



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия
Квалификация (специальность)	Врач-торакальный хирург
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра онкологии с курсом анестезиологии и реаниматологии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Куликов Евгений Петрович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Михеев Алексей Владимирович	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Трушин Сергей Николаевич	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Романов Алексей Николаевич	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1108 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

Задачами государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10),
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Хирургическая анатомия грудной стенки, топография межреберного промежутка
2. Хирургическая анатомия и физиология плевры
3. Сегментарное строение легких, анатомические варианты
4. Анатомия корня правого легкого, варианты кровоснабжения долей, сегментов
5. Анатомия корня левого легкого, варианты кровоснабжения долей, сегментов
6. Анатомия бронхиальных артерий
7. Хирургическая анатомия средостения
8. Хирургическая анатомия пищевода
9. Хирургическая анатомия сердца и перикарда
10. Хирургическая анатомия диафрагмы
11. Лучевые методы диагностики в грудной хирургии
12. Бронхоскопия в торакальной хирургии
13. Фиброэзофагогастроскопия в торакальной хирургии
14. Функциональная диагностика в торакальной хирургии
15. Видеоторакоскопия, её возможности в хирургии грудной клетки
16. Цитологические методы диагностики в хирургии легких и плевры
17. Стандартная передне-боковая торакотомия, этапы операции
18. Боковая и задне-боковая торакотомия, показания, этапы, особенности доступа
19. Ведение послеоперационного периода после резекции легкого
20. Ведение послеоперационного периода после пневмонэктомии
21. Осложнения после операций на легких, их лечение
22. Классификация рака легкого
23. Центральный рак легкого, клиника, диагностика

24. Планирование операции при центральном раке легкого
25. периферический рак легкого, его формы, клиника, диагностика, оперативное лечение
26. Показания к лучевой и химиотерапии в послеоперационном периоде при раке легкого
27. Противопоказания для оперативного лечения при раке легкого
28. Метастазирование рака легкого, диагностика метастазов и тактика
29. Канцероматоз легких и плевры, варианты лечебноплевродеза при онкоплеврите
30. Грибковые поражения легких (аспергилез, актиномикоз), клиника, диагностика, лечение
31. Туберкулома легких, определение, диагностика, лечение, осложнения
32. Кавернозный туберкулез легких, определение, клиника, диагностика, осложнения
33. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, определение, клиника, осложнения
34. Показания к оперативному лечению при туберкулезе легких
35. Виды объемов удаления легкого при туберкулезе
36. Ведение больного после операции на легком по поводу туберкулеза
37. Опухоли и кисты вилочковой железы
38. Миастения, клиника, диагностика, лечение
39. Патология лимфоузлов средостения, этиология, диагностика, лечение
40. Доброкачественные опухоли средостения: кисты перикарда, дермоидные кисты, невриномы, загрудинный и внутригрудной зобы, клиника, диагностика, лечение
41. Гнойный медиастинит, этиология, клиника, диагностика, лечение
42. Спонтанный пневмоторакс, этиология, клиника, диагностика, лечение, профилактика рецидивов, роль видеоторакоскопии в лечении
43. Острый абсцесс легкого, этиология, клиника, диагностика, лечение
44. Осложнения острого абсцесса легкого и его исходы
45. Показания к резекции легкого при остром абсцессе
46. Лечебная тактика при блокированном абсцессе и пиопневмотораксе
47. Хронический абсцесс легкого, определение понятия, клиника, диагностика, лечение
48. Гангренозный абсцесс легкого, определение понятия, клиника, диагностика, лечение
49. Гангрена легкого, этиология, клиника, диагностика, лечение
50. Острая эмпиема плевры, этиология, классификация, клиника, лечение
51. Хроническая эмпиема плевры, этиология, клиника, диагностика, лечение
52. Осложнения эмпиемы плевры, клиника, диагностика, лечение
53. Закрытая травма груди, классификация
54. Перелом ребер, клиника, диагностика, лечение
55. Осложнения переломов ребер, диагностика, лечение
56. Фрагментарный перелом ребер, клиника, диагностика, лечение
57. Перелом грудины, клиника, диагностика, лечение, осложнения

58. Газовый синдром при травме груди: эмфизема грудной стенки, средостения, пневмоторакс, диагностика, лечение
59. Геморрагический синдром при травме груди: гемоторакс, классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика, роль видеоторакоскопии в лечении гемоторакса
60. Лечение болевого синдрома при закрытой травме груди
61. Плевральная пункция, показания, способы выполнения, осложнения
62. Дренажирование плевральной полости, способы, уход за плевральным дренажем, сроки дренирования, осложнения
63. Колото-резанные ранения груди, классификация
64. Диагностика при ранении груди: лучевая, эндоскопическая, ПХО раны грудной стенки
65. Показания и противопоказания к видеоторакоскопии при колото-резанном ранении груди
66. Возможности видеоторакоскопии при проникающем ранении груди
67. Показания к экстренной торакотомии при проникающем ранении
68. Ушивание раны легкого, сердца, перикарда, диафрагмы, техника выполнения
69. Лечение геморрагического синдрома
70. Огнестрельные ранения груди, классификация
71. Особенности пулевых, дробовых и осколочных ранений груди
72. Определение хирургической тактики при огнестрельном ранении
73. Особенности ПХО ран грудной стенки при огнестрельном ранении
74. Торако-абдоминальные ранения: диагностика, лечебная тактика
75. Химические ожоги пищевода, этиология, клиника, диагностика
76. Экстренная медицинская помощь при химическом ожоге пищевода
77. Диагностика и лечебные мероприятия в остром периоде химического ожога пищевода
78. Показания к раннему профилактическому бужированию пищевода, правила выполнения, сроки бужирования
79. Рубцовый стеноз пищевода после химического ожога, клиника, диагностика, лечебная тактика
80. Бужирование пищевода при его рубцовом стенозе, способы, сроки
81. Осложнения при бужировании пищевода и приемы их устранения
82. Показания к гастростомии при рубцовом стенозе пищевода
83. Дивертикулы пищевода, классификация, диагностика
84. Осложнения при дивертикулах пищевода
85. Показания к оперативному лечению при дивертикулах пищевода
86. Ахалазиякардии, определение понятия, этиология, клиника, классификация
87. Лечение ахалазиикардии – программа консервативной терапии
88. Показания к оперативному лечению ахалазиикардии, способы операций
89. Пищевод Баррета, клиника, диагностика, исходы
90. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, классификация, диагностика

91. Показания к оперативному лечению при грыже пищеводного отверстия диафрагмы, кардиофундопликация по Ниссену
92. Осложнения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
93. Грыжи диафрагмы Морганьи и Богдалека, диагностика, лечение
94. Травматические грыжи диафрагмы, клиника, диагностика, лечение
95. Релаксация купола диафрагмы, этиология, клиника, диагностика, лечение
96. Абдомино-медиастинальная липома, клиника, диагностика, лечебная тактика
97. Синдром дисфагии в торакальной хирургии
98. Рак пищевода, классификация, клиника, диагностика
99. Оперативное лечение рака средней и нижней трети пищевода, способы операций
100. Паллиативные операции при раке пищевода IV стадии

Процедура проведения государственного экзамена:

Обучающийся во время проведения государственного экзамена получает вариант тестового задания, выбирает экзаменационный билет стремя теоретическими вопросами, 1 ситуационную задачу. Время на подготовку не менее 45 минут.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов

заседания государственной экзаменационной комиссии.

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

При проведении контроля в форме экзамена предлагается следующая шкала оценки: 5 «отлично», 4 «хорошо», 3 «удовлетворительно», 2 «неудовлетворительно»:

- оценка 5 «отлично» выставляется обучающемуся, обнаружившему всестороннее систематическое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять практические задания, максимально приближенные к будущей профессиональной деятельности в стандартных и нестандартных ситуациях, освоившему основную литературу и знакомому с дополнительной литературой, рекомендованной программой учебной дисциплины или профессионального модуля, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой специальности, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

- оценка 4 «хорошо» выставляется ординатору, обнаружившему полное знание учебно-программного материала, успешно выполнившему практические задания, максимально приближенные к будущей профессиональной деятельности в стандартных ситуациях, усвоившему основную рекомендованную литературу, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей профессиональной деятельности. Содержание и форма ответа допускают отдельные неточности.

- оценка 3 «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по специальности, справляющемуся с выполнением заданий, предусмотренных программой, обладающему необходимыми знаниями, но допустившему неточности в определении понятий, в применении знаний для решения профессиональных задач, в неумении обосновывать свои рассуждения;

- оценка 2 «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера, имеющему разрозненные, бессистемные знания, обучающиеся не умеют выделять главное и второстепенное, допускают неточности в определении понятий, искажают их смысл, беспорядочно и неуверенно излагают материал, не могут применять знания для решения профессиональных задач.

При проведении контроля в тестовой форме следует руководствоваться следующей шкалой:

Отлично	91-100% правильных ответов
Хорошо	81-90% правильных ответов
Удовлетворительно	61-80% правильных ответов
Неудовлетворительно	60% и менее правильных ответов

Перечень рекомендуемой литературы:

а). Основная литература:

1. Выжигина М.А. Анестезия в торакальной хирургии / М.А. Выжигина, О.А. Долина // Анестезиология: нац. рук.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. А.А. Бунятына, В.М. Мизикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Гл. 33. – С. 649-698.
2. Грудная хирургия // Клиническая хирургия : нац. рук.: в 3 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Т. 3, разд. 7. – С. 18-361.
3. Торакальная хирургия // 80 лекций по хирургии / под общ. ред. В.С. Савельева. – М.: Литтерра, 2008. – Ч. 2. – С. 297-379.
4. Торакоскопическая хирургия // Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия: практ. рук. / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е. Славин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Разд. 3. – С. 420-526.
5. Лучевая диагностика в детской пульмонологии и торакальной хирургии // Лучевая диагностика в педиатрии: нац. рук. / гл. ред. А.Ю. Васильев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – Гл. 3. – С. 112-139.
6. Разумовский А.Ю. Торакальная хирургия / А.Ю. Разумовский, Э.А. Степанов // Детская хирургия: нац. рук. [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Разд. 2. – С. 200-301.

б). Дополнительная литература:

1. Трушин С.Н. Современные возможности видеоторакоскопического оперативного вмешательства : Учеб.-метод. пособие для клинич.ординаторов по спец. "Хирургия" / С. Н. Трушин, И. В. Ельцов ; Ряз. гос. мед. ун-т. – Рязань : РязГМУ, 2009. – 38с. – Библиогр.: С.34-38.
2. Эндоскопическая торакальная хирургия : Рук. для врачей / А. М. Шулутко [и др.]. – М. : Медицина, 2006. – 392с.
3. Тактические подходы при острых хирургических заболеваниях живота и груди [Текст] : [моногр.] / под ред. А.Е. Борисова. – СПб. : СЗГМУ, 2013. – 386 с.
4. Трушин С.Н. Торакальная хирургия: Учеб. пособие для клинич.ординаторов по спец. «Хирургия» / С.Н. Трушин [и др.]. – Рязань: РязГМУ, 2013.- 189 с.

Примеры тестов с эталонами ответов:

1. *Субъектом обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме*

- А. фонда медицинского страхования
- Б. страховой организации
- В. органов управления здравоохранением
- Г. медицинского учреждения

Д. гражданина

2. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы

А. закон РФ «О медицинском страховании граждан»

Б. дополнения и изменения к «закону о медицинском страховании»

В. «Закон о санитарно-экономическом благополучии населения»

Г. основы законодательства об охране здоровья граждан

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

А. анализа интенсивности потока больных по времени

Б. нормирования деятельности врачей

В. Правильной организации графика приема врачей

Г. четкой работы регистратуры

Д. дисциплины персонала

4. Загрудинная блокада (по В.И.Казанскому) выключает

А. аортальное нервное сплетение

Б. венозное нервное сплетение

В. сердечное нервное сплетение

Г. легочное нервное сплетение

Д. правильно А) и В)

5. Наиболее рациональный способ пункции перикарда

А. по Шарцу

Б. по Пирогову

В. По Шапошникову

Г. По Ларрею

Д. по Морфану

6. Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры

А. подключичная вена

Б. подключичная артерия

В. Нижняя щитовидная артерия

Г. общая сонная артерия

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

А. тотальной пневмонии

- Б. скопление жидкости с плевральной полости или напряженному пневмотораксу
 - В. Гипоплазии легкого
 - Г. ателектазу легкого
- 8. Наиболее достоверно локализацию и вид бронхоэктазов можно диагностировать с помощью**
- А. бронхоскопии
 - Б. направленной бронхографии и РКТ
 - В. Рентгеноскопии легких
 - Г. аускультации и перкуссии
 - Д. рентгенографии легких
- 9. К врачу впервые обратился больной 50 лет с единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить**
- А. острый бронхит
 - Б. бронхоэктатическую болезнь
 - В. плеврит
 - Г. рак легкого
 - Д. хронический бронхит
- 10. При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод**
- А. не имеющий никакого значения
 - Б. имеющий значение для уточнения диагноза
 - В. Имеющий лечебное значение
 - Г. имеющий лечебное и диагностическое значение
 - Д. имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный
- 11. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является**
- А. пневмомедиастеноскопия
 - Б. бронхоскопия
 - В. бронхография
 - Г. РКТ
 - Д. искусственный пневмоторакс

12. Переднее средостение является излюбленным местом локализации

- А. энтерогенной кисты средостения
- Б. бронхогенной кисты средостения
- В. Целомической кисты перикарда
- Г. лимфогранулематоза средостения
- Д. тимомы

13. В реберно-позвоночном углу чаще локализуются такие образования как

- А. липома средостения
- Б. невринома средостения
- В. Паразитарная киста средостения
- Г. дермоидная киста средостения
- Д. мезотелиома локальная

14. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O_2 обеспечивает гематокрит не ниже

- А. 20-25%
- Б. 30%
- В. 35%
- Г. 40%
- Д. 45%

15. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является

- А. анафилаксия
- Б. внутрисосудистый гемолиз
- В. Снижение АД
- Г. гипертермия
- Д. отек мозга

Эталоны ответов

1	.А
2	А,Б,Г
3	. Б
4	Д
5	Г
6	Б
7	Б
8	Б
9	Г
10	Г

11	Г
12	Д
13	Б
14	Б
15	Б

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:

Задача № 1

Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 1/2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД=18 в 1 минуту. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. АД=130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Классификация данного заболевания?
3. Вариабельность клинической картины в зависимости от различий этиопатогенезе?
4. Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?
5. Какие могут развиваться осложнения?
6. Методы лечения данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Травматическая диафрагмальная грыжа
2. Классификация диафрагмальных грыж (К.Д. Госкин, 1990)
 - Грыжи собственно диафрагмы:
 - а) врожденные: реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы
 - б) травматические
 - в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи)
 - Грыжи естественных отверстий диафрагмы:
 - а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный)
 - б) грыжи пищевода отверстия диафрагмы
 - в) паразофагеальные грыжи

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

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

4. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

5. Ущемление.

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

Задача № 2

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

1. Классификация этой патологии.

2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?

3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?

4. Какую тактику лечения следует избрать?

5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?

6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение.

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

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

Задача № 3

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

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии.

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

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

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

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

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

Задача № 4

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

левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

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

Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы. Операции: пневмотомия, резекция доли легкого. В последние годы более широко используется пункционный метод лечения под контролем УЗИ.

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

Порядок подачи и рассмотрения апелляций:

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются

председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
 высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
 имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
 (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
Начальник отдела аспирантуры, ординатуры и магистратуры А.В. Шаханов <hr style="width: 50%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">подпись</div> <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">« » 20 г.</div>	проректор по учебной работе профессор О.М. Урясьев <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">подпись</div> <div style="text-align: right; padding-right: 20px;">« » 20 г.</div>

**Фонд оценочных средств
 для государственной итоговой аттестации**

выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –
 программам ординатуры по специальности
31.08.65 Торакальная хирургия

РЯЗАНЬ, 2017 г.

Лист утверждения и согласования

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации для ординаторов по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия (общее количество страниц 115 с.):

1. Утвержден на заседании кафедры факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии

Протокол № 3 от «09» октября 2017 г.

Зав. кафедрой, профессор, д.м.н. _____/С.Н. Трушин

2. Утвержден на заседании учебно-методической комиссии по программам аспирантуры, ординатуры, магистратуры.

Протокол № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

Председатель комиссии, к.м.н., доцент _____/Л.В. Твердова

3. Согласована с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела _____/А.А. Сидоров

4. Утверждена на заседании учебно-методического совета университета.

Протокол № _____ от _____ 2017 г.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
1	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
2	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
3	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
4	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
5	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
6	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
7	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
8	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
9	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
10	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>
11	<i>УК1, 2,3, ПК1,2,5,6,8,9,10,11,12</i>

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:

Тесты

Вариант 1.

