаэробы). Бактериологическое исследование отделяемого из раны.

Задание 65.

У пациента установлены облитерирующий атеросклероз аорты и магистральных артерий, хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. По результатам ангиографии выявлено наличие атеросклеротической окклюзии на уровне бифуркации аорты.

Эталон ответа: Аортобедренное бифуркационное шунтирование аллопротезом.

Задание 66.

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты

съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Какие необходимы дополнительные методы обследования? Каков план лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб и анамнеза; поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. Диагноз: Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование. План лечения: Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френогерниопластика или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансназальная интубация тонкой кишки (по показаниям).

Задание 67.

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. Установите предварительный диагноз. *Эталон ответа:* Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.

Задание 68.

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. Установите предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования? Необходимо ли оперативное лечение? *Эталон ответа:* Диагноз: Абсцесс легкого. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ. Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы.

Задание 69.

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. Какой предварительный диагноз?

Эталон ответа: Диагноз: Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.

Задание 70.

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота возникает 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 - 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин - 80 г/л, Эритроциты - 3 x 10. Установите диагноз.

Эталон ответа: Диагноз: Цирроз печени, портальная гипертензия. Кровотечение из варикозных вен пищевода.

Задание 71.

В хирургическое отделение районной больницы поступил пациент, 63 лет, с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищей, потерю веса в течении года до 10 кг. При объективном исследовании пациент пониженного питания, кожные покровы землистого цвета. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Объемные образования пальпаторно не определяются. Лимфатические узлы не увеличены. Предварительный диагноз и определить план обследования и тактику лечения?

Эталон ответа: Рак тела желудка. Общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с прицельной биопсией, рентгенография и рентгеноскопия желудка. Хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции желудка с последующей химиотерапией.

Задание 72.

Какой тест является наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является?

Эталон ответа: Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы.

Задание 73.

Какой объем оперативного вмешательства при перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела?

Эталон ответа: Ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости.

Задание 74.

Больной, 28 лет. Заболел 3 дня назад. Заболевание началось с болей в эпигастрии, переместившихся позднее в правую подвздошную область, тошнило, однократно была рвота. Никуда не обращался, боли стихли, но сегодня возобновились в правой подвздошной области, поднялась температура до 38 гр., газы стали плохо отходить, стул задержан. Имеется общая слабость, потливость. При осмотре: живот болезненный в правой подвздошной области, где определяется плотное болезненное опухолевидное образование, подвижное, без четких границ. Положителен с-м Щеткина - Блюмберга. Температура 38,6 С. Какой диагноз? Какова тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Тактика лечения: Лапароскопия. консервативное лечение, антибиотикотерапия, физиотерапия, дальнейшее наблюдение после исследование толстой кишки.

Задание 75.

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. Установите предварительный диагноз.

Эталон ответа: Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.

ПК - 12:

Задания закрытого типа:

1. Важнейшим организационным элементом современной системы лечебно-эвакуационных мероприятий является:

- А) противошоковая терапия;
- В) санитарная обработка;
- С) медицинская сортировка;
- Д) наличие санитарных бригад.

Эталон ответа: С

2. Все потери среди населения при ЧС называют:

- А) общими потерями;
- В) безвозвратным потерям;
- С) санитарным потерям.

Эталон ответа: А

3. Задачами первичной врачебной помощи при ЧС являются:

- А) устранение причин, угрожающих жизни раненых;
- В) поддержание функции жизненно важных органов;
- С) профилактика тяжелых последствий и осложнений травм;

- D) подготовка раненых к дальнейшей эвакуации;
 - E) все перечисленное.
- Эталон ответа:* E.

4. Кем оказывается первая помощь при ЧС?

- A) Самопомощь взаимопомощь;
- B) фельдшером;
- C) Врачом специалистом;
- D) Медицинской сестрой.

Эталон ответа: A

5. К поражённым и больным, представляющим опасность для окружающих и нуждающихся в направлении на сан. обработку или в изолятор, относятся:

- A) поражённые стойкими ОВ;
- B) инфекционные больные;
- C) больные с психозами;
- D) все ответы верны.

Эталон ответа: D

6. Этап медицинской эвакуации – это:

A) медицинские формирования и учреждения, развёрнутые на путях эвакуации поражённых (больных) и обеспечивающие их приём, медицинскую сортировку оказание регламентированной медицинской помощи лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации;

B) совокупность лечебно-профилактических мероприятий определённого вида медицинской помощи, выполняемых на этапах медицинской эвакуации или в лечебных учреждениях в соответствии со складывающейся общей и медицинской обстановкой;

C) формирования и учреждения службы медицины катастроф

Эталон ответа: A

7. К метеорологическим катастрофам относятся все перечисленные, за исключением:

- A) бурь;
- B) наводнений;
- C) морозов;
- D) засухи.

Эталон ответа: B

8. Поражающие факторы чрезвычайных ситуаций могут быть:

- A) механические;
- B) химические;
- C) термические;
- D) все перечисленные.

ANSWER: D

9. Укажите неверно указанный принцип лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС.