1. *Субъектом обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме*
 - А. фонда медицинского страхования
 - Б. страховой организации
 - В. органов управления здравоохранением
 - Г. медицинского учреждения
 - Д. гражданина

2. *Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы*
 - А. закон РФ «О медицинском страховании граждан»
 - Б. дополнения и изменения к «закону о медицинском страховании»
 - В. «Закон о санитарно-экономическом благополучии населения»
 - Г. основы законодательства об охране здоровья граждан

3. *Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме*
 - А. анализа интенсивности потока больных по времени
 - Б. нормирования деятельности врачей
 - В. Правильной организации графика приема врачей
 - Г. четкой работы регистратуры
 - Д. дисциплины персонала

4. *Загрудинная блокада (по В.И.Казанскому) выключает*
 - А. аортальное нервное сплетение
 - Б. венозное нервное сплетение
 - В. сердечное нервное сплетение
 - Г. легочное нервное сплетение
 - Д. правильно А) и В)

5. *Наиболее рациональный способ пункции перикарда*
 - А. по Шарцу
 - Б. по Пирогову
 - В. По Шапошникову
 - Г. По Ларрею
 - Д. по Морфану

6. *Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры*
- А. подключичная вена
 - Б. подключичная артерия
 - В. Нижняя щитовидная артерия
 - Г. общая сонная артерия
7. *Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует*
- А. тотальной пневмонии
 - Б. скопление жидкости с плевральной полости или напряженному пневмотораксу
 - В. Гипоплазии легкого
 - Г. ателектазу легкого
8. *Наиболее достоверно локализацию и вид бронхоэктазов можно диагностировать с помощью*
- А. бронхоскопии
 - Б. направленной бронхографии и РКТ
 - В. Рентгеноскопии легких
 - Г. аускультации и перкуссии
 - Д. рентгенографии легких
9. *К врачу впервые обратился больной 50 лет с единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить*
- А. острый бронхит
 - Б. бронхоэктатическую болезнь
 - В. плеврит
 - Г. рак легкого
 - Д. хронический бронхит
10. *При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод*
- А. не имеющий никакого значения
 - Б. имеющий значение для уточнения диагноза
 - В. Имеющий лечебное значение
 - Г. имеющий лечебное и диагностическое значение
 - Д. имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный
11. *При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является*
- А. пневмомедиастеноскопия
 - Б. бронхоскопия
 - В. бронхография
 - Г. РКТ

Д. искусственный пневмоторакс

12. *Переднее средостение является излюбленным местом локализации*

- А. энтерогенной кисты средостения
- Б. бронхогенной кисты средостения
- В. Целомической кисты перикарда
- Г. лимфогранулематоза средостения
- Д. тимомы

13. *В реберно-позвоночном углу чаще локализуются такие образования как*

- А. липома средостения
- Б. невринома средостения
- В. Паразитарная киста средостения
- Г. дермоидная киста средостения
- Д. мезотелиома локальная

14. *Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O_2 обеспечивает гематокрит не ниже*

- А. 20-25%
- Б. 30%
- В. 35%
- Г. 40%
- Д. 45%

15. *Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является*

- А. анафилаксия
- Б. внутрисосудистый гемолиз
- В. Снижение АД
- Г. гипертермия
- Д. отек мозга

16. *Закись азота*

- А. слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом
- Б. может применяться по открытой системе
- В. Сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода
- Г. все выше перечисленное, в зависимости от состояния больного

17. *Фентанил является*

- А. мощным анальгетиком, действующим 20-25 мин.
- Б. анальгетиком короткого действия (2-3 мин.)

- В. нейролептиком
- Г. препаратом выраженного психотропного действия
- Д. антидепрессантом

18. *Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме*

- А. внутривенного введения дыхательных аналептиков
- Б. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения
- В. Кислородотерапии, ИВЛ
- Г. введение мочегонных, гормонов
- Д. при необходимости – ганглиолитики

19. *У больного множественные переломы ребер, ОДН. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм.рт.мм., тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось*

- А. разрыв грудного отдела аорты
- Б. порочное стояние интубационной трубки
- В. Напряженный пневмоторакс
- Г. аспирация в трахею
- Д. тяжелый ушиб легочной ткани и сердца

20. *Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легких является*

- А. внутриартериальное введение антибиотиков
- Б. лечебные бронхоскопии
- В. Внутримышечное введение антибиотиков
- Г. общеукрепляющая терапия и иммунотерапия
- Д. сочетание всех вышеперечисленных методов

21. *Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются*

- А. пневмотомия
- Б. клиновидная резекция легкого
- В. пневмонэктомия
- Г. лобэктомия
- Д. торакопластика

22. *Возможными осложнениями после радикальных операций на лёгких являются*

- А. бронхиальный свищ, эмпиема плевры
- Б. внутриплевральное кровотечение
- В. Сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких
- Г. нагноение послеоперационной раны
- Д. все перечисленное

23. *Наиболее часто бронхоэктотическая болезнь поражает*
- А. верхние доли обоих легких
 - Б. базальные сегменты нижних долей
 - В. Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого лёгкого и средней доли правого легкого
 - Г. среднюю долю
 - Д. отдельные сегменты обоих легких
24. *Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является*
- А. верхняя доля
 - Б. средняя доля
 - В. Нижняя доля
 - Г. правильно а) и б)
 - Д. любая доля и любой сегмент обоих легких
25. *У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является*
- А. гемостатическая терапия
 - Б. искусственный пневмоторакс
 - В. пневмоперитонеум
 - Г. тампонада дренирующего бронха
 - Д. радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого
26. *У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2 день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является*
- А. плевральная пункция
 - Б. назотрахеальная катетеризация
 - В. микротрахеостома
 - Г. лечебная бронхоскопия
 - Д. дренирование плевральной полости
27. *Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является*
- А. боль в грудной клетке, слабость, потливость и другие проявления интоксикации
 - Б. кашель с большим количеством гнойной мокроты
 - В. Высокая температура
 - Г. кровохарканье
 - Д. симптом барабанных палочек
28. *Абсолютными показаниями для реторакотомии являются*

- А. коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- Б. первичная несостоятельность культи бронха
- В. Внутривнутриплевральное кровотечение
- Г. ателектаз легкого
- Д. напряженных пневмоторакс

29. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- А. разрыв плевральных сращений
- Б. прорыв абсцесса легкого
- В. Разрыв врожденных воздушных кист легкого
- Г. разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

30. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться

- А. с плевральной пункции с аспирацией воздуха
- Б. с широкой торакотомии
- В. С динамического наблюдения
- Г. с дренирования плевральной полости с активной аспирацией

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

- А. по средней аксиллярной линии в 6 межреберье
- Б. во 2 межреберье по среднеключичной линии
- В. В 7 межреберье по задней аксиллярной линии
- Г. в 8 межреберье по задней аксиллярной линии
- Д. 2 дренажа: во 2 межреберье по среднеключичной линии и в 8 межреберье по задней аксиллярной линии

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

- А. сухой плеврит
- Б. инфаркт миокарда
- В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
- Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
- Д. ущемленную диафрагмальную грыжу

33. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание

над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Смещение средостения вправо. У него можно заподозрить

- А. сухой плеврит
- Б. инфаркт миокарда
- В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
- Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
- Д. ущемленную диафрагмальную грыжу

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

- А. торакоскопия
- Б. рентгеноскопия и рентгенография легких
- В. Плевральная пункция
- Г. сканирование легких
- Д. бронхоскопия

35. Основным методом лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- А. торакотомия
- Б. плевральная пункция и аспирация воздуха
- В. Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
- Г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- Д. наблюдение

36. Спонтанный пневмоторакс чаще возникает

- А. при абсцессе легких
- Б. при эхинококке легких
- В. При центральном раке с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- Г. при кавернозном туберкулезе легкого
- Д. при буллезной болезни легких

37. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается

- А. с противовоспалительного лечения
- Б. с вагосимпатической блокады
- В. С плевральной пункции
- Г. с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
- Д. с торакотомии

38. Реактивный экссудативный плеврит может быть

- А. при острой пневмонии
- Б. при поддиафрагмальном абсцессе
- В. При остром холецистите и панкреатите
- Г. при септической пневмонии

- Д. при всех вышеперечисленных заболеваниях
39. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести
- А. внутриплевральное кровотечение
 - Б. воздушная эмболия головного мозга
 - В. Анафилактический шок
 - Г. плевропульмональный шок
 - Д. правильно а) и в)
40. Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение
- А. бронхоэктатической болезни
 - Б. абсцесса
 - В. туберкулеза
 - Г. острой пневмонии
 - Д. эхинококкоза
41. Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является
- А. дренирование плевральной полости
 - Б. плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
 - В. . плевральная пункция и аспирация при помощи шприца а переходником
 - Г. широкая торакотомия
 - Д. введение дренажа по Сельдингеру
42. Развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии способствуют
- А. бронхиальный свищ
 - Б. инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка)
 - В. Нагноение послеоперационной раны
 - Г. остеомиелит ребер и хондрит
 - Д. все перечисленные
43. Достоверным признаком легочного кровотечения является
- А. выделение крови изо рта
 - Б. кашель с выделением алой пенистой крови
 - В. Наличие затемнения в легком
 - Г. наличие экссудата в плевральной полости
 - Д. наличие крови в бронхах при бронхоскопии
44. Операция эзофагокардиомиотомия показана
- А. при карциноме пищевода
 - Б. при ахалазии кардии и кардиоспазме

- В. При диафрагмальной грыже
 - Г. при грыже ПОД
 - Д. при всем вышеперечисленном
45. При рентгенологическом исследовании при перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме
- А. газа в плевральных полостях
 - Б. расширение тени средостения
 - В. Газа в средостении и мягких тканях шеи
 - Г. выход контрастного вещества за пределы пищевода
46. Для дифференциальной диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме
- А. давности заболевания
 - Б. характера дисфагии
 - В. Особенности рентгенологической семиотики
 - Г. эндоскопической картины
 - Д. характера стула
47. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить
- А. эзофагоскопию
 - Б. фиброэзофагоскопию и рентгенологическое исследование
 - В. пневмомедиастинотомографию
 - Г. томографию средостения
 - Д. правильно а) и г)
48. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется
- А. эзофагитом
 - Б. надрывами слизистой дна желудка
 - В. Зиянием кардиального жома
 - Г. эндоскопическая картина решающего значения не имеет
 - Д. правильно а) и в)
49. Дисфагия может иметь место
- А. при ахалазии пищевода
 - Б. при раке пищевода
 - В. При грыже ПОД
 - Г. при склеродермии
 - Д. при всех вышеперечисленных
50. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требуют оперативного лечения
- А. рефлюкс-эзофагит
 - Б. ахалазия пищевода

- В. кардиоспазм
- Г. тракционные дивертикулы пищевода
- Д. пульсионные дивертикулы

51. *Основной причиной рефлюкс-эзофагита является*

- А. недостаточность кардиального сфинктера
- Б. алкоголизм
- В. Грыжа ПОД
- Г. язвенная болезнь желудка и ДПК
- Д. употребление горячей пищи

52. *При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме*

- А. дробного питания
- Б. возвышенного положения туловища во время сна
- В. Нормализации массы тела при ожирении
- Г. диеты с низким содержанием клетчатки
- Д. ношение свободного (не тесного) белья

53. *При грыже ПОД могут иметь место*

- А. дисфагия
- Б. нарушение ритма сердца
- В. псевдостенокардия
- Г. ничего из перечисленного
- Д. все перечисленное

54. *Для немедленного гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода следует*

- А. применять массивные гемостатические средства
- Б. применять гипотензивные средства
- В. Вводить малые гемостатические дозы крови
- Г. ввести зонд Блэкмора
- Д. хирургически прошить кровоточащие сосуды

55. *Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место*

- А. на всем протяжении пищевода
- Б. в области глотки
- В. В области кардии
- Г. в местах физиологических сужений
- Д. в абдоминальном отрезке пищевода

56. *Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является*

- А. возраст старше 60 лет
- Б. мужской пол

- В. Женский пол
- Г. алкоголизм
- Д. ранее перенесенный химический ожог пищевода

57. *Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является*

- А. цитологическое исследование промывных вод из пищевода
- Б. рентгенологическое исследование
- В. Манометрическое исследование пищевода
- Г. эндоскопическое исследование пищевода

58. *Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки*

- А. острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью
- Б. наличие крепитации на шее, гнусавость голоса
- В. Общее тяжелое состояние больного
- Г. высокая температура
- Д. все вышеперечисленное

59. *По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода*

- А. желудок промывать нельзя
- Б. желудок можно не промывать
- В. Вопрос о промывании желудка решается индивидуально
- Г. желудок необходимо промыть

60. *Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены*

- А. поражением печени и поджелудочной железы
- Б. рефлексорными причинами
- В. Проявлением химического ожога пищевода
- Г. спазмом желудка
- Д. всем перечисленным

61. *При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или сопровождающих лиц необходимо выяснить*

- А. причину приема химического вещества
- Б. характер химического вещества
- В. Время, прошедшее со времени ожога
- Г. количество принятого химического вещества
- Д. все перечисленное

62. *О ранении сердца свидетельствует*

- А. локализация раны
- Б. резкое снижение артериального давления

- В. Внешний вид больного
 - Г. повышение венозного давления
 - Д. все перечисленное
63. При тампонаде сердца наблюдается
- А. снижение артериального давления
 - Б. цианоз лица
 - В. Расширение границ сердца
 - Г. глухость тонов
 - Д. все перечисленное
64. Показанием к торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются
- А. пневмоторакс
 - Б. гемоторакс
 - В. Свернувшийся гемоторакс
 - Г. продолжающееся кровотечение в плевральную полость
 - Д. сам факт проникающего ранения
65. Ушивание раны легкого должно производиться
- А. непрерывными швами
 - Б. отдельными узловыми швами
 - В. Кисетным швом
 - Г. Z-образным швом
 - Д. всеми перечисленными способами
66. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является
- А. передне-боковая торакотомия на стороне ранения
 - Б. передне-боковая торакотомия слева
 - В. стернотомия
 - Г. задне-боковая торакотомия слева
 - Д. левосторонняя торакотомия независимо от стороны поражения
67. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо
- А. наложить циркулярную повязку на грудную клетку
 - Б. наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
 - В. Произвести паравертебральную спирт-новокаиновую блокаду
 - Г. выполнить вагосимпатическую блокаду
 - Д. выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую, паравертебральную)
68. Характерным признаком разрыва легкого является
- А. кровохарканье
 - Б. гемоторакс
 - В. пневмоторакс

- Г. затенение легкого при рентгенологическом исследовании
- Д. гемо-пневмоторакс

69. Для закрытой травмы сердца характерны

- А. изменения на ЭКГ
- Б. боли в области сердца
- В. Снижение артериального давления
- Г. повышение венозного давления
- Д. все перечисленные признаки

70. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является

- А. боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
- Б. боль в подреберье
- В. Пролабирование органов брюшной полости в грудную выявляемое при рентгенологическом исследовании
- Г. ослабление дыхания на стороне травмы
- Д. общее тяжелое состояние больного

71. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме

- А. напряженного пневмоторакса
- Б. напряженной эмфиземы средостения
- В. Общего тяжелого состояния больного
- Г. кровохарканья
- Д. все перечисленное

72. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы

- А. при переломе грудины
- Б. при переломе ключицы
- В. При напряженном пневмотораксе
- Г. при переломе лопатки
- Д. при переломе ребер

73. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и провести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет

- А. передне-боковая торакотомия
- Б. боковая торакотомия в 4 межреберье
- В. Задне-боковая торакотомия
- Г. стернотомия
- Д. боковая торакотомия по 6 межреберью

74. Больной упал с высоты 5 метров, в результате чего произошел перелом 8-9 ребер слева по паравerteбральной линии и лопаточной

линии, отрыв хрящей 7-8 ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний гемоторакс с коллапсом легкого на 1/3 объема. Отмечается парадоксальное движение грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включает

- А. экстраплевральный остеосинтез 9-10 ребер
- Б. дренирование левой плевральной полости
- В. Широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
- Г. только подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
- Д. искусственную вентиляцию легких

75. Основным методом лечения гемоторакса является

- А. плевральная пункция
- Б. дренирование плевральной полости
- В. Широкая торакотомия
- Г. торакотомия и ликвидация гемоторакса
- Д. подход должен быть строго индивидуальным

76. 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 артериях не определяется. Рана грудной клетки 2 см. по левой парастернальной линии в 3 межреберье. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Выше действия будут заключаться в следующем

- А. начнете комплекс реанимационных мероприятий
- Б. сделаете плевральную пункцию
- В. Сделаете пункцию перикарда
- Г. начнете переливание крови
- Д. произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

77. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока 4 ст. в процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия, резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить

- А. внутрибрюшное кровотечение
- Б. разрыв легкого
- В. тупую травму сердца
- Г. разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную

Д. для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы обследования

78. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксиллярной линии (справа 4 ребра, слева-3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и лабораторным данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять

- А. дренирование плевральной полости справа
- Б. дренирование обеих плевральных полостей
- В. Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- Г. насечки на коже грудной клетки и шеи
- Д. динамическое наблюдение

79. У больного, поступившего в тяжелом состоянии выявлен перелом ребер (слева-5, справа-4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать

- А. с дренирования обеих плевральных полостей
- Б. с введения игл в подкожную клетчатку
- В. С интубации и ИВЛ
- Г. с наложения трахеостомы и ИВЛ
- Д. с двусторонней торакотомии

80. При большом свернувшемся гемотораксе 5 дневной давности необходимо выполнить

- А. ВТС, удаление гемоторакса
- Б. ширококую торакотомия, удаление гемоторакса
- В. Дренирование плевральной полости
- Г. введение стрептазы и других ферментов в область гемоторакса
- Д. повторные плевральные пункции

81. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является

- А. бронхоскопия
- Б. анализ мокроты
- В. Трансторакальная игловая биопсия
- Г. трансбронхиальная и трнстернальная игловая биопсия
- Д. сочетание перечисленных методов

82. Больной 72 года упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в мин.), выраженная эмфизема на шее, грудной клетке, лице. Диагностирован

перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начать лечебные мероприятия необходимо

- А. с верхнесрединной медиастинотомии*
- Б. с дренирования плевральной полости во 2 межреберье*
- В. с дренирования плевральной полости во 7 межреберье*
- Г. с плевральной пункции*