- A) своевременность оказания медицинской помощи;
- B) последовательность оказания медицинской помощи;
- C) унифицированность в оказании медицинской помощи;
- D) преемственность в оказании медицинской помощи.

Эталон ответа: C

10. При организации аварийно-спасательных работ отсутствует фаза:

- A) изоляции;
- B) спасения;
- C) стабилизации;
- D) восстановления.

Эталон ответа: C

11. Основное место в структуре санитарных потерь при железнодорожных катастрофах занимают:

- A) ожоги;
- B) отравления АОХВ;
- C) механические травмы;
- D) отморожения.

Эталон ответа: C

12. Из отдельных анатомо-функциональных областей в ДТП чаще наблюдается повреждение:

- A) головы;
- B) грудной клетки;
- C) живота;
- D) конечностей.

Эталон ответа: A

13. Эвакуации из ЛПУ при ЧС не подлежит:

- A) медицинский и обслуживающий персонал;
- B) члены семей медицинского персонала;
- C) транспортабельные больные;
- D) нетранспортабельные больные.

Эталон ответа: D

14. Укажите неверно указанную группу больных при эвакуации ЛПУ при ЧС.

- A) подлежащие выписке;
- B) транспортабельные;
- C) временно нетранспортабельные;
- D) нетранспортабельные.

Эталон ответа: C

15. Укажите неверно указанную группу при проведении медицинской сортировки по эвакуационному признаку:

- A. подлежащих эвакуации;
- B. подлежащих оставлению на данном этапе медицинской эвакуации;
- C. подлежащих возвращению на амбулаторно-поликлиническое лечение;
- D) подлежащих возвращению в строй.

Эталон ответа: D

16. Укажите неверно указанное требование к медицинской эвакуации.

- A) должна осуществляться на основании медицинской сортировки;
- B) должна быть кратковременной;
- C) должна быть максимально щадящей;
- D) должна быть целенаправленной.

Эталон ответа: D

17. По охвату эвакуация ЛПУ при ЧС может быть:

- А) всеобщая и выборочная;
- В) полная и частичная;
- С) заблаговременная и экстренная;
- Д) неотложная и отсроченная.

Эталон ответа: В

18. Эвакуация ЛПУ считается частичной если:

- А. эвакуируется только персонал ЛПУ;
- В. эвакуируются только больные;
- С. эвакуируются персонал, больные и запас материальных средств;
- Д. эвакуируются только больные и персонал.

Эталон ответа: D

19. Ответственным за проведение эвакуации ЛПУ при ЧС является:

- А) руководитель здравоохранения города;
- В) главный врач;
- С) заместитель главного врача по ГО и ЧС;
- Д) председатель эвакуационной комиссии ЛПУ;
- Е) штаб ГО и ЧС ЛПУ.

Эталон ответа: В

20. Нетранспортабельных больных при полной эвакуации лечебного учреждения размещают:

- А) на первых этажах ЛПУ;
- В) на верхних этажах ЛПУ;
- С) эвакуируют в другие ЛПУ;
- Д) помещают в оборудованные убежища ЛПУ.

Эталон ответа: D

21. Что из перечисленного не входит в состав большинства аптек для оказания первой помощи?

- А) устройство для проведения искусственного дыхания;
- В) маска медицинская;
- С) антибиотики;
- Д) лейкопластырь.

Эталон ответа: С

22. Медицинская сортировка раненых и пораженных в ЧС может быть:

- А) выборочной;
- В) эвакуационной;
- С) предварительной;
- Д) внутripунктовой.

Эталон ответа: D

23. Система лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в ЧС предусматривает:

- А) два этапа;
- В) три этапа;
- С) четыре этапа;
- Д) этапы в этой системе не предусмотрены.

Эталон ответа: А

24. Укажите неверно указанный режим функционирования ВСМК:

- А) повседневной деятельности;
- В) оперативной готовности;
- С) чрезвычайной ситуации;
- Д) повышенной готовности.

Эталон ответа: В.

25. Оптимальный срок оказания первой помощи:

- А) первые 30 минут с момента поражения;
- В) через 1-2 часа с момента поражения;
- С) 2-4 часа с момента поражения;
- Д) 4-6 часов с момента поражения.

Эталон ответа: А

Задания открытого типа:

Задание 1

Дайте определение чрезвычайной ситуации (ЧС).

Эталон ответа: Чрезвычайная ситуация (ЧС) – это обстановка на определенной территории (акватории) или объекте, сложившаяся в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, стихийного или иного бедствия, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, применения современных средств поражения, которые могут повлечь или повлекли за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей и (или) окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушения условий жизнедеятельности людей.

Задание 2

Классификация и примеры антропогенных ЧС.

Эталон ответа: Техногенные; экологические; биолого-социальные; военные

Задание 3

Классификация ЧС по масштабу.

Эталон ответа: Локальные. Местные. Территориальные. Региональные. Федеральные. Глобальные.

Задание 4

Дайте определение медицины катастроф.

Эталон ответа: Медицина катастроф – отрасль медицины, представляющая систему научных знаний и сферу практической деятельности, направленной на спасение жизни и сохранения здоровья населения при авариях, катастрофах, стихийных бедствиях и эпидемиях, предупреждения и лечения поражений (заболеваний), возникших в результате ЧС.

Задание 5

Фазы организации медицинской помощи пораженным в ЧС.

Эталон ответа: Фаза изоляции. Фаза спасения. Фаза восстановления.

Задание 6

Перечислите факторы радиационного воздействия при радиационной аварии.

Эталон ответа: Внешнее; Внутреннее; Контактное.

Задание 7

Перечислите поражающие факторы при взрыве и пожаре.

Эталон ответа: Ударная волна; открытый огонь и искры; повышенная температура окружающей среды и предметов; токсичные продукты горения, дым; пониженная концентрация кислорода в воздухе; падающие части строительных конструкций.

Задание 8

Укажите особенности структуры медико-санитарных потерь при землетрясениях.

Эталон ответа: В структуре санитарных потерь при землетрясениях преобладают механические повреждения (черепно-мозговые травмы, травмы туловища и конечностей). Высока частота синдрома длительного сдавления. Практически у всех пострадавших имеются реактивные психические расстройства и нарушения психоэмоциональной сферы.

Задание 9

Дайте определение объема медицинской помощи.

Эталон ответа: Объем медицинской помощи — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых на данном этапе медицинской эвакуации в отношении определенных категорий пострадавших (больных) по медицинским показаниям в соответствии с конкретными медико-тактическими условиями и возможностями этапа медицинской эвакуации.

Задание 10

Дайте определение вида медицинской помощи.

Эталон ответа: Вид медицинской помощи — это комплекс лечебно-диагностических мероприятий, решающий определенные задачи в системе оказания медицинской помощи и требующий соответствующей подготовки лиц, ее оказывающих, необходимого оснащения и определенных условий.

Задание 11

Дайте определение первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Эталон ответа: Первичная доврачебная медико-санитарная помощь — вид медицинской помощи, дополняющий первую помощь, направленный на поддержание жизни и профилактику тяжелых осложнений, который оказывается фельдшером или медицинской сестрой в очаге (зоне) поражения с использованием табельных средств медицинского имущества.

Задание 12

Дайте определение специализированной медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

Эталон ответа: Специализированная медицинская помощь — вид медицинской помощи, оказываемый врачами-специалистами на этапах медицинской эвакуации, оснащенными соответствующим лечебно-диагностическим оборудованием с целью устранения угрожающих жизни последствий повреждений, профилактики осложнений, постановки диагноза, подготовки пострадавших к дальнейшей эвакуации.

Задание 13

Перечислите основные мероприятия «первой очереди» специализированной медицинской помощи пострадавшим в ЧС.

Эталон ответа: Обеспечение адекватного дыхания; по показаниям ИВЛ; окончательная остановка наружного и внутреннего кровотечения; полное выведение пострадавших из шока; оперативные вмешательства по экстренным показаниям; введение антидотов; симптоматическая терапия.

Задание 14

Дайте определение медицинской сортировке.

Эталон ответа: Медицинская сортировка – это распределение пораженных на группы с учетом нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями и видом медицинской помощи, которая может быть оказана на данном этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки.

Задание 15

Назовите основную цель медицинской сортировки.

Эталон ответа: Цель медицинской сортировки состоит в обеспечении оказания пораженным своевременной медицинской помощи в оптимальном объеме, разумном использовании имеющихся сил и средств, проведении рациональной эвакуации.

Задание 16

Перечислите основные принципы медицинской сортировки.

Эталон ответа: Непрерывность; преемственность; конкретность; повторяемость.

Задание 17

В чем заключается принцип непрерывности медицинской сортировки?

Эталон ответа: Непрерывность сортировки заключается в том, что она должна начинаться непосредственно на пунктах сбора пораженных (на месте поражения) и далее проводиться на всех этапах медицинской эвакуации и во всех функциональных подразделениях, через которые проходят пораженные. Сортировочные группы, в которые включаются пострадавшие, могут меняться, однако каждый пострадавший, вплоть до его эвакуации на другой этап, постоянно находится в той или иной сортировочной группе.

Задание 18

В чем заключается принцип преемственности медицинской сортировки?

Эталон ответа: Медицинская сортировка проводится на всех этапах медицинской эвакуации, начиная с момента оказания первой помощи на месте катастрофы и заканчивая лечением и реабилитацией пораженных в ЛПУ. На каждом этапе медицинской эвакуации сортировка проводится с учетом профиля и возможностей последующего учреждения (этапа медицинской эвакуации), куда направляется пораженный.

Задание 19

В чем заключаются принципы конкретности и повторяемости медицинской сортировки?

Эталон ответа: Конкретность медицинской сортировки заключается в том, что с малейшим изменением условий работы на любом этапе медицинской эвакуации или ЛПУ в целом изменяется и сортировка. Повторяемость состоит в переоценке тяжести поражения на каждом последующем этапе медицинской эвакуации.

Задание 20

Перечислите основные критерии медицинской сортировки.