83.Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме

- А. назначение гепарина*
- Б. назначение дезагрегантов*
- В. лечебной физкультуры*
- Г. длительного постельного режима*
- Д. бинтования ног эластичным бинтом*

84.Экстренная эзофагоскопия показана

1.для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе

2.для уточнения распространенности опухолевого процесса

3.при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода

4.при пищеводно-желудочных кровотечениях

5.для оценки эффективности противоопухолевого лечения

- А. правильно 1 и 2*
- Б. правильно 3 и 4*
- В. правильно 4 и 5*
- Д. правильно 1 и 5*

85.Рак легкого

А. всегда развивается на фоне хронического бронхита

Б. всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений

В. всегда развивается в очаге ограниченного пневмофиброза

Г. может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких

Д. все ответы верны

86.К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся

А. длительно и много курящие

Б. больные хроническим бронхитом

В. имеющим контакт с асбестом, хромом, никелем

Г. все ответы верны

Д. правильного ответа нет

87.Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы

А. эндобронхиального экзофитного рака легкого

- Б. перибронхиального узлового рака
- В. разветвленного рака
- Г. пневмониеподобного рака
- Д. рака верхушки легкого (Пэнкоста)

88. У больного с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который может верифицировать заболевание, будет

- А. бронхоскопия
- Б. торакоскопия
- В. бронхография
- Г. томография грудной клетки
- Д. открытая биопсия легкого

89. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования необходимо произвести

- А. бронхоскопию
- Б. трансторакальную игловую биопсию
- В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Г. повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
- Д. исследование промывных вод при бронхоскопии

90. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см. на периферии верхней доли правого легкого при отсутствии жалоб необходимо

- А. динамическое наблюдение
- Б. трансторакальная игловая биопсия
- В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Г. торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результата, соответствующий объем резекции легкого
- Д. верхняя лобэктомия без предварительной верификации

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

- А. уточнить морфологический характер опухоли
- Б. выяснить, когда проходило последнее рентгенологическое исследование и что оно показало
- В. ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли

- Г. применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли
Д. выполнить все перечисленное
92. Символу T3 в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров, растающий
- А. в диафрагму
 - Б. в грудную клетку
 - В. в медиастинальную плевру
 - Г. в пищевод
 - Д. правильны все ответы, кроме д)
93. По классификации TNM рака легкого символом N2 обозначаются
- А. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
 - Б. медиастинальные лимфоузлы одноименной стороны
 - В. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
 - Г. все ответы верны
 - Д. правильно А и Б
94. Символом N1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе TNM обозначаются
- А. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
 - Б. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
 - В. лимфатические узлы одноименного корня легкого
 - Г. правильно А и В
 - Д. все ответы верны
95. Ателектаз или обструктивный пневмонит всего легкого по классификации TNM соответствует символу
- А. T1
 - Б. T2
 - В. T3
 - Г. T4
96. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять
- А. после обзорной рентгенографии грудной клетки
 - Б. после 5 кратного цитологического исследования мокроты
 - В. при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты
 - Г. нет правильного ответа
97. Ушиб сердца при тяжелой травме грудной клетки характеризуется
- А. болями в области сердца, одышкой, сердцебиением

- Б. болями в области сердца, различными видами нарушения ритма, глухостью сердечных тонов
- В. различного рода аритмиями (нарушение внутрижелудочковой и предсердно-желудочковой проводимости), изменений конечной части желудочково комплекса на ЭКГ
- Г. болями в области сердца, характером и локализацией травмы
- Д. всем перечисленным

98. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного отдела, протяженностью 4 см и начальными проявлениями дисфагии. Неадекватным можно считать

- А. самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
- Б. оперативное лечение
- В. комбинированное лечение с интенсивным курсом предоперационной лучевой терапии
- Г. комбинированное лечение с пролонгированным курсом лучевой терапии

99. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение

- А. крупных фракций
- Б. динамического режима фракционирования дозы
- В. мультифракционирования
- Г. расщепленного курса лучевой терапии
- Д. правильного ответа нет

100. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно

- А. внутривенное введение химиопрепаратов
- Б. внутривенное введение химиопрепаратов
- В. внутривенное введение химиопрепаратов
- Г. верно А и Б
- Д. все способы введения эффективны

Эталоны ответов. Вариант 1.

1. А	21. В	41. Б	61. Д	81. Д
2. А,Б,Г	22. Д	42. Д	62. Д	82. Б
3. Б	23. В	43. Д	63. Д	83. Г
4. Д	24. В	44. Б	64. Г	84. Д
5. Г	25. Д	45. А	65. Д	85. В
6. Б	26. Г	46. Д	66. А	86. Д
7. Б	27. Б	47. Б	67. Д	87. Б
8. Б	28. В	48. Д	68. Д	88. Д
9. Г	29. Г	49. Д	69. Д	89. Б
10. Г	30. А	50. Д	70. В	90. Г
11. Г	31. Д	51. А	71. Д	91. Д

12. Д	32. Г	52. Г	72. В	92. Г
13. Б	33. Г	53. Д	73. В	93. Д
14. Б	34. Б	54. Г	74. В	94. Г
15. Б	35. Г	55. Г	75. Д	95. В
16. А	36. Д	56. Г	76. Д	96. Б
17. А	37. В	57. Г	77. Г	97. Д
18. А	38. В	58. Д	78. В	98. Г
19. В	39. Д	59. Г	79. А	99. В
20. Д	40. Г	60. Д	80. А	100. А

Вариант 2.

1. *Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы*
 - А. закон РФ «О медицинском страховании граждан»
 - Б. дополнения и изменения к «закону о медицинском страховании»
 - В. «Закон о санитарно-экономическом благополучии населения»
 - Г. основы законодательства об охране здоровья граждан
2. *Субъектом обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме*
 - А. фонда медицинского страхования
 - Б. страховой организации
 - В. органов управления здравоохранением
 - Г. медицинского учреждения
 - Д. гражданина
3. *Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме*
 - А. анализа интенсивности потока больных по времени
 - Б. нормирования деятельности врачей
 - В. Правильной организации графика приема врачей
 - Г. четкой работы регистратуры
 - Д. дисциплины персонала
4. *Наиболее рациональный способ пункции перикарда*
 - А. по Шарцу
 - Б. по Пирогову
 - В. По Шапошникову
 - Г. По Ларрею
 - Д. по Морфану
5. *Загрудинная блокада (по В.И.Казанскому) включает*
 - А. аортальное нервное сплетение

- Б. венозное нервное сплетение
- В. сердечное нервное сплетение
- Г. легочное нервное сплетение
- Д. правильно А) и В)

6. *Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры*

А. подключичная вена

Б. подключичная артерия

В. Нижняя щитовидная артерия

Г. общая сонная артерия

7. *Наиболее достоверно локализацию и вид бронхоэктазов можно диагностировать с помощью*

А. бронхоскопии

Б. направленной бронхографии и РКТ

В. Рентгеноскопии легких

Г. аускультации и перкуссии

Д. рентгенографии легких

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

А. тотальной пневмонии

Б. скопление жидкости с плевральной полости или напряженному пневмотораксу

В. Гипоплазии легкого

Г. ателектазу легкого

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

А. острый бронхит

Б. бронхоэктатическую болезнь

В. плеврит

Г. рак легкого

Д. хронический бронхит

10. *При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является*

А. пневмомедиастеноскопия

Б. бронхоскопия

В. бронхография

Г. РКТ

Д. искусственный пневмоторакс

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

А. не имеющий никакого значения

Б. имеющий значение для уточнения диагноза

В. Имеющий лечебное значение

Г. имеющий лечебное и диагностическое значение

Д. имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

12. Переднее средостение является излюбленным местом локализации

А. энтерогенной кисты средостения

Б. бронхогенной кисты средостения

В. Целомической кисты перикарда

Г. лимфогранулематоза средостения

Д. тимомы

13. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O_2 обеспечивает гематокрит не ниже

А. 20-25%

Б. 30%

В. 35%

Г. 40%

Д. 45%

14. В реберно-позвоночном углу чаще локализуются такие образования как

А. липома средостения

Б. невринома средостения

В. Паразитарная киста средостения

Г. дермоидная киста средостения

Д. мезотелиома локальная

15. Закись азота

А. слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом

Б. может применяться по открытой системе

В. Сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода

Г. все выше перечисленное, в зависимости от состояния больного

16. *Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является*

А. анафилаксия

Б. внутрисосудистый гемолиз

В. Снижение АД

Г. гипертермия

Д. отек мозга

17. *Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме*

А. внутривенного введения дыхательных аналептиков

Б. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения

В. Кислородотерапии, ИВЛ

Г. введение мочегонных, гормонов

Д. при необходимости – ганглиолитики

18. *Фентанил является*

А. мощным анальгетиком, действующим 20-25 мин.

Б. анальгетиком короткого действия (2-3 мин.)

В. нейролептиком

Г. препаратом выраженного психотропного действия

Д. антидепрессантом

19. *У больного множественные переломы ребер, ОДН. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм.рт.мм., тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось*

А. разрыв грудного отдела аорты

Б. порочное стояние интубационной трубки

В. Напряженный пневмоторакс

Г. аспирация в трахею

Д. тяжелый ушиб легочной ткани и сердца

20. *Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются*

А. пневмотомия

- Б. клиновидная резекция легкого
- В. пневмонэктомия
- Г. лобэктомия
- Д. торакопластика

21. *Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легких является*

- А. внутриартериальное введение антибиотиков
- Б. лечебные бронхоскопии
- В. Внутримышечное введение антибиотиков
- Г. общеукрепляющая терапия и иммунотерапия
- Д. сочетание всех вышеперечисленных методов

22. *Наиболее часто бронхоэктотическая болезнь поражает*

- А. верхние доли обоих легких
- Б. базальные сегменты нижних долей
- В. Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого лёгкого и средней доли правого лёгкого
- Г. среднюю долю
- Д. отдельные сегменты обоих легких

23. *Возможными осложнениями после радикальных операций на лёгких являются*

- А. бронхиальный свищ, эмпиема плевры
- Б. внутривисцеральное кровотечение
- В. Сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких
- Г. нагноение послеоперационной раны
- Д. все перечисленное

24. *Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является*

- А. верхняя доля
- Б. средняя доля
- В. Нижняя доля
- Г. правильно а) и б)
- Д. любая доля и любой сегмент обоих легких

25. *У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2 день развился ателектаз оставшихся сегментов*

верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является

- А. плевральная пункция
- Б. назотрахеальная катетеризация
- В. микротрахеостома
- Г. лечебная бронхоскопия
- Д. дренирование плевральной полости

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

- А. гемостатическая терапия
- Б. искусственный пневмоторакс
- В. пневмоперитонеум
- Г. тампонада дренирующего бронха
- Д. радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

27. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются

- А. коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- Б. первичная несостоятельность культи бронха
- В. Внутривнутриплевральное кровотечение
- Г. ателектаз легкого
- Д. напряженных пневмоторакс

28. Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является

- А. боль в грудной клетке, слабость, потливость и другие проявления интоксикации
- Б. кашель с большим количеством гнойной мокроты
- В. Высокая температура
- Г. кровохарканье
- Д. симптом барабанных палочек

29. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- А. разрыв плевральных сращений
- Б. прорыв абсцесса легкого
- В. Разрыв врожденных воздушных кист легкого

Г. разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

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

А. по средней аксиллярной линии в 6 межреберье

Б. во 2 межреберье по среднеключичной линии

В. В 7 межреберье по задней аксиллярной линии

Г. в 8 межреберье по задней аксиллярной линии

Д. 2 дренажа: во 2 межреберье по среднеключичной линии и в 8 межреберье по задней аксиллярной линии

31. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться

А. с плевральной пункции с аспирацией воздуха

Б. с широкой торакотомии

В. С динамического наблюдения

Г. с дренирования плевральной полости с активной аспирацией

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

А. сухой плеврит

Б. инфаркт миокарда

В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии

Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс

Д. ущемленную диафрагмальную грыжу

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

А. торакоскопия

Б. рентгеноскопия и рентгенография легких

В. Плевральная пункция

Г. сканирование легких

Д. бронхоскопия

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

- А. сухой плеврит
- Б. инфаркт миокарда
- В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
- Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
- Д. ущемленную диафрагмальную грыжу

35. Основным методом лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- А. торакотомия
- Б. плевральная пункция и аспирация воздуха
- В. Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
- Г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- Д. наблюдение

36. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается

- А. с противовоспалительного лечения
- Б. с вагосимпатической блокады
- В. С плевральной пункции
- Г. с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
- Д. с торакотомии

37. Спонтанный пневмоторакс чаще возникает

- А. при абсцессе легких
- Б. при эхинококке легких
- В. При центральном раке с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- Г. при кавернозном туберкулезе легкого
- Д. при буллезной болезни легких

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

- А. внутриплевральное кровотечение

- Б. воздушная эмболия головного мозга
- В. Анафилактический шок
- Г. плевропульмональный шок
- Д. правильно а) и в)

39. *Реактивный экссудативный плеврит может быть*

- А. при острой пневмонии
- Б. при поддиафрагмальном абсцессе
- В. При остром холецистите и панкреатите
- Г. при септической пневмонии
- Д. при всех вышеперечисленных заболеваниях

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

- А. дренирование плевральной полости
- Б. плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
- В. . плевральная пункция и аспирация при помощи шприца а переходником
- Г. широкая торакотомия
- Д. введение дренажа по Сельдингеру

41. *Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение*

- А. бронхоэктатической болезни
- Б. абсцесса
- В. туберкулеза
- Г. острой пневмонии
- Д. эхинококкоза

42. *Достоверным признаком легочного кровотечения является*

- А. выделение крови изо рта
- Б. кашель с выделением алой пенистой крови
- В. Наличие затемнения в легком
- Г. наличие экссудата в плевральной полости
- Д. наличие крови в бронхах при бронхоскопии

43. *Развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии способствуют*

- А. бронхиальный свищ
- Б. инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка)

- В. Нагноение послеоперационной раны
- Г. остеомиелит ребер и хондрит
- Д. все перечисленные

44. При рентгенологическом исследовании при перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме

- А. газа в плевральных полостях
- Б. расширение тени средостения
- В. Газа в средостении и мягких тканях шеи
- Г. выхождение контрастного вещества за пределы пищевода

45. Операция эзофагокардиомиотомия показана

- А. при карциноме пищевода
- Б. при ахалазии кардии и кардиоспазме
- В. При диафрагмальной грыже
- Г. при грыже ПОД
- Д. при всем вышеперечисленном

46. Для дифференциальной диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме

- А. давности заболевания
- Б. характера дисфагии
- В. Особенности рентгенологической семиотики
- Г. эндоскопической картины
- Д. характера стула

47. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется

- А. эзофагитом
- Б. надрывами слизистой дна желудка
- В. Зиянием кардиального жома
- Г. эндоскопическая картина решающего значения неимеет
- Д. правильно а) и в)

48. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить

- А. эзофагоскопию
- Б. фиброэзофагоскопию и рентгенологическое исследование
- В. пневмомедиастинотографию
- Г. томографию средостения

Д. правильно а) и г)

49. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требуют оперативного лечения

- А. рефлюкс-эзофагит
- Б. ахалазия пищевода
- В. кардиоспазм
- Г. тракционные дивертикулы пищевода
- Д. пульсионные дивертикулы

50. Дисфагия может иметь место

- А. при ахалазии пищевода
- Б. при раке пищевода
- В. При грыже ПОД
- Г. при склеродермии
- Д. при всех вышеперечисленных

51. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме

- А. дробного питания
- Б. возвышенного положения туловища во время сна
- В. Нормализации массы тела при ожирении
- Г. диеты с низким содержанием клетчатки
- Д. ношение свободного (не тесного) белья

52. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является

- А. недостаточность кардиального сфинктера
- Б. алкоголизм
- В. Грыжа ПОД
- Г. язвенная болезнь желудка и ДПК
- Д. употребление горячей пищи

53. Для немедленного гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода следует

- А. применять массивные гемостатические средства
- Б. применять гипотензивные средства
- В. Вводить малые гемостатические дозы крови
- Г. ввести зонд Блэкмора

Д. хирургически прошить кровоточащие сосуды

54. При грыже ПОД могут иметь место

- А. дисфагия
- Б. нарушение ритма сердца
- В. псевдостенокардия
- Г. ничего из перечисленного
- Д. все перечисленное

55. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является

- А. возраст старше 60 лет
- Б. мужской пол
- В. Женский пол
- Г. алкоголизм
- Д. ранее перенесенный химический ожог пищевода

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

- А. на всем протяжении пищевода
- Б. в области глотки
- В. В области кардии
- Г. в местах физиологических сужений
- Д. в абдоминальном отрезке пищевода

57. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки

- А. острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью
- Б. наличие крепитации на шее, гнусавость голоса
- В. Общее тяжелое состояние больного
- Г. высокая температура
- Д. все вышеперечисленное

58. Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является

- А. цитологическое исследование промывных вод из пищевода

- Б. рентгенологическое исследование
- В. Манометрическое исследование пищевода
- Г. эндоскопическое исследование пищевода

59. *Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены*

- А. поражением печени и поджелудочной железы
- Б. рефлексорными причинами
- В. Проявлением химического ожога пищевода
- Г. спазмом желудка
- Д. всем перечисленным

60. *По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода*

- А. желудок промывать нельзя
- Б. желудок можно не промывать
- В. Вопрос о промывании желудка решается индивидуально
- Г. желудок необходимо промыть

61. *О ранении сердца свидетельствует*

- А. локализация раны
- Б. резкое снижение артериального давления
- В. Внешний вид больного
- Г. повышение венозного давления
- Д. все перечисленное

62. *При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или сопровождающих лиц необходимо выяснить*

- А. причину приема химического вещества
- Б. характер химического вещества
- В. Время, прошедшее со времени ожога
- Г. количество принятого химического вещества
- Д. все перечисленное

63. *Показанием к торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются*

- А. пневмоторакс
- Б. гемоторакс
- В. Свернувшийся гемоторакс
- Г. продолжающееся кровотечение в плевральную полость

Д. сам факт проникающего ранения

64. При тампонаде сердца наблюдается

А. снижение артериального давления

Б. цианоз лица

В. Расширение границ сердца

Г. глухость тонов

Д. все перечисленное

65. Ушивание раны легкого должно производиться

А. непрерывными швами

Б. отдельными узловыми швами

В. Кисетным швом

Г. Z-образным швом

Д. всеми перечисленными способами

66. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо

А. наложить циркулярную повязку на грудную клетку

Б. наложить одностороннюю лейкопластырную повязку

В. Произвести паравертебральную спирт-новокаиновую блокаду

Г. выполнить вагосимпатическую блокаду

Д. выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую, паравертебральную)

67. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

А. передне-боковая торакотомия на стороне ранения

Б. передне-боковая торакотомия слева

В. стернотомия

Г. задне-боковая торакотомия слева

Д. левосторонняя торакотомия независимо от стороны поражения

68. Для закрытой травмы сердца характерны

А. изменения на ЭКГ

Б. боли в области сердца

В. Снижение артериального давления

Г. повышение венозного давления

Д. все перечисленные признаки

69. *Характерным признаком разрыва легкого является*

- А. кровохарканье
- Б. гемоторакс
- В. пневмоторакс
- Г. затенение легкого при рентгенологическом исследовании
- Д. гемо-пневмоторакс

70. *Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме*

- А. напряженного пневмоторакса
- Б. напряженной эмфиземы средостения
- В. Общего тяжелого состояния больного
- Г. кровохарканья
- Д. все перечисленное

71. *Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является*

- А. боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
- Б. боль в подреберье
- В. Пролабирование органов брюшной полости в грудную выявляемое при рентгенологическом исследовании
- Г. ослабление дыхания на стороне травмы
- Д. общее тяжелое состояние больного

72. *Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и провести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет*

- А. передне-боковая торакотомия
- Б. боковая торакотомия в 4 межреберье
- В. Задне-боковая торакотомия
- Г. стернотомия
- Д. боковая торакотомия по 6 межреберью

73. *При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы*

- А. при переломе грудины
- Б. при переломе ключицы
- В. При напряженном пневмотораксе
- Г. при переломе лопатки

Д. при переломе ребер

74. Основным методом лечения гемоторакса является

- А. плевральная пункция
- Б. дренирование плевральной полости
- В. Широкая торакотомия
- Г. торакотомия и ликвидация гемоторакса
- Д. подход должен быть строго индивидуальным

75. Больной упал с высоты 5 метров, в результате чего произошел перелом 8-9 ребер слева по паравертебральной линии и лопаточной линии, отрыв хрящей 7-8 ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний гемоторакс с коллапсом легкого на 1/3 объема. Отмечается парадоксальное движение грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включает

- А. экстраплевральный остеосинтез 9-10 ребер
- Б. дренирование левой плевральной полости
- В. Широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей 7-8 ребер к грудине
- Г. только подшивание хрящей 7-8 ребер к грудине
- Д. искусственную вентиляцию легких

76. 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 артериях не определяется. Рана грудной клетки 2 см. по левой парастернальной линии в 3 межреберье. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Выше действия будут заключаться в следующем

- А. начнете комплекс реанимационных мероприятий
- Б. сделаете плевральную пункцию
- В. Сделаете пункцию перикарда
- Г. начнете переливание крови
- Д. произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

77. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксилярной линии (справа 4 ребра, слева-3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и лабораторным данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять

А. дренирование плевральной полости справа

Б. дренирование обеих плевральных полостей

В. Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки

Г. насечки на коже грудной клетки и шеи

Д. динамическое наблюдение

78. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока 4 ст. в процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия, резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить

А. внутрибрюшное кровотечение

Б. разрыв легкого

В. тупую травму сердца

Г. разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную

Д. для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы обследования

79. У больного, поступившего в тяжелом состоянии выявлен перелом ребер (слева-5, справа-4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать

А. с дренирования обеих плевральных полостей

Б. с введения игл в подкожную клетчатку

В. С интубации и ИВЛ

Г. с наложения трахеостомы и ИВЛ

Д. с двусторонней торакотомии

80. При большом свернувшимся гемотораксе 5 дневной давности необходимо выполнить

А. ВТС, удаление гемоторакса

- Б. широкую торакотомию, удаление гемоторакса
- В. Дренирование плевральной полости
- Г. введение стрептазы и других ферментов в область гемоторакса
- Д. повторные плевральные пункции

81. Больной 72 года упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в мин.), выраженная эмфизема на шее, грудной клетке, лице. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начать лечебные мероприятия необходимо

- А. с верхнесрединной медиастинотомии
- Б. с дренирования плевральной полости во 2 межреберье
- В. с дренирования плевральной полости во 7 межреберье
- Г. с плевральной пункции

82. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является

- А. бронхоскопия
- Б. анализ мокроты
- В. Трансторакальная игловая биопсия
- Г. трансбронхиальная и трансстернальная игловая биопсия
- Д. сочетание перечисленных методов

83. Экстренная эзофагоскопия показана

1. для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе

2. для уточнения распространенности опухолевого процесса

3. при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода

4. при пищеводно-желудочных кровотечениях

5. для оценки эффективности противоопухолевого лечения

- А. правильно 1 и 2
- Б. правильно 3 и 4
- В. правильно 4 и 5
- Д. правильно 1 и 5

84. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме

- А. назначение гепарина
- Б. назначение дезагрегантов

- В. лечебной физкультуры
- Г. длительного постельного режима
- Д. бинтования ног эластичным бинтом

85. *Рак легкого*

- А. всегда развивается на фоне хронического бронхита
- Б. всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
- В. всегда развивается в очаге ограниченного пневмофиброза
- Г. может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких
- Д. все ответы верны

86. *Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы*

- А. эндобронхиального экзофитного рака легкого
- Б. перибронхиального узлового рака
- В. разветвленного рака
- Г. пневмониеподобного рака
- Д. рака верхушки легкого (Пэнкоста)

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

- А. длительно и много курящие
- Б. больные хроническим бронхитом
- В. имеющим контакт с асбестом, хромом, никелем
- Г. все ответы верны
- Д. правильного ответа нет

88. *В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования необходимо произвести*

- А. бронхоскопию
- Б. трансторакальную игловую биопсию
- В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Г. повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
- Д. исследование промывных вод при бронхоскопии

89. *У больного с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см*

в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который может верифицировать заболевание, будет

- А. бронхоскопия
- Б. торакоскопия
- В. бронхография
- Г. томография грудной клетки
- Д. открытая биопсия легкого

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

- А. уточнить морфологический характер опухоли
- Б. выяснить, когда проходило последнее рентгенологическое исследование и что оно показало
- В. ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли
- Г. применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли
- Д. выполнить все перечисленное

91. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см. на периферии верхней доли правого легкого при отсутствии жалоб необходимо

- А. динамическое наблюдение
- Б. трансторакальная игловая биопсия
- В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Г. торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результата, соответствующий объем резекции легкого
- Д. верхняя лобэктомия без предварительной верификации

92. По классификации TNM рака легкого символом N2 обозначаются

- А. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
- Б. медиастинальные лимфоузлы одноименной стороны
- В. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
- Г. все ответы верны
- Д. правильно А и Б

93. Символу T3 в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров, растающий
- А. в диафрагму
 - Б. в грудную клетку
 - В. в медиастинальную плевру
 - Г. в пищевод
 - Д. правильны все ответы, кроме д)
94. Ателектаз или обструктивный пульмонит всего легкого по классификации TNM соответствует символу
- А. T1
 - Б. T2
 - В. T3
 - Г. T4
95. Символом N1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе TNM обозначаются
- А. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
 - Б. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
 - В. лимфатические узлы одноименного корня легкого
 - Г. правильно А и В
 - Д. все ответы верны
96. Ушиб сердца при тяжелой травме грудной клетки характеризуется
- А. болями в области сердца, одышкой, сердцебиением
 - Б. болями в области сердца, различными видами нарушения ритма, глухостью сердечных тонов
 - В. различного рода аритмиями (нарушение внутрижелудочковой и предсердно-желудочковой проводимости), изменений конечной части желудочково комплекса на ЭКГ
 - Г. болями в области сердца, характером и локализацией травмы
 - Д. всем перечисленным
97. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять
- А. после обзорной рентгенографии грудной клетки
 - Б. после 5 кратного цитологического исследования мокроты

В. при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты

Г. нет правильного ответа

98. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение

А. крупных фракций

Б. динамического режима фракционирования дозы

В. мультифракционирования

Г. расщепленного курса лучевой терапии

Д. правильного ответа нет

99. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного отдела, протяженностью 4 см и начальными проявлениями дисфагии. неадекватным можно считать

А. самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

Б. оперативное лечение

В. комбинированное лечение с интенсивным курсом предоперационной лучевой терапии

Г. комбинированное лечение с пролонгированным курсом лучевой терапии

100. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно

А. внутриплевральное введение химиопрепаратов

Б. внутривенное введение химиопрепаратов

В. внутрилимфатическое введение

Г. верно А и Б

Д. все способы введения эффективны

Тесты по торакальной хирургии.

Эталоны ответов. Вариант 2.

1. А,Б,Г	21. Д	41. Г	61. Д	81. Б
2. А	22. В	42. Д	62. Д	82. Д
3. Б	23. Д	43. Д	63. Г	83. Д
4. Г	24. В	44. А	64. Д	84. Г
5. Д	25. Г	45. Б	65. Д	85. В
6. Б	26. Д	46. Д	66. Д	86. Б
7. Б	27. В	47. Д	67. А	87. Д
8. Б	28. Б	48. Б	68. Д	88. Б
9. Г	29. Г	49. Д	69. Д	89. Д
10. Г	30. Д	50. Д	70. Д	90. Д

11. Г	31. А	51. Г	71. В	91. Г
12. Д	32. Г	52. Д	72. В	92. Д
13. Б	33. Б	53. Г	73. В	93. Г
14. Б	34. Г	54. Д	74. Д	94. В
15. А	35. Г	55. Г	75. В	95. Г
16. Б	36. В	56. Г	76. Д	96. Д
17. А	37. Д	57. Д	77. В	97. Б
18. А	38. Д	58. Г	78. Г	98. В
19. В	39. В	59. Д	79. А	99. Г
20. В	40. Б	60. Г	80. А	100. А

Вариант 3.

- 1. Субъектом обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме*

 - А. фонда медицинского страхования
 - Б. страховой организации
 - В. органов управления здравоохранением
 - Г. медицинского учреждения
 - Д. гражданина
- 2. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы*

 - А. закон РФ «О медицинском страховании граждан»
 - Б. дополнения и изменения к «закону о медицинском страховании»
 - В. «Закон о санитарно-экономическом благополучии населения»
 - Г. основы законодательства об охране здоровья граждан
- 3. Наиболее рациональный способ пункции перикарда*

 - А. по Шарцу
 - Б. по Пирогову
 - В. По Шапошникову
 - Г. По Ларрею
 - Д. по Морфану
- 4. Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме*

 - А. анализа интенсивности потока больных по времени
 - Б. нормирования деятельности врачей
 - В. Правильной организации графика приема врачей
 - Г. четкой работы регистратуры
 - Д. дисциплины персонала
- 5. Загрудинная блокада (по В.И.Казанскому) включает*

 - А. аортальное нервное сплетение

- Б. венозное нервное сплетение
- В. сердечное нервное сплетение
- Г. легочное нервное сплетение
- Д. правильно А) и В)

6. *Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры*

- А. подключичная вена
- Б. подключичная артерия
- В. Нижняя щитовидная артерия
- Г. общая сонная артерия

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

- А. тотальной пневмонии
- Б. скопление жидкости с плевральной полости или напряженному пневмотораксу
- В. Гипоплазии легкого
- Г. ателектазу легкого

8. *Наиболее достоверно локализацию и вид бронхоэктазов можно диагностировать с помощью*

- А. бронхоскопии
- Б. направленной бронхографии и РКТ
- В. Рентгеноскопии легких
- Г. аускультации и перкуссии
- Д. рентгенографии легких

9. *При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является*

- А. пневмомедиастеноскопия
- Б. бронхоскопия
- В. бронхография
- Г. РКТ
- Д. искусственный пневмоторакс

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

- А. острый бронхит
- Б. бронхоэктатическую болезнь
- В. плеврит
- Г. рак легкого
- Д. хронический бронхит

11. *Переднее средостение является излюбленным местом локализации*

- А. энтерогенной кисты средостения
- Б. бронхогенной кисты средостения
- В. Целомической кисты перикарда
- Г. лимфогранулематоза средостения
- Д. тимомы

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

- А. не имеющий никакого значения
- Б. имеющий значение для уточнения диагноза
- В. Имеющий лечебное значение
- Г. имеющий лечебное и диагностическое значение
- Д. имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

13. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O_2 обеспечивает гематокрит не ниже

- А. 20-25%
- Б. 30%
- В. 35%
- Г. 40%
- Д. 45%

14. В реберно-позвоночном углу чаще локализуются такие образования как

- А. липома средостения
- Б. невринома средостения
- В. Паразитарная киста средостения
- Г. дермоидная киста средостения
- Д. мезотелиома локальная

15. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является

- А. анафилаксия
- Б. внутрисосудистый гемолиз
- В. Снижение АД
- Г. гипертермия
- Д. отек мозга

16. Закись азота

- А. слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом
- Б. может применяться по открытой системе
- В. Сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода
- Г. все выше перечисленное, в зависимости от состояния больного

17. *Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме*
- А. внутривенного введения дыхательных аналептиков
 - Б. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения
 - В. Кислородотерапии, ИВЛ
 - Г. введение мочегонных, гормонов
 - Д. при необходимости – ганглиолитики
18. *У больного множественные переломы ребер, ОДН. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм.рт.мм., тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось*
- А. разрыв грудного отдела аорты
 - Б. порочное стояние интубационной трубки
 - В. Напряженный пневмоторакс
 - Г. аспирация в трахею
 - Д. тяжелый ушиб легочной ткани и сердца
19. *Фентанил является*
- А. мощным анальгетиком, действующим 20-25 мин.
 - Б. анальгетиком короткого действия (2-3 мин.)
 - В. нейролептиком
 - Г. препаратом выраженного психотропного действия
 - Д. антидепрессантом
20. *Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются*
- А. пневмотомия
 - Б. клиновидная резекция легкого
 - В. пневмонэктомия
 - Г. лобэктомия
 - Д. торакопластика
21. *Наиболее часто бронхоэктотическая болезнь поражает*
- А. верхние доли обоих легких
 - Б. базальные сегменты нижних долей
 - В. Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого лёгкого и средней доли правого легкого
 - Г. среднюю долю
 - Д. отдельные сегменты обоих легких
22. *Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легких является*

- А. внутриартериальное введение антибиотиков
- Б. лечебные бронхоскопии
- В. Внутримышечное введение антибиотиков
- Г. общеукрепляющая терапия и иммунотерапия
- Д. сочетание всех вышеперечисленных методов

23. *Возможными осложнениями после радикальных операций на лёгких являются*

- А. бронхиальный свищ, эмпиема плевры
- Б. внутривнутриплевральное кровотечение
- В. Сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких
- Г. нагноение послеоперационной раны
- Д. все перечисленное

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

- А. плевральная пункция
- Б. назотрахеальная катетеризация
- В. микротрахеостома
- Г. лечебная бронхоскопия
- Д. дренирование плевральной полости

25. *Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является*

- А. верхняя доля
- Б. средняя доля
- В. Нижняя доля
- Г. правильно а) и б)
- Д. любая доля и любой сегмент обоих легких

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

- А. гемостатическая терапия
- Б. искусственный пневмоторакс
- В. пневмоперитонеум
- Г. тампонада дренирующего бронха
- Д. радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

27. *Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является*

- А. боль в грудной клетке, слабость, потливость и другие проявления интоксикации

- Б. кашель с большим количеством гнойной мокроты
- В. Высокая температура
- Г. кровохарканье
- Д. симптом барабанных палочек

28. Абсолютными показаниями для торакотомии являются

- А. коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- Б. первичная несостоятельность культи бронха
- В. Внутривнутриплевральное кровотечение
- Г. ателектаз легкого
- Д. напряженных пневмоторакс

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

- А. по средней аксиллярной линии в 6 межреберье
- Б. во 2 межреберье по среднеключичной линии
- В. В 7 межреберье по задней аксиллярной линии
- Г. в 8 межреберье по задней аксиллярной линии
- Д. 2 дренажа: во 2 межреберье по среднеключичной линии и в 8 межреберье по задней аксиллярной линии

30. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- А. разрыв плевральных сращений
- Б. прорыв абсцесса легкого
- В. Разрыв врожденных воздушных кист легкого
- Г. разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

31. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться

- А. с плевральной пункции с аспирацией воздуха
- Б. с широкой торакотомии
- В. С динамического наблюдения
- Г. с дренирования плевральной полости с активной аспирацией