Эталон ответа: Опасность для окружающих; нуждаемость в медицинской помощи; целесообразность и возможность эвакуации.

Задание 21

Укажите виды медицинской сортировки.

Эталон ответа: Внутрипунктовая сортировка – распределение пораженных (больных) по группам согласно критериям сортировки для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установления

очередности в эти подразделения. Эвакуационно-транспортная сортировка – распределение пораженных (больных) на однородные группы в соответствии с эвакуационным назначением очередностью, способами и средствами их эвакуации.

Задание 22

Дайте общую характеристику первого (реанимационного, «красного») сортировочного потока.

Эталон ответа: Пострадавшие в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, с быстрым нарастанием нарушений жизненно-важных функций организма, для устранения которых необходимы экстренные лечебные мероприятия, в том числе ИВЛ, в условиях отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии (противошоковой палаты).

Задание 23

Дайте общую характеристику первого (реанимационного, «красного») сортировочного потока.

Эталон ответа: Пострадавшие в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, с быстрым нарастанием нарушений жизненно-важных функций организма, для устранения которых необходимы экстренные лечебные мероприятия, в том числе ИВЛ, в условиях отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии (противошоковой палаты).

Задание 24

Дайте общую характеристику третьего («зеленого») сортировочного потока.

Эталон ответа: Пострадавшие в относительно удовлетворительном состоянии с компенсированными функциональными расстройствами с сохранением способности к самостоятельному передвижению; срок начала оказания медицинской помощи – в течение 40 минут в условиях смотровых кабинетов приемного отделения.

Задание 25

Перечислите сортировочные группы согласно критерию «Опасность для окружающих».

Эталон ответа: Нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке (частичной или полной); подлежащие временной изоляции (в инфекционном или психоневрологическом изоляторе); не нуждающиеся в специальной (санитарной) обработке.

Задание 26

Дайте определение медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Медицинская эвакуация — это вынос (вывоз) пораженных (больных) из очага ЧС и последовательная транспортировка их через этапы медицинской эвакуации в «конечное» ЛПУ, где будет осуществлены лечение и реабилитация, с целью своевременного оказания необходимой медицинской помощи.

Задание 27

Дайте определение этапа медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Под этапом медицинской эвакуации понимают медицинские формирования и учреждения, независимо от их ведомственной принадлежности, развернутые на путях эвакуации пораженных (больных) и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, и (при оказании регламентируемой медицинской помощи, лечение необходимости) к дальнейшей эвакуации.

Задание 28

Перечислите функциональные подразделения этапа медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Приемно-сортировочное отделение; площадка специальной обработки; перевязочное и операционно-перевязочное отделения; процедурная; противошоковая палата и ПИТ; госпитальное отделение, эвакуационное отделение; изолятор.

Задание 29

Дайте определение пути медицинской эвакуации и эвакуационному направлению.

Эталон ответа: Путь медицинской эвакуации – это маршрут, по которому осуществляется вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага поражения до этапов медицинской эвакуации. Эвакуационным направлением называется совокупность путей эвакуации, развернутых на них этапов медицинской эвакуации и действующих эвакуационно-транспортных средств.

Задание 30

Перечислите общие требования к медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Медицинская эвакуация должна осуществляться на основе медицинской сортировки и в соответствии с эвакуационным заключением;

медицинская эвакуация должна быть кратковременной, обеспечивающей скорейшую доставку пораженных в ЛПУ по назначению; медицинская эвакуация должна быть максимально щадящей.

Задание 31

Дайте определение нетранспортабельности пораженных в ЧС.

Эталон ответа: Нетранспортабельность – это состояние пораженного, обусловленное воздействием поражающих факторов ЧС и/или перенесенным медицинским вмешательством, не позволяющее провести эвакуацию в связи с возможностью возникновения тяжелых осложнений (вплоть до летального исхода), вызванных условиями транспортировки.

Задание 32

Назовите сроки нетранспортабельности после оперативных вмешательств по поводу повреждений конечностей, грудной клетки, головы.

Эталон ответа: Пораженные с ранениями и переломами конечностей могут быть эвакуированы на 2-3 сутки после операции; пораженные с ранениями и повреждениями грудной клетки могут быть эвакуированы на 2-4 сутки после операции; пораженные с ранениями и повреждениями головы – через 21-28 суток после операции.

Задание 33

Перечислите виды медицинской эвакуации.

Эталон ответа: «На себя» - вышестоящий этап эвакуации высылает санитарный транспорт к подчиненному;

«от себя» - эвакуация своим транспортом на вышестоящий этап;

«по назначению» - направление пораженных непосредственно в специализированные профильные ЛПУ;

«по направлению» - пораженные следуют общим потоком через все этапы эвакуации.

Задание 34

Перечислите основные противопоказания к эвакуации пораженных в ЧС авиационным транспортом.

Эталон ответа: Продолжающееся внутреннее или наружное кровотечение;

невосполненная тяжелая кровопотеря; выраженные нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, требующие интенсивной терапии; шок второй и третьей степени; недренированный закрытый или клапанный пневмоторакс.