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

- А. торакоскопия
- Б. рентгеноскопия и рентгенография легких
- В. Плевральная пункция
- Г. сканирование легких
- Д. бронхоскопия

33. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Смещение средостения вправо. У него можно заподозрить
- А. сухой плеврит
 - Б. инфаркт миокарда
 - В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
 - Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
 - Д. ущемленную диафрагмальную грыжу
34. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Смещение средостения вправо. У него можно заподозрить
- А. сухой плеврит
 - Б. инфаркт миокарда
 - В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
 - Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
 - Д. ущемленную диафрагмальную грыжу
35. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается
- А. с противовоспалительного лечения
 - Б. с вагосимпатической блокады
 - В. С плевральной пункции
 - Г. с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
 - Д. с торакотомии
36. Основным методом лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является
- А. торакотомия
 - Б. плевральная пункция и аспирация воздуха
 - В. Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
 - Г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
 - Д. наблюдение
37. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести
- А. внутриплевральное кровотечение
 - Б. воздушная эмболия головного мозга
 - В. Анафилактический шок

- Г. плевропульмональный шок
- Д. правильно а) и в)

38. *Спонтанный пневмоторакс чаще возникает*

- А. при абсцессе легких
- Б. при эхинококке легких
- В. При центральном раке с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- Г. при кавернозном туберкулезе легкого
- Д. при буллезной болезни легких

39. *Реактивный экссудативный плеврит может быть*

- А. при острой пневмонии
- Б. при поддиафрагмальном абсцессе
- В. При остром холецистите и панкреатите
- Г. при септической пневмонии
- Д. при всех вышеперечисленных заболеваниях

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

- А. дренирование плевральной полости
- Б. плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
- В. . плевральная пункция и аспирация при помощи шприца а переходником
- Г. широкая торакотомия
- Д. введение дренажа по Сельдингеру

41. *Достоверным признаком легочного кровотечения является*

- А. выделение крови изо рта
- Б. кашель с выделением алой пенистой крови
- В. Наличие затемнения в легком
- Г. наличие экссудата в плевральной полости
- Д. наличие крови в бронхах при бронхоскопии

42. *Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение*

- А. бронхоэктатической болезни
- Б. абсцесса
- В. туберкулеза
- Г. острой пневмонии
- Д. эхинококкоза

43. *При рентгенологическом исследовании при перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме*

- А. газа в плевральных полостях
- Б. расширение тени средостения

- В. Газа в средостении и мягких тканях шеи
Г. выхождение контрастного вещества за пределы пищевода
44. *Развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии способствуют*
А. бронхиальный свищ
Б. инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка)
В. Нагноение послеоперационной раны
Г. остеомиелит ребер и хондрит
Д. все перечисленные
45. *Операция эзофагокардиомиотомия показана*
А. при карциноме пищевода
Б. при ахалазии кардии и кардиоспазме
В. При диафрагмальной грыже
Г. при грыже ПОД
Д. при всем вышеперечисленном
46. *Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется*
А. эзофагитом
Б. надрывами слизистой дна желудка
В. Зиянием кардиального жома
Г. эндоскопическая картина решающего значения неимеет
Д. правильно а) и в)
47. *Для дифференциальной диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме*
А. давности заболевания
Б. характера дисфагии
В. Особенности рентгенологической семиотики
Г. эндоскопической картины
Д. характера стула
48. *Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить*
А. эзофагоскопию
Б. фиброэзофагоскопию и рентгенологическое исследование
В. пневмомедиастинотографию
Г. томографию средостения
Д. правильно а) и г)
49. *Дисфагия может иметь место*
А. при ахалазии пищевода
Б. при раке пищевода
В. При грыже ПОД
Г. при склеродермии

Д. при всех вышеперечисленных

50. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требуют оперативного лечения
- А. рефлюкс-эзофагит
 - Б. ахалазия пищевода
 - В. кардиоспазм
 - Г. тракционные дивертикулы пищевода
 - Д. пульсионные дивертикулы
51. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является
- А. недостаточность кардиального сфинктера
 - Б. алкоголизм
 - В. Грыжа ПОД
 - Г. язвенная болезнь желудка и ДПК
 - Д. употребление горячей пищи
52. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме
- А. дробного питания
 - Б. возвышенного положения туловища во время сна
 - В. Нормализации массы тела при ожирении
 - Г. диеты с низким содержанием клетчатки
 - Д. ношение свободного (не тесного) белья
53. При грыже ПОД могут иметь место
- А. дисфагия
 - Б. нарушение ритма сердца
 - В. псевдостенокардия
 - Г. ничего из перечисленного
 - Д. все перечисленное
54. Для немедленного гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода следует
- А. применять массивные гемостатические средства
 - Б. применять гипотензивные средства
 - В. Вводить малые гемостатические дозы крови
 - Г. ввести зонд Блэкмора
 - Д. хирургически прошить кровоточащие сосуды
55. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является
- А. возраст старше 60 лет
 - Б. мужской пол
 - В. Женский пол

Г. алкоголизм

Д. ранее перенесенный химический ожог пищевода

56. *Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место*

А. на всем протяжении пищевода

Б. в области глотки

В. В области кардии

Г. в местах физиологических сужений

Д. в абдоминальном отрезке пищевода

57. *Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является*

А. цитологическое исследование промывных вод из пищевода

Б. рентгенологическое исследование

В. Манометрическое исследование пищевода

Г. эндоскопическое исследование пищевода

58. *Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки*

А. острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью

Б. наличие крепитации на шее, гнусавость голоса

В. Общее тяжелое состояние больного

Г. высокая температура

Д. все вышеперечисленное

59. *По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода*

А. желудок промывать нельзя

Б. желудок можно не промывать

В. Вопрос о промывании желудка решается индивидуально

Г. желудок необходимо промыть

60. *Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены*

А. поражением печени и поджелудочной железы

Б. рефлекторными причинами

В. Проявлением химического ожога пищевода

Г. спазмом желудка

Д. всем перечисленным

61. *О ранении сердца свидетельствует*

А. локализация раны

Б. резкое снижение артериального давления

В. Внешний вид больного

- Г. повышение венозного давления
Д. все перечисленное
62. При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или сопровождающих лиц необходимо выяснить
- А. причину приема химического вещества
 - Б. характер химического вещества
 - В. Время, прошедшее со времени ожога
 - Г. количество принятого химического вещества
 - Д. все перечисленное
63. При тампонаде сердца наблюдается
- А. снижение артериального давления
 - Б. цианоз лица
 - В. Расширение границ сердца
 - Г. глухость тонов
 - Д. все перечисленное
64. Показанием к торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются
- А. пневмоторакс
 - Б. гемоторакс
 - В. Свернувшийся гемоторакс
 - Г. продолжающееся кровотечение в плевральную полость
 - Д. сам факт проникающего ранения
65. Ушивание раны легкого должно производиться
- А. непрерывными швами
 - Б. отдельными узловыми швами
 - В. Кисетным швом
 - Г. Z-образным швом
 - Д. всеми перечисленными способами
66. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является
- А. передне-боковая торакотомия на стороне ранения
 - Б. передне-боковая торакотомия слева
 - В. стернотомия
 - Г. задне-боковая торакотомия слева
 - Д. левосторонняя торакотомия независимо от стороны поражения
67. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо
- А. наложить циркулярную повязку на грудную клетку
 - Б. наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
 - В. Произвести паравертебральную спирт-новокаиновую блокаду
 - Г. выполнить вагосимпатическую блокаду

Д. выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую, паравертебральную)

68. Для закрытой травмы сердца характерны

- А. изменения на ЭКГ
- Б. боли в области сердца
- В. Снижение артериального давления
- Г. повышение венозного давления
- Д. все перечисленные признаки

69. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме

- А. напряженного пневмоторакса
- Б. напряженной эмфиземы средостения
- В. Общего тяжелого состояния больного
- Г. кровохарканья
- Д. все перечисленное

70. Характерным признаком разрыва легкого является

- А. кровохарканье
- Б. гемоторакс
- В. пневмоторакс
- Г. затенение легкого при рентгенологическом исследовании
- Д. гемо-пневмоторакс

71. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является

- А. боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
- Б. боль в подреберье
- В. Пролабирование органов брюшной полости в грудную выявляемое при рентгенологическом исследовании
- Г. ослабление дыхания на стороне травмы
- Д. общее тяжелое состояние больного

72. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы

- А. при переломе грудины
- Б. при переломе ключицы
- В. При напряженном пневмотораксе
- Г. при переломе лопатки
- Д. при переломе ребер

73. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и провести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет

- А. передне-боковая торакотомия

- Б. боковая торакотомия в 4 межреберье
- В. Задне-боковая торакотомия
- Г. стернотомия
- Д. боковая торакотомия по 6 межреберью

74. Больной упал с высоты 5 метров, в результате чего произошел перелом 8-9 ребер слева по паравертебральной линии и лопаточной линии, отрыв хрящей 7-8 ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний гемоторакс с коллапсом легкого на 1/3 объема. Отмечается парадоксальное движение грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включает

- А. экстраплевральный остеосинтез 9-10 ребер
- Б. дренирование левой плевральной полости
- В. Широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей 7-8 ребер к грудины
- Г. только подшивание хрящей 7-8 ребер к грудины
- Д. искусственную вентиляцию легких

75. Основным методом лечения гемоторакса является

- А. плевральная пункция
- Б. дренирование плевральной полости
- В. Широкая торакотомия
- Г. торакотомия и ликвидация гемоторакса
- Д. подход должен быть строго индивидуальным

76. 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 артериях не определяется. Рана грудной клетки 2 см. по левой парастернальной линии в 3 межреберье. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Вышние действия будут заключаться в следующем

- А. начнете комплекс реанимационных мероприятий
- Б. сделаете плевральную пункцию
- В. Сделаете пункцию перикарда
- Г. начнете переливание крови
- Д. произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

77. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксилярной линии (справа 4 ребра, слева-3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По

клиническим и лабораторным данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять

А. дренирование плевральной полости справа

Б. дренирование обеих плевральных полостей

В. Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки

Г. насечки на коже грудной клетки и шеи

Д. динамическое наблюдение

78. У больного, поступившего в тяжелом состоянии выявлен перелом ребер (слева-5, справа-4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать

А. с дренирования обеих плевральных полостей

Б. с введения игл в подкожную клетчатку

В. С интубации и ИВЛ

Г. с наложения трахеостомы и ИВЛ

Д. с двусторонней торакотомии

79. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока 4 ст. в процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия, резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить

А. внутрибрюшное кровотечение

Б. разрыв легкого

В. тупую травму сердца

Г. разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную

Д. для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы обследования

80. При большом свернувшемся гемотораксе 5 дневной давности необходимо выполнить

А. ВТС, удаление гемоторакса

Б. широкую торакотомия, удаление гемоторакса

В. Дренирование плевральной полости

Г. введение стрептазы и других ферментов в область гемоторакса

Д. повторные плевральные пункции

81. Больной 72 года упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в мин.), выраженная эмфизема на шее, грудной клетке, лице. Диагностирован

перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начать лечебные мероприятия необходимо

А. с верхнесрединной медиастинотомии

Б. с дренирования плевральной полости во 2 межреберье

В. с дренирования плевральной полости во 7 межреберье

Г. с плевральной пункции

82. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является

А. бронхоскопия

Б. анализ мокроты

В. Трансторакальная игловая биопсия

Г. трансбронхиальная и трнстернальная игловая биопсия

Д. сочетание перечисленных методов

83. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме

А. назначение гепарина

Б. назначение дезагрегантов

В. лечебной физкультуры

Г. длительного постельного режима

Д. бинтования ног эластичным бинтом

84. Экстренная эзофагоскопия показана

1. для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе

2. для уточнения распространенности опухолевого процесса

3. при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода

4. при пищеводно-желудочных кровотечениях

5. для оценки эффективности противоопухолевого лечения

А. правильно 1 и 2

Б. правильно 3 и 4

В. правильно 4 и 5

Д. правильно 1 и 5

85. Рак легкого

А. всегда развивается на фоне хронического бронхита

Б. всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений

В. всегда развивается в очаге ограниченного пневмофиброза

Г. может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких

Д. все ответы верны

86. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся

А. длительно и много курящие

- Б. больные хроническим бронхитом
- В. имеющим контакт с асбестом, хромом, никелем
- Г. все ответы верны
- Д. правильного ответа нет

87. Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы

- А. эндобронхиального экзофитного рака легкого
- Б. перибронхиального узлового рака
- В. разветвленного рака
- Г. пневмониеподобного рака
- Д. рака верхушки легкого (Пэнкоста)

88. У больного с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который может верифицировать заболевание, будет

- А. бронхоскопия
- Б. торакоскопия
- В. бронхография
- Г. томография грудной клетки
- Д. открытая биопсия легкого

89. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования необходимо произвести

- А. бронхоскопию
- Б. трансторакальную игловую биопсию
- В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Г. повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
- Д. исследование промывных вод при бронхоскопии

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

- А. уточнить морфологический характер опухоли
- Б. выяснить, когда проходило последнее рентгенологическое исследование и что оно показало
- В. ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли
- Г. применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли
- Д. выполнить все перечисленное

91. По классификации TNM рака легкого символом N2 обозначаются
- А. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
 - Б. медиастинальные лимфоузлы одноименной стороны
 - В. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
 - Г. все ответы верны
 - Д. правильно А и Б
92. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см. на периферии верхней доли правого легкого при отсутствии жалоб необходимо
- А. динамическое наблюдение
 - Б. трансторакальная игловая биопсия
 - В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
 - Г. торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результата, соответствующий объем резекции легкого
 - Д. верхняя лобэктомия без предварительной верификации
93. Ателектаз или обструктивный пневмонит всего легкого по классификации TNM соответствует символу
- А. T1
 - Б. T2
 - В. T3
 - Г. T4
94. Символу T3 в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров, растающий
- А. в диафрагму
 - Б. в грудную клетку
 - В. в медиастинальную плевру
 - Г. в пищевод
 - Д. правильны все ответы, кроме д)
95. Ушиб сердца при тяжелой травме грудной клетки характеризуется
- А. болями в области сердца, одышкой сердцебиением
 - Б. болями в области сердца, различными видами нарушения ритма, глухостью сердечных тонов
 - В. различного рода аритмиями (нарушение внутрижелудочковой и предсердно-желудочковой проводимости), изменений конечной части желудочково комплекса на ЭКГ
 - Г. болями в области сердца, характером и локализацией травмы
 - Д. всем перечисленным

96. Символом *N1* в соответствии с классификацией рака легкого по системе *TNM* обозначаются
- А. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
 - Б. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
 - В. лимфатические узлы одноименного корня легкого
 - Г. правильно А и В
 - Д. все ответы верны
97. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять
- А. после обзорной рентгенографии грудной клетки
 - Б. после 5 кратного цитологического исследования мокроты
 - В. при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты
 - Г. нет правильного ответа
98. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение
- А. крупных фракций
 - Б. динамического режима фракционирования дозы
 - В. мультифракционирования
 - Г. расщепленного курса лучевой терапии
 - Д. правильного ответа нет
99. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно
- А. внутриплевральное введение химиопрепаратов
 - Б. внутривенное введение химиопрепаратов
 - В. внутрилимфатическое введение
 - Г. верно А и Б
 - Д. все способы введения эффективны
100. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного отдела, протяженностью 4 см и начальными проявлениями дисфагии. неадекватным можно считать
- А. самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
 - Б. оперативное лечение
 - В. комбинированное лечение с интенсивным курсом предоперационной лучевой терапии
 - Г. комбинированное лечение с пролонгированным курсом лучевой терапии

Эталоны ответов. Вариант 3.

1. А	21. В	41. Д	61. Д	81. Б
2. А, Б, Г	22. Д	42. Г	62. Д	82. Д

3. Г	23. Д	43. А	63. Д	83. Г
4. Б	24. Г	44. Д	64. Г	84. Д
5. Д	25. В	45. Б	65. Д	85. В
6. Б	26. Д	46. Д	66. А	86. Д
7. Б	27. Б	47. Д	67. Д	87. Б
8. Б	28. В	48. Б	68. Д	88. Д
9. Г	29. Д	49. Д	69. Д	89. Б
10. Г	30. Г	50. Д	70. Д	90. Д
11. Д	31. А	51. А	71. В	91. Д
12. Г	32. Б	52. Г	72. В	92. Г
13. Б	33. Г	53. Д	73. В	93. В
14. Б	34. Г	54. Г	74. В	94. Г
15. Б	35. В	55. Г	75. Д	95. Д
16. А	36. Г	56. Г	76. Д	96. Г
17. А	37. Д	57. Г	77. В	97. Б
18. В	38. Д	58. Д	78. А	98. В
19. А	39. В	59. Г	79. Г	99. А
20. В	40. Б	60. Д	80. А	100. Г

Вариант 4.

1. *Субъектом обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме*
 - А. фонда медицинского страхования
 - Б. страховой организации
 - В. органов управления здравоохранением
 - Г. медицинского учреждения
 - Д. гражданина

2. *Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы*
 - А. закон РФ «О медицинском страховании граждан»
 - Б. дополнения и изменения к «закону о медицинском страховании»
 - В. «Закон о санитарно-экономическом благополучии населения»
 - Г. основы законодательства об охране здоровья граждан

3. *Наиболее рациональный способ пункции перикарда*
 - А. по Шарцу
 - Б. по Пирогову
 - В. По Шапошникову
 - Г. По Ларрею
 - Д. по Морфану

4. *Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме*
 - А. анализа интенсивности потока больных по времени

- Б. нормирования деятельности врачей
В. Правильной организации графика приема врачей
Г. четкой работы регистратуры
Д. дисциплины персонала
5. *Загрудинная блокада (по В.И.Казанскому) включает*
А. аортальное нервное сплетение
Б. венозное нервное сплетение
В. сердечное нервное сплетение
Г. легочное нервное сплетение
Д. правильно А) и В)
6. *Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры*
А. подключичная вена
Б. подключичная артерия
В. Нижняя щитовидная артерия
Г. общая сонная артерия
7. *Наиболее достоверно локализацию и вид бронхоэктазов можно диагностировать с помощью*
А. бронхоскопии
Б. направленной бронхографии и РКТ
В. Рентгеноскопии легких
Г. аускультации и перкуссии
Д. рентгенографии легких
8. *Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует*
А. тотальной пневмонии
Б. скоплению жидкости с плевральной полости или напряженному пневмотораксу
В. Гипоплазии легкого
Г. ателектазу легкого
9. *При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является*
А. пневмомедиастеноскопия
Б. бронхоскопия
В. бронхография
Г. РКТ
Д. искусственный пневмоторакс
10. *При наличии у больного острого абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод*
А. не имеющий никакого значения
Б. имеющий значение для уточнения диагноза

- В. Имеющий лечебное значение
- Г. имеющий лечебное и диагностическое значение
- Д. имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

11. К врачу впервые обратился больной 50 лет с единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить

- А. острый бронхит
- Б. бронхоэктатическую болезнь
- В. плеврит
- Г. рак легкого
- Д. хронический бронхит

12. Переднее средостение является излюбленным местом локализации

- А. энтерогенной кисты средостения
- Б. бронхогенной кисты средостения
- В. Целомической кисты перикарда
- Г. лимфогранулематоза средостения
- Д. тимомы

13. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является

- А. анафилаксия
- Б. внутрисосудистый гемолиз
- В. Снижение АД
- Г. гипертермия
- Д. отек мозга

14. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O_2 обеспечивает гематокрит не ниже

- А. 20-25%
- Б. 30%
- В. 35%
- Г. 40%
- Д. 45%

15. Закись азота

- А. слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом
- Б. может применяться по открытой системе
- В. Сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода
- Г. все выше перечисленное, в зависимости от состояния больного

16. В реберно-позвоночном углу чаще локализуются такие образования как

- А. липома средостения
- Б. невринома средостения
- В. Паразитарная киста средостения
- Г. дермоидная киста средостения
- Д. мезотелиома локальная

17. *Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме*

- А. внутривенного введения дыхательных аналептиков
- Б. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения
- В. Кислородотерапии, ИВЛ
- Г. введение мочегонных, гормонов
- Д. при необходимости – ганглиолитики

18. *У больного множественные переломы ребер, ОДН. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм.рт.ст., тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось*

- А. разрыв грудного отдела аорты
- Б. порочное стояние интубационной трубки
- В. Напряженный пневмоторакс
- Г. аспирация в трахею
- Д. тяжелый ушиб легочной ткани и сердца

19. *Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легких является*

- А. внутриартериальное введение антибиотиков
- Б. лечебные бронхоскопии
- В. Внутримышечное введение антибиотиков
- Г. общеукрепляющая терапия и иммунотерапия
- Д. сочетание всех вышеперечисленных методов

20. *Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются*

- А. пневмотомия
- Б. клиновидная резекция легкого
- В. пневмонэктомия
- Г. лобэктомия
- Д. торакопластика

21. *Фентанил является*

- А. мощным анальгетиком, действующим 20-25 мин.
- Б. анальгетиком короткого действия (2-3 мин.)
- В. нейролептиком
- Г. препаратом выраженного психотропного действия

Д. антидепрессантом

22. *Наиболее часто бронхоэктотическая болезнь поражает*

А. верхние доли обоих легких

Б. базальные сегменты нижних долей

В. Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого лёгкого и средней доли правого лёгкого

Г. среднюю долю

Д. отдельные сегменты обоих легких

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

А. плевральная пункция

Б. назотрахеальная катетеризация

В. микротрахеостома

Г. лечебная бронхоскопия

Д. дренирование плевральной полости

24. *Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является*

А. боль в грудной клетке, слабость, потливость и другие проявления интоксикации

Б. кашель с большим количеством гнойной мокроты

В. Высокая температура

Г. кровохарканье

Д. симптом барабанных палочек

25. *Возможными осложнениями после радикальных операций на лёгких являются*

А. бронхиальный свищ, эмпиема плевры

Б. внутривнутриплевральное кровотечение

В. Сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких

Г. нагноение послеоперационной раны

Д. все перечисленное

26. *Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является*

А. верхняя доля

Б. средняя доля

В. Нижняя доля

Г. правильно а) и б)

Д. любая доля и любой сегмент обоих легких

27. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является
- А. гемостатическая терапия
 - Б. искусственный пневмоторакс
 - В. пневмоперитонеум
 - Г. тампонада дренирующего бронха
 - Д. радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого
28. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются
- А. коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
 - Б. первичная несостоятельность культи бронха
 - В. Внутривнутриплевральное кровотечение
 - Г. ателектаз легкого
 - Д. напряженных пневмоторакс
29. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является
- А. разрыв плевральных сращений
 - Б. прорыв абсцесса легкого
 - В. Разрыв врожденных воздушных кист легкого
 - Г. разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких
30. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно
- А. по средней аксиллярной линии в 6 межреберье
 - Б. во 2 межреберье по среднеключичной линии
 - В. В 7 межреберье по задней аксиллярной линии
 - Г. в 8 межреберье по задней аксиллярной линии
 - Д. 2 дренажа: во 2 межреберье по среднеключичной линии и в 8 межреберье по задней аксиллярной линии
31. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться
- А. с плевральной пункции с аспирацией воздуха
 - Б. с широкой торакотомии
 - В. С динамического наблюдения
 - Г. с дренирования плевральной полости с активной аспирацией
32. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Смещение средостения вправо. У него можно заподозрить

- А. сухой плеврит
- Б. инфаркт миокарда
- В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
- Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
- Д. ущемленную диафрагмальную грыжу

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

- А. торакоскопия
- Б. рентгеноскопия и рентгенография легких
- В. Плевральная пункция
- Г. сканирование легких
- Д. бронхоскопия

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

- А. сухой плеврит
- Б. инфаркт миокарда
- В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
- Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
- Д. ущемленную диафрагмальную грыжу

35. Основным методом лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является

- А. торакотомия
- Б. плевральная пункция и аспирация воздуха
- В. Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
- Г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- Д. наблюдение

36. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается

- А. с противовоспалительного лечения
- Б. с вагосимпатической блокады
- В. С плевральной пункции
- Г. с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
- Д. с торакотомии

37. Спонтанный пневмоторакс чаще возникает

- А. при абсцессе легких
- Б. при эхинококке легких

- В. При центральном раке с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
Г. при кавернозном туберкулезе легкого
Д. при буллезной болезни легких
38. *Реактивный экссудативный плеврит может быть*
А. при острой пневмонии
Б. при поддиафрагмальном абсцессе
В. При остром холецистите и панкреатите
Г. при септической пневмонии
Д. при всех вышеперечисленных заболеваниях
39. *Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести*
А. внутриплевральное кровотечение
Б. воздушная эмболия головного мозга
В. Анафилактический шок
Г. плевропульмональный шок
Д. правильно а) и в)
40. *Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение*
А. бронхоэктатической болезни
Б. абсцесса
В. туберкулеза
Г. острой пневмонии
Д. эхинококкоза
41. *Достоверным признаком легочного кровотечения является*
А. выделение крови изо рта
Б. кашель с выделением алой пенистой крови
В. Наличие затемнения в легком
Г. наличие экссудата в плевральной полости
Д. наличие крови в бронхах при бронхоскопии
42. *Развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии способствуют*
А. бронхиальный свищ
Б. инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка)
В. Нагноение послеоперационной раны
Г. остеомиелит ребер и хондрит
Д. все перечисленные
43. *Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является*
А. дренирование плевральной полости
Б. плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса

- В. . плевральная пункция и аспирация при помощи шприца а переходником
- Г. широкая торакотомия
- Д. введение дренажа по Сельдингеру
44. При рентгенологическом исследовании при перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме
- А. газа в плевральных полостях
- Б. расширение тени средостения
- В. Газа в средостении и мягких тканях шеи
- Г. выхождение контрастного вещества за пределы пищевода
45. Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется
- А. эзофагитом
- Б. надрывами слизистой дна желудка
- В. Зиянием кардиального жома
- Г. эндоскопическая картина решающего значения неимеет
- Д. правильно а) и в)
46. Для дифференциальной диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме
- А. давности заболевания
- Б. характера дисфагии
- В. Особенности рентгенологической семиотики
- Г. эндоскопической картины
- Д. характера стула
47. Дисфагия может иметь место
- А. при ахалазии пищевода
- Б. при раке пищевода
- В. При грыже ПОД
- Г. при склеродермии
- Д. при всех вышеперечисленных
48. Операция эзофагокардиомиотомия показана
- А. при карциноме пищевода
- Б. при ахалазии кардии и кардиоспазме
- В. При диафрагмальной грыже
- Г. при грыже ПОД
- Д. при всем вышеперечисленном
49. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требуют оперативного лечения
- А. рефлюкс-эзофагит

- Б. ахалазия пищевода
- В. кардиоспазм
- Г. тракционные дивертикулы пищевода
- Д. пульсионные дивертикулы

50. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить

- А. эзофагоскопию
- Б. фиброэзофагоскопию и рентгенологическое исследование
- В. пневмомедиастинотографию
- Г. томографию средостения
- Д. правильно а) и г)

51. При грыже ПОД могут иметь место

- А. дисфагия
- Б. нарушение ритма сердца
- В. псевдостенокардия
- Г. ничего из перечисленного
- Д. все перечисленное

52. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является

- А. недостаточность кардиального сфинктера
- Б. алкоголизм
- В. Грыжа ПОД
- Г. язвенная болезнь желудка и ДПК
- Д. употребление горячей пищи

53. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме

- А. дробного питания
- Б. возвышенного положения туловища во время сна
- В. Нормализации массы тела при ожирении
- Г. диеты с низким содержанием клетчатки
- Д. ношение свободного (не тесного) белья

54. Для немедленного гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода следует

- А. применять массивные гемостатические средства
- Б. применять гипотензивные средства
- В. Вводить малые гемостатические дозы крови
- Г. ввести зонд Блэкмора
- Д. хирургически прошить кровоточащие сосуды

55. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является

- А. возраст старше 60 лет

- Б. мужской пол
- В. Женский пол
- Г. алкоголизм
- Д. ранее перенесенный химический ожог пищевода

56. По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода

- А. желудок промывать нельзя
- Б. желудок можно не промывать
- В. Вопрос о промывании желудка решается индивидуально
- Г. желудок необходимо промыть

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

- А. на всем протяжении пищевода
- Б. в области глотки
- В. В области кардии
- Г. в местах физиологических сужений
- Д. в абдоминальном отрезке пищевода

58. Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является

- А. цитологическое исследование промывных вод из пищевода
- Б. рентгенологическое исследование
- В. Манометрическое исследование пищевода
- Г. эндоскопическое исследование пищевода

59. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки

- А. острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью
- Б. наличие крепитации на шее, гнусавость голоса
- В. Общее тяжелое состояние больного
- Г. высокая температура
- Д. все вышеперечисленное

60. О ранении сердца свидетельствует

- А. локализация раны
- Б. резкое снижение артериального давления
- В. Внешний вид больного
- Г. повышение венозного давления
- Д. все перечисленное

61. Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены

- А. поражением печени и поджелудочной железы

- Б. рефлекторными причинами
- В. Проявлением химического ожога пищевода
- Г. спазмом желудка
- Д. всем перечисленным

62. При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или сопровождающих лиц необходимо выяснить

- А. причину приема химического вещества
- Б. характер химического вещества
- В. Время, прошедшее со времени ожога
- Г. количество принятого химического вещества
- Д. все перечисленное

63. Показанием к торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются

- А. пневмоторакс
- Б. гемоторакс
- В. Свернувшийся гемоторакс
- Г. продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- Д. сам факт проникающего ранения

64. При тампонаде сердца наблюдается

- А. снижение артериального давления
- Б. цианоз лица
- В. Расширение границ сердца
- Г. глухость тонов
- Д. все перечисленное

65. Ушивание раны легкого должно производиться

- А. непрерывными швами
- Б. отдельными узловыми швами
- В. Кисетным швом
- Г. Z-образным швом
- Д. всеми перечисленными способами

66. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

- А. передне-боковая торакотомия на стороне ранения
- Б. передне-боковая торакотомия слева
- В. стернотомия
- Г. задне-боковая торакотомия слева
- Д. левосторонняя торакотомия независимо от стороны поражения

67. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо

- А. наложить циркулярную повязку на грудную клетку
- Б. наложить одностороннюю лейкопластырную повязку

- В. Произвести паравертебральную спирт-новокаиновую блокаду
- Г. выполнить вагосимпатическую блокаду
- Д. выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую, паравертебральную)

68. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме

- А. напряженного пневмоторакса
- Б. напряженной эмфиземы средостения
- В. Общего тяжелого состояния больного
- Г. кровохарканья
- Д. все перечисленное

69. Для закрытой травмы сердца характерны

- А. изменения на ЭКГ
- Б. боли в области сердца
- В. Снижение артериального давления
- Г. повышение венозного давления
- Д. все перечисленные признаки

70. Характерным признаком разрыва легкого является

- А. кровохарканье
- Б. гемоторакс
- В. пневмоторакс
- Г. затенение легкого при рентгенологическом исследовании
- Д. гемо-пневмоторакс

71. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и провести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет

- А. передне-боковая торакотомия
- Б. боковая торакотомия в 4 межреберье
- В. Задне-боковая торакотомия
- Г. стернотомия
- Д. боковая торакотомия по 6 межреберью

72. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы

- А. при переломе грудины
- Б. при переломе ключицы
- В. При напряженном пневмотораксе
- Г. при переломе лопатки
- Д. при переломе ребер

73. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является
- А. боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
 - Б. боль в подреберье
 - В. Пролабирование органов брюшной полости в грудную выявляемое при рентгенологическом исследовании
 - Г. ослабление дыхания на стороне травмы
 - Д. общее тяжелое состояние больного
74. Основным методом лечения гемоторакса является
- А. плевральная пункция
 - Б. дренирование плевральной полости
 - В. Широкая торакотомия
 - Г. торакотомия и ликвидация гемоторакса
 - Д. подход должен быть строго индивидуальным
75. Больной упал с высоты 5 метров, в результате чего произошел перелом 8-9 ребер слева по паравертебральной линии и лопаточной линии, отрыв хрящей 7-8 ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний гемоторакс с коллапсом легкого на 1/3 объема. Отмечается парадоксальное движение грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включает
- А. экстраплевральный остеосинтез 9-10 ребер
 - Б. дренирование левой плевральной полости
 - В. Широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
 - Г. только подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
 - Д. искусственную вентиляцию легких
76. 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 артериях не определяется. Рана грудной клетки 2 см. по левой парастернальной линии в 3 межреберье. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Выше действия будут заключаться в следующем
- А. начнете комплекс реанимационных мероприятий
 - Б. сделаете плевральную пункцию
 - В. Сделаете пункцию перикарда
 - Г. начнете переливание крови
 - Д. произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда
77. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксиллярной линии (справа 4

ребра, слева-3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и лабораторным данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять

- А. дренирование плевральной полости справа
- Б. дренирование обоих плевральных полостей
- В. Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- Г. насечки на коже грудной клетки и шеи
- Д. динамическое наблюдение

78. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока 4 ст. в процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия, резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить

- А. внутрибрюшное кровотечение
- Б. разрыв легкого
- В. тупую травму сердца
- Г. разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную
- Д. для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы обследования

79. У больного, поступившего в тяжелом состоянии выявлен перелом ребер (слева-5, справа-4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать

- А. с дренирования обоих плевральных полостей
- Б. с введения игл в подкожную клетчатку
- В. С интубации и ИВЛ
- Г. с наложения трахеостомы и ИВЛ
- Д. с двусторонней торакотомии

80. При большом свернувшемся гемотораксе 5 дневной давности необходимо выполнить

- А. ВТС, удаление гемоторакса
- Б. широкую торакотомию, удаление гемоторакса
- В. Дренирование плевральной полости
- Г. введение стрептазы и других ферментов в область гемоторакса
- Д. повторные плевральные пункции

81. Больной 72 года упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в мин.),

выраженная эмфизема на шее, грудной клетке, лице. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начать лечебные мероприятия необходимо

- А. с верхнесрединной медиастинотомии
- Б. с дренирования плевральной полости во 2 межреберье
- В. с дренирования плевральной полости во 7 межреберье
- Г. с плевральной пункции

82. *Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме*

- А. назначение гепарина
- Б. назначение дезагрегантов
- В. лечебной физкультуры
- Г. длительного постельного режима
- Д. бинтования ног эластичным бинтом

83. *Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является*

- А. бронхоскопия
- Б. анализ мокроты
- В. Трансторакальная игловая биопсия
- Г. трансбронхиальная и трнстернальная игловая биопсия
- Д. сочетание перечисленных методов

84. *Экстренная эзофагоскопия показана*

1. для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе
2. для уточнения распространенности опухолевого процесса
3. при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода
4. при пищеводно-желудочных кровотечениях
5. для оценки эффективности противоопухолевого лечения