выраженный парез кишечника после лапаротомии; септический шок; жировая эмболия.

Задание 35

Дайте определение эпидемии.

Эталон ответа: Эпидемия – это массовое и прогрессирующее распространение инфекционного заболевания в пределах определенной территории, значительно превышающее обычно регистрируемый уровень заболеваемости на данной территории за аналогичный период.

Задание 36

Дайте определение санитарно-противоэпидемического обеспечения населения в ЧС.

Эталон ответа: Комплекс мероприятий, проводимых в зоне ЧС с целью сохранения здоровья населения и личного состава, участвующего в ликвидации последствий ЧС, путем медицинского контроля состояния их здоровья, санитарного надзора за условиями размещения, питанием, водоснабжением, санитарным состоянием территории, удалением нечистот, захоронением трупов погибших людей и животных; оценки санитарно-гигиенического состояния зоны ЧС; прогнозирования влияния неблагоприятных факторов на состояние здоровья населения и личного состава, участвующего в ликвидации ЧС.

Задание 37

Перечислите основные противоэпидемические мероприятия в зоне ЧС.

Эталон ответа: Санитарно-эпидемиологическая разведка предполагаемых районов рассредоточения и размещения эвакуируемых жителей;

эпидемиологическое наблюдение, включающее изучение санитарноэпидемиологического состояния населенных пунктов;

своевременное выявление инфекционных больных, их изоляция и госпитализация;

учет и санация носителей возбудителей болезней и лиц, страдающих хроническими формами инфекционных болезней;

профилактика инфекционных заболеваний путем применения вакцин, сывороток, антибиотиков и различных химических препаратов;

борьба с переносчиками трансмиссивных заболеваний и грызунами.

Задание 38

Дайте определение карантина.

Эталон ответа: Карантин - система временных организационных, режимно-ограничительных, административно-хозяйственных, правовых, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение выноса возбудителя опасного инфекционного заболевания за пределы эпидемического очага, обеспечение локализации эпидемического очага и последующую его ликвидацию.

Задание 39

Дайте определение обсервации.

Эталон ответа: Обсервация – режимно-ограничительные мероприятия, предусматривающие, наряду с усилением медицинского и ветеринарного наблюдения и проведением противоэпидемических, лечебно-профилактических и ветеринарно-санитарных мероприятий, ограничение перемещения и передвижения людей или

сельскохозяйственных животных во всех сопредельных с зоной карантина административно-территориальных образованиях, которые создают зону обсервации

Задание 40

Перечислите особенности эпидемических очагов в районах ЧС.

Эталон ответа: Массовое заражение людей и формирование множественных очагов; длительное существование очагов; сокращение инкубационного периода; снижение резистентности организма пострадавших; наличие большой инфицирующей дозы возбудителей; отсутствие защиты населения и пораженных в связи с несвоевременной изоляцией инфекционных больных; наличие различных клинических форм инфекционных болезней и несвоевременность диагностики.

Задание 41

Перечислите направления санитарно-эпидемиологического обеспечения населения в ЧС.

Эталон ответа: В процессе ликвидации медико-санитарных последствий ЧС санитарно-эпидемиологическое обеспечение населения проводят по трем направлениям: санитарно-гигиенические мероприятия; противоэпидемические мероприятия; контроль окружающей среды.

Задание 42

Перечислите цели санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при ЧС.

Эталон ответа: Сохранение и укрепления здоровья населения, профилактика заболеваний; предупреждение возникновения инфекционных заболеваний среди населения; быстрейшая ликвидация инфекционных заболеваний в случае их появления.

Задание 43

Понятия общей и специальной экстренной профилактики инфекционных заболеваний.

Эталон ответа: Экстренная профилактика (превентивное лечение) представляет собой комплекс медицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний людей в случае их заражения возбудителями опасных инфекционных заболеваний. Она проводится немедленно после установления факта бактериального заражения или появления среди населения случаев опасных инфекционных заболеваний, а также массовых инфекционных заболеваний неизвестной этиологии. До установления вида микроорганизма, вызвавшего инфекционное заболевание, проводится общая, а после установления вида возбудителя – специальная экстренная профилактика.

Задание 44

Перечислите особенности медицинской эвакуации из очагов особо опасных инфекций.

Эталон ответа: Выделение отдельных специальных путей эвакуации; безостановочное движение через населенные пункты; наличие средств дезинфекции в санитарном транспорте; обязательное сопровождение медицинским персоналом; организация санитарно-контрольных пунктов при выезде из очагов.

Задание 45

Перечислите особенности медицинского обеспечения населения при ЧС военного характера.

Эталон ответа: Возникновение в короткий промежуток времени массовых санитарных потерь, в структуре которых преобладают сочетанные и комбинированные повреждения; опасность применения вероятным противником новых видов оружия, характер воздействия которых на человека и методы оказания медицинской помощи при их применении могут оказаться неизвестными для медицинского персонала; опасность заражения территории радиоактивными, отравляющими веществами или биологическим оружием; преднамеренное разрушение противником социальных объектов, ЛПУ; неустойчивая обстановка в очагах поражения, на путях эвакуации и в районах размещения эвакуированного населения и беженцев.

Задание 46

Перечислите причины низкого уровня медицинского обеспечения населения на территории ведения боевых действий и в освобожденных районах.

Эталон ответа: Выход из строя (частично или полностью) материальной базы здравоохранения; низкая укомплектованность учреждений здравоохранения медицинскими специалистами из-за миграции населения; низкая оснащенность медицинских учреждений медикаментами, медицинским оборудованием, санитарным транспортом; отсутствие либо низкая эффективность органов управления здравоохранением.

Задание 47

Дайте краткую характеристику обстановки трех тактических зон боевого столкновения.

Эталон ответа: «Красная зона» - опасная зона непосредственного огневого контакта, высокая вероятность возникновения дополнительных потерь и выхода из строя личного состава;

«желтая зона» - зона относительной безопасности, временные укрытия (объекты техники, фортификационные сооружения, складки местности, строения), сохраняется риск поражения личного состава (вторичные ранящие снаряды, рикошеты); «зеленая зона» - условно безопасная зона, риск поражения личного состава минимален.

Задание 48

Основные мероприятия первой помощи раненым в «красной» тактической зоне.

Эталон ответа: Выдвижение к раненому: личная безопасность, быстрый визуальный осмотр, голосовой и тактильный контакт; наложение жгута; вынос раненого.

Задание 49

Основные мероприятия первой помощи раненым в «желтой» тактической зоне (алгоритм «кулак барин»).

Эталон ответа: наложить жгут; проверить и обеспечить проходимость ВДП; проверить наличие ранений грудной клетки и наложить герметизирующую повязку; исправить ошибки наложения жгута; согреть раненого; применить обезболивающее средство; применить антибиотик; перевязать раны, не требующие наложения жгута; применить подручные или табельные средства иммобилизации конечностей; обеспечить эвакуацию раненого в безопасную зону.

Задание 50

Основные мероприятия первой помощи раненым в «зеленой» тактической зоне.

Эталон ответа: Исправление ошибок предыдущих этапов; первая помощь по стандартному алгоритму при необходимости; подготовка к дальнейшей эвакуации. профилактика дополнительного травмирования; контроль за состоянием раненого.

Задание 51

Перечислите права медицинского персонала при вооруженных конфликтах.

Эталон ответа: Защита медицинского персонала во время выполнения им своих обязанностей;

медицинский персонал не может быть подвергнут наказанию или преследованию за выполнение им профессиональных обязанностей в соответствии с нормами медицинской этики; не допускается принуждение медицинского персонала к совершению действий, несовместимых с медицинской этикой; не допускается принуждение медицинского персонала к предоставлению информации о раненых и больных; иммунитет от взятия в плен.

Задание 52

Перечислите обязанности медицинского персонала при вооруженных конфликтах.

Эталон ответа: В любых обстоятельствах действовать гуманно и ответственно; соблюдать принципы медицинской этики; с лицами, которые непосредственно не принимают участия в военных действиях или вышли из строя, обращаться гуманно; помощь и уход предоставлять без различий по каким бы то ни было соображениям, кроме медицинских; раненых запрещено подвергать медицинским процедурам без показаний, медицинским, биологическим или иным научным опытам; уважать всех раненых и больных; медицинский персонал, совершающий нарушения международного гуманитарного права, подлежит наказанию.

Задание 53

Дайте определение ЧС для здравоохранения.

Эталон ответа: Чрезвычайная ситуация для здравоохранения – обстановка, сложившаяся на объекте, в зоне (районе) в результате аварии, катастрофы, опасного природного явления, эпидемии, эпизоотии, эпифитотии, военных действий, характеризующаяся наличием или возможностью появления значительного числа пораженных (больных), резким ухудшением условий жизнедеятельности населения требующая привлечения для медико-санитарного обеспечения сил и средств здравоохранения, находящихся за пределами объекта (зоны, района) ЧС, а также особой организации работы медицинских учреждений и формирований, участвующих в ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Задание 54

Классификация и примеры естественных (природных) ЧС.

Эталон ответа: Метеорологические – ураганы, бури, циклоны, смерчи, засухи, морозы, аномальная жара, снегопады);

Тектонические и теллурические – землетрясения, извержение вулканов, лесные пожары, цунами);

Топологические – наводнения, сели, оползни, обвалы.

Задание 55

Дайте определение Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС (РСЧС).

Эталон ответа: Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС) – организационная система, объединяющая органы управления, силы и средства органов исполнительной власти всех уровней и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов в области защиты населения и территорий от ЧС природного, техногенного, экологического и иного характера.

Задание 56

Принципы построения РСЧС.

Эталон ответа: РСЧС состоит из функциональных и территориальных подсистем, действующих на федеральном, региональном, территориальном, местном и объектовом уровнях. Каждый уровень РСЧС имеет в своем составе координирующие органы управления, органы управления; органы повседневного управления; силы и средства; системы связи, оповещения, информационного обеспечения; резервы материальных и финансовых ресурсов.

Задание 57

Дайте определение Всероссийской службы медицины катастроф.

Эталон ответа: Всероссийская служба медицины катастроф – функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации ЧС (РСЧС), функционально объединяющая службы медицины катастроф Минздрава России, Минобороны России, а также медицинские силы и средства МЧС России, МВД и других федеральных органов исполнительной власти, предназначенных для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС.

Задание 58

Перечислите основные принципы деятельности ВСМК.

Эталон ответа: Государственный и приоритетный характер. Организация по территориально-производственному принципу. Сочетание централизованного и децентрализованного управления. Двухэтапная система лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в ЧС.

Медицинская сортировка. Эшелонирование на основе единого замысла (плана). Взаимодействие с медицинскими силами министерств и ведомств всех уровней. Своевременность, непрерывность и эффективность. Единоначалие. Универсальность. Разумная достаточность сил и средств СМК и экономическая целесообразность.

Задание 59

Перечислите общие задачи для объектов здравоохранения при подготовке к работе в условиях ЧС.

Эталон ответа: Прогнозирование обстановки и ее оценка при возникновении ЧС; организация мероприятий по подготовке объекта к работе в ЧС; планирование работы объекта в ЧС; организация защиты персонала и материальных средств от воздействия поражающих факторов с учетом прогнозируемой обстановки; повышение устойчивости функционирования объекта в ЧС.

Задание 60

Понятие устойчивости функционирования объектов здравоохранения в ЧС.

Эталон ответа: Устойчивость функционирования объектов здравоохранения в ЧС – заблаговременная целевая подготовка объекта к работе в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени, включающая административно-организационные, инженерно-технические, материально-экономические, санитарно-противоэпидемические, режимные, образовательные мероприятия, в результате которых снижается риск поражения объекта и обеспечивается выполнение поставленных задач.

Задание 61

Назовите основную задачу при подготовке к работе в условиях ЧС для ЛПУ, подвергающегося воздействию поражающих факторов ЧС.

Эталон ответа: Если ЛПУ подвергается воздействию поражающих факторов ЧС, необходимо, прежде всего обеспечить защиту больных, персонала, уникального оборудования и других материальных средств. А затем, в зависимости от обстановки,

приступить к оказанию медицинской помощи пострадавшему населению, в том числе и своему персоналу и больным.

Задание 62

Назовите основную задачу при подготовке к работе в условиях ЧС для ЛПУ, не подвергающегося воздействию поражающих факторов ЧС.

Эталон ответа: Если ЛПУ не подвергается воздействию поражающих факторов ЧС, оно в соответствии с планом приводит в готовность созданные на ее базе медицинские формирования службы медицины катастроф, перепрофилирует коечную сеть отдельных отделений и обеспечивает прием пораженного населения, оказание ему квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Медицинские формирования используют в соответствии со сложившейся обстановкой и полученными распоряжениями вышестоящего органа здравоохранения.

Задание 63

Дайте определение системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС.

Эталон ответа: Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в ЧС – это комплекс медицинских, организационных и технических мероприятий по розыску пораженных (больных), их сбору, доставке (транспортировке) до медицинских формирований (подразделений) и учреждений, оказанию необходимой медицинской помощи, лечению и реабилитации.

Задание 64

Назовите основную задачу системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС.

Эталон ответа: Лечебно-эвакуационное обеспечение в ЧС является одним из основных и наиболее трудоемких видов деятельности ВСМК при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС, направленные на сохранение жизни пораженным (больным), быстрое восстановление их здоровья и работоспособности.

Задание 65

Перечислите ключевые факторы, оказывающее влияние на организацию и оказание медицинской помощи при ЧС.

Эталон ответа: Возникновение в короткое время на ограниченной территории значительного количества пораженных. Нуждаемость большинства пораженных в оказании медицинской помощи в ближайшее время после поражения на месте, где оно получено, или вблизи от него; нуждаемость значительной части пораженных в специализированной медицинской помощи в условиях стационара. Невозможность оказания полноценной медицинской помощи всем нуждающимся пораженным в зоне (районе) ЧС или вблизи нее. Необходимость эвакуации пораженных из зоны (района) ЧС до ЛПУ, где им может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь. Необходимость специальной подготовки пораженных к эвакуации до этих учреждений и оказания медицинской помощи в ходе эвакуации.).

Задание 66

Силы и средства, предназначенные для оказания медицинской помощи в ЧС.

Эталон ответа: Силы немедленного реагирования – находящиеся в очаге дежурные силы системы ВСМК, объектовые формирования МСГО – санитарные дружины, медицинские пункты частей и подразделений Минобороны России, дислоцирующиеся в районе бедствия.

Силы первого эшелона – прибывающие в очаг или к границам очага через несколько часов или в течение суток с момента ЧС врачебно-сестринские бригады лечебных

учреждений, отряды экстренной медицинской помощи ВСМК, медицинские отряды специального назначения, санитарно-транспортные формирования, части ГО и Минобороны России.

Силы второго эшелона – прибывающие к границам очага позже, чем через 1 сутки или осуществляющие прием пострадавших в месте своего постоянного базирования – бригады специализированной медицинской помощи из лечебных учреждений Минобороны России, Минздрава России, региональные и центральные лечебные учреждения, спасательные формирования из других регионов и из-за рубежа.

Задание 67

Перечислите основные принципы, на которых базируется современная система лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавшим в ЧС.

Эталон ответа: Расчленение или эшелонирование медицинской помощи. Своевременность – оказание каждого вида медицинской помощи в установленные для него сроки. Последовательность – последовательное наращивание лечебных мероприятий на этапах эвакуации. Преемственность – продолжение начатого метода лечения, исключение дублирования лечебных мероприятий. Специализация – определенным группам раненых и больных в специализированных ЛПУ оказывается такая медицинская помощь, которая соответствует характеру поражения и является исчерпывающей.

Задание 68

Перечислите факторы обстановки, влияющие на организацию и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС.

Эталон ответа: Размеры очага поражения и вид катастрофы.
Количество пораженных и характер поражений.
Степень выхода из строя сил и средств здравоохранения в зоне ЧС.
Состояние материально-технического оснащения сил средств медицины катастроф.
Наличие или отсутствие на местности в зоне ЧС, опасных для человека поражающих факторов (радиоактивных веществ, аварийно-опасных химических веществ, бактериологических средств, очагов пожаров и др.).

Задание 69

Сущность догоспитального и госпитального этапов системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС.

Эталон ответа: на догоспитальном этапе в очаге поражения или вблизи от него осуществляется оказание первой, первичной медико-санитарной и частично специализированной помощи по жизненным показаниям, проводится медицинская и эвакуационно-транспортная сортировка.

Госпитальный этап реализуется с помощью ЛПУ различного подчинения, где обеспечивается оказание полного объема квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим, их лечение и реабилитация.

Задание 70

Перечислите особенности медико-санитарного обеспечения при поражении АОХВ.

Эталон ответа: Оказание в максимально короткие сроки первой помощи пораженным; максимально быстрая их эвакуация из очага поражения; специальная обработка пораженных; специальная обработка личного состава медицинской службы, дегазация медицинского имущества; приближение к очагу ЧС этапов эвакуации с первичной врачебной помощью;

максимально короткий путь эвакуации «по назначению» в ЛПУ с оказанием специализированной медицинской помощи пораженным.

Задание 71

Назовите виды специальной обработки при поражении АОХВ.

Эталон ответа: Частичная - обезвреживание и удаление АОХВ с открытых участков кожных покровов, прилегающего к ним обмундирования и лицевой части противогаза; частичная дегазация медицинского имущества и транспорта. Полная – полная санитарная обработка личного состава медицинской службы, раненых и больных; полная дегазация техники, медицинского имущества и других предметов, а также территории подразделений и частей медицинской службы.

Задание 72

Перечислите факторы, усложняющие оказание медицинской помощи пострадавшим при поражении АОХВ.

Эталон ответа: Массовость поражения; отсутствие своевременной информации (до идентификации) о свойствах веществ, ставших причиной формирования санитарных потерь;

разные пути поступления отравляющих веществ в организм; недостаточные количество и эффективность во многих случаях общевого (гражданского) фильтрующего противогаза; отсутствием специфических средств профилактики и терапии поражений (антидотов).

Задание 73

Перечислите особенности организации оказания медицинской помощи при пожарах и взрывах.

Эталон ответа: Необходимость оказания помощи большому числу пораженных с ожогами, отравлениями токсичными продуктами горения и механической травмой; необходимость розыска пострадавших на задымленной территории и внутри горящих помещений;

необходимость использования спасателями и медицинскими работниками средств индивидуальной защиты; приближение этапов эвакуации, в т. ч. с первичной врачебной помощью, к месту ЧС.

Задание 74

Перечислите виды медицинской помощи при ликвидации последствий ЧС.

Эталон ответа: Первая помощь; первичная медико-санитарная помощь: доврачебная и врачебная; скорая медицинская помощь (в т.ч. специализированная); специализированная медицинская помощь; паллиативная медицинская помощь.

Задание 75

Дайте определение первой помощи.

Эталон ответа: Первая помощь – комплекс мероприятий, направленных на сохранение жизни и здоровья пострадавших и проводимых при несчастных случаях, травмах, ранениях, отравлениях, поражениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих жизни и здоровью пострадавших, до оказания медицинской помощи. Первая помощь оказывается лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральными законами или иными нормативными правовыми актами, а также самими пострадавшими (самопомощь) или находящимися вблизи лицами (взаимопомощь).

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

<p>Оценка</p> <p>«неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции</p>	<p>Оценка</p> <p>«удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции</p>	<p>Оценка</p> <p>«хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции</p>	<p>Оценка</p> <p>«отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции</p>
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно

Менее 70	неудовлетворительно
----------	---------------------

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) 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	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в	удовлетворительная логичность и последовательность ответа

	ответа	содержании ответа	
неудовлетворительно	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 ситуационных задач:

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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности и решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

	выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу			
--	---	--	--	--