- А. правильно 1 и 2
- Б. правильно 3 и 4
- В. правильно 4 и 5
- Д. правильно 1 и 5

85. *Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы*

- А. эндобронхиального экзофитного рака легкого
- Б. перибронхиального узлового рака
- В. разветвленного рака
- Г. пневмониеподобного рака
- Д. рака верхушки легкого (Пэнкоста)

86. *Рак легкого*

- А. всегда развивается на фоне хронического бронхита
- Б. всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений

В. всегда развивается в очаге ограниченного пневмофиброза

Г. может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких

Д. все ответы верны

87. У больного с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены. Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который может верифицировать заболевание, будет

А. бронхоскопия

Б. торакоскопия

В. бронхография

Г. томография грудной клетки

Д. открытая биопсия легкого

88. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся

А. длительно и много курящие

Б. больные хроническим бронхитом

В. имеющим контакт с асбестом, хромом, никелем

Г. все ответы верны

Д. правильного ответа нет

89. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования необходимо произвести

А. бронхоскопию

Б. трансторакальную игловую биопсию

В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии

Г. повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки

Д. исследование промывных вод при бронхоскопии

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

А. уточнить морфологический характер опухоли

Б. выяснить, когда проходило последнее рентгенологическое исследование и что оно показало

В. ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли

Г. применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли

Д. выполнить все перечисленное

91. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см. на периферии верхней доли правого легкого при отсутствии жалоб необходимо
- А. динамическое наблюдение
 - Б. трансторакальная игловая биопсия
 - В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
 - Г. торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результата, соответствующий объем резекции легкого
 - Д. верхняя лобэктомия без предварительной верификации
92. По классификации TNM рака легкого символом N2 обозначаются
- А. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
 - Б. медиастинальные лимфоузлы одноименной стороны
 - В. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
 - Г. все ответы верны
 - Д. правильно А и Б
93. Ателектаз или обструктивный пневмонит всего легкого по классификации TNM соответствует символу
- А. T1
 - Б. T2
 - В. T3
 - Г. T4
94. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение
- А. крупных фракций
 - Б. динамического режима фракционирования дозы
 - В. мультифракционирования
 - Г. расщепленного курса лучевой терапии
 - Д. правильного ответа нет
95. Символу T3 в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров, растающий
- А. в диафрагму
 - Б. в грудную клетку
 - В. в медиастинальную плевру
 - Г. в пищевод
 - Д. правильны все ответы, кроме д)
96. Ушиб сердца при тяжелой травме грудной клетки характеризуется
- А. болями в области сердца, одышкой, сердцебиением
 - Б. болями в области сердца, различными видами нарушения ритма, глухостью сердечных тонов

- В. различного рода аритмиями (нарушение внутрижелудочковой и предсердно-желудочковой проводимости), изменений конечной части желудочково комплекса на ЭКГ
- Г. болями в области сердца, характером и локализацией травмы
- Д. всем перечисленным

97. Символом N1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе TNM обозначаются

- А. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
- Б. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
- В. лимфатические узлы одноименного корня легкого
- Г. правильно А и В
- Д. все ответы верны

98. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно

- А. внутриплевральное введение химиопрепаратов
- Б. внутривенное введение химиопрепаратов
- В. внутрилимфатическое введение
- Г. верно А и Б
- Д. все способы введения эффективны

99. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять

- А. после обзорной рентгенографии грудной клетки
- Б. после 5 кратного цитологического исследования мокроты
- В. при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты
- Г. нет правильного ответа

100. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного отдела, протяженностью 4 см и начальными проявлениями дисфагии. неадекватным можно считать

- А. самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
- Б. оперативное лечение
- В. комбинированное лечение с интенсивным курсом предоперационной лучевой терапии
- Г. комбинированное лечение с пролонгированным курсом лучевой терапии

Эталоны ответов. Вариант 4.

1. А	21. А	41. Д	61. Д	81. Б
2. А,Б,Г	22. В	42. Д	62. Д	82. Г

3. Г	23. Г	43. Б	63. Г	83. Д
4. Б	24. Б	44. А	64. Д	84. Д
5. Д	25. Д	45. Д	65. Д	85. Б
6. Б	26. В	46. Д	66. А	86. В
7. Б	27. Д	47. Д	67. Д	87. Д
8. Б	28. В	48. Б	68. Д	88. Д
9. Г	29. Г	49. Д	69. Д	89. Б
10. Г	30. Д	50. Б	70. Д	90. Д
11. Г	31. А	51. Д	71. В	91. Г
12. Д	32. Г	52. А	72. В	92. Д
13. Б	33. Б	53. Г	73. В	93. В
14. Б	34. Г	54. Г	74. Д	94. В
15. А	35. Г	55. Г	75. В	95. Г
16. Б	36. В	56. Г	76. Д	96. Д
17. А	37. Д	57. Г	77. В	97. Г
18. В	38. В	58. Г	78. Г	98. А
19. Д	39. Д	59. Д	79. А	99. Б
20. В	40. Г	60. Д	80. А	100. Г

Вариант 5.

1. *Субъектом обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме*
 - А. фонда медицинского страхования
 - Б. страховой организации
 - В. органов управления здравоохранением
 - Г. медицинского учреждения
 - Д. гражданина

2. *Наиболее рациональный способ пункции перикарда*
 - А. по Шарцу
 - Б. по Пирогову
 - В. По Шапошникову
 - Г. По Ларрею
 - Д. по Морфану

3. *Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы*
 - А. закон РФ «О медицинском страховании граждан»
 - Б. дополнения и изменения к «закону о медицинском страховании»
 - В. «Закон о санитарно-экономическом благополучии населения»
 - Г. основы законодательства об охране здоровья граждан

4. *Организация мер по сокращению затрат времени пациентов на посещение поликлиники включает все элементы, кроме*
 - А. анализа интенсивности потока больных по времени

- Б. нормирования деятельности врачей
В. Правильной организации графика приема врачей
Г. четкой работы регистратуры
Д. дисциплины персонала
5. *Загрудинная блокада (по В.И.Казанскому) включает*
А. аортальное нервное сплетение
Б. венозное нервное сплетение
В. сердечное нервное сплетение
Г. легочное нервное сплетение
Д. правильно А) и В)
6. *Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры*
А. подключичная вена
Б. подключичная артерия
В. Нижняя щитовидная артерия
Г. общая сонная артерия
7. *Перкуторно и рентгенологически выявляется смещение тени средостения в здоровую сторону. Это соответствует*
А. тотальной пневмонии
Б. скопление жидкости с плевральной полости или напряженному пневмотораксу
В. Гипоплазии легкого
Г. ателектазу легкого
8. *Наиболее достоверно локализацию и вид бронхоэктазов можно диагностировать с помощью*
А. бронхоскопии
Б. направленной бронхографии и РКТ
В. Рентгеноскопии легких
Г. аускультации и перкуссии
Д. рентгенографии легких
9. *При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза является*
А. пневмомедиастеноскопия
Б. бронхоскопия
В. бронхография
Г. РКТ
Д. искусственный пневмоторакс
10. *К врачу впервые обратился больной 50 лет с единственной жалобой на то, что у него появился сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить*
А. острый бронхит

- Б. бронхоэктатическую болезнь
- В. плеврит
- Г. рак легкого
- Д. хронический бронхит

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

- А. не имеющий никакого значения
- Б. имеющий значение для уточнения диагноза
- В. Имеющий лечебное значение
- Г. имеющий лечебное и диагностическое значение
- Д. имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

12. Переднее средостение является излюбленным местом локализации

- А. энтерогенной кисты средостения
- Б. бронхогенной кисты средостения
- В. Целомической кисты перикарда
- Г. лимфогранулематоза средостения
- Д. тимомы

13. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является

- А. анафилаксия
- Б. внутрисосудистый гемолиз
- В. Снижение АД
- Г. гипертермия
- Д. отек мозга

14. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O_2 обеспечивает гематокрит не ниже

- А. 20-25%
- Б. 30%
- В. 35%
- Г. 40%
- Д. 45%

15. В реберно-позвоночном углу чаще локализуются такие образования как

- А. липома средостения
- Б. невринома средостения
- В. Паразитарная киста средостения
- Г. дермоидная киста средостения
- Д. мезотелиома локальная

16. Закись азота

- А. слабый анестетик с выраженным анальгезирующим действием, применяемый только в смеси с кислородом
- Б. может применяться по открытой системе
- В. Сильный анестетик со слабым анальгезирующим действием, может применяться в чистом виде без кислорода
- Г. все выше перечисленное, в зависимости от состояния больного

17. *Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме*

- А. внутривенного введения дыхательных аналептиков
- Б. санации трахеобронхиального дерева, пеногашения
- В. Кислородотерапии, ИВЛ
- Г. введение мочегонных, гормонов
- Д. при необходимости – ганглиолитики

18. *У больного множественные переломы ребер, ОДН. После интубации и перевода на ИВЛ состояние резко ухудшилось, нарастает гипоксия, АД снизилось до 80 мм.рт.мм., тоны сердца глухие. Вероятной причиной ухудшения явилось*

- А. разрыв грудного отдела аорты
- Б. порочное стояние интубационной трубки
- В. Напряженный пневмоторакс
- Г. аспирация в трахею
- Д. тяжелый ушиб легочной ткани и сердца

19. *Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются*

- А. пневмотомия
- Б. клиновидная резекция легкого
- В. пневмонэктомия
- Г. лобэктомия
- Д. торакопластика

20. *Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легких является*

- А. внутриартериальное введение антибиотиков
- Б. лечебные бронхоскопии
- В. Внутримышечное введение антибиотиков
- Г. общеукрепляющая терапия и иммунотерапия
- Д. сочетание всех вышеперечисленных методов

21. *Фентанил является*

- А. мощным анальгетиком, действующим 20-25 мин.
- Б. анальгетиком короткого действия (2-3 мин.)
- В. нейролептиком

- Г. препаратом выраженного психотропного действия
- Д. антидепрессантом

22. *Наиболее часто бронхоэктотическая болезнь поражает*

- А. верхние доли обоих легких
- Б. базальные сегменты нижних долей
- В. Базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого лёгкого и средней доли правого лёгкого
- Г. среднюю долю
- Д. отдельные сегменты обоих легких

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

- А. плевральная пункция
- Б. назотрахеальная катетеризация
- В. микротрахеостома
- Г. лечебная бронхоскопия
- Д. дренирование плевральной полости

24. *Возможными осложнениями после радикальных операций на лёгких являются*

- А. бронхиальный свищ, эмпиема плевры
- Б. внутривидеальное кровотечение
- В. Сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких
- Г. нагноение послеоперационной раны
- Д. все перечисленное

25. *Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является*

- А. боль в грудной клетке, слабость, потливость и другие проявления интоксикации
- Б. кашель с большим количеством гнойной мокроты
- В. Высокая температура
- Г. кровохарканье
- Д. симптом барабанных палочек

26. *Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является*

- А. верхняя доля
- Б. средняя доля
- В. Нижняя доля
- Г. правильно а) и б)

Д. любая доля и любой сегмент обоих легких

27. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются

А. коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей

Б. первичная несостоятельность культи бронха

В. Внутривнутриплевральное кровотечение

Г. ателектаз легкого

Д. напряженных пневмоторакс

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

А. гемостатическая терапия

Б. искусственный пневмоторакс

В. пневмоперитонеум

Г. тампонада дренирующего бронха

Д. радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

29. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

А. разрыв плевральных сращений

Б. прорыв абсцесса легкого

В. Разрыв врожденных воздушных кист легкого

Г. разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

30. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться

А. с плевральной пункции с аспирацией воздуха

Б. с широкой торакотомии

В. С динамического наблюдения

Г. с дренирования плевральной полости с активной аспирацией

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

А. по средней аксиллярной линии в 6 межреберье

Б. во 2 межреберье по среднеключичной линии

В. В 7 межреберье по задней аксиллярной линии

Г. в 8 межреберье по задней аксиллярной линии

Д. 2 дренажа: во 2 межреберье по среднеключичной линии и в 8 межреберье по задней аксиллярной линии

32. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Смещение средостения вправо. У него можно заподозрить
- А. сухой плеврит
 - Б. инфаркт миокарда
 - В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
 - Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
 - Д. ущемленную диафрагмальную грыжу
33. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является
- А. торакоскопия
 - Б. рентгеноскопия и рентгенография легких
 - В. Плевральная пункция
 - Г. сканирование легких
 - Д. бронхоскопия
34. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Смещение средостения вправо. У него можно заподозрить
- А. сухой плеврит
 - Б. инфаркт миокарда
 - В. Тромбоэмболию ветвей легочной артерии
 - Г. спонтанный неспецифический пневмоторакс
 - Д. ущемленную диафрагмальную грыжу
35. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается
- А. с противовоспалительного лечения
 - Б. с вагосимпатической блокады
 - В. С плевральной пункции
 - Г. с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
 - Д. с торакотомии
36. Основным методом лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является
- А. торакотомия
 - Б. плевральная пункция и аспирация воздуха
 - В. Торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости

Г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией
Д. наблюдение

37. *Спонтанный пневмоторакс чаще возникает*

- А. при абсцессе легких
- Б. при эхинококке легких
- В. При центральном раке с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- Г. при кавернозном туберкулезе легкого
- Д. при буллезной болезни легких

38. *Реактивный экссудативный плеврит может быть*

- А. при острой пневмонии
- Б. при поддиафрагмальном абсцессе
- В. При остром холецистите и панкреатите
- Г. при септической пневмонии
- Д. при всех вышеперечисленных заболеваниях

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

- А. внутриплевральное кровотечение
- Б. воздушная эмболия головного мозга
- В. Анафилактический шок
- Г. плевропульмональный шок
- Д. правильно а) и в)

40. *Достоверным признаком легочного кровотечения является*

- А. выделение крови изо рта
- Б. кашель с выделением алой пенистой крови
- В. Наличие затемнения в легком
- Г. наличие экссудата в плевральной полости
- Д. наличие крови в бронхах при бронхоскопии

41. *Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение*

- А. бронхоэктатической болезни
- Б. абсцесса
- В. туберкулеза
- Г. острой пневмонии
- Д. эхинококкоза

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

- А. дренирование плевральной полости
- Б. плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
- В. . плевральная пункция и аспирация при помощи шприца а переходником
- Г. широкая торакотомия
- Д. введение дренажа по Сельдингеру

43. *Развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии способствуют*

- А. бронхиальный свищ
- Б. инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка)
- В. Нагноение послеоперационной раны
- Г. остеомиелит ребер и хондрит
- Д. все перечисленные

44. *При рентгенологическом исследовании при перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме*

- А. газа в плевральных полостях
- Б. расширение тени средостения
- В. Газа в средостении и мягких тканях шеи
- Г. выхождение контрастного вещества за пределы пищевода

45. *Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется*

- А. эзофагитом
- Б. надрывами слизистой дна желудка
- В. Зиянием кардиального жома
- Г. эндоскопическая картина решающего значения неимеет
- Д. правильно а) и в)

46. *Для дифференциальной диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме*

- А. давности заболевания
- Б. характера дисфагии
- В. Особенности рентгенологической семиотики
- Г. эндоскопической картины
- Д. характера стула

47. *Операция эзофагокардиомиотомия показана*

- А. при карциноме пищевода
- Б. при ахалазии кардии и кардиоспазме
- В. При диафрагмальной грыже
- Г. при грыже ПОД
- Д. при всем вышеперечисленном

48. Дисфагия может иметь место

- А. при ахалазии пищевода
- Б. при раке пищевода
- В. При грыже ПОД
- Г. при склеродермии
- Д. при всех вышеперечисленных

49. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требуют оперативного лечения

- А. рефлюкс-эзофагит
- Б. ахалазия пищевода
- В. кардиоспазм
- Г. тракционные дивертикулы пищевода
- Д. пульсионные дивертикулы

50. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить

- А. эзофагоскопию
- Б. фиброэзофагоскопию и рентгенологическое исследование
- В. пневмомедиастинотографию
- Г. томографию средостения
- Д. правильно а) и г)

51. При грыже ПОД могут иметь место

- А. дисфагия
- Б. нарушение ритма сердца
- В. псевдостенокардия
- Г. ничего из перечисленного
- Д. все перечисленное

52. При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме

- А. дробного питания
- Б. возвышенного положения туловища во время сна
- В. Нормализации массы тела при ожирении
- Г. диеты с низким содержанием клетчатки
- Д. ношение свободного (не тесного) белья

53. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является

- А. недостаточность кардиального сфинктера
- Б. алкоголизм
- В. Грыжа ПОД

- Г. язвенная болезнь желудка и ДПК
- Д. употребление горячей пищи

54. Для немедленного гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода следует
- А. применять массивные гемостатические средства
 - Б. применять гипотензивные средства
 - В. Вводить малые гемостатические дозы крови
 - Г. ввести зонд Блэкмора
 - Д. хирургически прошить кровоточащие сосуды
55. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является
- А. возраст старше 60 лет
 - Б. мужской пол
 - В. Женский пол
 - Г. алкоголизм
 - Д. ранее перенесенный химический ожог пищевода
56. Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место
- А. на всем протяжении пищевода
 - Б. в области глотки
 - В. В области кардии
 - Г. в местах физиологических сужений
 - Д. в абдоминальном отрезке пищевода
57. По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода
- А. желудок промывать нельзя
 - Б. желудок можно не промывать
 - В. Вопрос о промывании желудка решается индивидуально
 - Г. желудок необходимо промыть
58. Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является
- А. цитологическое исследование промывных вод из пищевода
 - Б. рентгенологическое исследование
 - В. Манометрическое исследование пищевода
 - Г. эндоскопическое исследование пищевода
59. О ранении сердца свидетельствует
- А. локализация раны

- Б. резкое снижение артериального давления
- В. Внешний вид больного
- Г. повышение венозного давления
- Д. все перечисленное

60. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки

- А. острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью
- Б. наличие крепитации на шее, гнусавость голоса
- В. Общее тяжелое состояние больного
- Г. высокая температура
- Д. все вышеперечисленное

61. Сильные боли в верхнем отделе живота при химическом ожоге пищевода могут быть обусловлены

- А. поражением печени и поджелудочной железы
- Б. рефлексорными причинами
- В. Проявлением химического ожога пищевода
- Г. спазмом желудка
- Д. всем перечисленным

62. При химическом ожоге пищевода у пострадавшего или сопровождающих лиц необходимо выяснить

- А. причину приема химического вещества
- Б. характер химического вещества
- В. Время, прошедшее со времени ожога
- Г. количество принятого химического вещества
- Д. все перечисленное

63. При тампонаде сердца наблюдается

- А. снижение артериального давления
- Б. цианоз лица
- В. Расширение границ сердца
- Г. глухость тонов
- Д. все перечисленное

64. Показанием к торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются

- А. пневмоторакс
- Б. гемоторакс
- В. Свернувшийся гемоторакс
- Г. продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- Д. сам факт проникающего ранения

65. Ушивание раны легкого должно производиться
- А. непрерывными швами
 - Б. отдельными узловыми швами
 - В. Кисетным швом
 - Г. Z-образным швом
 - Д. всеми перечисленными способами
66. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является
- А. передне-боковая торакотомия на стороне ранения
 - Б. передне-боковая торакотомия слева
 - В. стернотомия
 - Г. задне-боковая торакотомия слева
 - Д. левосторонняя торакотомия независимо от стороны поражения
67. При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо
- А. наложить циркулярную повязку на грудную клетку
 - Б. наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
 - В. Произвести паравертебральную спирт-новокаиновую блокаду
 - Г. выполнить вагосимпатическую блокаду
 - Д. выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую, паравертебральную)
68. Для закрытой травмы сердца характерны
- А. изменения на ЭКГ
 - Б. боли в области сердца
 - В. Снижение артериального давления
 - Г. повышение венозного давления
 - Д. все перечисленные признаки
69. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, кроме
- А. напряженного пневмоторакса
 - Б. напряженной эмфиземы средостения
 - В. Общего тяжелого состояния больного
 - Г. кровохарканья
 - Д. все перечисленное
70. Характерным признаком разрыва легкого является
- А. кровохарканье
 - Б. гемоторакс
 - В. пневмоторакс
 - Г. затенение легкого при рентгенологическом исследовании

Д. гемо-пневмоторакс

71. При травме грудной клетки неотложные мероприятия прежде всего необходимы
- А. при переломе грудины
 - Б. при переломе ключицы
 - В. При напряженном пневмотораксе
 - Г. при переломе лопатки
 - Д. при переломе ребер
72. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии. Диагностирован разрыв левого главного бронха. Решено больного оперировать и провести первичный шов бронха. Наиболее оптимальным хирургическим доступом будет
- А. передне-боковая торакотомия
 - Б. боковая торакотомия в 4 межреберье
 - В. Задне-боковая торакотомия
 - Г. стернотомия
 - Д. боковая торакотомия по 6 межреберью
73. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является
- А. боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
 - Б. боль в подреберье
 - В. Пролабирование органов брюшной полости в грудную выявляемое при рентгенологическом исследовании
 - Г. ослабление дыхания на стороне травмы
 - Д. общее тяжелое состояние больного
74. Основным методом лечения гемоторакса является
- А. плевральная пункция
 - Б. дренирование плевральной полости
 - В. Широкая торакотомия
 - Г. торакотомия и ликвидация гемоторакса
 - Д. подход должен быть строго индивидуальным
75. Больной упал с высоты 5 метров, в результате чего произошел перелом 8-9 ребер слева по паравerteбральной линии и лопаточной линии, отрыв хрящей 7-8 ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний гемоторакс с коллапсом легкого на 1/3 объема. Отмечается парадоксальное движение грудной клетки спереди. Последовательность и характер лечебных мероприятий включает

- А. экстраплевральный остеосинтез 9-10 ребер
- Б. дренирование левой плевральной полости
- В. Широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
- Г. только подшивание хрящей 7-8 ребер к груди
- Д. искусственную вентиляцию легких

76. 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 артериях не определяется. Рана грудной клетки 2 см. по левой парастернальной линии в 3 межреберье. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. Выше действия будут заключаться в следующем

- А. начнете комплекс реанимационных мероприятий
- Б. сделаете плевральную пункцию
- В. Сделаете пункцию перикарда
- Г. начнете переливание крови
- Д. произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

77. У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксиллярной линии (справа 4 ребра, слева-3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и лабораторным данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять

- А. дренирование плевральной полости справа
- Б. дренирование обеих плевральных полостей
- В. Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- Г. насечки на коже грудной клетки и шеи
- Д. динамическое наблюдение

78. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока 4 ст. в процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия, резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить

- А. внутрибрюшное кровотечение
- Б. разрыв легкого
- В. тупую травму сердца
- Г. разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную

Д. для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы обследования

79. При большом свернувшимся гемотораксе 5 дневной давности необходимо выполнить

А. ВТС, удаление гемоторакса

Б. широкую торакотомию, удаление гемоторакса

В. Дренирование плевральной полости

Г. введение стрептазы и других ферментов в область гемоторакса

Д. повторные плевральные пункции

80. У больного, поступившего в тяжелом состоянии выявлен перелом ребер (слева-5, справа-4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание помощи необходимо начать

А. с дренирования обеих плевральных полостей

Б. с введения игл в подкожную клетчатку

В. С интубации и ИВЛ

Г. с наложения трахеостомы и ИВЛ

Д. с двусторонней торакотомии

81. Больной 72 года упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой легких. При поступлении состояние тяжелое: цианоз лица, одышка (30 в мин.), выраженная эмфизема на шее, грудной клетке, лице. Диагностирован перелом 3 ребер справа, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Начать лечебные мероприятия необходимо

А. с верхнесрединной медиастинотомии

Б. с дренирования плевральной полости во 2 межреберье

В. с дренирования плевральной полости во 7 межреберье

Г. с плевральной пункции

82. Для диагностики рака легкого наиболее достоверным является

А. бронхоскопия

Б. анализ мокроты

В. Трансторакальная игловая биопсия

Г. трансбронхиальная и трнстернальная игловая биопсия

Д. сочетание перечисленных методов

83. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме

А. назначение гепарина

Б. назначение дезагрегантов

- В. лечебной физкультуры
- Г. длительного постельного режима
- Д. бинтования ног эластичным бинтом

84. Экстренная эзофагоскопия показана

- 1. для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе
- 2. для уточнения распространенности опухолевого процесса
- 3. при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода
- 4. при пищеводно-желудочных кровотечениях
- 5. для оценки эффективности противоопухолевого лечения

- А. правильно 1 и 2
- Б. правильно 3 и 4
- В. правильно 4 и 5
- Д. правильно 1 и 5

85. Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы

- А. эндобронхиального экзофитного рака легкого
- Б. перибронхиального узлового рака
- В. разветвленного рака
- Г. пневмониеподобного рака
- Д. рака верхушки легкого (Пэнкоста)

86. Рак легкого

- А. всегда развивается на фоне хронического бронхита
- Б. всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
- В. всегда развивается в очаге ограниченного пневмофиброза
- Г. может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких
- Д. все ответы верны

87. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся

- А. длительно и много курящие
- Б. больные хроническим бронхитом
- В. имеющим контакт с асбестом, хромом, никелем
- Г. все ответы верны
- Д. правильного ответа нет

88. У больного с тяжелой формой сахарного диабета в легких определяются множественные шаровидные образования от 1 до 3 см в диаметре. Микобактерии туберкулеза не обнаружены.

Серологические реакции исключили эхинококкоз. Методом исследования, который может верифицировать заболевание, будет

- А. бронхоскопия
- Б. торакоскопия
- В. бронхография
- Г. томография грудной клетки
- Д. открытая биопсия легкого

89. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования необходимо произвести

- А. бронхоскопию
- Б. трансторакальную игловую биопсию
- В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Г. повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
- Д. исследование промывных вод при бронхоскопии

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

- А. уточнить морфологический характер опухоли
- Б. выяснить, когда проходило последнее рентгенологическое исследование и что оно показало
- В. ответить на вопрос: первичный или вторичный характер носит опухоль путем исключения первичной локализации опухоли
- Г. применить все существующие методы лучевого исследования для уточнения характера опухоли
- Д. выполнить все перечисленное

91. По классификации TNM рака легкого символом N2 обозначаются

- А. бифуркационные лимфатические лимфоузлы
- Б. медиастинальные лимфоузлы одноименной стороны
- В. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
- Г. все ответы верны
- Д. правильно А и Б

92. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см. на периферии верхней доли правого легкого при отсутствии жалоб необходимо

- А. динамическое наблюдение
- Б. трансторакальная игловая биопсия
- В. катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- Г. торакотомия, широкая биопсия опухоли со срочным гистологическим исследованием и, в зависимости от его результата, соответствующий объем резекции легкого

Д. верхняя лобэктомия без предварительной верификации

93. *Ателектаз или обструктивный пульмонит всего легкого по классификации TNM соответствует символу*

А. T1

Б. T2

В. T3

Г. T4

94. *Символу T3 в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров, растающий*

А. в диафрагму

Б. в грудную клетку

В. в медиастинальную плевру

Г. в пищевод

Д. правильны все ответы, кроме д)

95. *При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение*

А. крупных фракций

Б. динамического режима фракционирования дозы

В. мультифракционирования

Г. расщепленного курса лучевой терапии

Д. правильного ответа нет

96. *Ушиб сердца при тяжелой травме грудной клетки характеризуется*

А. болями в области сердца, одышкой сердцебиением

Б. болями в области сердца, различными видами нарушения ритма, глухостью сердечных тонов

В. различного рода аритмиями (нарушение внутрижелудочковой и предсердно-желудочковой проводимости), изменений конечной части желудочково комплекса на ЭКГ

Г. болями в области сердца, характером и локализацией травмы

Д. всем перечисленным

97. *Символом N1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе TNM обозначаются*

А. бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны

Б. бифуркационные лимфатические лимфоузлы

В. лимфатические узлы одноименного корня легкого

Г. правильно А и В

Д. все ответы верны

98. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно

А. внутриплевральное введение химиопрепаратов

Б. внутривенное введение химиопрепаратов

В. внутрилимфатическое введение

Г. верно А и Б

Д. все способы введения эффективны

99. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять

А. после обзорной рентгенографии грудной клетки

Б. после 5 кратного цитологического исследования мокроты

В. при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты

Г. нет правильного ответа

100. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного отдела, протяженностью 4 см и начальными проявлениями дисфагии. неадекватным можно считать

А. самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

Б. оперативное лечение

В. комбинированное лечение с интенсивным курсом предоперационной лучевой терапии

Г. комбинированное лечение с пролонгированным курсом лучевой терапии

Эталоны ответов. Вариант 5.

1. А	21. А	41. Г	61. Д	81. Б
2. Г	22. В	42. Б	62. Д	82. Д
3. А,Б,Г	23. Г	43. Д	63. Д	83. Г
4. Б	24. Д	44. А	64. Г	84. Д
5. Д	25. Б	45. Д	65. Д	85. Б
6. Б	26. В	46. Д	66. А	86. Д
7. Б	27. В	47. Б	67. Д	87. Д
8. Б	28. Д	48. Д	68. Д	88. Д
9. Г	29. Г	49. Д	69. Д	89. Б
10. Г	30. А	50. Б	70. Д	90. Д
11. Г	31. Д	51. Д	71. В	91. Д
12. Д	32. Г	52. Г	72. В	92. Г
13. Б	33. Б	53. А	73. В	93. В
14. Б	34. Г	54. Г	74. Д	94. Г
15. Б	35. В	55. Г	75. В	95. В
16. А	36. Г	56. Г	76. Д	96. Д
17. А	37. Д	57. Г	77. В	97. Г
18. В	38. В	58. Д	78. Г	98. А
19. В	39. Д	59. Д	79. А	99. Б

20. Д	40. Д	60. Д	80. А	100. Г
-------	-------	-------	-------	--------

Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастриальной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 1/2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД=18 в 1 минуту. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. АД=130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Классификация данного заболевания?
3. Варибельность клинической картины в зависимости от различий этиопатогенезе?
4. Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?
5. Какие могут развиваться осложнения?
6. Методы лечения данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Травматическая диафрагмальная грыжа
2. Классификация диафрагмальных грыж (К.Д. Тоскин, 1990)
 - Грыжи собственно диафрагмы:
 - а) врожденные: реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы
 - б) травматические
 - в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи)
 - Грыжи естественных отверстий диафрагмы:
 - а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный)
 - б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - в) параэзофагеальные грыжи
3. Для грыж собственно диафрагмы характерны кардиореспираторные (одышка, цианоз, тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов)

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

4. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

5. Ущемление.

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

Задача № 2

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

1. Классификация этой патологии.

2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?

3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?

4. Какую тактику лечения следует избрать?

5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?

6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение.

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

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

Задача № 3

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища

назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии.

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

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

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

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

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

Задача № 4

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

1. Ваш диагноз?
2. Классификация заболевания?
3. Этиология и этапы развития заболевания?

4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?
5. Лечение заболевания?
6. Возможные осложнения заболевания?
7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного периода. Санаторно-курортное лечение?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

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

Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы. Операции: пневмотомия, резекция доли легкого. В последние годы более широко используется пункционный метод лечения под контролем УЗИ.

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

Задача № 5

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

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Диагноз: Диффузный тиреотоксический зоб, II степени, легкая степень тяжести. Из дополнительных методов исследования необходимо выполнить:

УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов; по показаниям (смешанные и узловые формы) - радиоизотопное сканирование, тонкоигольная биопсия, КТ, определение тиреоглобулина, кальцитонина, АТ к тиреоглобулину.

При неэффективности консервативного лечения – субтотальная резекция щитовидной железы.

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

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

Задача № 6

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

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин.

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

Задача 7

Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование,

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

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

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

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

Задача № 8

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

трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева???)
2. Срочное оперативное лечение.
3. Эндотрахеальный наркоз.
4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберья, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.
5. Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс.
6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови.

Задача № 9

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

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

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

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

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

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

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

Задача № 10

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

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

2. 1) - острый 3) - ретромаммарный
- хронический - субареолярный
- премаммарный
- 2) - серозная форма - паренхиматозный

- инфильтративная - интерстициальный
- абсцедирующая
- 3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),
- 4. Консервативная тактика возможна.
- 5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз.
- 6. Кормление грудью не прекращают.
- 7. Бромкрептин, парлоден.
- 8. Амоксиклав
Цефазолин 1,0
- 9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

Задача 11

Больной 40 лет жалуется на боли и в нижней части правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением небольшого количества мокроты, одышка. Давность заболевания около недели. Объективно: Пульс 110 в минуту, температура 38,5 С. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизонтальной линией на уровне 5 ребра и тимпаническим звуком над этой линией. При аускультации дыхательные шумы отсутствуют над областью притупления. Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в нижних отделах справа до 5 ребра и просветление над ним.

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Этиопатогенез этого заболевания?
4. В каком обследовании нуждаются больные с этим заболеванием? Назовите характерные признаки данной патологии, которые выявляются при этом обследовании?
5. В каком лечении нуждается данный больной? Каковы основные цели этих лечебных мероприятий?
6. Правила выполнения специальной медицинской манипуляции, выполняемой при лечении этого заболевания?
7. Возможные осложнения этого заболевания?

Ответ к задаче

1. Экссудативный правосторонний плеврит.
2. Невоспалительный плеврит (хилоторакс). Воспалительный, серозный, фибринозно-гнойный.
3. Невоспалительные плевриты – состояние, вызывающее асцит и затруднение венозного и лимфатического оттока из грудной клетки. Воспалительные – результат воспаления структур, прилегающих к плевральной полости.

4. Физикальные признаки – притупленный звук, отсутствие дыхания.
Рентгенологические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции.

УЗИ – жидкость в плевральной полости.

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

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

7. Эмпиема плевры

Задача № 12

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

1. Ваш окончательный диагноз?
2. Принципы этиотропного и патогенетического лечения?
3. Какой метод местного лечения необходимо использовать в данной ситуации?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.
2. Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость.
3. Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.
4. Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакопластика.
5. Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.

Задача № 13

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство,

усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40С, озноб, сопровождающийся проливным потом. Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи». Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл. Дополнительные методы обследования: Анализ крови: количество лейкоцитов 18×10^9 /л, выраженный сдвиг формулы влево. ФГДС: на уровне Сб - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 - 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

Обзорная рентгенография легких: зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больною?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?
7. Принципы консервативной терапии?
8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с

особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗИ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.

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

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

5. При лечении медиастинита используется активная хирургическая тактика.

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

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

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

Задача №14

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь. При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

1. Ваш диагноз?

2. Какое осложнение возникло у больного?

3. Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больного в стационаре?

5. Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.

6. Виды оперативных доступов.

7. Медиастинит.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

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

2. Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.

3. Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганных нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.

4. При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование.

5. Оперативные доступы к средостению: надгрудинный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастернальный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову.