

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра и клиника хирургических болезней имени проф. А.М. Дыхно
с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО
Кафедра и клиника хирургических болезней имени проф. Ю.М. Лубенского
Кафедра общей хирургии имени проф. М.И. Гульмана

Торакальная хирургия. Ординатура

Сборник методических указаний для обучающихся
к внеаудиторной работе по специальности ординатуры
31.08.65 - Торакальная хирургия

Красноярск
2018

Торакальная хирургия. Ординатура : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе для специальности ординатуры 31.08.67 - Хирургия / сост. Д.В. Черданцев, А.А. Дударев. – Красноярск: КрасГМУ, 2018. – 242 с.

Составители: д.м.н. профессор Черданцев Д.В.,
ассистент Дударев А.А.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1108 от 26.08.2014 подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре для специальности 31.08.65 - Торакальная хирургия, рабочей программой специальности (2018 г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 6 от «25» июня 2018).

Занятие № 1

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.1 Тема: «Организация помощи больным с заболеванием органов грудной клетки».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия.

- 4 Понятие о специализированной медицинской помощи.
- 5 Принципы организации помощи торакальным больным на амбулаторном этапе.
- 6 Принципы организации помощи торакальным больным на стационарном этапе.
- 7 Преемственность различных видов помощи.
- 8 Взаимодействия врача торакального хирурга со специалистами других врачебных специальностей при планировании обследования и лечения заболеваний органов грудной клетки.

4. Тестовые задания по теме:

1. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЕСТЕСТВЕННОГО ДВИЖЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Рождаемость, смертность
- б) Смертность, заболеваемость
- в) Инвалидность, смертность

Правильный ответ а

2.МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ - ЭТО

- а) Перечень наименования болезней в определенном порядке
- б) Перечень диагнозов в определенном порядке
- в) Перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- г) Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
- д) Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

Правильный ответ г

3.МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАН ИЛИ ИХ представителей:

- а) Несовершеннолетним детям
- б) При несчастных случаях, травмах, отравлениях
- в) Лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ
- г) Лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющие опасность для окружающих

Правильный ответ г

4.РАЗРЕШЕНИЕ НА ЗАНЯТИЯ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКОЙ ВЫДАЕТ:

- а) Орган управления здравоохранением области
- б) Министерство здравоохранения РФ
- в) Профессиональная мед. ассоциация
- г) Местная администрация по согласованию с профессиональными мед. Ассоциациями

Правильный ответ г

5.В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАН ВЕДУЩИЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ:

- а) Инфекционные и паразитарные заболевания, болезни системы пищеварения, психические заболевания
- б) Болезни системы кровообращения, новообразования, травмы и отравления
- в) Новообразования, травмы и отравления, болезни органов дыхания

Правильный ответ б

6.НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФОРМАЦИИ О ЗДОРОВЬЕ:

- а) Официальная информация о смертности населения
- б) Данные страховых компаний
- в) Эпидемиологическая информация
- г) Данные мониторинга окружающей среды и здоровья
- д) Регистры заболеваний, несчастных случаев и травм

Правильный ответ б

7.ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ - ЭТО:

- а) Улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
- б) Степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов
- в) Степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи

Правильный ответ б

8.НЕ ДОПУСКАЮТСЯ К РАБОТЕ В НОЧНОЕ ВРЕМЯ:

- а) Работники моложе 18 лет
- б) Беременные женщины и женщины, имеющие детей в возрасте до 3 лет
- в) Инвалиды только с их согласия и при условии, если такая работа не запрещена им медицинскими рекомендациями
- г) Все вышеперечисленные контингенты

Правильный ответ г

9.НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УВОЛЬНЕНИЕ РАБОТНИКА ПО ИНИЦИАТИВЕ АДМИНИСТРАЦИИ:

- а) В период пребывания работника в командировке, в период судебного разбирательства
- б) В период пребывания работника в ежегодном отпуске (кроме случая ликвидации предприятия), в период временной нетрудоспособности
- в) Все вышеперечисленное верно
- г) Нет правильного ответа

Правильный ответ б

Медицинскому учреждению после успешного прохождения аккредитации выдается:

- а) Диплом
- б) Свидетельство
- в) Лицензия
- г) Сертификат

Правильный ответ г

10. МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ПОДЛЕЖАЩИЕ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЮ:

- а) Частные амбулаторно-поликлинические учреждения
- б) Научно-исследовательские институты
- в) Государственные больницы
- г) Все медицинские учреждения независимо от форм собственности

Правильный ответ г

5. Ситуационные задачи по теме:

Задача № 1

К вам обратился пациент страдающий хронической обструктивной болезнью легких для консультации.

Вопрос:

Как торакальный хирург что вас должно насторожить,

Что вы должны провести

Что вы должны напомнить участковому терапевту?

Ответ:

Взрослые больные хроническими неспецифическими болезнями органов дыхания в 6 раз чаще, чем все взрослое население, заболевают туберкулезом органов дыхания.

Вы как торакальный хирург должны взять промывные воды на МТ при бронхоскопии.

Основной задачей участкового врача-терапевта при взятии на диспансерный учет лиц, страдающих является их обследование на туберкулез в объеме диагностического минимума. При этом необходимо обратить внимание на поиск микобактерий туберкулеза в мокроте методом посева и более тщательное рентгенологическое обследование больных (обзорная рентгенограмма и при необходимости томограмма).

Задача №2

К вам на консультацию направлен пациент страдающий сахарным диабетом, на проф. осмотре выявлены изменения в легких.

Вопрос:

Какой группе риска относится данный пациент?

Что необходимо провести данному пациенту?

Как торакальный хирург что будете рекомендовать данному пациенту?

Ответ:

Пациент относится к группе риска заболеваемости по туберкулезу.

Необходимо провести бронхоскопию, исследование мокроты и промывных вод на КУМ, томография

Дообследование в условиях тубдиспансера, для исключения туберкулеза.

Задача №3

Почему вас должны насторожить пациенты с сопутствующей патологией в первую очередь это больные хроническими нетуберкулезными заболеваниями легких, сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, психическими заболеваниями и наркоманией, хроническим алкоголизмом, перенесшие экссудативный плеврит, а также больные, получающие длительную гормональную терапию?

Ответ: Данные заболевания ослабевают иммунную систему организма и создают предпосылки для заболевания туберкулезом.

Задача №4

У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты

Вопрос

Ваш диагноз?

С каким заболеванием нужно дифференцировать?

Тактика обследования?

Ответ:

Туберкулез внутригрудных л\у.

Диагностика с онко патологией.

Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия

Задача №5

У мужчины 45 лет ранее перенесшего первичный туберкулез. На ФЛГ определяется в подключичных областях и в верхушках легких отдельные средней величины очаги неправильно округлой формы на фоне интерстициальных воспалительных изменений (лимфангитов). В анализах лимфоцитов, незначительный сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, СОЭ до 20 мм/ч. Кашель редкий сухой.

Вопрос:

Ваш диагноз?

С каким заболеванием нужно дифференцировать?

Тактика обследования?

Ответ:

Вторичный очаговый туберкулез легких.

Диагностика с онко патологией.

Рентгенография с томографией, исследование на МТ, биопсия.

6. Перечень и стандарты практических умений.

- Уметь планировать обследование больных на амбулаторном этапе.
- Уметь планировать лечение больных на амбулаторном этапе.
- Уметь определить показания для направления в стационар.
- Уметь планировать обследование больных на стационарном этапе.
- Уметь планировать лечение больных на стационарном этапе.

Манипуляции:

- Ведение первичной медицинской документации.
- Ведение документации и планирование диспансеризации больных.
- Написание истории болезни.
- Заполнение регистрационных карт онкологических больных
- Статистический анализ собственной работы

Занятие № 2

1. Индекс: ОД.О.01.1.1.2 Тема: «Организация и система борьбы с туберкулезом в России».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия.

1. Организация диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений (приказ №109 от 21 марта 2003 года).
2. Работа диспансера в очаге туберкулезной инфекции.
 - 1) Противотуберкулезная работа общей лечебно-профилактической сети.
 - 1) Профилактическое обследование взрослого населения на туберкулез.
 - 2) Источники и пути передачи туберкулезной инфекции.

4. Тестовые задания по теме:

1.К СОЦИАЛЬНЫМ ФАКТОРАМ, БЛАГОПРИЯТСТВУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА, ОТНОСЯТСЯ:

- А. неблагоприятные жилищно-бытовые условия
- Б. материальная необеспеченность
- В. низкий интеллектуальный уровень
- Г. беспорядочный образ жизни
- Д. все перечисленное

Ответ:Д

2.В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ СОТРУДНИКОВ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ВСЕ

ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- А. отдельного гардероба и специальной одежды для персонала
- Б. отдельного помещения для приема пищи
- В. отдельной регистратуры

Ответ: В.

3.ПРИЧИНАМИ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. дефекты в профилактической работе
- Б. неполноценное обследование в поликлинике и стационаре
- В. небрежное отношение больного к своему здоровью
- Г. незнание врачами общей сети “масок” туберкулеза (врачебные ошибки)
- Д. все перечисленное

Ответ:Д.

4.ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:

- А. массовые профилактические обследования населения на туберкулез
- Б. обследование на туберкулез больных в общих и специализированных лечебных учреждениях
- В. регулярное и качественное обследование групп риска по туберкулезу
- Г. санитарно-просветительную работу с населением
- Д. все перечисленное

Ответ:Д.

5.ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. предметы окружающей среды
- Б. продукты питания
- В. больной человек
- Г. все перечисленное

Ответ:В

6.ЧАЩЕ ЗАБОЛЕВАЮТ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И УМИРАЮТ ОТ НЕГО:

- А. мужчины
- Б. женщины
- В. одинаково часто и мужчины, и женщины

Ответ: А

7.СИСТЕМАТИЧЕСКОЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

ПРОВОДИТСЯ:

- А. с 10-летнего возраста
- Б. с 12-летнего возраста

В. с 15-летнего возраста

Г. с 18-летнего возраста

Д. выбор возраста определяется эпидемической ситуацией

Ответ: В

8.ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, СОСТАВЛЯЮЩИЕ РАБОТУ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА – ЭТО:

А. наблюдение за контингентом по группам учета

Б. ведение документации и отчетности

В. амбулаторное лечение больных и проведение химиопрофилактики

Г. диагностика туберкулеза

Д. все перечисленное.

Ответ: Д

9.ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. массовая туберкулинодиагностика

Б. флюорография

В. обследование на туберкулез лиц, обратившихся к фтизиатру

Г. обследование на туберкулез групп риска.

Ответ:А

10.ОСНОВНЫМИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ФТИЗИАТРОМ В СВОЕЙ РАБОТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ:

А. заболеваемость туберкулезом

Б. инфицированность и риск инфицирования населения микобактериями туберкулеза

В. болезненность населения туберкулезом

Г. смертность от туберкулеза

Д. все перечисленное

Ответ:Д

5. Ситуационные задачи по теме:

Задача № 1

Молодой мужчина 26 лет, имел судимость, употребляет алкоголь, курит. Жилищные условия неудовлетворительные. Часто болеет ОРЗ. В последнее время не обследовался. Чем может быть опасен мужчина для окружающих?

Ответ: У мужчины на лицо все социальные факторы для распространения туберкулеза.

Задача №2

К вам на профосмотр обратился подросток 15 лет. Какое систематическое исследование на выявление туберкулеза вы ему назначите?

Ответ: С 15 лет проводится ежегодные ФЛГ.

Задача №3

Вы врач фтизиатр тубдиспансера. Какие основные эпидемиологические показатели вы используете в своей работе?

Ответ: заболеваемость туберкулезом, инфицированность и риск инфицирования населения микобактериями туберкулеза, болезненность населения туберкулезом, смертность от туберкулеза.

Задача №4

У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты

Вопрос

Ваш диагноз?

С каким заболеванием нужно дифференцировать?

Тактика обследования?

Ответ:

Туберкулез внутригрудных л\у.

Диагностика с онко патологией.

Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия

Задача №5

У мужчины 45 лет ранее перенесшего первичный туберкулез. На ФЛГ определяется в подключичных областях и в верхушках легких отдельные средней величины очаги неправильно округлой формы на фоне интерстициальных воспалительных изменений (лимфангитов). В анализах лимфоцитов, незначительный сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, СОЭ до 20 мм/ч. Кашель редкий сухой.

Вопрос:

Ваш диагноз?

С каким заболеванием нужно дифференцировать?

Тактика обследования?

Ответ:

Вторичный очаговый туберкулез легких.

Диагностика с онко патологией.

Рентгенография с томографией, исследование на МТ, биопсия

6. Перечень и стандарты практических умений.

- Уметь планировать обследование больных на амбулаторном этапе.
- Уметь планировать лечение больных на амбулаторном этапе.
- Уметь определить показания для направления в стационар.
- Уметь планировать обследование больных на стационарном этапе.
- Уметь планировать лечение больных на стационарном этапе.

Манипуляции:

- Ведение первичной медицинской документации.
- Ведение документации и планирование диспансеризации больных.
- Написание истории болезни.
- Заполнение регистрационных карт онкологических больных

Статистический анализ собственной работы.

Занятие № 4

1. Индекс: ОД.О.01.1.2.4 Тема: «Анатомия шеи».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме ?

- 1) Мозговой череп и черепномозговые нервы
- 2) Лицевой череп и придаточные пазухи.
- 3) Фасциальные пространства и сосудистонервные пучки шеи.
- 4) Органы шеи (пищевод, трахея, щитовидная железа.
- 5) Пути распространения воспалительных процессов шеи, разрезы при флегмонах и абсцессах.
- 6) Трахеотомия и трахеостомия, доступы к сосудам шеи.
- 7) Новокаиновая блокада по А.В. Вишневскому, блокада шейного сплетения.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

1. АНАСТОМОЗЫ С ВЕНАМИ ЛИЦА И ВЕНАМИ МЯГКИХ ПОКРОВОВ ЧЕРЕПА ИМЕЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИНУСЫ ТВЁРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ МОЗГА:

- а) Верхний сагиттальный (стреловидный) синус
- б) Нижний сагиттальный синус
- в) Поперечный синус
- г) Сигмовидный синус
- д) Пещеристый синус

е) Правильно А, Г и Д
Правильный ответ е

2.ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ В ОТЛИЧИЕ ОТ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПАРАЛИЧА ЛИЦЕВОГО НЕРВА НЕ ИМЕЕТСЯ ПРИЗНАКОВ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ:

- а) Угла рта
 - б) Крыльев носа
 - в) Лба
 - г) Правильно Б и В
- Правильный ответ в

3.ЛИМФОИДНОЕ КОЛЬЦО СОСТАВЛЯЕТ:

- а) Нёбные миндалины
 - б) Глоточная миндалина
 - в) Трубные миндалины
 - г) Язычная миндалина
 - д) Все перечисленные
 - е) Все перечисленные, кроме Г
- Правильный ответ д

4.ВОЗНИКНОВЕНИЕ СИМПТОМА "ОЧКОВ" ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

- а) Повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
 - б) Разрывом зрительной артерии
 - в) Повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа
 - г) Повреждением передней решетчатой вены
 - д) Повреждением решетчатой задней вены
- Правильный ответ д

5.ДВИГАТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ МЫШЦ ЛИЦА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- 1) Лицевым нервом
 - 2) Тройничным нервом
 - 3) Подъязычным нервом
 - 3) Добавочным нервом
 - а) Верно 1
 - б) Верно 2,3
 - в) Верно 3,4
 - г) Верно 1,3
 - д) Верно 2,4
- Правильный ответ а

6.НАИБОЛЕЕ ВОЗМОЖНЫМИ ПУТЯМИ ПРОРЫВА ГНОЯ ПРИ ПАРОТИТЕ, ОБЪЯСНЯЕМЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТОПОГРАФИИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЕЕ ФАСЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Прорыв гноя в ротовую полость

- 2) Прорыв гноя в переднее окологлоточное пространство
 - 3) Прорыв гноя в заднее окологлоточное пространство
 - 4) Прорыв гноя в наружный слуховой проход
 - а) Верно 1,2
 - б) Верно 3,4
 - в) Верно 2,4
 - г) Верно 1,3
 - д) Верно 2,3
- Правильный ответ в

7.СРЕДНЯЯ АРТЕРИЯ ТВЁРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ОТХОДИТ:

- а) От наружной сонной
 - б) От внутренней сонной
 - в) От лицевой
 - г) От внутренней челюстной
- Правильный ответ г

8.ЗАБРОС ГНОЙНЫХ ЭМБОЛОВ В ПЕЩЕРИСТЫЙ СИНУС ВОЗМОЖЕН:

- а) Через верхнюю глазничную вену
 - б) Через нижнюю глазничную вену
 - в) Через переднюю лицевую вену
 - г) Через крыловидное венозное сплетение
 - д) Через все названные вены
- Правильный ответ д

9.ГОРТАНЬ ОКРУЖЕНА СЛЕДУЮЩИМИ ОРГАНАМИ:

- а) Спереди-надгортанные мышцы, с боков-щитовидные железы, сзади-глотка, сверху-корень языка, снизу-трахея
 - б) Спереди-надгортанные мышцы, с боков-щитовидные железы, сзади-пищевод, сверху-глотка, снизу-трахея
 - в) Могут быть оба варианта
- Правильный ответ а

10.В СОСТАВ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ НЕРВЫ:

- а) Блуждающий нерв
 - б) Нисходящая ветвь подъязычного нерва
 - в) Промежуточный нерв
 - г) Пограничный симпатический ствол
 - д) Правильно А и Б
- Правильный ответ д

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

В детское отделение доставили больного с открытой раной в области шеи, в которой видны две артерии.

Вопрос:

Определить, которая из них внутренняя сонная, а которая - наружная.

Ответ:

Анатомическим ориентиром начала наружной сонной артерии является уровень верхнего края щитовидного хряща.

Задача №2

При обследовании ребенка в возрасте 1 года врач установил, что в результате травмы произошло повреждение органов шеи на уровне V шейного позвонка.

Вопрос:

Какой отдел дыхательной системы мог пострадать в этом случае?

Ответ: В данном случае могло произойти повреждение трахеи, так как она располагается в этом возрасте от IV шейного до III грудного позвонка.

Задача № 3.

Воспалительным процессом у ребенка разрушена задняя стенка трахеи.

Вопрос:

На какой орган может перейти воспалительный процесс в этом случае?

Что разовьется у этого пациента?

Что показано ребенку?

Ответ:

В данном случае воспалительный процесс может перейти на пищевод, так как он расположен позади трахеи.

Медиастинит

Оперативное лечение , вскрытие средостения

Задача №4

В процессе еды больной почувствовал острую локальную боль в области задней стенки глотки. В последующие дни возникла болезненность при глотании. Думая о тонзиллите, больной пытался обойтись традиционными средствами, к врачам не обращался. В дальнейшем развилась клиническая картина медиастинита — воспалительного процесса в средостении.

Вопрос:

Каковы возможные объяснения хода событий с анатомической точки зрения?

Какой медиастинит будет у больного?

Тактика ведения этого больного?

Ответ:

Больной повредил заднюю стенку глотки или начальный отдел пищевода

Скорее всего верхний задний

Коррекция являющихся нарушений, вскрытие верхнего средостения

Задача № 5

В клинику доставлен больной с колотой раной в области основания шеи. Из раны выделяется пенная кровь, постепенно нарастает дыхательная недостаточность. Дежурный хирург направляет больного в операционную для срочного вмешательства на органах грудной полости.

Вопрос:

Какой мотив определил его действия?

Дайте анатомическое обоснование?.

Ответ:

Характер раны, с пенистым выделением, дыхательная недостаточность, говорит о повреждении трахеи

Анатомическое расположение трахеи

6. Перечень и стандарты практических умений

- 1) клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- 2) основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- 3) применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- 4) оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- 5) определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- 6) оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- 7) определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

Занятие № 6

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.6 Тема: «Анатомия легких».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме с эталонами ответов**
- Дать понятия строению грудной стенки и молочной железы.
- Клинической, топографической анатомии легких и средостения
- Пути распространения воспалительных процессов и злокачественных опухолей.
- Пункции и дренированию плевры и перикарда.
- Радикальная и простая мастэктомия.
- Резекции ребер, торакотомии, резекции легкого.
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**
- **1.УЧИТЫВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО МЕЖРЕБЕРНОГО ПУЧКА ПУНКЦИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗОПАСНЕЕ ПРОВОДИТЬ:**
- а) Во 2-3 межрёберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра
- б) В 7-8 межрёберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра
- в) В 7-8 межрёберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра
- г) В любом из указанных мест
- Правильный ответ в
-
- **2. КОНИКОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ НА УРОВНЕ:**
- а) Ниже подъязычной кости
- б) Между первым полукольцом трахеи и перстневидным хрящом
- в) Между перстневидным и щитовидным хрящами
- Правильный ответ в
-
- **3.ПОСТОЯННЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА ИМЕЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕСТАХ:**
- а) 1-в самом начале пищевода,2-у места пересечения пищевода дугой аорты и левым бронхом,3-в абдоминальной части пищевода и в диафрагмальной части
- б) 1-в начальном отделе пищевода,2-выше места пересечения пищевода дугой аорты,3-у места прохождения пищеводом диафрагмы
- в) 1-в начальном отделе пищевода,2-у места прилегания к пищеводуперикарда,3-в абдоминальной части пищевода
- г) Во всех указанных местах
- Правильный ответ а
-

- 4.ВОЗВРАТНЫЙ НЕРВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ:
 - а) Диафрагмального нерва
 - б) Симпатического ствола
 - в) Блуждающего нерва
 - г) Шейного сплетения
 - Правильный ответ в
 -
- 5.ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ШЕИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:
 - 1) Незаращением межпредсердной перегородки
 - 2) Незаращением Боталлова протока
 - 3) Незаращением межжелудочковой перегородки
 - 4) Плотным срастанием вен шеи с фасциями
 - 5) Рассечением фасциальноклетчаточных пространств шеи
 - а) верно 1,2
 - б) верно 2,3
 - в) верно 3,4
 - г) верно 1,4
 - д) верно 2,5
 - Правильный ответ г
- 6.ЭЛЕМЕНТЫ КОРНЯ ПРАВОГО ЛЁГКОГО В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ В НАПРАВЛЕНИИ СПЕРЕДИ-НАЗАД И СНИЗУ-ВВЕРХ РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:
 - а) Ветви лёгочной артерии-главный бронх-2 лёгочные вены
 - б) 2 лёгочные вены-ветви лёгочной артерии-главный бронх
 - в) Главный бронх-лёгочные вены-лёгочная артерия
 - г) Возможен любой из этих вариантов
 - Правильный ответ б
 -
- 7.ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ ПРОИСХОДИТ БЛОКАДА:
 - а) Передних корешков
 - б) Задних корешков
 - в) Спинномозгового нерва
 - Правильный ответ в
- 8.НИЖНЮЮ ДОЛЮ ПРАВОГО ЛЁГКОГО СОСТАВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СЕГМЕНТЫ:
 - а) 5,7,9,10
 - б) 7,8,9,10
 - в) 8,9,10
 - Правильный ответ б
 -
- 9.БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ В ЗОНЕ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ. ОН ОБУСЛОВЛЕН РАЗДРАЖЕНИЕМ:

- а) Блуждающих нервов
- б) Большого чревного нерва
- в) Диафрагмального нерва
- г) Симпатического ствола
- Правильный ответ г
-
- **10. ПРИЧИНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАРЕЗОВ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПУЛЬМОЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ:**
- а) Диафрагмального нерва
- б) Пограничного симпатического ствола
- в) Правого блуждающего нерва
- г) Большого чревного нерва справа
- Правильный ответ в
-

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

- **Задача №1**
- Больной 32 года поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1,5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38С. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого лёгкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объёмах базальных сегментов нижней доли правого лёгкого.
- Вопрос:
- Каков Ваш диагноз?
- Ответ. Аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза
- **Задача №2**
- Технически более легким вмешательством является удаление доли легкого, чем удаление какого-либо из его сегментов.
- Вопрос: Чем, с анатомической точки зрения, это можно объяснить?
- Ответ: Анатомическое расположение сосудов и бронхов корня легких.
-
- **Задача № 3.**
- Больной упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой лёгких. При поступлении: цианоз

лица, одышка (30 в мин.), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 рёбер, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Произведено дренирование плевральной полости во 2-м межреберье по среднеключичной линии. В процессе наблюдения состояние несколько улучшилось, уменьшилась гнусавость голоса и подкожная эмфизема. При контрольной рентгенографии правое лёгкое полностью не расправилось, остаётся широкий горизонтальный уровень жидкости над диафрагмой. Необходимо предпринять?

- Ответ: Дополнительное дренирование плевральной полости в нижних отделах
-

• **Задача №4**

- Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 40 мл. в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенёс операцию на левом лёгком-удаление нижней доли и языковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл. гнойной мокроты, появились кровохарканья, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл. стала зловонной. Состояние тяжёлое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся лёгком полость около 6 см. с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом лёгком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено. Что следует порекомендовать больному?
- Ответ. Хирургическое удаление оставшейся части левого лёгкого.

• **Задача № 5**

- Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. Ваш предварительный диагноз?
- Ответ. Спонтанный неспецифический пневмоторакс.
-

6. Перечень и стандарты практических умений

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- Манипуляции:
 - - спирометрия и спирография;
 - коникотомия, микротрахеостомия;
 - - пункция плевры с эвакуацией экссудата;
 - интубация трахеи;
 - - трахеостомия;
 - перевязка и тампонада раны;
 - - остановка кровотечения.;
 - - пневмомедиастинография;
 - - бронхоскопия, бронхография;
 - - фистулография;
- **Занятие №5**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.10 Тема: «Физиология легких».**

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

- **3. Вопросы по теме**

- Газообменная функция легких
- Общее не эластическое сопротивление дыханию
- Эластическое сопротивление дыханию
- Статические и динамические легочные объемы
- Физиология респираторной зоны легких

- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

- 1. ЭЛЕМЕНТЫ КОРНЯ ПРАВОГО ЛЁГКОГО В САГИТТАЛЬНОЙ ПЛОСКОСТИ В НАПРАВЛЕНИИ СПЕРЕДИ-НАЗАД И СНИЗУ-ВВЕРХ РАСПОЛОЖЕНЫ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:
 - а) Ветви лёгочной артерии-главный бронх-2 лёгочные вены
 - б) 2 лёгочные вены-ветви лёгочной артерии-главный бронх
 - в) Главный бронх-лёгочные вены-лёгочная артерия
 - г) Возможен любой из этих вариантов
- Правильный ответ б

-
- 2. НИЖНЮЮ ДОЛЮ ПРАВОГО ЛЁГКОГО СОСТАВЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СЕГМЕНТЫ:
- а) 5,7,9,10
- б) 7,8,9,10
- в) 8,9,10
- Правильный ответ б
-
- 3. БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ ВЫЗЫВАЕТ:
- а) Учащение сердечных сокращений и усиление систолы
- б) Учащение сердечных сокращений и ослабление систолы
- в) Урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы
- г) Урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы
- Правильный ответ: г
- 4. ПРИ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПУЛЬМОНОЭКТОМИИ ПРАВАЯ ЛЁГОЧНАЯ АРТЕРИЯ РАСПОЛОЖЕНА:
- а) Под местом впадения непарной вены в верхнюю полую вену
- б) Над местом впадения непарной вены в верхнюю полую вену
- в) Под лёгочной веной
- Правильный ответ а
-
- 5. МЕСТОМ ОТВЕТВЛЕНИЯ ЛЕВОГО ВОЗВРАТНОГО НЕРВА:
- а) Над стволом левой ветви лёгочной артерии
- б) Над дугой аорты
- в) Под стволом левой ветви лёгочной артерии
- Правильный ответ а
-
- 6. УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНУЮ КИСЛОРОДНУЮ ЕМКОСТЬ КРОВИ И ТРАНСПОРТ O₂ ОБЕСПЕЧИВАЕТ ГЕМАТОКРИТ НЕ НИЖЕ:
- а) 20-25%
- б) 30%
- в) 35%
- г) 40%
- д) 45%
- Правильный ответ б
-
- 7. ГИПЕРЕМия лица при проведении вагосимпатической блокады объясняется:
- а) Блокадой блуждающего нерва
- б) Усилением кровотока
- в) Блокадой симпатического ствола
- г) Блокадой нисходящей ветви подъязычного нерва
- д) Правильно А и Б
- Правильный ответ в

-
- 8.УЧИТЫВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО МЕЖРЕБЕРНОГО ПУЧКА ПУНКЦИЮ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗОПАСНЕЕ ПРОВОДИТЬ:
- а) Во 2-3 межрёберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра
- б) В 7-8 межрёберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра
- в) В 7-8 межрёберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра
- г) В любом из указанных мест
- Правильный ответ в
-
- 9 ПОЯВЛЕНИЕ ВЕНОЗНОГО ЗАСТОЯ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ, ШЕИ И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНОГО ПРИКОРНЕВЫМ РАКОМ ПРАВОГО ЛЕГКОГО ОБУСЛОВЛЕНО:
- а) Сдавлением правой легочной артерии
- б) Проращением опухоли в непарную вену
- в) Сдавлением верхней легочной вены справа
- г) Сдавлением верхней полой вены
- Правильный ответ г
-
- 10.БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ В ЗОНЕ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ. ОН ОБУСЛОВЛЕН РАЗДРАЖЕНИЕМ:
- а) Блуждающих нервов
- б) Большого чревного нерва
- в) Диафрагмального нерва
- г) Симпатического ствола
- Правильный ответ г
-

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

- **Задача № 1**
- К вам обратился пациент страдающий хронической обструктивной болезнью легких для консультации.
- Вопрос:
- Как торакальный хирург что вас должно насторожить,
- Что вы должны провести
- Что вы должны напомнить участковому терапевту?
- Ответ:
- Взрослые больные хроническими неспецифическими болезнями органов дыхания в 6 раз чаще, чем все взрослое население, заболевают туберкулезом органов дыхания.
- Вы как торакальный хирург должны взять промывные воды на МТ при бронхоскопии.

- Основной задачей участкового врача-терапевта при взятии на диспансерный учет лиц, страдающих является их обследование на туберкулез в объеме диагностического минимума. При этом необходимо обратить внимание на поиск микобактерий туберкулеза в мокроте методом посева и более тщательное рентгенологическое обследование больных (обзорная рентгенограмма и при необходимости томограмма).
- **Задача №2**
- К вам на консультацию направлен пациент страдающий сахарным диабетом, на проф. осмотре выявлены изменения в легких.
- Вопрос:
- Какой группе риска относится данный пациент?
- Что необходимо провести данному пациенту?
- Как торакальный хирург что будете рекомендовать данному пациенту?
- Ответ:
- Пациент относится к группе риска заболеваемости по туберкулезу.
- Необходимо провести бронхоскопию, исследование мокроты и промывных вод на КУМ, томография
- Дообследование в условиях тубдиспансера, для исключения туберкулеза.
-
- **Задача №3**
-
- Почему вас должны насторожить пациенты с сопутствующей патологией в первую очередь это больные хроническими нетуберкулезными заболеваниями легких, сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, психическими заболеваниями и наркоманией, хроническим алкоголизмом, перенесшие экссудативный плеврит, а также больные, получающие длительную гормональную терапию?
- Ответ: Данные заболевания ослабевают иммунную систему организма и создают предпосылки для заболевания туберкулезом.
- **Задача №4**
-
- У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты
- Вопрос
- Ваш диагноз?
- С каким заболеванием нужно дифференцировать?
- Тактика обследования?
- Ответ:
- Туберкулез внутригрудных л\у.
- Диагностика с онко патологией.
- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые

пробы, биопсия

-
- **Задача №5**
- У мужчины 45 лет ранее перенесшего первичный туберкулез. На ФЛГ определяется в подключичных областях и в верхушках легких отдельные средней величины очаги неправильно округлой формы на фоне интерстициальных воспалительных изменений (лимфангитов). В анализах лимфоцитов, незначительный сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, СОЭ до 20 мм/ч. Кашель редкий сухой.
- Вопрос:
- Ваш диагноз?
- С каким заболеванием нужно дифференцировать?
- Тактика обследования?
- Ответ:
- Вторичный очаговый туберкулез легких.
- Диагностика с онко патологией.
- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, биопсия.
-

6. Перечень и стандарты практических умений

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основные вопросы нормальной и патологической физиологии дыхания и кровообращения, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; - причины возникновения патологических процессов, механизмы их развития и клинические проявления;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны,

иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

- **Занятие №11**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.11 Тема: «Физиологические основы функционирования пищевода».**

- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

- **3. Вопросы по теме с эталонами ответов**

- Функция пищевода
- Акт глотания
- Рефлекторные механизмы
- Гуморальные регуляторные механизмы
-

- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

- **1. В СОСТАВ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ НЕРВЫ:**

- а) Блуждающий нерв
- б) Нисходящая ветвь подъязычного нерва
- в) Промежуточный нерв
- г) Пограничный симпатический ствол
- д) Правильно А и Б
- Правильный ответ д
-

- **2. ГРУДНОЙ ПРОТОК ВПАДАЕТ:**

- а) В правый венозный угол
- б) В правую внутреннюю яремную вену
- в) В верхнюю полую вену
- г) В левый венозный угол
- Правильный ответ г

- **3. ФУТЛЯР ДЛЯ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ ОБРАЗУЕТ В ОСНОВНОМ:**

- а) Поверхностная фасция
- б) Глубокая (предпозвоночная) фасция
- в) Собственная фасция
- г) Срединная (внутренностная) фасция
- Правильный ответ г

- **4. ПОСТОЯННЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА ИМЕЮТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ МЕСТАХ:**

- а) 1-в самом начале пищевода, 2-у места пересечения пищевода дугой аорты и левым бронхом, 3-в абдоминальной части пищевода и в диафрагмальной части
- б) 1-в начальном отделе пищевода, 2-выше места пересечения пищевода дугой аорты, 3-у места прохождения пищевода диафрагмы
- в) 1-в начальном отделе пищевода, 2-у места прилегания к пищеводу перикарда, 3-в абдоминальной части пищевода
- г) Во всех указанных местах
- Правильный ответ а

• 5. ВОЗВРАТНЫЙ НЕРВ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕТВЬЮ:

- а) Диафрагмального нерва
- б) Симпатического ствола
- в) Блуждающего нерва
- г) Шейного сплетения
- Правильный ответ в

• 6. ВЕНОЗНЫЙ ОТТОК ИЗ ПИЩЕВОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ:

- а) От верхних 2/3 - в нижнюю полую вену, от нижней трети - в систему воротной вены
- б) От верхней 2/3 в непарную и полунепарную вены, от нижней трети - в лёгочные вены
- в) От верхней трети - в подключичную вену, от нижних 2/3 в вены бронхов и трахей
- г) От верхних 2/3 - в систему верхней полых вен, от нижней трети - в систему воротной вены
- Правильный ответ г

• 7. БЛУЖДАЮЩИЙ НЕРВ ВЫЗЫВАЕТ:

- а) Учащение сердечных сокращений и усиление систолы
- б) Учащение сердечных сокращений и ослабление систолы
- в) Урежение частоты сердечных сокращений и ослабление систолы
- г) Урежение частоты сердечных сокращений и усиление систолы
- Правильный ответ г

• 8. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ОТМЕЧАЕТСЯ В ЗОНЕ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ. ОН ОБУСЛОВЛЕН РАЗДРАЖЕНИЕМ:

- а) Блуждающих нервов
- б) Большого чревного нерва
- в) Диафрагмального нерва
- г) Симпатического ствола
- Правильный ответ г

- 9.ПРИЧИНОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПАРЕЗОВ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПУЛЬМОЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕ:
- а) Диафрагмального нерва
- б) Пограничного симпатического ствола
- в) Правого блуждающего нерва
- г) Большого чревного нерва справа
- Правильный ответ в
- 10.ВЫДЕЛЕНИЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА СОПРОВОЖДАЕТСЯ ОПАСНОСТЬЮ ПОВРЕЖДЕНИЯ:
- а) Подключичной вены
- б) Возвратного нерва
- в) Верхней поллой вены
- Правильный ответ б
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача№1

- Больной 33 лет, в течение 5 лет отмечает тяжесть и боли за грудиной, резко усиливающиеся после приема пищи, дисфагию, отрыжку пищей по ночам, гнилостный запах изо рта. В анамнезе повторные бронхиты и пневмонии.
- Вопросы:
- Ваш предположительный диагноз?
- Что необходимо провести для подтверждения диагноза?
- С чем необходимо дифференцировать?
- Какое лечение необходимо провести больному?
- Ответы:
- дивертикул пищевода
- Эзофагоскопию, Рентгеноскопию пищевода
- Ахалазия и кардиоспазм и опухоль пищевода
- Оперативное лечение
-

• Задача№2

- У больного раком с/3 пищевода, обнаружен плеврит.
- Вопрос:
- Ваша дальнейшая тактика?
- При обтурации опухолью пищевода , что необходимо провести больному?
- При кахексии что необходимо проводить больному?
- При отсутствии метастазов, канцерогенеза плевры, что необходимо провести больному
- Ответы:
- Плевральная пункция с цитологическим исследованием, наружное дренирование плевральной полости
- Гастростомия
- Парентеральное питание

- Решить вопрос о радикальном оперативном лечении
- **Задача №3**
- У больного 49 лет диагностирована злокачественная опухоль пищевода на уровне нижнего края дуги аорты. Наличие отдаленных метастазов не установлено. Продолжительность дисфагии 3 мес. Больной значительно истощен, ослаблен, анемизирован.
- Вопрос:
- Какая тактика лечения должна быть предпринята?
- Ответ: наложение гастростомы, парентеральное питание. Подготовить больного к радикальному лечению.
- **Задача №4**
- У больной М., 53 лет, при эзофагоскопии установлен рак средней трети пищевода, взята биопсия. На следующий день у больной появилась эмфизема обоих подключичных пространств, боли при глотании за грудиной, цианоз. Положение больной полусидящее. Температура повысилась до 39 С, высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. На рентгенограмме расширение тени средостения. При надавливании на грудину боли усиливаются.
- Вопрос:
- Какой диагноз?
- Какова методика лечения?
- Ответ:
- Перфорация пищевода с развитием медиастинита.
- Дренирование средостения и гастростомия.
- **Задача № 5**
- Больная Ф., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку, слабость, потливость, иногда затруднение при проглатывании грубой пищи. При осмотре определяется небольшое утолщение шеи, больше справа, расширение шейных вен, над яремной вырезкой прощупывается гладко-эластичное тело, которое при глотании кашле значительно выпячивается вверх, а в спокойном состоянии почти полностью погружается в грудную полость, не пульсирует. Щитовидная железа на шее не увеличена.
- **Вопрос:**
- О каком заболевании можно думать?
- Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Ответ:
- Дивертикул пищевода.
- Эзофагоскопия, рентгеноскопия пищевода.
-

- **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

- **Занятие №15**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.3.15** Тема: «Морфологическая характеристика доброкачественных опухолей молочной железы».
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

- **3. Вопросы по теме**

- определить видимые макро- и микроскопически проявления мастопатии объяснить причины, механизм развития, исход и оценить их значение;
- определить морфологические признаки кистозно-фиброзной мастопатии, объяснить причины, механизм развития, исход и оценить их значение;
- определить морфологические признаки фиброаденомы объяснить причины, механизм развития, исход и оценить значение возможных осложнений;
- определить морфологические признаки внутрипротоковой папилломы объяснить причины, механизм развития, исход и оценить значение возможных осложнений.

-

- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

- **1. ИОНИЗИРУЮЩИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ ОБЛАДАЮТ КАНЦЕРОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:**
- а) В малых дозах

- б) В больших дозах
- в) Не обладают канцерогенным действием
- г) Не доказано
- Правильный ответ а

•

2. С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВИРУСА НЕ СВЯЗЫВАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ:

- а) Рака шейки матки
- б) Рака печени
- в) Рака желудка
- г) Рака носоглотки
- д) Лейкозов
- Правильный ответ в

•

3. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРИСУЩИ:

- а) Инфильтративный рост
- б) Экспансивный рост
- в) Нарушение дифференцировки клеток
- г) Правильно Б и В
- д) Все ответы правильны
- Правильный ответ б

•

4. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ:

- а) Снижение показателей клеточного иммунитета
- б) Снижение показателей гуморального иммунитета
- в) Состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
- г) Влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно
- д) Всё перечисленное
- Правильный ответ а

5. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ результат при локализации опухоли:

- а) В верхневнутреннем квадранте
- б) В верхне-наружном квадранте
- в) В нижне-внутреннем квадранте
- г) В нижне-наружном квадранте
- Правильный ответ б

6. ТЕРМИН "СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ" ОЗНАЧАЕТ:

- а) Терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии
- б) Терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
- в) Терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
- г) Ни одно из перечисленных
- Правильный ответ а

- 7. ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ:
- а) Легких
- б) Органов брюшной полости
- в) Молочной железы
- г) Щитовидной железы
- д) Правильно В и Г
- Правильный ответ д
- 8. ВНУТРИПРОТОКОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ:
- а) При бесконтрастной маммографии
- б) При дуктографии
- в) При крупнокадровой флюорографии
- г) Выявлены рентгенологически быть не могут
- Правильный ответ б
- 9. ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗМОЖНА:
- а) При ультразвуковом исследовании
- б) При маммографии
- в) При термографии
- г) При использовании всех перечисленных методов
- д) Ни при одном из перечисленных методов
- Правильный ответ г
- 10. ПАРЕНХИМУ НОВООБРАЗОВАНИЯ СОСТАВЛЯЮТ:
- а) Собственно опухолевые клетки
- б) Соединительная ткань
- в) Кровеносные и лимфатические сосуды
- г) Нервы и клеточные элементы стромы
- д) Всё перечисленное верно
- Правильный ответ а
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача №1

- Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.
- Вопросы:
- 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

- 2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.
- Ответ:
- Внутрипротоковая папиллома правой молочной железы. Следует дифференцировать с внутрипротоковым раком молочной железы.
- Обоснование:
- данные анамнеза и объективного осмотра:
- жалобы на выделения из соска, соответствующие по характеру внутрипротоковой папилломе.
- объективные данные:
- отсутствие узловых образований при пальпации и маммографии.
- Цитологическое исследование выделений из соска. Для папилломы характерно наличие клеток протокового эпителия, гемосидерин.
- Дуктография для подтверждения наличия папилломы, а также ее локализации.
- Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения
- Принципы лечения:
- Выполнение центральной секторальной резекции правой молочной железы с удалением протоков, содержащих папилломы со срочным гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза внутрипротоковая папиллома прогноз благоприятный.

• **Задача №2**

- Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.
- Вопрос:
- 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- 2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.
- Ответ:
- Рак левой молочной железы. Отечно-инфильтративная форма. Следует дифференцировать с нелактационным маститом.
- Обоснование:
- данные анамнеза и объективного осмотра:

- жалобы на симптомы воспаления правой молочной железы, протекающие, однако, без выраженного болевого синдрома, повышения температуры тела.
- объективные данные:
- отсутствие узловых образований при пальпации. Наличие увеличенных лимфоузлов в левой подмышечной области, подозрительных на предмет метастатического поражения.
- Маммография, УЗИ молочных желез. При обнаружении узловых образований пункция. При их отсутствии – пункция лимфатических узлов левой подмышечной области.
- При подтверждении диагноза пациентке выполняется биопсия, назначается системное лечение (химиотерапия, гормонотерапия). При достижении выраженного лечебного эффекта – возможно выполнение оперативного вмешательства в объеме радикальной мастэктомии.

-

• **Задача №3**

- У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением загрудных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.
- Вопрос:
- 1. Определите объем обследования для определения стадии заболевания.
- 2. Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
- 3. Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?
- Ответ:
- Кроме уже выполненной маммографии необходимо:
- УЗИ региональных зон метастазирования (подмышечные, подключичные, надключичные)
- Рентгенография органов грудной клетки
- УЗИ печени
- Сцинтиграфия костей скелета
- Этой пациентке показана радикальная мастэктомия, несмотря на малый размер опухоли и верхне-наружную локализацию. Причиной является наличие противопоказаний к органосохраняющей терапии, включающую лучевую терапию. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением внутригрудных лимфатических узлов, по поводу которого она уже получала лучевую терапию на область грудной клетки.

- С учетом наличия высокого уровня рецепторов гормонов и отсутствия метастазов в лимфатические узлы, больной в качестве системной терапии показана гормонотерапия (ингибиторы ароматазы или тамоксифен)
-

• **Задача №4**

- Больная 25 лет, жалобы на уплотнение, боли в молочных железах и увеличение желез в размерах. Данная симптоматика появляется перед менструацией в течение последних 6 месяцев.
- Вопрос:
 - 1.Поставьте предварительный диагноз?
 - 2.Какие обследования надо провести?
- Ответ:
 - 1.Диффузная мастопатия
 - 2. Пальпацию и УЗИ молочных желез

• **Задача № 5**

- Больная 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков.
- Вопрос:
 - 1. Ваш предварительный диагноз?
 - 2. План обследования?
 - 3. Основной метод лечения?
- Ответ:
 - 1 Внутрипротоковые папилломы
 - 2. Дуктография, цитологическое исследование выделений
 - 3. Хирургический
-

• **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов.
- **Занятие №16**
- **1. Индекс: ОД.О.01.1.3.16 Тема: «Морфологическая характеристика доброкачественных опухолей легких».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- определить видимые макро- и микроскопически проявления аденомы объяснить причины, механизм развития, исход и оценить их значение;
- определить морфологические признаки тератомы, объяснить причины, механизм развития, исход и оценить их значение;
- определить морфологические признаки фиброаденомы объяснить причины, механизм развития, исход и оценить значение возможных осложнений;
- определить морфологические признаки гистиоцитомы объяснить причины, механизм развития, исход и оценить значение возможных осложнений.
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**
- **1. КЛИНИКО– МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ:**
 - а. медленный рост
 - б. скудная клиника до возникновения осложнений
 - в. редкое озлокачествление
 - г. ровная, гладкая поверхность с наличием капсулы
 - д. экспансивный рост
 - е. все перечисленное
 - правильный: е, , , ,
- **2. АДЕНОМА БРОНХА КАРЦИНОИДНОГО ТИПА ПРОДУЦИРУЕТ:**
 - а. гистамин
 - б. брадикинин
 - в. серотонин
 - г. инсулин
 - д. альдостерон
 - правильный: в
- **3. КЛИНИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:**
 - а. аллергизацией
 - б. нарушением бронхиальной проходимости

- в. прорастанием сосудов и нервов
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного
- правильный: б
- 4. ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ ПРИ АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИИ
- а. обрыв сосудов
- б. наличие дополнительных сосудов в. смещение сосудов опухолью
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного
- правильный: в
- 5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО:
- а. округлая форма, однородная структура
- б. дорожка к корню
- в. . наличие полости распада
- г звездчатость
- правильный: а,
- 6. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ЭХИНОКОККОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ:
- 1) употреблении копченого мяса и рыбы;
- 2) употреблении сырых яиц и рыбы;
- 3) вдыхании возбудителя с пылью;
- 4) выделке меха;
- 5) во всех вышеуказанных случаях.
- Правильный:3
- 7. ЭХИНОКОКК В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО:
- 1) кишечнику;
- 2) межфасциальным пространствам;
- 3) кровеносным и лимфатическим сосудам;
- 4) мочевыводящим путям;
- 5) желчевыводящим путям.
- Правильный:3
- 8. УКАЖИТЕ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА:
- 1) почки, надпочечники, спинной мозг;
- 2) желудочно-кишечный тракт;
- 3) легкие, головной мозг, печень;
- 4) подкожная клетчатка, костный мозг;
- 5) поджелудочная железа, селезенка.
- Правильный:3
- 9. УКАЖИТЕ ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ:
- 1) интермедиарная, мезотелиальная;
- 2) пиогенная, промежуточная;
- 3) мембранозная, серозная;

- 4) зародышевая, хитиновая;
- 5) эпителиальная, грануляционная.
- Правильный:4
- 10. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА НЕХАРАКТЕРНО:

- 1) боль;
- 2) перитонит;
- 3) плеврит;
- 4) абсцедирование;
- 5) кишечная непроходимость.
- Правильный:5
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача №1

- Больной Р., 40 лет. Предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки.
- Считает себя больным в течение последнего года. Лечился по поводу хронического бронхита. Общее состояние удовлетворительное. Над левым легким перкуторный звук с выраженным коробочным оттенком. Дыхание слева ослаблено, справа – везикулярное. При рентгенологическом исследовании установлена повышенная прозрачность левого легочного поля. На томограммах и бронхограммах в левом главном бронхе определяется образование, почти полностью обтурирующее его просвет. Диаметр образования около 2,5 см., контуры четкие, ровные.
- 1. Предварительный диагноз.
- 2. Дополнительные методы исследования.
- 3. Лечение.
- Ответ:
- 1. Аденома левого верхнедолевого бронха, осложненная обструктивной эмфиземой левого легкого.
- 2. Бронхоскопия с биопсией, УЗИ брюшной полости.
- 3. Торакотомия, резекция левого верхнедолевого бронха с анастомозом.

• Задача №2

- Больная О, 38 лет. Предъявляет жалобы на периодический сухой кашель, ноющие боли в левой половине грудной клетки. Считает себя больной в течение 3 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Неоднократно лечилась по поводу острых респираторных заболеваний. На рентгенограммах и томограммах в проекции S III определяется шаровидная тень диаметром 3 см., однородная, с четкими, ровными контурами, без перифокальной воспалительной инфильтрации.
- 1. Диагноз.
- 2. Дифференциальный диагноз.
- Ответ:
- 1. Доброкачественное новообразование верхней доли левого легкого.

- 2. Дифференциальный диагноз с туберкулемой, периферическим раком легкого, абсцессом, кистой легкого.
- **Задача №3**
- Больной Г. 65 лет. Жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки.
- Вопросы: Предположительный диагноз? Каков план обследования? Предположите объем лечения.
- Ответ: Центральный рак правого легкого. Рентгенологическое исследование органов грудной полости. Бронхоскопия, биопсия. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета. КТ, ангиография, лапароскопия по показаниям.
- Хирургическое лечение в объеме правосторонней пневмонэктомии.
- **Задача №4**
- Больной 49 лет, болен 6 месяцев. Заболел после перенесенного на ногах «гриппа». Отмечает появление упорного кашля, постоянные боли в правой половине грудной клетки, недомогание. Похудел на 5 кг. При обследовании в поликлинике диагностировано «затемнение» нижней доли правого легкого. В период лечения в терапевтическом отделении был обнаружен геморрагический экссудат в правой плевральной полости.
- 1. Ваш предварительный диагноз?
- 2. Какие методы диагностики необходимо выполнить больному?
- 3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- 4. Какую лечебную тактику выбрать у больного?
- 5. Какие методы хирургического лечения возможны у больного?
- Ответы к задаче
- 1. У больного вероятно развитие рака правого легкого
- 2. Полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки, ФБС с биопсией, ЭХО-УЗИ, СКТ, МРТ, спирография, УЗИ органов брюшной полости, торакоскопия с биопсией плевры
- 3. Пневмония, туберкулез, бронхоэктазы, кисты легких, актиномикоз
- 4. После торакоскопии с биопсией при подтверждении канцероматоза плевры – назначение лучевой и химиотерапии
- 5. Местное лечение параканкрозного плеврита (пункции, облитерация плевральной полости)
- **Задача № 5**

- Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл. в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенёс операцию на левом лёгком-удаление нижней доли и языковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл. гнойной мокроты, появились кровохарканья, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл. стала зловонной. Состояние тяжёлое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся лёгком полость около 6 см. с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом лёгком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено.

-

- Какой наиболее вероятный диагноз?
- Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть у больного?
- Ваша тактика?
- Какая предоперационная подготовка нужна данному больному?

-

- Ответы к задаче :
- Абсцесс верхней доли левого легкого.
- Необходимо проведение рентгенографии легких, томографии при возможности КТ., эндоскопическое исследование, функция внешнего дыхания.
- Кровотечение, пиопневмоторакс.
- При отсутствии изменений в правом легком, хирургическое удаление оставшейся части левого лёгкого после предоперационной подготовки.
- Это следующее направления:
- 1) меры, направленные на поддержание и восстановление общего состояния и коррекцию нарушенного гомеостаза;
- 2) меры по коррекции иммунологической реактивности больных;
- 3) меры, направленные непосредственно на подавление микроорганизмов – возбудителей инфекционного процесса;
- 4) меры, имеющие целью обеспечение оптимального дренирования очагов деструкции в легком;

-

• **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов.
- **Занятие №17**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.3.17 Тема: «Морфологическая характеристика злокачественных опухолей легких».**

- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

- **3. Вопросы по теме**

- определить видимые макро- и микроскопически проявления злокачественных заболеваний легких и оценить их значение;
- определить морфологические признаки злокачественных заболеваний легких;
- Гистопатологическая классификация злокачественных заболеваний легких;
- объяснить причины, механизм развития, исход и оценить значение возможных осложнений злокачественных заболеваний легких.

-

- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

- **1. ДЛЯ ОПУХОЛИ ПАНКОСТА ХАРАКТЕРНО**

- а) субплевральное расположение
- б) локализация в области верхушки легкого
- в) инфильтрирующий рост
- г) прорастание задних отростков ребер
- д) все перечисленное
- правильный ответ: д

-

- **2. ДЛЯ ОПУХОЛИ ПАНКОСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО**

- а) эмфизема легких
- б) раннее кровохарканье
- в) локализация в области верхушки легкого
- г) полное отсутствие клинических проявлений
- д) наличие обструктивного пневмонита
- правильный ответ: в

-

- 3. ОБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОМ РАКЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ
 - а) больших размерах опухоли
 - б) прорастании в грудную стенку
 - в) появлении метастазов в плевру
 - г) сдавлении растущей опухолью крупного бронха
 - д) все перечисленное верно
 - правильный ответ:д
 -
- 4.ДЛЯ РАКА ВЕРХУШКИ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНО
 - а) интенсивные боли в надплечье с иррадиацией в руку
 - б) деструкция задних отрезков ребер
 - в) симптом Горнера
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
 - правильный ответ:б
 -
- 5.ПРИ АТЕЛЕКТАЗЕ ДОЛИ ЛЕГКОГО НАБЛЮДАЕТСЯ
 - а) повышение температуры
 - б) смещение трахеи (симптом Рубинштейна)
 - в) укорочение перкуторного звука над областью ателектаза
 - г) симптом Гольцкнехта-Якобсона
 - д) все перечисленное
 - правильный ответ:б
 -
- 6.РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАКА ЛЕГКОГО УТОЧНЯЕТСЯ ПРИ
 - а) обзорной R графии грудной клетки
 - б) пневмомедиастинографии
 - в) торакоскопии
 - г) компьютерной томографии
 - д) все перечисленное
 - правильный ответ:д
 -
- 7.ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАК ЛЕГКОГО И АДЕНОМУ БРОНХА ПОЗВОЛИТ
 - а) пневмография
 - б) медиастиноскопия
 - в) торакоскопия
 - г) бронхоскопия с биопсией
 - д) все перечисленное
 - правильный ответ:г
 -
- 8.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЛЕГКОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) бронхоскопия
- б) каваграфия
- в) бронхография
- г) сцинтиграфия
- д) все перечисленное
- правильный ответ: а
-
- 9. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СУБПЛЕВРАЛЬНОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) слабость
- б) кахексия
- в) выраженная анемия
- г) повторная пневмония
- д) геморрагический плеврит
- правильный ответ: д
-
- 10. О IV СТАДИИ РАКА ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
- а) ателектаз легкого
- б) геморрагический плеврит с наличием атипических клеток
- в) синдром Горнера
- г) все перечисленные признаки
- д) только б) и в)
- правильный ответ: г
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача №1

- Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии. Диагноз? Тактика лечения?
- Ответ: центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Тактика лечения: плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. Анализ плевральной жидкости на наличие атипических клеток. Томография главного и промежуточного бронха справа.

-

- **Задача №2**

- Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа - без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Диагноз? Тактика лечения?
- Ответ: периферический рак в нижней доли левого легкого. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата.

-

- **Задача №3**

- Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак.
- Диагноз? Какую лечебную манипуляцию необходимо выполнить больному? Тактика обследования больного?
- Ответ: Центральный рак правого легкого. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. КТ легких. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета.

-

- **Задача №4**

- Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.
- Диагноз? Тактика обследования?
- Ответ: Периферический рак нижней доли левого легкого. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ.

Цитологическое исследование пунктата. УЗИ брюшной полости. Бронхоскопия. Сканирование костей скелета.

-
- **Задача №5**
- Больная Ш. 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрескожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

- Диагноз? Лечебная тактика.
- Ответ: Периферический рак нижней доли правого легкого. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия.

- **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- Манипуляции:

- - спирометрия и спирография;
- - пункция плевры с эвакуацией экссудата;
- - пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- - пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
- - открытая биопсия легкого (диагностическая торакотомия);
- -пункция перикарда;
- - наложение диагностического пневмоторакса;
- - наложение диагностического пневмоперитонеума;
- - пневмомедиастинография;
- - бронхоскопия, бронхография;
- - фистулография;
- - стандартные межреберные торакотомии.

• **Занятие №18**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.4 Тема: «Морфологическая характеристика злокачественных опухолей пищевода».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
 - определить видимые макро- и микроскопически проявления злокачественных заболеваний пищевода и оценить их значение.
 - определить морфологические признаки злокачественных заболеваний пищевода.
 - Гистопатологическая классификация злокачественных заболеваний легких.
 - Пути метастазирования рака пищевода.
 - Объяснить причины, механизм развития, исход и оценить значение возможных осложнений злокачественных заболеваний пищевода.
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**
 - 1. РАКОМ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ:
 - а) Мужчины
 - б) Женщины
 - в) В возрасте 40-50 лет
 - г) В возрасте 60-70 лет
 - д) Правильно А и Г
 - Правильный ответ д
 - 2. К ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ФОНЕ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:
 - 1) Рубцовая стриктура
 - 2) Ахалазия
 - 3) Синдром Пламмера - Винсона
 - 4) Пищевод Барретта
 - 5) Кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)
 - а. Всё перечисленное

- б. Всё перечисленное, кроме 1
- в. Всё перечисленное, кроме 1 и 2
- г. Всё правильно, кроме 1, 2 и 3
- д. Всё правильно, кроме 1, 2, 3 и 4
- Правильный ответ а
-
- 3. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ:
- а) Верхнюю треть
- б) Среднюю треть
- в) Нижнюю треть
- г) Правильно Б и В
- Правильный ответ г
-
- 4. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ:
- а) В печени
- б) В легких
- в) В почках
- г) В костях
- д) Во всех перечисленных органах
- Правильный ответ д
-
- 5. ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ:
- а) Язвенный
- б) Узловой (бородавчато-папилломатозный)
- в) Инфильтративный (скиррозный)
- г) Все ответы верны
- Правильный ответ г
-
- 6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:
- а) Повышенное слюноотделение
- б) Тошнота
- в) Дисфагия
- г) Рвота
- д) Боли за грудиной
- Правильный ответ в
-
- 7. ДИСФАГИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ ИМЕТЬ:
- а) Рефлекторный характер
- б) Стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью
- в) Смешанный-рефлекторный и механический характер
- г) Все ответы верны

- Правильный ответ г
-
- 8. БОЛИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ ЛОКАЛИЗИРОВАТЬСЯ В ОБЛАСТИ:
- а) Шеи
- б) Грудной клетки
- в) Эпигастрия
- г) Все ответы верны
- д) Верны ответы Б и В
- Правильный ответ г
-
- 9. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ:
- а) Охриплость голоса
- б) Кашель
- в) Эмпиема плевры
- г) Медиастинит
- д) Всё перечисленное
- Правильный ответ д
-
- 10. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:
- а) Нарушение акта глотания
- б) Изменение эластичности стенки пищевода
- в) Неровность контура пищевода
- г) Деформации рельефа слизистой
- д) Правильно Б и Г
- Правильный ответ д
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача № 1

- Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.
- Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика?

- Ответ: преимущественно экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса.
- **Задача № 2**
- Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.
- Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика?
- Ответ: рак верхней трети желудка, преимущественно экзофитной формы роста. Хирургическое лечение. Операция типа Герлока. Проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.
- **Задача № 3**
- Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.
- Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика? Вид оперативного лечения? Послеоперационное лечение?
- Ответ: экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия
- **Задача № 4**
- Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней

стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

- Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика? Оперативное лечение? П\операционное лечение?
- Ответ: Экзофитный рак средней трети пищевода. Метастазы в печень. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия. Химиотерапия.

- **Задача № 5**

- Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.
- Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика? Оперативное лечение?
- Ответ: Тотальный инфильтративный рак пищевода. Показано хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластики.

-
-

- **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- Манипуляции:
 - - спирометрия и спирография;
 - - пункция плевры с эвакуацией экссудата;
 - - пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
 - - пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
 - - открытая биопсия легкого (диагностическая торакотомия);
 - - пункция перикарда;
 - - наложение диагностического пневмоторакса;
 - - наложение диагностического пневмоперитонеума;
 - - пневмомедиастинография;
 - - бронхоскопия, бронхография;
 - - фистулография;
 - - стандартные межреберные торакотомии.

• **Занятие №19**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.4 Тема: «Семиотика заболеваний пищевода».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
 - Основные симптомы заболевания пищевода
 - Дисфагия, виды дисфагий
 - Ларингофарингеальная дисфагия
 - Нарушения трансофагеального пассажа пищи
 - Дистальная дисфагия.
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**
 - 1. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ?
 - а) 1-3 года
 - б) 4-6 лет
 - в) 7-10 лет
 - г) 11-12 лет
 - д) 13-15 лет
 - правильный ответ: а

-
- 2. КОГДА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПЕРВУЮ ЭЗОФАГОСКОПИЮ ПРИ СВЕЖИХ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГАХ ПИЩЕВОДА?
- а) 5-6 день
- б) через 2 недели
- в) через 3 недели
- г) через месяц
- д) через 1 год
- правильный ответ: а
-
- 3. НА 6-ОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ОПРЕДЕЛИЛИ ГИПЕРЕМИЮ, ОТЕК, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ ЛЕЧЕБНУЮ ТАКТИКУ:
- а) продолжать симптоматическое лечение в стационаре
- б) выписать под наблюдение
- в) бужирование пищевода
- г) гастростомия
- д) эзофагостомия
- правильный ответ: в
-
- 4. У РЕБЕНКА С ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВИДНЫ ГРАНУЛЯЦИИ, НАЛОЖЕНИЯ ФИБРИНА. ЧТО НЕОБХОДИМО СДЕЛАТЬ?
- а) гастростомию
- б) бужирование
- в) физиолечение
- г) продолжить консервативное лечение
- д) наблюдение в стационаре
- правильный ответ: б
-
- 5. ЧЕМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА ЩЕЛОЧАМИ?
- а) водой
- б) молоком
- в) 0,1% раствором соляной кислоты
- г) 4% раствором соды
- правильный ответ: г
-
- 6. ЧЕМ НЕ СЛЕДУЕТ ПРОМЫВАТЬ ЖЕЛУДОК ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА КИСЛОТАМИ?
- а) водой
- б) молоком
- в) 4% р-ром соды
- г) 0,1% р-ром соляной кислоты

- д) 2% р-ром соды
- правильный ответ: г
-
- 7.ДЛИТЕЛЬНОСТЬ БУЖИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА ПРИ ОЖОГАХ III СТЕПЕНИ?
- а) 1 месяц
- б) 3 месяца
- в) 6 месяцев
- г) 1 год
- д) 2 года и более
- правильный ответ: д
-
- 8.ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА II СТЕПЕНИ РЕБЕНКА НЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАЛИ. КАКОВЫ ПОСЛЕДСТВИЯ?
- а) выздоровление
- б) умеренное сужение пищевода
- в) выраженное сужение пищевода
- г) язва ДПК
- д) медиастинит
- правильный ответ: в
-
- 9.ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ (ПЕРВИЧНЫМ) СИМПТОМОМ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА?
- а) боль во рту, глотке
- б) рвота
- в) гиперемия, отек слизистой рта
- г) следы ожога губ, кожи лица
- д) гипотрофия
- правильный ответ: д
-
- 10.ЧЕРЕЗ 3 НЕДЕЛИ ПОСЛЕ ХИМИЧЕСКОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИ ЭЗОФАГОСКОПИИ ВЫЯВЛЕНЫ ЯЗВЫ, ГРАНУЛЯЦИИ, ОТЕК, СУЖЕНИЕ ПРОСВЕТА. КАКОВА СТЕПЕНЬ ОЖОГА?
- а) ожог легкой степени
- б) ожог средней степени
- в) ожог тяжелой степени
- правильный ответ: в

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача №1

- Больной 33 лет, в течение 5 лет отмечает тяжесть и боли за грудиной, резко усиливающиеся после приема пищи, дисфагию, отрыжку пищей по ночам, гнилостный запах изо рта. В анамнезе повторные бронхиты и пневмонии.
- Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Что необходимо провести для подтверждения диагноза?
- С чем необходимо дифференцировать?
- Какое лечение необходимо провести больному?
- Ответы:
- дивертикул пищевода
- Эзофагоскопию, Рентгеноскопию пищевода
- Ахалазия и кардиоспазм и опухоль пищевода
- Оперативное лечение
-
- **Задача №2**
- У больного раком с/З пищевода, обнаружен плеврит.
- Вопрос:
- Ваша дальнейшая тактика?
- При обтурации опухолью пищевода, что необходимо провести больному?
- При кахексии что необходимо проводить больному?
- При отсутствии метастазов, канцерогенеза плевры, что необходимо провести больному
- Ответы:
- Плевральная пункция с цитологическим исследованием, наружное дренирование плевральной полости
- Гастростомия
- Парентеральное питание
- Решить вопрос о радикальном оперативном лечении
- **Задача №3**
- У больного 49 лет диагностирована злокачественная опухоль пищевода на уровне нижнего края дуги аорты. Наличие отдаленных метастазов не установлено. Продолжительность дисфагии 3 мес. Больной значительно истощен, ослаблен, анемизирован.
- Вопрос:
- Какая тактика лечения должна быть предпринята?
- Ответ: наложение гастростомы, парентеральное питание. Подготовить больного к радикальному лечению.
- **Задача №4**
- У больной М., 53 лет, при эзофагоскопии установлен рак средней трети пищевода, взята биопсия. На следующий день у больной появилась эмфизема обеих подключичных пространств, боли при глотании за грудиной, цианоз. Положение больной полусидящее. Температура повысилась до 39 С, высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. На рентгенограмме расширение тени средостения. При надавливании на грудину боли усиливаются.
- Вопрос:

- Какой диагноз?
- Какова методика лечения?
- Ответ:
- Перфорация пищевода с развитием медиастинита.
- Дренирование средостения и гастростомия.
- **Задача № 5**
- Больная Ф., 40 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку, слабость, потливость, иногда затруднение при проглатывании грубой пищи. При осмотре определяется небольшое утолщение шеи, больше справа, расширение шейных вен, над яремной вырезкой прощупывается гладко-эластичное тело, которое при глотании кашле значительно выпячивается вверх, а в спокойном состоянии почти полностью погружается в грудную полость, не пульсирует. Щитовидная железа на шее не увеличена.
- **Вопрос:**
- О каком заболевании можно думать?
- Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Ответ:
- Дивертикул пищевода.
- Эзофагоскопия, рентгеноскопия пищевода.
- **6. Перечень и стандарты практических умений**
- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

•

• Занятие №20

• **1. Индекс: ОД.О.01.1.4.20** Тема: «Семиотика заболеваний легких».

• **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.

• 3. Вопросы по теме

- Основные симптомы заболевания легких.
- Кровохарканье при заболеваниях легких.
- Нарушение ритма дыхания
- Одышка, виды одышки.
- Синдром острой бронхиальной обструкции.

•

• 4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.

• 1. КЛИНИКО– МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ:

- а. медленный рост
- б. скудная клиника до возникновения осложнений
- в. редкое озлокачествление
- г. ровная, гладкая поверхность с наличием капсулы
- д. экспансивный рост
- е. все перечисленное
- правильный: е, , , ,

• 2. АДЕНОМА БРОНХА КАРЦИНОИДНОГО ТИПА ПРОДУЦИРУЕТ:

- а. гистамин
- б. брадикинин
- в. серотонин
- г. инсулин
- д. альдостерон
- правильный: в

• 3. КЛИНИКА ЦЕНТРАЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

- а. аллергизацией
- б. нарушением бронхиальной проходимости

- в. прорастанием сосудов и нервов
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного
- правильный: б
- 4. ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ ПРИ АНГИОПУЛЬМОНОГРАФИИ
- а. обрыв сосудов
- б. наличие дополнительных сосудов в. смещение сосудов опухолью
- г. все перечисленное
- д. ничего из перечисленного
- правильный: в
- 5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО:
- а. округлая форма, однородная структура
- б. дорожка к корню
- в. . наличие полости распада
- г звездчатость
- правильный: а,
- 6. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ЭХИНОКОККОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ:
- 1) употреблении копченого мяса и рыбы;
- 2) употреблении сырых яиц и рыбы;
- 3) вдыхании возбудителя с пылью;
- 4) выделке меха;
- 5) во всех вышеуказанных случаях.
- Правильный:3
- 7. ЭХИНОКОКК В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО:
- 1) кишечнику;
- 2) межфасциальным пространствам;
- 3) кровеносным и лимфатическим сосудам;
- 4) мочевыводящим путям;
- 5) желчевыводящим путям.
- Правильный:3
- 8. УКАЖИТЕ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА:
- 1) почки, надпочечники, спинной мозг;
- 2) желудочно-кишечный тракт;
- 3) легкие, головной мозг, печень;
- 4) подкожная клетчатка, костный мозг;
- 5) поджелудочная железа, селезенка.
- Правильный:3
- 9. УКАЖИТЕ ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ:
- 1) интермедиарная, мезотелиальная;
- 2) пиогенная, промежуточная;
- 3) мембранозная, серозная;

- 4) зародышевая, хитиновая;
- 5) эпителиальная, грануляционная.
- Правильный:4
- 10. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА НЕХАРАКТЕРНО:
- 1) боль;
- 2) перитонит;
- 3) плеврит;
- 4) абсцедирование;
- 5) кишечная непроходимость.
- Правильный:5
-

• **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

• **Задача №1**

- Больной Р., 40 лет. Предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки.
- Считает себя больным в течение последнего года. Лечился по поводу хронического бронхита. Общее состояние удовлетворительное. Над левым легким перкуторный звук с выраженным коробочным оттенком. Дыхание слева ослаблено, справа – везикулярное. При рентгенологическом исследовании установлена повышенная прозрачность левого легочного поля. На томограммах и бронхограммах в левом главном бронхе определяется образование, почти полностью обтурирующее его просвет. Диаметр образования около 2,5 см., контуры четкие, ровные.

-
- 1. Предварительный диагноз.
-

- 2. Дополнительные методы исследования.
-

- 3. Лечение.
-

• **Ответ:**

- 1. Аденома левого верхнедолевого бронха, осложненная обструктивной эмфиземой левого легкого.
-

- 2. Бронхоскопия с биопсией, УЗИ брюшной полости.
-

- 3. Торакотомия, резекция левого верхнедолевого бронха с анастомозом.

• **Задача №2**

- Больная О, 38 лет. Предъявляет жалобы на периодический сухой кашель, ноющие боли в левой половине грудной клетки. Считает себя больной в течение 3 лет, когда появились вышеуказанные жалобы. Неоднократно лечилась по поводу острых респираторных заболеваний. На рентгенограммах и томограммах в проекции S III определяется шаровидная

тень диаметром 3 см., однородная, с четкими, ровными контурами, без перифокальной воспалительной инфильтрации.

-
- 1. Диагноз.
-
- 2. Дифференциальный диагноз.
-
- Ответ:
-
- 1. Доброкачественное новообразование верхней доли левого легкого.
-
- 2. Дифференциальный диагноз с туберкулемой, периферическим раком легкого, абсцессом, кистой легкого.

• **Задача №3**

- Больной Г. 65 лет. Жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки.
- Вопросы: Предположительный диагноз? Каков план обследования? Предположите объем лечения.
- Ответ: Центральный рак правого легкого. Рентгенологическое исследование органов грудной полости. Бронхоскопия, биопсия. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета. КТ, ангиография, лапароскопия по показаниям.
- Хирургическое лечение в объеме правосторонней пневмонэктомии.

• **Задача №4**

- Больной 49 лет, болен 6 месяцев. Заболел после перенесенного на ногах «гриппа». Отмечает появление упорного кашля., постоянные боли в правой половине грудной клетки, недомогание. Похудел на 5 кг. При обследовании в поликлинике диагностировано «затемнение» нижней доли правого легкого. В период лечения в терапевтическом отделении был обнаружен геморрагический экссудат в правой плевральной полости.
- 1. Ваш предварительный диагноз?
- 2. Какие методы диагностики необходимо выполнить больному?
- 3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- 4. Какую лечебную тактику выбрать у больного?
- 5. Какие методы хирургического лечения возможны у больного?
- Ответы к задаче
- 1. У больного вероятно развитие рака правого легкого

- 2. Полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки, ФБС с биопсией, ЭХО-УЗИ, СКТ, МРТ, спирография, УЗИ органов брюшной полости, торакоскопия с биопсией плевры
- 3. Пневмония, туберкулез, бронхоэктазы, кисты легких, актиномикоз
- 4. После торакоскопии с биопсией при подтверждении канцероматоза плевры – назначение лучевой и химиотерапии
- 5. Местное лечение параканкрозного плеврита (пункции, облитерация плевральной полости)

• **Задача № 5**

- Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл. в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенёс операцию на левом лёгком-удаление нижней доли и языковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл. гнойной мокроты, появились кровохарканья, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл. стала зловонной. Состояние тяжёлое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся лёгком полость около 6 см. с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом лёгком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено.
- Какой наиболее вероятный диагноз?
- Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть у больного?
- Ваша тактика?
- Какая предоперационная подготовка нужна данному больному?
-
- Ответы к задаче
- Абсцесс верхней доли левого легкого.
- Необходимо проведение рентгенографии легких, томографии при возможности КТ., эндоскопическое исследование, функция внешнего дыхания.
- Кровотечение, пиопневмоторакс.
- При отсутствии изменений в правом легком, хирургическое удаление оставшейся части левого лёгкого после предоперационной подготовки.
- Это следующее направления:
- меры, направленные на поддержание и восстановление общего состояния и коррекцию нарушенного гомеостаза;
- меры по коррекции иммунологической реактивности больных;
- меры, направленные непосредственно на подавление микроорганизмов – возбудителей инфекционного процесса;
- меры, имеющие целью обеспечение оптимального дренирования очагов деструкции в легком;
-
- **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-

• Занятие №22

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.4.22** Тема: «Рентгенологические методы исследования в торакальной хирургии».
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Основные методы рентгенологического исследования.
-
- Специальные методы рентгенологического исследования.
-
- Рентгенологические синдромы заболеваний органов дыхания.
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

- 1.ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ЛЕГКОГО ИЛИ ЕГО ЧАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А.уменьшение объема, избыточность и деформация легочного рисунка, потеря воздушности в пораженном участке легкого
- Б. повышение воздушности непораженных отделов легких
- В. деформация, расширение и стеноз бронхов
- Г. смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения
- Д. все ответы правильные
- Ответ: Д
-
- 2.ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДОЛЕВОЙ И СЕГМЕНТАРНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ В ЛЕГКИХ СТРОГО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А.обзорная рентгенография органов грудной клетка;
- б) полипозиционная рентгеноскопия органов грудной клетки;
- в) зонограмма;
- г) рентгенография органов грудной клетки в боковой проекции;
- д) рентгенография органов грудной клетки в латеропозиции.
- Правильный ответ: г
-
- 3. РЕТРОМАНУБРИАЛЬНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ГАЗОКОНТРАСТА ПРИ ПНЕВМОМЕДИАСТИНОГРАФИИ ПОКАЗАН У БОЛЬНЫХ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПАТОЛОГИИ В:
- а) верхнем отделе переднего средостения;
- б) верхнем отделе центрального средостения;
- в) среднем или нижнем отделах переднего средостения;
- г) заднем средостении;
- д) в любом отделе средостения.
- Правильный ответ: в
-
- 4. ДИАГНОЗ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО РАНЕНИЯ С РАЗРЫВОМ ДИАФРАГМЫ МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН С БОЛЬШОЙ ДОЛЕЙ ВЕРОЯТНОСТИ ПРИ СОЧЕТАНИИ:
- а) торакоскопии и рентгенографии органов грудной клетки;

- б) рентгенографии органов грудной и брюшной полостей и диагностического пневмоперитонеума;
- в) рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости УЗИ грудной клетки и брюшной полости;
- г) торакоскопии и лапароскопии;
- д) лапароскопии и УЗИ органов грудной клетки и брюшной полости..
- Правильный ответ: б

•

- 5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРОСТОЙ И КИСТОЗНОЙ ГИПОПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) рентгенотомография;
- б) ангиопульмонография;
- в) бронхоскопия;
- г) бронхография;
- д) перфузионное сканирование легких.
- Правильный ответ: г

•

- 6. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА МАКЛЕОДА И СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

- а) плевральную пункцию с манометрией ;
- б) бронхоскопию;
- в) бронхографию;
- г) ангиопульмонографию;
- д) исследование ФВД.
- Правильный ответ: г

•

- 7. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ДОЛИ НЕПАРНОЙ ВЕНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) дугообразная линия, идущая от корня легкого к диафрагме, в средней части которой имеется округлая тень (непарной вены) диаметром 5-7 мм;
- б) дугообразная линия, расположенная горизонтально от корня легкого до грудной стенки, в средней части которой имеется округлая тень (непарной вены) диаметром 5-7 мм;
- в) дугообразная линия, идущая от верхушки правого легкого к корню, в

нижней части которой имеется овальная тень (непарной вены) размерами 7-8 мм;

- г) дополнительная треугольная тень, прилежащая к тени средостения справа выше корня легкого;
- д) дополнительная треугольная тень, прилежащая к тени средостения справа ниже корня легкого.

• Правильный ответ в

•

• 8. В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРИМЕНИТЬ:

- а) УЗИ плевральной полости, КТ, плеврографию;
- б) рентгенографию грудной клетки, плевроскопию, плеврографию;
- в) рентгеномографию, трахеобронхоскопию, культеграфию;
- г) плевроскопию, медиастиноскопию;
- д) трахеобронхоскопию, плеврографию.

• Правильный ответ в

•

• 9. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ТЭЛА ОТНОСИТЬСЯ:

- а) расширение и деформация корня легкого, выбухание конуса легочной артерии, наличие треугольной или инфильтративной тени, дисковидные ателектазы, локальное просветление участка легкого, высокое стояние купола диафрагмы, плевральный выпот;
- б) расширение корня легкого, расширение тени сердца, обеднение легочного рисунка на всем протяжении легкого, треугольные тени, ограничение подвижности купола диафрагмы;
- в) расширение корня легкого, диффузное обеднение легочного рисунка с многочисленными полиморфными инфильтративными тенями, массивный плевральный выпот;
- г) расширение корня легкого и тени сердца, выбухание конуса легочной артерии, расширение тени верхней полой и непарной вены, дисковидные ателектазы, плевральный выпот;
- д) расширение корня легкого, расширение тени сердца, «прозрачное» легкое, множественные инфильтративные тени, плеврит, уплощение купола диафрагмы.

• Правильный ответ а

•

- 10. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ОБЪЁМА ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ЭМПИЕМЫ, ПРИ НАЛИЧИИ ПЛЕВРО-КОЖНОГО СВИЩА, ЯВЛЯЕТСЯ :
- а) обзорная рентгенография грудной клетки.
- б) МСКТ лёгких.
- в) плеврография.
- г) рентгентомография
- Правильный ответ в

• 5. Задачи по теме с эталонами ответов

•

• Задача №1

- Больная С., 26 лет, поступила в клинику на обследование и уточнение диагноза. При профилактическом осмотре на рентгенограмме справа над куполом диафрагмы обнаружено интенсивное затемнение размерами 4x7 см, сливающееся с тенью диафрагмы.
- Вопрос. Какой метод лучевой диагностики поможет уточнить диагноз.
- Ответ: МСКТ органов грудной клетки.

• Задача №2

- Больной Ю., 17 лет, поступила в клинику с направительным диагнозом "Бронхоэктатическая болезнь". В 12-летнем возрасте оперирована по поводу проникающего ранения живота. Во время операции были ушиты раны на стенке желудка и на левом куполе диафрагмы. Выписан в хорошем состоянии. При поступлении особых жалоб нет.
- Объективно: состояние удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые. Живот мягкий. В эпигастрии по средней линии окрепший послеоперационный рубец. На обзорной рентгенограмме слева в проекции нижней доли определяется ячеистость легочного рисунка.
- Вопрос: О каких заболеваниях можно думать? Какие методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?
- Ответ:
- Диафрагмальная грыжа. Рентгенконтрастное исследование с барием

• Задача №3

- У пациентки 42 лет, страдающей ожирением, при рентгенографии грудной клетки в прямой и боковой проекциях, в правом кардиодиафрагмальном синусе выявлена округлая тень до 7,0 см.
- Вопрос:.
- Предположительный диагноз?
- Какой метод исследования позволит уточнить диагноз?
- Альтернативный метод рентгенологического исследования?
- Ответ: . Абдомино-медиастинальная липома.
- МСКТ органов грудной клетки, средостения.
- Пневмо-медиастиноскопия.
- Задача №4

- У мужчины 38 лет клиника-рентгенологическая картина диссеминированного процесса лёгких неясной этиологии.
- Вопрос: Какое диагностическое вмешательство под рентгенконтролем необходимо произвести для уточнения диагноза.
- Ответ: Чрезбронхиальную биопсию лёгкого.

• **Задача №5**

- У больного 50 лет, страдающего ХОБЛ, пневмосклерозом, отмечен эпизод кровохарканья. На обзорной рентгенограмме – инфильтративных изменений нет. Вопрос: Ваша дальнейшая тактика? План обследования? Какое специализированное рентгенологическое исследование необходимо провести для локализации источника кровотечения и возможного проведения гемостаза?
- Ответ:
- ФБС.
- МСКТ лёгких с контрастным усилением для исключения ТЭЛА.
- Ангиография бронхиальных артерий с эмболизацией при наличии экстрavasации контраста.

•

• **6. Перечень и стандарты практических умений**

- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- выполнить эндоскопические методы обследования;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
- туберкулиновые пробы;
- Манипуляции:
- пункция плевры с эвакуацией экссудата;
- пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- наложение диагностического пневмоторакса;
- наложение диагностического пневмоперитонеума;
- торако (плевра) скопия;
- парамедиастинальная торакотомия
- прескаленная биопсия клетчатки
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
- открытая биопсия легкого (диагностическая торакотомия)
- стандартные межреберные торакотомии;

- -стандартные лобэктомии; стандартные пульмонэктомии.
-
- **Занятие №27**
- **1. Индекс: ОД.О.01.1.5.27 Тема: «Первичный туберкулез органов дыхания».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме .**
- Патоморфоз первичного туберкулеза органов дыхания и его отличия от вторичных форм.
- Значение туберкулиновых проб в диагностике и лечении первичного туберкулеза органов дыхания.
- Диагностика первичного туберкулеза органов дыхания
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**
- 1. “ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ “ – ЭТО:
- А. туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
- Б. первичный туберкулезный комплекс
- В. заболевание, возникшее вскоре после инфицирования
- Ответ: В
-
- 2. ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ “ ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ КОМПЛЕКС “- ЭТО:
- А. первичный туберкулез, характеризующийся наличием туберкулезных изменений в легких
- Б. туберкулез, характеризующийся наличием инфильтрата в легких, воспалительной дорожки к корню легкого и регионарным лимфаденитом
- В. туберкулез первичного периода, характеризующийся наличием очага или инфильтрата в легком, воспалительной дорожки и регионарным лимфаденитом
- Ответ: В
-
- 3. ПЕРВОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ПРИ ИНВАЗИИ И РАЗМНОЖЕНИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ БУДЕТ:
- А. образование казеозного некроза
- Б. формирование туберкулезной гранулемы
- В. инфильтрация ткани нейтрофильными лейкоцитами

- Ответ: В
-
- 4.В СОСТАВ ПЕРВИЧНОГО КОМПЛЕКСА ВХОДЯТ:
- А. легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов
- Б. легочный очаг, специфический лимфангит и туберкулез регионарных лимфатических узлов
- В. специфический эндобронхит, легочный очаг и туберкулез регионарных лимфатических узлов
- Ответ: Б
-
- 5.ПОРАЖЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ПЕРВИЧНОМ КОМПЛЕКСЕ – ЭТО:
- А. инфильтративный бронхоаденит
- Б. туморозный бронхоаденит
- В. казеозный бронхоаденит
- Ответ: В
-
- 6.СПЕЦИФИЧНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИЕЙ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СКОПЛЕНИЕ В ОЧАГЕ ПОРАЖЕНИЯ:
- А. лимфоидных клеток
- Б. нейтрофильных клеток
- В. эпителиоидных клеток с включением гигантских типа Лангханса
- Ответ: В
-
- 7.ПОНЯТИЕ “ЭКЗОГЕННАЯ“ СУПЕРИНФЕКЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ:
- А. проникновение извне инфекции в ранее неинфицированный организм
- Б. проникновение извне инфекции в уже инфицированный организм
- В. повторное проникновение извне инфекции в ранее неинфицированный организм
- Ответ: Б
-
- 8.ОТЛИЧИЕ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА В ПЕРВИЧНОМ ПЕРИОДЕ ОТ ЕГО ТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРИЧНОМ ПЕРИОДЕ СОСТОЯТ:
- А. в более высокой общей сенсibilизации органов и тканей к туберкулезной

инфекции

- Б. в большей наклонности к генерализации инфекционного процесса
- В. в более частом возникновении параспецифических реакций в тканях разных органов
- Г. во всем перечисленном
- Ответ: Г

•

• 9.ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ БУГОРОК ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

- А. гранулему, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангханса, в центре которой имеется участок казеозного некроза
- Б. инфильтрат, состоящий из скопления нейтрофилов, лимфоидных, эпителиоидных клеток с некрозом в центре и включением гигантских клеток Лангханса
- Ответ: А

•

• 10.ПАТОМОРФОЗ ТУБЕРКУЛЕЗА – ЭТО:

- А. уменьшение заболеваемости населения туберкулезом
- Б. изменение клинического течения и морфологических проявлений инфекционного процесса
- В. уменьшение смертности от туберкулеза
- Г. снижение инфицированности населения туберкулезом
- Ответ: Б

•

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача №1

- К вам на прием обратился молодой человек 23 лет, жалоб явных не предъявляет. Курит. В контакте с туберкулезными больными не был. На ФЛГ определяется очаг в S1, воспалительная дорожка к корню легкого и вовлечением процесс регионарных лимфоузлов.
- Вопрос:
- Что вы можете заподозрить у данного больного?
- Что необходимо провести?
- В чем нуждается больной?
- Лечение?
- Ответ:
- Первичный туберкулезный комплекс.
- Rg-графия, томография легких, исследование мокроты

- Наблюдение у фтизиатра, с обследованием
- Лечение и наблюдение у фтизиатра
-
- **Задача №2**
- В гистологическом исследовании у вас имеются следующие изменения: гранулема, состоящую из скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток с включением гигантских клеток Лангханса, в центре которой имеется участок казеозного некроза.
- Вопрос: О каком образовании говорит данное описание? Ваша дальнейшая тактика? Что обязательно необходимо провести пациенту?
- Ответ: Туберкулезный бугорок.
- Лечение у фтизиатра.
- Исследование мокроты на КУМ.
-
- **Задача №3**
- У ребенка меняется настроение: днем капризный, вялый, сонливый, ночью просыпается от малейшего воздействия, вскрикивает. Появились головные боли, раздражительность, ухудшается аппетит. Наблюдается субфебрильная температура. Появились явления бронхита. Бабушка страдает туберкулезом легких. Отмечается вираж туберкулиновых проб. О каком заболевании может идти речь?
- Ответ: Туберкулезная интоксикация у детей
-
- **Задача №4**
- У подростка 17 лет., был в контакте с туберкулезным больным, субфебрильная температура тела, потливость, утомляемость, небольшой сухой кашель ФЛГ-определяется в легком сегментарный очаг, увеличение внутригрудных лимфоузлов. МТ не определяются в мокроте. Какой диагноз вы выставите?
- Ответ: Первичный туберкулезный комплекс. Необходимо дифференцировать с опухолью легкого.
-
- **Задача №5**
- У больного на ФЛГ определяется очаг Гона. О чем это вам может говорить, если вы не знаете анамнеза?
- Ответ: Исход первичного туберкулезного комплекса на фоне лечения в виде инкапсуляции и обызвествления элементов первичного комплекса с образованием очага.
-
- **6. Перечень и стандарты практических умений**
- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов.
-

• Занятие №28

- **1. Индекс:** ОД.О.01.1.5.28 Тема: «Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов».
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Дайте определение туберкулеза ВГЛУ.

- Какие лимфоузлы чаще поражаются?
- Какие реакции развиваются в пораженных лимфоузлах?
- Формы туберкулеза ВГЛУ?
- Физикальные симптомы при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов.
- Рентгенологические признаки туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.
- Неосложненное и осложненное течение туберкулеза ВГЛУ.
- С какими заболеваниями следует дифференцировать туберкулез внутригрудных лимфатических узлов?
- Показания для хирургического лечения туберкулеза ВГЛУ.

• **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

• **1. ТУМОРОЗНЫЙ ВАРИАНТ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**

- А) большим размером поражения лимфатических узлов
- Б) выраженным казеозным некрозом
- В) склонностью к осложненному течению
- Г) гиперергическими туберкулиновыми пробами
- Д) всеми перечисленными признаками
- Ответ:Д

• **2. ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ:**

- А) с неспецифическим лимфаденитом
- Б) с лимфогранулематозом
- В) с саркоидозом
- Г) со злокачественной опухолью
- Д) со всем перечисленным
- Ответ:Д

• **3. ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:**

- А. туберкулезом бронхов и бронхолегочным поражением
- Б. ателектазом
- В. диссеминацией
- Г. плевритом
- Д. всем перечисленным
- Ответ:Д

• **4. ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А) вторичным процессом по отношению к легочным формам туберкулеза
- Б) осложнением диссеминированного туберкулеза легких

- В) самостоятельной формой туберкулеза органов дыхания и развивается преимущественно у детей, подростков и взрослых (до 25 лет) в результате первичного заражения туберкулезом
- Г) формой внелегочного туберкулеза и может развиваться в любом возрасте в результате первичного заражения туберкулезом
- Д) локальным проявлениям туберкулеза периферических лимфатических узлов
- Ответ:Д
-
- 5. ПРИ КАЗЕОЗНОМ НЕКРОЗЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А) пункция наиболее крупных лимфоузлов, эвакуация казеоза и введение противотуберкулезных препаратов
- Б) операция медиастинотомии, пункция лимфоузлов и эвакуация казеоза
- В) операция лимфодулотомии или лимфодулеktомии
- Г) эндолимфатическое введение противотуберкулезных препаратов
- Д) трансбронхиальная пункция с введением противотуберкулезных препаратов в лимфоузлы или лимфотропная терапия
- Ответ:Г
-
- 6. В ФАЗЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ МАЛАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНА:
- А) только рентгенологически по прямым признакам
- Б) рентгенологически по косвенным признакам
- Ответ:А
-
- 7. РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПОРАЖАЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ:
- А) ортоградного распространения инфекции из первичного очага
- Б) распространения инфекции по ходу отводящих лимфатических сосудов с возникновением в стенке сосудов воспалительных изменений продуктивного характера
- В) перехода специфического процесса со стенки отводящего лимфатического сосуда на регионарные лимфоузлы
- Г) все перечисленное
- Ответ:Б
-
- 8. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ КОМПЛЕКСЕ ВОВЛЕКАЮТСЯ В ПРОЦЕСС ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ:
- А) бронхопульмональные лимфоузлы
- Б) лимфатические узлы верхнего средостения
- В) лимфатические узлы, регионарные к легочному компоненту
- Г) все перечисленные
- Ответ:А

-
- 9. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А) перифокальное воспаление
- Б) гиперплазия лимфаденоидной ткани
- В) казеозный некроз
- Г) фиброзное перерождение лимфоузла
- Д) кальцинация
- Ответ:В
-
- 10. ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ:
- А) поражением крупных бронхов
- Б) возникновением ателектаза
- В) бронхолегочным поражением
- Г) гематогенной и бронхогенной диссеминацией
- Д) распадом легочной ткани
- Ответ:В

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача №1

- У К., 28 лет, страдающего в течение 3 лет туберкулезом внутригрудных лимфатических лимфоузлов и безуспешно лечившегося противотуберкулезными препаратами, удалены пораженные трахеобронхиальные лимфатические узлы.
- Вопрос:
- Опишите морфологические изменения в них.
- Ответ: В пораженных туберкулезом лимфатических узлах обнаруживается туберкулезная грануляционная ткань с клетками Пирогова-Лангханса, эпителиоидными и лимфоидными клетками, казеозный некроз. В казеозно-некротических массах под капсулой могут быть вкрапления солей кальция.

• Задача №2

- У подростка С., 17 лет, при профилактическом обследовании на туберкулез флюорографически изменений в легких не выявлено, реакция на пробу Манту с 2 ТЕ - инфильтрат 13 мм в диаметре. Реакция на предыдущие туберкулиновые пробы — отрицательная. Ревакцинирован БЦЖ в 12 лет - имеется рубчик. Жалоб не предъявлял. Пальпировались шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы размерами 0,4 - 0,6 см мягко-эластической консистенции, безболезненные. Гемограмма: Л — 9000, нейтрофилы — 56%, п/я нейтрофилы - 6%, лимфоциты - 32%, СОЭ - 17 мм/час. Химиопрофилактика по поводу первичного инфицирования не проведена.
- Через 5 месяцев температура повысилась до 38(С. Кашель. Кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы (5 групп)

плотноэластической консистенции, размерами 0,6 - 0,8 см. Симптом Филатова положительный. На рентгенограмме органов грудной клетки: корень правого легкого расширен, контуры его размытые, структура не определяется, просветы главного и нижнедолевого бронхов не дифференцируются, усилен и деформирован прикорневой рисунок легкого. Гемограмма: Л — 9000, нейтро-филы - 62%, п/я нейтрофилы - 7%, лимфоциты - 17%, СОЭ - 20 мм/час. В промывных водах бронхов микобактерии туберкулеза методом люминесцентной микроскопии и методом посева не обнаружены.

- Вопрос: Определите форму туберкулеза и дайте обоснование причины возникновения туберкулеза при систематическом профилактическом наблюдении.
- Ответ: Появление впервые положительной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ (инфильтрат 13 мм) свидетельствует о первичном инфицировании туберкулезом (вираж туберкулиновой реакции). По поводу виража чувствительности к туберкулину (при отсутствии локальных патологических изменений в других органах) химиопрофилактика не проведена, несмотря на то, что СОЭ-17мм\ч могла указывать на скрытую интоксикацию.
- Острое начало заболевания с предшествовавшим виражом туберкулиновой реакции, выраженные клинические симптомы интоксикации, укорочение перкуторного звука в межлопаточном и парастернальном пространстве справа, рентгенологически определяемое расширение корня правого легкого позволяет думать о туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации, БК— методом посева.
- **Задача №3**
- На флюорограмме у мужчины молодого возраста, курильщика, в легком Рентгенологически определяют расширение корня одного, легкого тень его малоструктурна, деформирована.
- Вопрос:
- Что необходимо заподозрить
- Ваша тактика?
- Ответ: Туберкулез внутригрудных л\узлов.
- Исследование мокроты и промывных вод на МТ.
- Туберкулиновая проба.
- Биопсия (пункционная, торакоскопия или торакотомия).
- **Задача №4**
- У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты.
- Вопрос: Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?
- Ответ:
- Туберкулез внутригрудных л\у.
- Диагностика с онко патологией.

- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия.
- **Задача №5**
- Николай И., 18 лет, заболел остро. Повысилась температура до 38°C, появились боли в правом боку. При обследовании справа ниже угла лопатки и по аксиллярным линиям отмечалось укорочение перкуторного звука, в этой же области некоторое ослабление дыхания. От госпитализации отказался, двухнедельный курс неспецифической антибактериальной терапии по поводу подозреваемой пневмонии без эффекта. В связи с ухудшением состояния, нарастанием кашля и появлением одышки направлен в терапевтический стационар. При обследовании кожные покровы чистые. Пальпируются шейные, надключичные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы размерами 0,5 — 1,0 см плотноэластической консистенции. Ниже угла лопатки и по подмышечным линиям справа притупление легочного звука, дыхание в этой области не проводится. В гемограмме: Л - 12000, п/я нейтрофилы - 13%, лимфоциты - 16%, СОЭ - 38 мм/час. Рентгенологически справа в нижне - наружном отделе грудной клетки от IV ребра до диафрагмы определяется распространенное затемнение средней интенсивности, гомогенное, с косой верхне-внутренней границей. Правый корень расширен, просвет главного бронха не определяется. Наружные контуры правого корня нечеткие.
- Вопрос:
- Сформулируйте предполагаемый диагноз и дайте его обоснование.
- Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Ответ:
- Предполагаемый диагноз — правосторонний туберкулез бронхо-пульмональных лимфатических узлов, осложненный экссудативным плевритом.
- Рентгенологически определяемое расширение корня правого легкого при остром течении заболевания и неэффективности неспецифического курса терапии у юноши 18 лет позволяют думать о туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов. Боль в правом боку по подмышечным линиям и ниже угла лопатки, отсутствие дыхания в этой области, рентгенологически гомогенное затемнение в нижненаружном отделе грудной клетки справа от IV ребра до диафрагмы с косой верхне-внутренней границей (линия Дамуазо — Соколова — Элліса) характерны для экссудативного плеврита.
- Для уточнения этиологии процесса необходимы сведения о контакте с больным туберкулезом, динамике чувствительности к туберкулину по пробе Манту с 2 ТЕ при ревакцинации БЦЖ в 12 и 17 лет.
-
- **6. Перечень и стандарты практических умений**
- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-
-
- **Занятие №29**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.5.29** Тема: «Очаговый туберкулез легких».
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Патоморфология. Клинико-рентгенологические варианты.

- Клиника и диагностика.
- Дифференциальная диагностика.
- Особенности лечения.
- Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
- Непосредственные и отдаленные результаты.
- МСЭ и реабилитация.

•

• **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

• **1.ОСНОВНЫМИ ОБЪЕКТАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА НЕ СЛУЖИТ:**

- А. мокроты
- Б. промывных вод бронхов
- В. пунктата из закрытых полостей
- Г. мочи
- Д. крови
- Ответ: Д

•

• **2.ВТОРИЧНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА ОБЫЧНО ВОЗНИКАЮТ ВСЛЕДСТВИЕ РЕИНФЕКЦИИ СКРЫТО ПРОТЕКАЮЩИХ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ:**

- А. в легочной паренхиме
- Б. в стенке мембранных и хрящевых бронхов
- В. в лимфатических узлах средостения
- Г. в плевре и других органах и тканях
- Д. во всех перечисленных органах и тканях
- Ответ: Д

•

• **3.ЛИЦА С ОСТАТОЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА:**

- А. заболевают туберкулезом реже населения, не имеющего на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений
- Б. одинаково часто заболевают, как население, не имеющее остаточных туберкулезных изменений
- В. в несколько раз чаще заболевают туберкулезом по сравнению с лицами, не имеющими на рентгенограмме остаточных туберкулезных изменений
- Ответ: В

- 4. ЧТО НЕ ВКЛЮЧАЕТ ПОНЯТИЕ ПОЛИМОРФИЗМ ОЧАГОВЫХ ТЕНЕЙ В ЛЕГКИХ:

- А. разной их величины
- Б. разного характера их контура
- В. разной их формы
- Г. разной их интенсивности
- Д. разной их локализации

• Ответ: Д

•

- 5. БРОНХОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОКАЗАНА:

- А. при всех формах легочного туберкулеза, протекающих с деструкцией и бактериовыделением
- Б. при предоперационном обследовании больных
- В. при туберкулезных плевритах и туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов
- Г. при бактериовыделении из очага неясной локализации
- Д. при всех перечисленных случаях

• Ответ: Д

•

- 6. ПРИЧИНАМИ РЕЦИДИВА ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОЧАГОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ:

- А. характер остаточных изменений в легких
- Б. неадекватный характер основного курса химиотерапии
- В. лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза
- Г. наличие сопутствующих заболеваний
- Д. все перечисленное

• Ответ: Д

•

- 7. ПРИ ТУБЕРКУЛЕМЕ ЛЕГКОГО ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПОКАЗАНО:

- А. при стационарном процессе, без признаков активности, если размер туберкулемы превышает 1,5 – 2 см

- Б. при прогрессирующем или волнообразном течении заболевания
- В. при процессе, протекающем с признаками активности (бактериовыделение, распад, инфильтрация, обсеменение)
- Г. все ответы правильные
- Ответ: Г
-

• 8.ОЧАГОВЫЕ ТЕНИ В ЛЕГКИХ МОГУТ СЛУЖИТЬ ОТОБРАЖЕНИЕМ:

- А.сосудов и интерстициальных изменений разного происхождения
- Б. периферического и центрального рака легкого
- В. пневмонии
- Г. туберкулеза
- Д. всего перечисленного
- Ответ: Д
-

• 9.КАКОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- А.бронхоэктатической болезни
- Б. амилоидоза
- В. хронического легочного сердца и эмфиземы легких
- Г. спонтанного пневмоторакса
- Д. легочного кровотечения
- Ответ: А
-

• 10.КРИТЕРИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А.отсутствие клинических симптомов заболевания и объективных клинических изменений со стороны органов дыхания
- Б. полноценный курс лечения
- В. рентгенологические и лабораторные данные, динамика туберкулиновых проб
- Г. длительное и стойкое прекращение бацилловыделения
- Д. правильным является все перечисленное
- Ответ: Д
-

- **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

- **Задача №1**

- У мужчины 45 лет ранее перенесшего первичный туберкулез. На ФЛГ определяется в подключичных областях и в верхушках легких отдельные средней величины очаги неправильно округлой формы на фоне интерстициальных воспалительных изменений (лимфангитов). В анализах лимфоцитов, незначительный сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, СОЭ до 20 мм/ч. Кашель редкий сухой.
- Вопрос: Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?

- Ответ: Вторичный очаговый туберкулез легких. Диагностика с онко патологией. Рентгенография с томографией, исследование на МТ, биопсия

- **Задача №2**

- У подростка С., 17 лет, при профилактическом обследовании на туберкулез флюорографически изменений в легких не выявлено, реакция на пробу Манту с 2 ТЕ - инфильтрат 13 мм в диаметре. Реакция на предыдущие туберкулиновые пробы — отрицательная. Ревакцинирован БЦЖ в 12 лет - имеется рубчик. Жалоб не предъявлял. Пальпировались шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы размерами 0,4 - 0,6 см мягко-эластической консистенции, безболезненные. Гемограмма: Л — 9000, нейтрофилы — 56%, п/я нейтрофилы - 6%, лимфоциты - 32%, СОЭ - 17 мм/час. Химиопрофилактика по поводу первичного инфицирования не проведена.
- Через 5 месяцев температура повысилась до 38(С. Кашель. Кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы (5 групп) плотноэластической консистенции, размерами 0,6 - 0,8 см. Симптом Филатова положительный. На рентгенограмме органов грудной клетки: корень правого легкого расширен, контуры его размытые, структура не определяется, просветы главного и нижнедолевого бронхов не дифференцируются, усилен и деформирован прикорневой рисунок легкого. Гемограмма: Л — 9000, нейтро-филы - 62%, п/я нейтрофилы - 7%, лимфоциты - 17%, СОЭ - 20 мм/час. В промывных водах бронхов микобактерии туберкулеза методом люминесцентной микроскопии и методом посева не обнаружены.
- Вопрос: Определите форму туберкулеза и дайте обоснование причины возникновения туберкулеза при систематическом профилактическом наблюдении.
- Ответ: Появление впервые положительной реакции на пробу Манту с 2 ТЕ (инфильтрат 13 мм) свидетельствует о первичном инфицировании туберкулезом (вираж туберкулиновой реакции). По поводу виража чувствительности к туберкулину (при отсутствии локальных патологических изменений в других органах) химиопрофилактика не проведена, несмотря на то, что СОЭ-17мм\ч могла указывать на скрытую интоксикацию.
- Острое начало заболевания с предшествовавшим виражом туберкулиновой реакции, выраженные клинические симптомы интоксикации, укорочение

перкуторного звука в межлопаточном и парастернальном пространстве справа, рентгенологически определяемое расширение корня правого легкого позволяет думать о туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов в фазе инфильтрации, БК— методом посева.

- **Задача №3**

- 03. На флюорограмме у мужчины молодого возраста, курильщика, в легком Рентгенологически определяют расширение корня одного, легкого тень его малоструктурна, деформирована.

- **Вопрос:**

- Что необходимо заподозрить

- Ваша тактика?

- **Ответ:** Туберкулез внутригрудных л\узлов.

- Исследование мокроты и промывных вод на МТ.

- Туберкулиновая проба.

- Биопсия (пункционная, торакоскопия или торакотомия).

- **Задача №4**

- У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты.

- **Вопрос:** Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?

- **Ответ:**

- Туберкулез внутригрудных л\у.

- Диагностика с онко патологией.

- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия.

- **Задача №5**

- Николай И., 18 лет, заболел остро. Повысилась температура до 38°C, появились боли в правом боку. При обследовании справа ниже угла лопатки и по аксиллярным линиям отмечалось укорочение перкуторного звука, в этой же области некоторое ослабление дыхания. От госпитализации отказался, двухнедельный курс неспецифической антибактериальной терапии по поводу подозреваемой пневмонии без эффекта. В связи с ухудшением состояния, нарастанием кашля и появлением одышки направлен в терапевтический стационар. При обследовании кожные покровы чистые. Пальпируются шейные, надключичные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы размерами 0,5 — 1,0 см плотноэластической консистенции. Ниже угла лопатки и по подмышечным линиям справа притупление легочного звука, дыхание в этой области не проводится. В гемограмме: Л - 12000, п/я нейтрофилы -13%, лимфоциты - 16%, СОЭ - 38 мм/час. Рентгенологически справа в нижне - наружном отделе грудной клетки от IV ребра до диафрагмы определяется распространенное затемнение средней интенсивности, гомогенное, с косой верхневнутренней

границей. Правый корень расширен, просвет главного бронха не определяется. Наружные контуры правого корня нечеткие.

- Вопрос:
- Сформулируйте предполагаемый диагноз и дайте его обоснование.
- Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Ответ:
- Предполагаемый диагноз — правосторонний туберкулез бронхо-пульмональных лимфатических узлов, осложненный экссудативным плевритом.
- Рентгенологически определяемое расширение корня правого легкого при остром течении заболевания и неэффективности неспецифического курса терапии у юноши 18 лет позволяют думать о туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов. Боль в правом боку по подмышечным линиям и ниже угла лопатки, отсутствие дыхания в этой области, рентгенологически гомогенное затемнение в нижненаружном отделе грудной клетки справа от IV ребра до диафрагмы с косой верхне-внутренней границей (линия Дамуазо — Соколова — Эллиса) характерны для экссудативного плеврита.
- Для уточнения этиологии процесса необходимы сведения о контакте с больным туберкулезом, динамике чувствительности к туберкулину по пробе Манту с 2 ТЕ при ревакцинации БЦЖ в 12 и 17 лет.

•

• **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография,каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-
-

• Занятие №30

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.4 Тема: «Диссеминированный туберкулез органов дыхания».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Патогенез гематогенной, лимфогенно и бронхогенной диссеминаций.
- Милиарный туберкулез легких. Диагностика, клиника.
- Подострый диссеминированный туберкулез: клиника, диагностика.
- Хронический диссеминированный туберкулез: клиника, диагностика.
- Эффективность консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению.
- Операционные и послеоперационные осложнения
- Классификация диссеминированных процессов в легких.
- Понятие об альвеолитах и гранулематозах.
- Диссеминации опухолевой природы.
- Интерстициальные фиброзы легких при поражении других органов и систем.
- Понятия о редких формах диссеминированных процессов в легких.
- Принципы диагностики.
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- **1.ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ:**
- А.обильное бактериовыделение
- Б. скудное бактериовыделение

- В. отсутствие микобактерий туберкулеза

- Г. все перечисленное

- Ответ: Г

-

- 2.ДЕСТРУКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ:

- А.возможны

- Б. имеют место всегда

- В. не встречаются

- Ответ: А

-

- 3.ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А.появлением свежих очагов

- Б. развитием перифокальных воспалительных изменений

- В. появлением полостей распада

- Г. поражением гортани и крупных бронхов

- Д. всем перечисленным

- Ответ: Д

-

- 4.ВНЕТОРАКАЛЬНЫЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕМАТОГЕННО- ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ:

- А.встречаются редко

- Б. не наблюдаются

- В. встречаются часто

- Ответ: В

-

- 5.ИСХОДОМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННО- ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОЙ ДИНАМИКЕ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А.полное рассасывание очагов

- Б. уплотнение очагов

- В. кальцинация очагов

- Г. развитие фиброзно-склеротических изменений

- Д. правильные ответы Б. и Г.
- Ответ: Д
-
- 6.ЛИМФОГЕННЫЙ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ – ЭТО:
- А.рассеянный процесс в легких, в основе которого лежит поражение лимфатических путей с формированием множественных очагов и распространенных изменений
- Б. рассеянное поражение легких с преимущественной локализацией в пределах глубоких и поверхностных лимфатических узлов
- В. рассеянное поражение легких с преобладанием интерстициальных изменений
- Ответ: А
-
- 7.ПРИ ЛИМФОГЕННОМ ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕОБЛАДАНИЕ:
- А.очаговых изменений
- Б. интерстициальных изменений
- В. сочетание очаговых и интерстициальных изменений
- Г. все ответы правильные
- Д. правильные ответы Б. и В.
- Ответ: Г
-
- 8. КАКИМ ПУТЕМ НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ:
- А. гематогенного
- Б. лимфогенного
- В. бронхогенного
- Г. капельно-аэрогенного
- Ответ: Г
-
- 9.КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ВАРИАНТ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ:
- А. острого
- Б. подострого

- В. хронического
- Г. рецидивирующего
- Ответ: Г

-

- 10.ПРИ ГЕМАТОГЕННО-ДИССЕМИНИРОВАННОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТСЯ:

- А. межуточная ткань
- Б. паренхима
- В. бронхи
- Г. плевра
- Ответ: А

-

- **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

- **Задача №1**

- Больная Ш., 33 лет., продавец продовольственного магазина. Жалобы: на кашель с выделением небольшого количества желтоватой мокроты, периодически колющую боль в грудной клетке, приступы удушья и подъема температуры тела до 38С. Считает себя больной в течение 2мес. Изменений на ФЛГ тогда не было. Однако при выходе на работу состояние ухудшалось, особенно при работе сыпучими продуктами. При повторном рентгенологическом обследовании были выявлены изменения в легких, с диагнозом диссеминированный туберкулез больная была направлена в стационар. Контакта с больным туберкулезом не установлено. Отец страдает бронхиальной астмой.

- Вопрос: Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?

- Ответ:

- Диагноз диссеминированный туберкулез сомнительный.

- Необходимо проведение туберкулинодиагностики. в том числе пробы Коха., исследование на МТ

- При необходимости игольная или открытая биопсия.

-

- **Задача №2**

- Больной К., 39 лет. Жалобы на колющую боль в грудной клетке слева, общую слабость, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель сухой. Боль в грудной клетке отмечает в течении месяца. Редкий сухой кашель уже на протяжении двух лет, однако больной не обращал внимания. Температура тела всегда нормальная, сон аппетит не нарушены. Ранее ничем не болел. В прошлом работал на пескоструйнике. Контакт с больными

туберкулезом не установлен. Больной курит, алкоголь употребляет редко. В анализах Нв-150г\л, л-5,3*10(9),СОЭ-10мм\ч. ФЛГ-слева в в\доле инфильтрация. Ваша тактика?

- Ответ: Исследование мокроты и промывных вод на МТ. Туберкулинодиагностика. Диф. диагностика с саркоидозом и другими гранулематозами, пневмокониозом, канцероматозом, фиброзирующим альвеолитом и гемосидерозом. При необходимости биопсия. При подтверждении диагноза назначение специфического лечения.

- **Задача№3**

- Больная П., 23 лет, рабочая заготконторы. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита, похудение, одышку и кашель с выделением небольшого количества мокроты. Анамнез заболевания: Заболевание началось постепенно около трех месяцев назад (больная была на 7 мес.беременности). Больная лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, но улучшения не было. На второй день после родов у нее поднялась температура до 39 С. При рентгенографии выявлены: Двусторонняя симметричная тотальная мелкоочаговая диссеминация. Что обязан в первую очередь исключить врач? И его тактика.

- Ответ: В первую очередь исключить диссеминированный туберкулез легких. Лечение туберкулеза. Обследование и диспансерное наблюдение ребенка и членов семьи.

- **Задача№4**

- У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопультмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты.

- Вопрос: Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?

- Ответ:

- Туберкулез внутригрудных л\у.

- Диагностика с онко патологией.

- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия.

- **Задача№5**

- Больная С., 50 лет,. Жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, тошноту, резкое похудение, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель с выделением незначительного количества мокроты. При обследовании в поликлинике выявлены изменения в легких, и с диагнозом диссеминированный туберкулез легких была направлена в стационар. Ваша тактика как врача фтизиатра?:

- Ответ: Исследование мокроты и промывных вод на МТ. Туберкулинодиагностика. Диф. диагностика с саркоидозом и другими гранулематозами, пневмокониозом, канцероматозом, фиброзирующим

альвеолитом и гемосидерозом. При подтверждении диагноза назначение специфического лечения.

-
- **6. Перечень и стандарты практических умений**
- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- венозизмография, кавография;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-

-
- **Занятие №31**
- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.4 Тема: «Инфильтративный туберкулез органов дыхания».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
 - Патоморфология. Клинико-рентгенологические варианты.
 - Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика.
 - Эффективность консервативного лечения.
 - Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
 - Операционные и послеоперационные осложнения.
 - Непосредственные и отдаленные результаты.
 - МСЭ и реабилитация.
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- **1.ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ – ЭТО:**
 - А.туберкулез легких, характеризующийся участком затемнения
 - Б. туберкулез легких, проявляющийся клиникой пневмонии
 - В. туберкулез легких, характеризующийся воспалительными изменениями с преобладанием экссудативного компонента и казеозным некрозом в центре
 - Ответ: В
-
- **2.ОКРУГЛЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**
 - А.отсутствием клинических проявлений
 - Б. умеренно выраженными и затяжными клиническими проявлениями
 - В. выраженными клиническими проявлениями
 - Г. всем перечисленным
 - Ответ: Б
-
- **3.ОБЛАКОВИДНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:**
 - А.клиническими признаками пневмонии
 - Б. клиническими симптомами бронхита
 - В. отсутствием клинических проявлений
 - Г. болями на стороне поражения
 - Д. повышением температуры тела
 - Ответ: Б

-

- 4.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОБЛАКОВИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А.неоднородный неправильный фокус с очагами
- Б. неоднородный треугольной формы участок затемнения с очагами
- В. неоднородный неправильной формы участок затемнения с очагами
- Г. однородный неправильной формы участок затемнения с очагами
- Д. однородный треугольной формы участок затемнения с очагами
- Ответ: А

-

- 5.ПРИ ОБЛАКОВИДНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ ВЫДЕЛЕНИЕ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА НАБЛЮДАЕТСЯ:

- А.в 40% случаев
- Б. в 50% случаев
- В. в 60% случаев
- Г. в 70% случаев
- Д. в 80% случаев и более
- Ответ: Д

-

- 6.ОБЛАКОВИДНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПОДВЕРГАЕТСЯ РАСПАДУ:

- А.в 30% случаев
- Б. в 40% случаев
- В. в 50% случаев
- Г. в 60% случаев
- Д. в 70% случаев и более
- Ответ: Г

-

- 7.ПРИ ЭФФЕКТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОБЛАКОВИДНОГО ИНФИЛЬТРАТА МОЖЕТ СФОРМИРОВАТЬСЯ:

- А.участок пневмосклероза
- Б. участок пневмосклероза с очагами
- В. сегментарный цирроз
- Г. все перечисленное

- Ответ: Г
-
- 8.ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО СЕРДЦА:
- А.поражения сосудов при бронхолегочных заболеваниях
- Б. торако-диафрагмальных заболеваний
- В. сосудистой патологии
- Г. митрального порока сердца
- Ответ: Г
-
- 9.КРИТЕРИЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ИЗЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ:
- А.отсутствие клинических симптомов заболевания и объективных клинических изменений со стороны органов дыхания
- Б. полноценный курс лечения
- В. рентгенологические и лабораторные данные, динамика туберкулиновых проб
- Г. длительное и стойкое прекращение бацилловыделения
- Д. правильным является все перечисленное
- Ответ: Д
-
- 10.ЧТО НЕ СЛУЖИТ ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТОМ ИССЛЕДОВАНИЯ НА МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА:
- А. мокроты
- Б. промывных вод бронхов
- В. пунктата из закрытых полостей
- Г. мочи
- Д. крови
- Ответ: Д
-
- **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**
- **Задача №1**
- Больной школьник 13 лет. Жалобы на кашель с выделением небольшого количества мокроты, общую слабость, плохой аппетит, потливость. Около месяца отмечается плохой аппетит, слабость. Десять дней назад начался кашель, появилась потливость. Температура субфебрильная. Лечился

амбулаторно по поводу гриппа состояние не улучшалось. После проведения рентгенологического обследования (очаги с выраженной воспалительной реакцией в верхней доли правого легкого) направлен в тубдиспансер. Контакта с больным туберкулезом не было. Туберкулиновые пробы отрицательные год назад. О проведении вакцины БЦЖ не известно. Ваш диагноз и тактика?

- Ответ: У больного нельзя исключить инфильтративный туберкулез, необходимо дифференцировать с пневмонией. Необходимо проведение неспецифической терапии. Исследование на МТ. Туберкулиновую пробу.

- **Задача №2**

- Больная С., 50 лет. Жалобы на общую слабость, отсутствие аппетита, тошноту, резкое похудение, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель с выделением незначительного количества мокроты. При обследовании в поликлинике выявлены изменения в легких, и с диагнозом диссеминированный туберкулез легких была направлена в стационар. Ваша тактика как врача фтизиатра?:

- Ответ: Исследование мокроты и промывных вод на МТ. Туберкулинодиагностика. Диф. диагностика с саркоидозом и другими гранулематозами, пневмокониозом, канцероматозом, фиброзирующим альвеолитом и гемосидерозом. При подтверждении диагноза назначение специфического лечения.

- **Задача №3**

- Больной К., 19 лет. Жалобы на небольшой кашель с выделением скудного количества мокроты по утрам. Изменения в легких выявлены при ФЛГ во время поступления на работу. С диагнозом инфильтративного туберкулеза легких в фазе распада направлен в тубдиспансер. Восемь лет назад лечился по поводу правостороннего туберкулезного бронхоаденита. Отец умер от туберкулеза 12 лет назад. Температура тела всегда нормальная, сон аппетит не нарушены. В анализах Нв-150г\л, л-5,3*10(9),СОЭ-10мм\ч. Ваша тактика?

- Ответ: Дифференциальную диагностику проводят с пневмониями, раком лёгкого и эозинофильными инфильтратами. Исследование мокроты и промывных вод на МТ. При необходимости биопсия. При подтверждении диагноза назначение специфического лечения.

- **Задача №4**

- У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты.
- Вопрос: Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?
- Ответ:
- Туберкулез внутригрудных л\у.
- Диагностика с онко патологией.

- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия.
- **Задача №5**
- Больная Ш., 33 лет., продавец продовольственного магазина. Жалобы: на кашель с выделением небольшого количества желтоватой мокроты, с примесью крови. Четыре года назад среди полного здоровья отмечалось небольшое кровохарканье. К врачу не обращалась. Кровотечение периодически повторялось. Две недели назад появилось кровохарканье с последующим кровотечением. Была госпитализирована в тубдиспансер. Температура 37,7С, удовлетворительного питания. ФЛГ- комплекс слившихся между собой очагов вокруг расширенных бронхов справа. Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?
- Ответ: Диагноз инфильтративный туберкулез. Не обходимо диагностика с раком легкого. Необходимо проведение туберкулинодиагностики, в том числе пробы Коха., исследование на МТ, при необходимости игольная или открытая биопсия.

-

- **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография,каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-
-

• Занятие №32

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.5.32 Тема: «Туберкулема».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Определение туберкулемы и патогенез развития.
- Какие виды туберкулем существуют?
- Что такое псевдотуберкулема?
- Рентгенологическая картина при туберкулеме.
- Какие виды операций применяются при туберкулеме?
- С чем необходимо дифференцировать туберкулему?
- Какие цели достигает хирургическое лечение туберкулемы?
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- **1.ПРОНИКНОВЕНИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОЧАГ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕМЕ ПРЕПЯТСТВУЕТ:**
- А) перифокальное воспаление
- Б) специфическая грануляционная ткань
- В) фиброзная капсула
- Г) все перечисленное
- Ответ:В
-
- **2. ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ТУБЕРКУЛЕМЕ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ:**
- А)при стационарном течении заболевания туберкулемы средних и крупных размеров; сопутствующие заболевания, повышающие риск обострения заболевания; необходимость в ускоренной трудовой реабилитации больного
- Б) наличие множественных туберкулем в одной доле легкого

- В) прогрессирующее течение заболевания, замедленные темпы регрессии процесса в ходе химиотерапии и невозможность проведения полноценной химиотерапии
- Г) все ответы правильные
- Ответ:Г
-
- 3.НЕОДНОРОДНОСТЬ (НЕГОМОГЕННОСТЬ) СТРУКТУРЫ ТУБЕРКУЛЕМЫ ЛЕГКОГО ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА:
- А) разрыхлением казеозных масс и наличием в них кальцинатов
- Б) видимыми бронхами
- В) уровнем жидкости
- Г) казеозом, некрозом
- Д) всем перечисленным
- Ответ:А
-
- 4.ВО ВРЕМЯ РЕМИССИИ ПРОЦЕССА ОКРУЖАЮЩИЕ ТУБЕРКУЛЕМУ ОТДЕЛЫ ЛЕГКИХ МОГУТ БЫТЬ:
- А) неизмененными
- Б) с фиброзом
- В) с кальцинатами
- Г) с кальцинатами и фиброзом
- Д) все ответы правильные
- Ответ:Д
-
- 5.ТУБЕРКУЛЕМУ ЛЕГКОГО ОБЫЧНО ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:
- А) с периферическим раком
- Б) с аспергиллемой
- В) с ретенционной кистой
- Г) с гамартохондромой
- Д) все ответы правильные
- Ответ:Д
-
- 6.ДЛЯ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ПРИ ШАРОВИДНОЙ ТЕНИ, ЛОКАЛИЗУЮЩЕЙСЯ СУБПЛЕВРАЛЬНО, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ:
- А)трансторакальную биопсию легкого
- Б) бронхоскопию с прямой биопсией
- В) катетербиопсию
- Г) медиастиноскопию с биопсией
- Ответ:А
-
- 7.ТУБЕРКУЛЕМЫ МОГУТ ИМЕТЬ СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ:

- А) стационарный
- Б) прогрессирующий
- В) регрессирующий
- Г) все ответы правильные
- Ответ:Г
-

• 8.ТУБЕРКУЛЕМА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В СЛЕДУЮЩИХ СЕГМЕНТАХ ЛЕГКОГО:

- А) 1-м, 2-м, 6-м, 7-м
- Б) 3-м ,5-м ,8-м , 9-м
- В) 4-м ,5-м ,7-м , 9-м
- Г) 1-м ,2-м ,6-м , 10-м
- Ответ:Г
-

• 9.ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЁМЫ ЛЕГКОГО, ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ МИНИМУМ:

- А) 1 химиопрепарат
- Б)2химиопрепарата
- В)3химиопрепарата
- Г) 4 химиопрепарата
- Д) 5 химиопрепаратов
- Ответ:Б
-

• 10.АТИПИЧНАЯ СЕГМЕНТАРНАЯ ИЛИ БИСЕМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЛЕГКОГО У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЁМОЙ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ОПРАВДАНА ПРИ:

- А) любой туберкулеме легкого, т.к. указанные резекции сопровождаются наилучшими результатами
- Б) локализации туберкулёмы в только верхних долях
- В) размерах туберкулёмы менее 2 см
- Г) отсутствии туберкулеза сегментарного бронха, цирроза и бронхоэктазов непосредственно в зоне основного процесса
- Д) только одиночных туберкулёмах
- Ответ:Г
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача№1

- Больной П,38 лет, в течение 6 месяцев получал стационарное лечение по поводу диссеминированного туберкулеза верхних долей легких с бактериовыделением.В ходе лечения достигнуто прекращение бактериовыделения.На очередном рентгенконтроле в С1С2 легких определяются тени туберкулом с немногочисленными интенсивными очагами вокруг.Какие варианты оперативного лечения возможны?Какие методы исследования необходимо провести в предоперационном периоде?

- Ответ: Поэтапная резекция С1С2 легких,одномоментная резекция С1С2 легких трансстернальным или межреберносредостенным доступом.Необходимо исследовать функцию внешнего дыхания,провести электрокардиографию,фибробронхоскопию. А также компьютерную томографию легких для исключения обсеменения нижележащих отделов..
- **Задача№2**
- Больная Н.,29 лет,работает преподавателем в школе.В течение 8месяцев получала стационарное и амбулаторное лечение по поводу инфильтративного туберкулеза С1С2 правого легкого.В мокроте МБТ(-).В ходе лечения сформировалась туберкулома до 1,5 см в диаметре.Показано ли больной оперативное лечение?Если показано,назовите объем операции.
- Ответ:Учитывая профессиональную принадлежность больной,показано оперативное лечение в объеме резекции С1С2 правого легкого.
- **Задача№3**
- Больной находился на лечении с диагнозом:Кавернозный туберкулез С6 правого легкого в фазе обсеменения.МБТ(+) в течение 6 месяцев.На очередном контрольном Р-обследовании: в области С6 справа на месте каверны определяется тень округлой формы 3см в диаметре с неровными четкими контурами,неоднородной структуры,рядом и в базальных сегментах очаги интенсивные и средней интенсивности.Как называется образование в С6? В результате чего образовалось? Хирургическая тактика в отношении этого больного.
- Ответ:В С6 образовалась псевдотуберкулома в результате блокирования каверны и заполнения некротическими массами.Отсутствие перифокального воспаления и интенсивные очаги свидетельствуют о стабилизации процесса.Больному показано оперативное лечение в объеме нижней лобэктомии.
- **Задача№4**
- Больной 33 лет. Жалобы на кашель сухой. После проведения рентгенологического обследования в верхней доли справа в S1 определяется округлая тень в диаметре 2см. Контакта с большим туберкулезом не было. Ваш диагноз и тактика?
- Ответ: У больного нельзя исключить туберкулезу легкого, но необходимо дифференцировать с доброкачественными и злокачественными опухолями. Необходимо проведение трансторакальной щипцовой биопсии
- **Задача№5**
- Больная Ш.,43 лет., продавец продовольственного магазина. Жалобы: на кашель с выделением небольшого количества мокроты. ФЛГ шаровидная тень в верхней доли легкого, локализующейся субплеврально. Для верификации диагноза целесообразно применять? И с какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
- Ответ: Трансторакальную биопсию легкого или торакоскопию с биопсией. Доброкачественными и злокачественными опухолями.

-
- **6. Перечень и стандарты практических умений**
- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-
-
- **Занятие №34**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.5.34 Тема: «Цирротический туберкулез легких».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Определение цирротический туберкулез легких.
- Патоморфология.
- Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика.
- Эффективность консервативного лечения.
- Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
- Операционные и послеоперационные осложнения.
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- **1.ОСНОВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЦИРРОЗА ЛЕГКОГО ИЛИ ЕГО ЧАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:**
- А.уменьшение объема, избыточность и деформация легочного рисунка, потеря воздушности в пораженном участке легкого
- Б. повышение воздушности непораженных отделов легких
- В. деформация, расширение и стеноз бронхов
- Г. смещение и деформация корня легкого, смещение средостения в сторону поражения
- Д. все ответы правильные
- Ответ: Д
-
- **2.ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ТРЕБУЕТ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ:**
- А.с хронической пневмонией и постпневмоническим пневмоциррозом
- Б. с пороком развития легкого (с гиперплазией)
- В. с опухолью крупного бронха
- Г. с посттуберкулезным пневмоциррозом
- Д. все ответы правильные
- Ответ: Д
- **3.ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ЦИРРОТИЧЕСКОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОКАЗАНА:**
- А.при одностороннем и относительно ограниченном поражении с бронхоэктазами
- Б. при частых обострениях неспецифической инфекции в зоне цирротических туберкулезных изменений у больных с односторонним поражением
- В. у больных молодого и среднего возраста

- Г. при отсутствии тяжелой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности
- Д. все ответы правильные
- Ответ: Д
-
- 4.ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ЦИРРОЗА ОТ ПНЕВМОСКЛЕРОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:
- А.в большом объеме поражения
- Б. в объемном уменьшении пораженного участка легкого с потерей его воздушности
- В. в полной структурной перестройке органа или его части с потерей его функции
- Ответ: В
-
- 5.ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ОТ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЦИРРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
- А.наличие полостных образований в легких
- Б. сохранение очаговых изменений в структуре патологического процесса
- В. сохранение активности туберкулезного процесса
- Г. все перечисленное
- Ответ: В
-
- 6.ОТЛИЧИТЬ ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ОТ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЦИРРОЗА ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ:
- А.удается легко
- Б. не удается
- В. как правило, не удается и требует дополнительных клинических и лабораторных данных
- Ответ: В
-
- 7.В УЧАСТКЕ ПНЕВМОЦИРРОЗА БРОНХИАЛЬНОЕ ДЕРЕВО ПРЕТЕРПЕВАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ:
- А.атрофируются мышцы и эластические волокна в стенках бронхов, просвет их деформируется
- Б. формируются свободные и заполненные цилиндрические и мешотчатые

бронхоэктазы

- В. облитерируются просветы мелких бронхов
- Г. все перечисленное
- Ответ: Г
-

• 8.ЦИРРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ – ЭТО:

- А.инфекционный процесс, характеризующийся грубым разрастанием соединительной ткани в легких
- Б. туберкулезный процесс, осложняющийся пневмоциррозом
- В. массивное разрастание соединительной ткани в легком и плевре туберкулезной этиологии при активности инфекционного процесса
- Ответ: В
-

• 9.ЦЕЛЬЮ БРОНХОСКОПИИ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОЧАГОВ БРОНХОГЕННОГО ОБСЕМЕНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А.выявление источника бронхогенного обсеменения
- Б. обнаружение изменений в стенке бронха
- В. получение материала для бактериологического и цитологического исследования
- Г. все перечисленное
- Ответ: Г
-

• 10.ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА БРОНХОВ:

- А.общее лечение
- Б. местное лечение
- В. сочетанное лечение
- Г. лечение осложнений
- Ответ: В
-

• **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

• **Задача №1**

- Больная П., 23 лет, рабочая заготконторы. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела, потливость ночью, понижение аппетита, похудение, одышку и кашель с выделением небольшого количества мокроты. Анамнез заболевания: Заболевание началось постепенно около трех месяцев

назад (больная была на 7 мес.беременности). Больная лечилась у участкового терапевта по поводу бронхита, но улучшения не было. На второй день после родов у нее поднялась температура до 39 С. При рентгенографии выявлены: Двусторонняя симметричная тотальная мелкоочаговая диссеминация. Что обязан в первую очередь исключить врач? И его тактика.

- Ответ: В первую очередь исключить диссеминированный туберкулез легких. Лечение туберкулеза. Обследование и диспансерное наблюдение ребенка и членов семьи.

- **Задача №2**

- Николай И., 18 лет, заболел остро. Повысилась температура до 38°С, появились боли в правом боку. При обследовании справа ниже угла лопатки и по аксиллярным линиям отмечалось укорочение перкуторного звука, в этой же области некоторое ослабление дыхания. От госпитализации отказался, двухнедельный курс неспецифической антибактериальной терапии по поводу подозреваемой пневмонии без эффекта. В связи с ухудшением состояния, нарастанием кашля и появлением одышки направлен в терапевтический стационар. При обследовании кожные покровы чистые. Пальпируются шейные, надключичные, подключичные, подмышечные лимфатические узлы размерами 0,5 — 1,0 см плотноэластической консистенции. Ниже угла лопатки и по подмышечным линиям справа притупление легочного звука, дыхание в этой области не проводится. Рентгенологически справа в нижне - наружном отделе грудной клетки от IV ребра до диафрагмы определяется распространенное затемнение средней интенсивности, гомогенное, с косой верхневнутренней границей. Правый корень расширен, просвет главного бронха не определяется. Наружные контуры правого корня нечеткие. Сформулируйте диагноз согласно принятой классификации.

- Ответ: Туберкулез внутригрудных лимфоузлов (бронхопульмональных) справа. МБТ(-), осложненный правосторонним экссудативным плевритом.

- **Задача №3**

- Больная Ш., 60 лет, страдает алкоголизмом. Жалобы: на выраженную одышку, отеки конечностей, одутловатость лица, кашель с мокротой, кровохарканье, отсутствие аппетита, кахексия. На рентгенографии легких с обеих сторон фиброзные изменения, полости деструкций множество различных форм, плевральные наложения. Как вы считаете показано оперативное лечение данному больному?

- Ответ: У больной фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Учитывая возраст, сердечно-легочную недостаточность, распространенность процесса и алкоголизм, скорее всего оперативное лечение противопоказано. Необходимо: специфическая химиотерапия, лечение сердечно-легочной недостаточности, сопутствующей патологии

- **Задача №4**

- Больной В., 28 лет, страдает наркоманией, имеет судимость. Жалобы на кашель с мокротой, кровохарканье, одышка, гипертермия, отсутствие

аппетита. При ФЛГ- фиброзно-индуративные изменения, плевральные наслоения, обызвествленные очаги, а на их фоне, главным образом в верхних отделах легкого справа, каверны различной величины неправильной формы. Ваш диагноз? Принципы лечения.

- Ответ: У больного фиброзно-кавернозный туберкулез. Необходима диагностика с полостной формой рака. Исследование на МТ, биопсия. Назначить лечение противотуберкулезными химиопрепаратами, а затем, в зависимости от динамики заболевания (3-6 месяцев), решить вопрос об операции.

- **Задача №5**

- Больной 48 лет. Жалобы на кашель с мокротой гнойного характера, с прожилками крови. После проведения рентгенологического обследования в верхней доли справа в S2 определяется полость каверны, фиброзные изменения. Контакта с больным туберкулезом не было. Ваш диагноз и тактика?

- Ответ: У больного в первую очередь надо думать о фиброзно-кавернозном туберкулезе, но необходимо дифференцировать с полостной формой рака. Провести Бронхоскопию, исследование на МТ, цитология и биопсия. На фоне специфического лечения

-

- **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
 - эзофагоскопия;
 - веноазигография, каваграфия;
 - медиастиноскопия;
 - торако(плевро)скопия;
 - парамедиастинальная торакотомия;
 - пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

• Занятие №35

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.5.35 Тема: «Кавернозный туберкулез легких».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
 - Определение кавернозный туберкулез легких.
 - Патоморфология.
 - Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика.
 - Эффективность консервативного лечения.
 - Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
 - Операционные и послеоперационные осложнения.
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- **1. К КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМЕ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ:**
 - А. свежий деструктивный туберкулез, ограниченной протяженности, с каверной, без резко выраженной перифокальной реакции и значительной диссеминации
 - Б. свежий деструктивный туберкулез, подвергшийся лечению при сохранении полости распада к концу основного курса химиотерапии
 - В. туберкулезный процесс, ограниченной протяженности, ведущим признаком которого является сформированная каверна без выраженного воспаления, фиброзных изменений и распространенного обсеменения

- Ответ: В
-
- 2.РАЗМЕРЫ ПОЛОСТИ РАСПАДА ПРИ ОЧАГОВОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:
- А.малыми размерами
- Б. средними размерами
- В. значительными размерами
- Г. любыми из перечисленных
- Ответ: А
-
- 3.ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АСПЕРГИЛЛЕЗА В ПОЛОСТИ РАСПАДА ХАРАКТЕРНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:
- А.симптом контрастной каймы
- Б. симптом полумесяца
- В. симптом погремушки
- Г. все ответы правильные
- Ответ: Г
-
- 4.АСПЕРГИЛЛЕЗ ОБЫЧНО СОЧЕТАЕТСЯ:
- А.с кавернозным и фиброзно-кавернозным туберкулезом
- Б. с диссеминированным туберкулезом
- В. с цирротическим туберкулезом
- Ответ: А
-
- 5.К ПРЯМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОЛОСТИ РАСПАДА ОТНОСЯТСЯ:
- А.наличие кольцевидной тени с непрерывным замкнутым контуром в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
- Б. наличие тени дренирующего бронха
- В. отсутствие легочного рисунка в кольцевидной тени на томографическом срезе
- Г. наличие очагов бронхогенного отсева
- Д. правильные ответы А. и В.

- Ответ: Д
-
- 6. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К КОСВЕННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ПОЛОСТИ РАСПАДА:
- А. наличия кольцевидной тени в двух взаимно-перпендикулярных проекциях
- Б. наличия тени дренирующего бронха
- В. наличия очагов бронхогенного отсева
- Г. наличия горизонтального уровня жидкости
- Ответ: В
-
- 7. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТСЯ:
- А. наличие фокусной тени с эксцентрично расположенной полостью распада на фоне неизмененного легочного рисунка
- Б. наличие кольцевидной тени с двумя замкнутыми контурами на фоне выраженных фиброзно-цирротических изменений
- В. наличие кольцевидной тени при отсутствии типичных признаков исходной формы туберкулеза
- Ответ: В
-
- 8. К ЧИСЛУ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА, НЕ ОТНОСИТСЯ:
- А. бронхоэктатической болезни
- Б. амилоидоза
- В. хронического легочного сердца и эмфиземы легких
- Г. спонтанного пневмоторакса
- Д. легочного кровотечения
- Ответ: А
-
- 9. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ МЕТОДАМИ ВЕРИФИКАЦИИ КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПОЛОСТНОЙ ФОРМЫ РАКА ЯВЛЯЮТСЯ:
- А. рентгенологический и бронхологический
- Б. биохимический и иммунологический
- В. пробное лечение и динамическое наблюдение

- Г. бактериологический и цито-гистологический
- Ответ: Г
-
- 10.С КАВЕРНОЗНОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИХОДИТСЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ:
- А. хронический абсцесс
- Б. бронхоэктаз
- В. воздушную кисту
- Г. полостную форму рака
- Д. все перечисленное
- Ответ: Д
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача №1

- Больной 43 лет. Жалобы на кашель с мокротой гнойного характера, с прожилками крови. После проведения рентгенологического обследования в верхней доли справа в S2 определяется полость каверны. Контакта с большим туберкулезом не было. Ваш диагноз и тактика?
- Ответ: У больного в первую очередь надо думать о кавернозном туберкулезе, но необходимо дифференцировать с полостной формой рака. Провести Бронхоскопию, исследование на МТ, цитология и биопсия. На фоне специфического лечения.

• Задача №2

- На флюорограмме у мужчины молодого возраста, курильщика, в легком Рентгенологически определяют расширение корня одного, легкого тень его малоструктурна, деформирована.
- Вопрос:
- Что необходимо заподозрить
- Ваша тактика?
- Ответ: Туберкулез внутригрудных л\узлов.
- Исследование мокроты и промывных вод на МТ.
- Туберкулиновая проба.
- Биопсия (пункционная, торакоскопия или торакотомия).

• Задача №3

- Больная Ш., 43 лет., продавец продовольственного магазина. Жалобы: на кашель с выделением небольшого количества мокроты. ФЛГ шаровидная тень в верхней доли легкого, локализуемой субплеврально. Для верификации диагноза целесообразно применять? И с какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
- Ответ: Трансторакальную биопсию легкого или торакоскопию с биопсией.

Доброкачественными и злокачественными опухолями.

- **Задача №4**

- У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты.
- Вопрос: Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?
- Ответ:
- Туберкулез внутригрудных л\у.
- Диагностика с онко патологией.
- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия.

- **Задача №5**

- Больной В., 28 лет с впервые выявленной кавернозной формой туберкулеза. Какое лечение необходимо назначить больному?
- Ответ: назначить лечение противотуберкулезными химиопрепаратами, а затем, в зависимости от динамики заболевания (3-6 месяцев), решить вопрос об операции.

-

- **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография,каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-
-

• **Занятие №36**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.5.36 Тема: «Фиброзно-кавернозный туберкулез».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Определение фиброзно-кавернозный туберкулез легких.
- Патоморфология.
- Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика.
- Эффективность консервативного лечения.
- Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
- Операционные и послеоперационные осложнения.
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- **1.ПОВЫШАЕТ ОПЕРАБЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ:**
- А.предоперационная специфическая химиотерапия
- Б. лечение сопутствующих заболеваний
- В. лечение хронического “легочного сердца“ и дыхательной недостаточности
- Г. применение наряду с резекцией легкого (лобэктомией и пневмоэктомией) торакопластики и кавернотомии
- Д. все перечисленное
- Ответ: Д
-
- **2.ОСНОВНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ**

ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А.пожилой возраст и сопутствующие заболевания
- Б. большая распространенность туберкулезного процесса
- В. сопутствующая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность
- Г. все перечисленное
- Ответ: Г

•

3.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А.легочно-сердечная недостаточность
- Б. прогрессирование легочного туберкулеза
- В. присоединение внелегочного туберкулеза (менингит и т. д.)
- Г. легочное кровотечение и амилоидоз внутренних органов
- Д. серьезное сопутствующее заболевание (инфаркт миокарда, рак и т. д.)
- Ответ: Б

•

4.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕУДАЧ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А.наличие каверны с казеозным некрозом
- Б. наличие грубой фиброзной капсулы в стенке каверны
- В. устойчивость микобактерий туберкулеза к лекарственным средствам и непереносимость их больными
- Г. правильные ответы А. и В.
- Д. правильные ответы Б. и В.
- Ответ: Д

•

5.ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ – ЭТО:

- А. распространенный инфильтративно-воспалительный процесс с полостью распада
- Б. ограниченный процесс с наличием сформированной каверны на фоне фиброзных изменений
- В. хронический деструктивный туберкулезный процесс, протекающий волнообразно с постоянным (или почти постоянным) бактериовыделением и

прогрессированием заболевания

- Ответ: В

-

- 6.СТЕНКА КАВЕРНЫ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ СЛОЕВ:

- А.казеозный и легочная ткань воспалительно измененная
- Б. казеозно-некротический, специфическая грануляционная ткань и фиброзная капсула
- В. казеозная и фиброзная капсула отграничена

- Ответ: Б

-

- 7.ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫЕ ФОРМЫ МИКОБАКТЕРИЙ ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ВСТРЕЧАЮТСЯ:

- А.очень редко
- Б. редко
- В. Часто

- Ответ: А

-

- 8.ПРИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО УДАЕТСЯ ПРОВЕСТИ ТОЛЬКО ОГРАНИЧЕННОМУ ЧИСЛУ БОЛЬНЫХ:

- А.из-за сопутствующих туберкулезу у этой группы больных разнообразных заболеваний
- Б. из-за большой распространенности туберкулезного поражения легких
- В. из-за сниженных резервов дыхательной системы
- Г. из-за большого числа отказов от предлагаемой операции
- Д. все ответы правильные

- Ответ: Д

-

- 9.ДЛИТЕЛЬНОЕ И СТОЙКОЕ (МНОГИЕ МЕСЯЦЫ И ГОДЫ) ПРЕКРАЩЕНИЕ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ:

- А. обычное явление, указывающую на длительную ремиссию процесса
- Б. не характерно
- В. возможно

- Г. правильные ответы Б. и Г.
- Ответ: В
-
- 10.ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОТЛИЧИТЬ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ ОТ ПОЛОСТНОЙ ФОРМЫ РАКА:
- А. клиническое течение заболевания
- Б. рентгенологическая картина легочных изменений
- В. обнаружение микобактерий туберкулеза
- Ответ: В
-
- **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**
- **Задача №1**
- Больной В., 28 лет, страдает наркоманией, имеет судимость. Жалобы на кашель с мокротой, кровохарканье, одышка, гипертермия, отсутствие аппетита. При ФЛГ- фиброзно-индуративные изменения, плевральные наслоения, обызвествленные очаги, а на их фоне, главным образом в верхних отделах легкого справа, каверны различной величины неправильной формы. Ваш диагноз? Принципы лечения.
- Ответ: У больного фиброзно-кавернозный туберкулез. Необходима диагностика с полостной формой рака. Исследование на МТ., биопсия. Назначить лечение противотуберкулезными химиопрепаратами, а затем, в зависимости от динамики заболевания (3-6 месяцев), решить вопрос об операции.
- **Задача №2**
- Больная Ш., 60 лет, страдает алкоголизмом. Жалобы: на выраженную одышку, отеки конечностей, одутловатость лица, кашель с мокротой, кровохарканье, отсутствие аппетита, кахексия. На рентгенографии легких с обеих сторон фиброзные изменения, полости деструкций множество различных форм, плевральные наложения. Как вы считаете показано оперативное лечение данному больному?
- Ответ: У больной фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Учитывая возраст, сердечно-легочную недостаточность, распространенность процесса и алкоголизм, скорее всего оперативное лечение противопоказано. Необходимо: специфическая химиотерапия, лечение сердечно-легочной недостаточности, сопутствующей патологии
- **Задача №3**
- У мужчины 20 лет. На ФЛГ определяется резкое увеличение бронхопульмональных и других групп лимфатических узлов контуры корня имеют полициклический характер. Выраженные симптомы интоксикации, увеличение СОЭ. Кашель влажный с отхождением мокроты.

- Вопрос: Ваш диагноз? С каким заболеванием нужно дифференцировать? Тактика обследования?
- Ответ:
- Туберкулез внутригрудных л\у.
- Диагностика с онко патологией.
- Рентгенография с томографией, исследование на МТ, туберкулиновые пробы, биопсия.
- **Задача №4**
- Больной В., 28 лет с впервые выявленной кавернозной формой туберкулеза. Какое лечение необходимо назначить больному?
- Ответ: назначить лечение противотуберкулезными химиопрепаратами, а затем, в зависимости от динамики заболевания (3-6 месяцев), решить вопрос об операции.
- **Задача №5**
- Больной 48 лет. Жалобы на кашель с мокротой гнойного характера, с прожилками крови. После проведения рентгенологического обследования в верхней доли справа в S2 определяется полость каверны, фиброзные изменения. Контакта с больным туберкулезом не было. Ваш диагноз и тактика?
- Ответ: У больного в первую очередь надо думать о фиброзно-кавернозном туберкулезе, но необходимо дифференцировать с полостной формой рака. Провести Бронхоскопию, исследование на МТ, цитология и биопсия. На фоне специфического лечения
-
- **6. Перечень и стандарты практических умений**
- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны,

иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-
-
- **Занятие №37**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.4 Тема: «Пороки легких связанные с недоразвитием легких».**
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
- Агенезия легкого.
- Аплазия легкого.
- Гипоплазия легкого простая.
- Гипоплазия легкого кистозная (поликистоз).
- Трахеобронхомегалия (синдром Мунье-Куна).
- Синдром Вильямса — Кемпбелла.
- Врожденная долевая эмфизема.
- Врожденная односторонняя эмфизема (синдром Маклеода).
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
- 1. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ПРИ ПЕРКУССИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТУПОСТЬ НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ

СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ ОТСУТСТВИЕ ПРАВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- агенезия легкого;
- Г) ателектаз;
- Д)буллы.
- правильный ответ:б
-

- 2.У РЕБЕНКА ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ОТМЕЧАЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ТУПОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ, ПОЛНОЕ СМЕЩЕНИЕ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ ПРАВЫ! ГЛАВНЫЙ БРОНХ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ СЛЕПО. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- агенезия легкого;
- Г) ателектаз ;
- Д) кистозная гипоплазия.
- правильный ответ:в
-

- 3.ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА ОБНАРУЖЕНО ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ СПРАВА, ТУПОСТЬ ПРИ ПЕРКУССИИ, СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ ВПРАВО. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ТОТАЛЬНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ СПРАВА СО СМЕЩЕНИЕМ ОРГАНОВ СРЕДОСТЕНИЯ В БОЛЬНУЮ СТОРОНУ. ПРИ БРОНХОСКОПИИ СУЖЕНЫ ДОЛЕВЫЕ БРОНХИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ :

- бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- аплазия легкого;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) ателектаз.
- правильный ответ:г
-

- 4.ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЯЧЕИСТОСТЬ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ, А НА БРОНХОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ МНОЖЕСТВО ОКРУГЛЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПО ВСЕМУ ПОЛЮ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ПРИ БРОНХОСКОПИИ СПРАВА ОБИЛЬНОЕ ГНОЙНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫ ДИАГНОЗ:

- А)бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) кистозная гипоплазия;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) аплазия легкого.
- правильный ответ:в

-
- 5. СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО ТЯЖЕЛОЕ ОДЫШКА. ДЫХАНИЕ СЛЕВА ОСЛАБЛЕНО ПЕРКУТОРНО СПРАВА КОРОБОЧНЫЙ ЗВУК. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СПРАВА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОЗРАЧНОЕ ЛЕГКОГО С РЕЗКИМ ОБЕДНЕНИЕМ РИСУНКА В НИЖНЕМ ОТДЕЛЕ СПРАВА ТРЕУГОЛЬНАЯ ТЕНЬ ПРИЛЕГАЮЩАЯ К ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ. СРЕДОСТЕНИЕ СМЕЩЕНО ВЛЕВО СО СНИЖЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО ДИАГНОЗ:
 - А) киста легкого;
 - Б) лобарная эмфизема;
 - В) напряженный пневмоторакс;
 - Г) гипоплазия легкого;
 - Д) агенезия легкого.
 - правильный ответ: б
- 6. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИМЕЕТСЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ЗАТЕМНЕНИЕ В ОБЛАСТИ БАЗАЛЬНЫХ ГМЕНТОВ. ПРИ АОРТОГРАФИИ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ СОСУД, ИДУЩИЙ ОТ АОРТЫ К ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕНИ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:
 - А) киста легкого;
 - Б) опухоль легкого;
 - В) легочная секвестрация;
 - Г) опухоль средостения;
 - Д) ателектаз.
 - правильный ответ: в
-
- 7. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ИМЕЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕНЬ, ПРИЛЕГАЮЩАЯ К ТЕНИ СРЕДОСТЕНИЯ И ИМЕЮЩАЯ ТРЕУГОЛЬНУЮ ФОРМУ С ВОГНУТЫМ НАРУЖНЫМ КРАЕМ. НА БРОНХОГРАММЕ В ОБЛАСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ТОЛЬКО КРУПНЫЕ БРОНХИ, ДОХОДЯЩИЕ ДО НИЖНЕГО КРАЯ ТЕНИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ :
 - А) бронхоэктазы;
 - Б) легочная секвестрация;
 - В) гипоплазия нижней доли;
 - Г) опухоль средостения;
 - Д) агенезия легкого.
 - правильный ответ: в
-
- 8. ПИЩЕВОД БАРРЕТТА - ЭТО:
 - А) рефлюкс-эзофагит;
 - Б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
 - В) аденокарцинома;
 - Г) метаплазия слизистой пищевода;
 - Д) пептическая стриктура пищевода.
 - правильный ответ: г

-
- 9.ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "АГЕНЕЗИЯ ЛЕГКОГО" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- бронхоскопия;
- Б) аортография;
- ангиопульмонография;
- Г) бронхография;
- Д) обзорная рентгенография.
- правильный ответ: а
-
- 10.ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "АПЛАЗИЯ ЛЕГКОГО" НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- бронхография;
- Б) сканирование легкого;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) аортография.
- правильный ответ: б

• **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

• **Задача №1**

- Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов с массой 3600. До 1,5 месяцев ничем не болел.
- Заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температуры до 38, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме - с двух сторон неравномерная пневмотизация легких, усиление бронхососудистого рисунка.
- На фоне проводимого лечения улучшилось общее состояние, стихли катаральные явления, но отмечено нарастание одышки до 80 в мин. Перкуторно слева в средних и нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно слева в верхних отделах - дыхание жестковатое, в нижних - не проводится, справа - жестковатое с умеренным количеством хрипов. Сердечные тоны громкие, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Не лихорадит.
- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз.
- План обследования и тактика лечения.
- Ответ:
- Подозрение на напряженную кисту нижней доли левого легкого.
- Показана рентгенография в двух проекциях.
- Бронхоскопия.
- Оперативное лечение в плановом порядке.

• **Задача №2**

- . Ребенок родился от 1-й нормально протекавшей беременности с массой тела 3600. Отмечена вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины р-ров и масочной вентиляции легких в течение 5 минут.
- Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа - коробочный звук, слева - притупление. Аускультативно - справа дыхание не выслушивается, слева - ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в 1 мин. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, меконий отошел.
- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз
- Дифференциальный диагноз.
- Тактика врача.
- Ответ:
- Спонтанный напряженный правосторонний пневмоторакс.
- Напряженная киста
- Показана немедленная плевральная пункция с удалением воздуха.
- Дренирование по Бюлау.
-
-
-
- **Задача №3**
- Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения отмечен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пуэрильное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень +2 см.
- Вопрос :
- Ваш предварительный диагноз.
- Дифференциальный диагноз.
- План обследования и лечения.
- Ответ:
- Врожденная долевая эмфизема верхней доли левого легкого.
- Показана рентгенография грудной клетки, радиоизотопное исследование легких.
- Оперативное лечение.
- **Задача №4**

- Мальчик 7 лет в течение последних двух лет неоднократно лечился по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа в проекции нижней доли отмечается участок затемнения, примыкающий к средостению.
- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз?
- План обследования?
- Лечение.?
- Ответ:
- Подозрение на секвестрацию нижней доли правого легкого.
- Показана бронхоскопия, томография, ангиография.
- Лечение оперативное

• **Задача № 5**

- У ребенка 6 месяцев появились явления трахеобронхита и дисфагии. При рентгенологическом исследовании пищевода с контрастным веществом определяется некоторое вдавление его передней стенки и некоторое разобщение трахеи и пищевода.
- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз?
- План обследования?
- Лечение.
- Ответ:
- Бронхогенная киста средостения.
- Показана компьютерная томография.
- Лечение оперативное.

•

• **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
 - эзофагоскопия;
 - веноазигография, каваграфия;
 - медиастиноскопия;
 - торако(плевро)скопия;
 - парамедиастинальная торакотомия;
 - пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

• Занятие №5

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.2.4 Тема: «Анатомия грудной стенки и молочной железы».**
- **Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
- **3. Вопросы по теме**
-
- **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**
-
- **5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**
-
- **6. Перечень и стандарты практических умений**
- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
-
-

• **Занятие №38**

- **1. Индекс: ОД.О.01.1.6.38** Тема: «Пороки легких связанные с наличием избыточных формирований легких».
- **2. Форма организации учебного процесса:** практическое занятие.
-
- **3. Вопросы по теме**
- Добавочное легкое (доля) с обычным кровоснабжением.

- Добавочное легкое (доля) с аномальным кровоснабжением (внедолевая секвестрация).
- Киста легкого.
- Киста легкого с аномальным кровоснабжением (внутридолевая секвестрация).
- Гамартома и другие врожденные опухолевидные образования.

-

• **4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

• 1.МЕТОДОМ ВЫБОРА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ВРОЖДЕННАЯ ЛОБАРНАЯ ЭМФИЗЕМА" ЯВЛЯЕТСЯ:

- А)бронхоскопия;
- Б) бронхография;
- В) обзорная рентгенография;
- Г) радиоизотопное обследование легких;
- Д) ангиопульмонография.
- правильный ответ:Г

-

• 2.ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ЛЕГОЧНАЯ СЕКВЕСТРАЦИЯ" ПРЕДПОЧТЕНИЕ ИМЕЕТ

- А)аортография;
- Б) бронхография;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) сканирование легких.
- правильный ответ:а

-

• 3. УКАЖИТЕ МЕТОД СПЕЦИАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, КОТОРОМУ НАДО ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ АГЕНЕЗИЕЙ ЛЕГКОГО И ЕГО ТОТАЛЬНЫМ АТЕЛЕКТАЗОМ:

- А) сканирование легких;
- Б) аортография;
- В)бронхография;
- Г)ангиопульмонография;
- Д)бронхоскопия.
- правильный ответ:д

-

• 4.ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ЭМФИЗЕМЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ:

- нижняя доля справа;
- Б) верхняя доля слева;
- нижняя доля слева;
- П верхняя доля справа;
- Д) средняя доля правого легкого.

- правильный ответ:б
-
- 5.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- средняя доля правого легкого;
- Б) нижняя доля левого легкого;
- верхняя доля левого легкого;
- Г) верхняя доля правого легкого;
- Д) нижняя доля правого легкого.
- правильный ответ:д
-
- 6.У РЕБЕНКА 2 ЛЕТ УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ КОМПЕНСИРОВАННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- экстренную операцию;
- Б) плановую операцию;
- срочную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.
- правильный ответ:б
-
- 7.У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- А) консервативную терапию;
- Б) бронхоскопическую санацию;
- В)экстренную операцию;
- Г) наблюдение в динамике;
- Д) плановую операцию.
- правильный ответ:в
-
- 8.У РЕБЕНКА I ГОДА УСТАНОВЛЕН ДИАГНОЗ СУБКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ЛОБАРНОЙ ЭМФИЗЕМЫ. ТАКТИКА ХИРУРГА ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ:
- А)срочную операцию;
- Б) операцию после предоперационной подготовки;
- В) консервативную терапию;
- Г) диспансерное наблюдение;
- Д)плановую операцию.
- правильный ответ:а
-
- 9.ОПТИМАЛЬНОЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОЙ ЭМФИЗЕМЫ ВЕРХНЕЙ ДОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- А)боковая торакотомия;
- Б) передняя торакотомия;

- В) заднебоковая торакотомия;
- Г) задняя торакотомия;
- Д) переднебоковая торакотомия.
- правильный ответ:д
-
- 10.РЕЗЕКЦИЮ НИЖНЕЙ ДОЛИ ПРИ ВНУТРИЛЕГОЧНОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С ВЫДЕЛЕНИЯ:
- А)артерии нижней доли;
- Б) бронха нижней доли;
- В)разделения нижней легочной связки;
- Г) нижней легочной вены;
- Д) основного ствола легочной артерии.
- Правильный ответ:
-

• 5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

• Задача№1

- Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов с массой 3600. До 1,5 месяцев ничем не болел.
- Заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температуры до 38, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме - с двух сторон неравномерная пневмотизация легких, усиление бронхососудистого рисунка.
- На фоне проводимого лечения улучшилось общее состояние, стихли катаральные явления, но отмечено нарастание одышки до 80 в мин. Перкуторно слева в средних и нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно слева в верхних отделах - дыхание жестковатое, в нижних - не проводится, справа - жестковатое с умеренным количеством хрипов. Сердечные тоны громкие, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Не лихорадит.
- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз.
- План обследования и тактика лечения.
- Ответ:
- Подозрение на напряженную кисту нижней доли левого легкого.
- Показана рентгенография в двух проекциях.
- Бронхоскопия.
- Оперативное лечение в плановом порядке.
-

• Задача№2

- . Ребенок родился от 1-й нормально протекавшей беременности с массой тела 3600. Отмечена вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины р-ров и масочной вентиляции легких в течение 5 минут.

- Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа - коробочный звук, слева - притупление. Аускультативно - справа дыхание не выслушивается, слева - ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в 1 мин. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, меконий отошел.
- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз
- Дифференциальный диагноз.
- Тактика врача.
- Ответ:
- Спонтанный напряженный правосторонний пневмоторакс.
- Напряженная киста
- Показана немедленная плевральная пункция с удалением воздуха.
- Дренирование по Бюлау.
-
-
- **Задача №3**
- Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения отмечен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пузрыльное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень +2 см.
- Вопрос :
- Ваш предварительный диагноз.
- Дифференциальный диагноз.
- План обследования и лечения.
- Ответ:
- Врожденная долевая эмфизема верхней доли левого легкого.
- Показана рентгенография грудной клетки, радиоизотопное исследование легких.
- Оперативное лечение.
- **Задача №4**
- Мальчик 7 лет в течение последних двух лет неоднократно лечился по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа в проекции нижней доли отмечается участок затемнения, примыкающий к средостению.

- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз?
- План обследования?
- Лечение.?
- Ответ:
- Подозрение на секвестрацию нижней доли правого легкого.
- Показана бронхоскопия, томография, ангиография.
- Лечение оперативное
- **Задача № 5**
- У ребенка 6 месяцев появились явления трахеобронхита и дисфагии. При рентгенологическом исследовании пищевода с контрастным веществом определяется некоторое вдавление его передней стенки и некоторое разобщение трахеи и пищевода.
- Вопрос:
- Ваш предварительный диагноз?
- План обследования?
- Лечение.
- Ответ:
- Бронхогенная киста средостения.
- Показана компьютерная томография.
- Лечение оперативное.

• **6. Перечень и стандарты практических умений**

- клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;
- основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;
- применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;
- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;
- обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;
- разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции
- Манипуляции:
 - эзофагоскопия;
 - веноазигография, каваграфия;
 - медиастиноскопия;
 - торако(плевро)скопия;
 - парамедиастинальная торакотомия;
 - пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
- тативным панкреатитом, шоком.

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.42 Тема: «Пороки развития пищевода».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :Пороки пищевода

- Атрезия пищевода
- Трахеопищеводный свищ
- Удвоение пищевода
- Врожденная недостаточность кардиального отдела пищевода

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА НАДО ПРОВОДИТЬ:

- А)с врожденным коротким пищеводом;
- Б) с халазией пищевода;
- В) с врожденным стенозом пищевода;
- Г) с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
- Д)с пилоростенозом.

правильный ответ:в

2.ПРИ ВРОЖДЕННОМ КОРОТКОМ ПИЩЕВОДЕ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 3. рвота;
- Б) икота;
- 4. дисфагия;
- Г)регургитация;
- Д) саливация.

правильный ответ:в

3.ИЗ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД" ЯВЛЯЕТСЯ:

- А)рН-метрия;
- Б) обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей;
- В) фиброэзофагогастроскопия ;
- Г) жесткая эзофагоскопия ;
- Д) контрастное исследование пищевода.

правильный ответ:д

4.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА "ВРОЖДЕННЫЙ КОРОТКИЙ ПИЩЕВОД" ЯВЛЯЕТСЯ:

- А)расширение пищевода в нижнем отделе;
- Б) желудочно-пищеводный рефлюкс;
- В) высокое положение куполов диафрагмы;
- Г) стеноз в кардиальном отделе пищевода;
- Д) смещение дна желудка в грудную полость.

правильный ответ:д

5.ВРОЖДЕННЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ НА УРОВНЕ:

- А)первого физиологического сужения;
- Б) кардиального отдела;
- В) средней трети пищевода;
- Г) нижней трети пищевода ;
- Д) верхней трети пищевода .

правильный ответ:г

6.ДИАГНОЗ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- А) в периоде новорожденное;
- Б) от 1 до 3 месяцев;
- В) от 3 до 6 месяцев;
- Г) от 6 месяцев до 1 года;
- Д) старше 1 года.

правильный ответ:

7.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КОРОТКО ВРОЖДЕННОМ СТЕНОЗЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А)бужирование;
- Б) анастомоз в 3/4 в зоне стеноза;
- В) резекция в зоне стеноза с наложением анастомоза "конец в конец";
- Г) установка встречных магнитов;
- Д) баллонная дилатация.

правильный ответ:а

8.РЕБЕНОК ВЫПИЛ ГЛОТОК УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИИ И СРАЗУ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР. ЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА:

- А)щелочным раствором;
- Б) подкисленным раствором;
- В) холодной водой;
- Г) водой комнатной температуры;
- Д) горячей водой.

правильный ответ:г

9.РЕБЕНОК ВЫПИЛ ГЛОТОК ЕДКОЙ ЩЕЛОЧИ. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ЕМУ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВЕСТИ:

- А) холодной водой;
- Б) водой комнатной температуры;
- В) горячей водой;
- Г) подкисленным раствором;
- Д) щелочным раствором.

правильный ответ:б

10. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПИЩЕВОД ДОСТИГАЕТ К:

- А) 3 месяцам;
- Б) 6 месяцам;
- В) 12 месяцам;
- Г) 2 годам;
- Д) 5 годам.

правильный ответ: в

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

Ребенок родился с массой 2600 от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на 10-12 неделе. В родах многоводие. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. С рождения отмечается обильное выделение пенистой слюны.

При осмотре через 12 часов после рождения состояние ребенка тяжелое. В легких с обеих сторон выслушиваются множественные влажные хрипы, частота дыхания до 80 в мин. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой средне-ключичной линии. ЧСС – 152 в мин. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошел.

Вопрос:

Ваш предварительный диагноз?

План обследования?

Лечение?

Ответ:

Атрезия пищевода, трахео-пищеводный свищ

Показана обзорная рентгенография грудной клетки в двух проекциях с зондом в оральном конце пищевода.

После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача №2

Вы осматриваете ребенка 2 лет с жалобами на бледность, стойкое, не поддающееся коррекции снижение показателей гемоглобина до 90 г/л, периодические рвоты съеденной пищей. Ребенок родился с массой 3000г. С рождения часто срыгивал после еды, особенно в горизонтальном положении, плохо прибавлял в весе. На фоне консервативного лечения лечебными смесями срыгивания и рвоты стали редкими. После года несколько раз лечился по поводу Анемии неясной этиологии.

Вопрос:

Ваш предварительный диагноз?

План обследования?

Лечение?

Ответ:

Желудочно-пищеводный рефлюкс-эзофагит.

Показана фиброэзофагогастроскопия, рН – метрия и исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью на наличие рефлюкса.

При халазии кардии показано консервативное лечение, при грыже пищеводного отверстия диафрагмы – оперативное вмешательство.

Задача №3

Вы доктор отделения недоношенных новорожденных детей лечите ребенка 14 дней, переведенного к Вам из родильного дома с диагнозом: “Начинающаяся асфиксия плода. Аспирационный синдром, недоношенность, внутриутробное инфицирование.

Состояние ребенка тяжелое. В легких дыхание до 60 в мин. проводится с обеих сторон жесткое, с умеренным количеством влажных хрипов. Сердечные тоны ритмичные, до 150 в мин., выслушиваются в типичном месте. При кормлении молоком лежа на правом боку закашливается. Во время кормления через зонд приступов кашля не возникает.

Вопрос:

Ваш предварительный диагноз?

План обследования?

Лечение?

Ответ:

Подозрение на изолированный трахеопищеводный свищ.

Показана бронхоскопия.

После подготовки оперативное лечение.

Задача №4

У мальчика с 6 лет, через несколько часов после еды периодически стала появляться рвота съеденной пищей.

В настоящее время еду постоянно запивает водой. Ощущая дисфагию может вызывать рвоту во время еды. Рвотные массы кислого запаха не имеют.

Вопрос:

Ваш предварительный диагноз?

План обследования?

Лечения?

Ответ:

Подозрение на ахалазию пищевода.

Показана фиброэзофагогастроскопия и исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью.

При выявлении стеноза показано оперативное лечение.

Задача № 5

Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в весе составила 300г. При сборе анамнеза выявлено, что у ребенка частые срыгивания молоком после кормления особенно в горизонтальном положении.

Вопрос:

Ваш предварительный диагноз?

План обследования?

Лечения?

Ответ:

Подозрение на желудочно-пищеводный рефлюкс.

Показана фиброэзофагогастроскопия и рН метрия, исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью на рефлюкс.

Необходимо начать консервативное лечение.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;

веноазигография, каваграфия;

медиастиноскопия;

торако(плевро)скопия;

парамедиастинальная торакотомия;

пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №43

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.43 Тема: «Острый и хронический абсцесс легкого».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- актуальность проблемы
- этиопатогенез абсцесса легкого
- клиника, диагностика и дифференциальная диагностика абсцесса легкого с деструктивными формами туберкулеза, периферического рака легкого с распадом.
- консервативное и оперативное лечение абсцесса легкого (виды и модификации оперативных вмешательств)
- хирургическая тактика при осложнениях абсцесса легкого

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Внутриагтеримальное введение антибиотиков
 - б) Лечебные бронхоскопии
 - в) Внутримышечное введение антибиотиков
 - г) Общеукрепляющее лечение и иммунотерапия
 - д) Сочетание всех вышеперечисленных методов
- Правильный ответ д

2.К ХРОНИЧЕСКИМ АБСЦЕССАМ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ СУЩЕСТВУЮЩИЕ:

- 1) 2-3 недели
- 2) 1 месяц
- 3) 6-8 недель
- 4) 3 месяца
- 5) 6 месяцев

Правильный ответ: 4

3.ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Бронхиальный свищ, эмпиема плевры
 - б) Внутривлепвральное кровотечение
 - в) Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких
 - г) Нагноение послеоперационной раны
 - д) Все перечисленные
- Правильный ответ д

4.ГЛАВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ (МЕХАНИЗМОМ) ВРАЗВИТИИ АБСЦЕССА И ГЕНГРЕНА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1. Бронхогенный фактор
- 2. Травматизм

3. Бронхоэктатическая болезнь
 4. Септическая эмболия
 5. Распространение инфекции с соседних гнойных очагов
- Правильный ответ: 1

5. БРОНХОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ БЫВАЮТ:

1. Множественными
2. Периферическими
3. Одиночными
4. Центральными
5. Двухсторонними

Правильные ответы:

- а) 1,2
- б) 3,4
- в) 4,5
- г) все ответы правильные
- д) все ответы неправильные

6. 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 обеих долей
- Правильный ответ в

7. 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
- Правильный ответ д

8. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
 - б) Кашель с большим количеством гнойной мокроты
 - в) Высокая температура
 - г) Кровохарканье
 - д) Симптом "барабанных палочек"
- Правильный ответ б

9. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
 - б) Первичная несостоятельность культи бронха
 - в) Внутривисцеральное кровоотечение
 - г) Ателектаз легкого
 - д) Напряженный пневмоторакс
- Правильный ответ в

10. К НАГНОИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЛЕГКИХ НЕ ОТНОСЯТ

- а) абсцесс легкого
 - б) нагноившуюся кисту легкого
 - в) бронхоэктатическую болезнь
 - г) эмпиему плевры
 - д) гангрену легкого
- правильный ответ: г

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

Больной 1 месяц назад перенес правостороннюю пневмонию с длительной, высокой лихорадкой. Беспокоит кашель с отделением 100-150 мл в сутки гнойной мокроты неприятного запаха. Голосовое дрожание в нижнем отделе справа усилено, там же притупленно-тимпанический звук, бронхиальное дыхание, крупно - и среднепузырчатые хрипы.

Вопросы:

1. Вероятная причина нагноительного синдрома?
2. Что может быть обнаружено на рентгенограмме легких?
3. Какой элемент в мокроте свидетельствует о распаде легочной ткани?
4. Какой метод лечения показан?
5. Каков прогноз при данном заболевании?

Эталонные ответы:

1. Причина такого состояния связана с абсцедированием (высокая t, лихорадка, кашель с неприятного запаха мокротой и физикальные данные).
2. Необходимо рентгенологическое исследование для уточнения локализации и объема поражения, при необходимости МСКТ органов грудной клетки, а также развернутый анализ крови, исследование мокроты.
3. Данные рентген исследования, анализ крови (степень реактивности, интоксикацию).
4. Лечение консервативное - антибиотики, дезинтоксикационная и укрепляющая терапия, комплексная трахео - бронхологическая санация (хинопсин, трепсин, рибонуклеазу и т.д.).
5. При комплексном лечении восстановление трудоспособности возможно полностью.

Задача №2

У больного 70 лет, лечившегося в терапевтическом отделении, на фоне высокой температуры (38,0 - 39,5 град) одномоментно при кашле выделилось до 300,0 мл зловонной гнойной мокроты. В течении 5-6 дней сохранялось выделение

гнойной мокроты до 700 мл в сутки с улучшением состояния: температура уменьшилась до 37,5 град. Сохраняется одышка до 30 дыханий в минуту, аускультативно на фоне множественных хрипов появилось амфорическое дыхание. Рентгенологически в правой нижней доле определяется полость с уровнем жидкости до 10 см в диаметре, расположенной вблизи грудной стенки. Имеются признаки тяжелой интоксикации.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы диагностики нужно выполнить у больного?
3. Какое тактическое решение должен выполнить хирург?
4. Какой метод хирургического лечения необходимо провести больному с целью профилактики развития эмпиемы плевры?
5. Какие острые осложнения возможны у больного?

Ответы к задаче

1. У больного на фоне острой пневмонии развился острый абсцесс легкого, который вскрылся через бронх.
2. Рентгенологические (томография), фибробронхоскопия, КТ, спирография, ЭХО –кардиоскопия, иммунограмма.
3. Перевод больного из терапевтического отделения в отделение хирургическое, в связи с возможностью развития острых гнойно- септических осложнений.
4. Пункционное дренирование абсцесса через грудную стенку
5. Острое легочное кровотечение, развитие пиопневмоторакса, гангренизация легкого, развитие сепсиса.

Задача №3

Больной 32 года поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1,5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38С. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого лёгкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объёмах базальных сегментов нижней доли правого лёгкого.

Вопрос:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести больному?
3. Какое осложнение возникло у больного?
4. Ваша дальнейшая тактика?
5. Какие антибактериальные препараты возможно использовать у данного больного?

Ответы к задаче

1. Аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза

2.С целью диагностики и лечебной необходимо проведение фибробронхоскопии, при невозможности удаления инородного тела проведение ригидной бронхоскопии.

3.У больного в зоне ателектаз возникло нагноительное заболевание с деструкцией легкого.

4.Удаление инородного тела, назначение санационных бронхоскопий, применение антибактериальных средств.

5.Цефалоспорины III поколения (цефтазидим,цефотаксим,цефтриаксон,цефоперазон) предпочтительнее использовать защищенные формы – сульперазон (цефоперазон/сульбактам),

Цефалоспорины IV поколения (Цефепим,Пиперациллин,ТикарциллинФторхинолоны(ципрофлоксацин, офлоксацин, особенно пефлоксацин левофлоксацин-таваник), Карбапенемы эффективная монотерапия (имипенем, меропенем)Метронидазол,+профилактикасистемногомикоза(флуконазол,микосист , дифлюкан, вориконазол (вифенд), амфотерицин).

Задача.№4

Больной 47 лет, поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл. в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенёс операцию на левом лёгком-удаление нижней доли и языковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл. гнойной мокроты, появились кровохарканья, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл. стала зловонной. Состояние тяжёлое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся лёгком полость около 6 см. с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом лёгком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено.

Вопрос:

1.Какой наиболее вероятный диагноз?

2.Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3.Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть у больного?

4.Ваша тактика?

5.Какая предоперационная подготовка нужна данному больному?

Ответы к задаче

Абсцесс верхней доли левого легкого.

1.Необходимо проведение рентгенографии легких, томографии при возможности КТ, эндоскопическое исследование, функция внешнего дыхания.

2.Кровотечение, пиопневмоторакс.

3.При отсутствии изменений в правом легком, хирургическое удаление оставшейся части левого лёгкого после предоперационной подготовки.

4.Это следующее направления:

1. меры, направленные на поддержание и восстановление общего состояния и коррекцию нарушенного гомеостаза;

2. меры по коррекции иммунологической реактивности больных;

3. меры, направленные непосредственно на подавление микроорганизмов – возбудителей инфекционного процесса;
4. меры, имеющие целью обеспечение оптимального дренирования очагов деструкции в легком;

Задача № 5

Больной 40 лет, переведен в клинику из терапевтического отделения, где находился по поводу нижнедолевой пневмонии правого легкого. Состояние при поступлении крайне тяжелое, выраженная одышка, заторможен. Дыхание справа ослаблено, с амфорическим оттенком, множество влажных хрипов. Мокрота грязного цвета до 400 мл в сутки. Рс-100 уд. в мин. А/Д 110/70 мм рт.ст. анализ крови. L-18*10⁹, Э-2, п-10, с- 69 лимф-18 м-1, токсическая зернистость, СОЭ-55 мм/ч, в моче - белок, в мокроте эластические волокна.

Вопросы:

1. Ваш диагноз у больного.
2. Какими дополнительными методами и исследованиями можно подтвердить диагноз?
3. Как будете лечить больного?
4. Какие лабораторные показатели могут подтвердить успешность в лечении больного?
5. Профилактика, прогноз.

Эталоны ответов:

1. У больного нижнедолевая пневмония правого легкого, осложнившаяся острым абсцессом.
2. Рентгенологическими исследованиями, МСКТ органов грудной клетки (выявлена его величина, локализация).
3. Лечение консервативное – оно является основным,(приемы и средства направленные на ликвидацию скопления гноя в очаге, на микрофлору в легком, антибиотики, притеолитические ферменты, средства, стимулирующие защитные реакции организма).
4. Основными показателями успешности лечения буду, кроме общего состояния больного и рентген данных, анализы крови, особенно белой – нейтрофилез со сдвигом влево, лимфопения, моноцитоз, эозинофилия – эти показатели четко реагируют на улучшение. Четко отражают реакцию организма на патпроцесс.
5. Профилактика заболевания заключается в излечении пневмонии, очищению бронхиального дерева (ингаляции ферментов, возможно профилактически – антибиотиков, прогулки, дыхательная гимнастика). Прогноз благоприятный.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- пункция плевры с эвакуацией экссудата;
- пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- кавернотомия и абсцессоскопия;
- атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;
- стандартные лобэктомии;
- стандартные пульмонэктомии;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №44

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.44 Тема: «Гангрена легкого».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- актуальность проблемы

- этиопатогенез гангрены легкого
- клиника, диагностика и дифференциальная диагностика абсцесса легкого и гангренозного абсцесса.
- консервативное и оперативное лечение гангрены легкого (виды и модификации оперативных вмешательств)
- хирургическая тактика при гангрены легкого

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- а) Пневмотомия
 - б) Клиновидная резекция легкого
 - в) Пневмонэктомия
 - г) Лобэктомия
 - д) Торакопластика
- Правильный ответ: в

2.ВОЗМОЖНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Бронхиальный свищ, эмпиема плевры
 - б) Внутривисцеральное кровотечение
 - в) Сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких
 - г) Нагноение послеоперационной раны
 - д) Все перечисленные
- Правильный ответ: д

3.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
- Правильный ответ: д

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ГАНГРЕНЫ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Легочная инфильтрация
 - б) Синдром легочного растяжения
 - в) Одиночная полость
 - г). Четкое жидкостное образование
 - д)Диффузное легочное затемнение с очагами деструкции (пчелиные соты)
- Правильный ответ: д

5. ПРОФУЗНОЕ ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВОЗНИКАЕТ ЧАЩЕ ПРИ:

- а)Бронхоэктатической болезни

- б) Абсцессе легкого
- в) Туберкулезе легких
- г) Раке легких
- д) Гангрене легких

Правильный ответ: д

6. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ЧАЩЕ ПРИЧИНОЙ ПРОФУЗНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКИХ?

- а) Эрозии слизистой бронхов
- б) Ветви легочной артерии
- в) Межреберные артерии
- г) Дуга аорты и грудной отдел аорты
- д) Бронхиальные артерии

Правильный ответ: д

7. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ САНИРОВАНИЯ БОЛЬШИХ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ПО ВЕЛИЧИНЕ СЕКВЕСТРАМИ И ВЫРАЖЕННЫМ ИНТОКСИКАЦИОННЫМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Торакоплевропневмоцентез с дренажем
- б) Торакопневмотомия с дренированием абсцесса
- в) Бронхиальный лаваж катетером
- г) Микротрахеостома
- д) Торакопневмотомия с дренированием абсцесса

Правильный ответ: б

8. ОСОБЕННОСТЬЮ ГАНГРЕНОЗНЫХ АБСЦЕССОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) преобладание некротических процессов и наличие секвестров в полости
- б) преобладание Гр" -" микробной флоры
- в) локализация исключительно в 6 сегменте
- г) локализация исключительно в базальных сегментах
- д) быстрые деструктивные процессы с формированием множественных мелких полостей

Правильный ответ: а

9. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ГАНГРЕНЕ ЛЕГКОГО СОСТАВЛЯЕТ:

- а) более 50%
- б) от 7 до 10%
- в) 28 - 35%
- г) 50%
- д) менее 7%

Правильный ответ: в

10. ПРИ РЕНТГЕНОСКОПИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ИНФИЛЬТРАЦИЯ СРЕДНЕЙ И НИЖНЕЙ ДОЛЕЙ ПРАВОГО ЛЕГКОГО, НА ФОНЕ КОТОРОЙ ОТМЕЧЕНЫ МНОЖЕСТВЕННЫЕ УЧАСТКИ РАЗРЯЖЕНИЯ ТКАНИ С ГОРИЗОНТАЛЬНЫМИ УРОВНЯМИ И ТЕНЯМИ СЕКВЕСТРОВ. КАКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ СООТВЕТСТВУЕТ ДАННАЯ КАРТИНА?

- а) бронхоэктатическая болезнь;
- б) эмпиема плевры;
- в) бронхопневмония;

- г) абсцесс легкого
 - д) гангрена легкого.
- Правильный ответ: д

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

Больной 44 лет, кочегар, злоупотреблял курением и алкоголем. Переведен из терапевтического отделения, где находился всего 5 дней. Болен в течение 10 дней, после переохлаждения повысилась температура до 40°C, появились боли в грудной клетке, кашель с отхождением зловонной гнойной мокроты ржавого вида. При осмотре: общее состояние крайне тяжелое, температура до 39,7°C, выраженные признаки гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности. Рентгенологически на фоне массивного затенения, занимающего верхнюю, среднюю, а также верхушечный сегмент нижней доли, видны множественные, различных размеров, едва намечающиеся и крупные, с горизонтальными уровнями и без них полости деструкции (стадия распада некротических участков).

Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
3. Какие грозные осложнения сопровождают данную патологию?
4. Ваша тактика лечения.
5. Каков прогноз при данной патологии?

Ответы к задаче

1. У больного гангрена правого легкого.
2. Рентгенография, скопия, КТ-графия, бронхоскопия, исследование мокроты на КУМ, атипичные клетки, посев мокроты на а\б грамму.
3. Инфекционно-токсический шок, легочное кровотечение.
4. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния показана операция.

Прогноз неблагоприятный 56-70% летальность.

Задача №2

Мужчина в алкогольном опьянении проспал на улице, состояние тяжелое, откашливает до 200 мл зловонной мокроты.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для постановки диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Какие осложнения заболевания возможны у больного?
5. Сроки нетрудоспособности?

Ответы

1. Гангренозный абсцесс легкого.
2. Рентгенография грудной клетки (прямая и боковая рентгенограмма).
3. Комплексная интенсивная терапия. Обязательно цефалоспорины в сочетании с аминогликозидами и метрогилом.
4. Легочное кровотечение, пиопневмоторакс, сепсис, абсцесс мозга.
5. Нетрудоспособен до 3-4 месяцев, затем направить на МСЭК.

Задача №3

У больного 39 лет лихорадка - до 39 - 40°C, ознобы, резкая потливость, боли в правой верхней половине грудной клетки. Положение вынужденное - полусидячее. Кашель с кровянистой зловонной мокротой. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Цианоз губ, акроцианоз. Дыхание до 26 в 1 минуту. При аускультации - справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз ?
2. Тактика обследования?
3. Ваше лечение?

Ответ:

1. Гангрена верхней доли правого легкого.
2. Показано рентгенологическое обследование, МСКТ органов грудной клетки (при необходимости). фибробронхоскопия.
3. Анбактериальная, инфузионно-дезмонтоксикационная, противовоспалительная терапия. Лечебные бронхоскопии. При неэффективности консервативного лечения - оперативное лечение .

Задача №4

Больной 50 лет, находится на стационарном лечении с Ds: Гангренозный абсцесс нижней доли правого легкого. У больного одновременно при кашле выделилось 100 мл темной крови. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. цианоз губ, ЧДД 28, АД 80/60, Ps 100 в мин.

Вопросы:

1. Какое осложнение случилось у больного?
2. Ваша тактика?
3. Объем оперативного вмешательства?
4. Прогноз

Ответы:

1. У больного клиника легочного кровотечения
2. Учитывая состояние и интенсивность кровотечения больному показано экстренное оперативное лечение - торакотомия, лобэктомия. Проведение гемостатической, инфузионной терапии. Проведение трансфузии ЭРВ, СЗП.
3. Прогноз как правило неблагоприятный, ввиду высокой летальности

Задача №5

У больной, 43 лет, жалобы на кашель с мокротой, одышку, кровохарканье, боли в левой половине грудной клетки при дыхании, повышение температуры до 39 гр., потливость, слабость. Заболела остро 10 дней назад, появилась лихорадка до 38 гр., появился озноб, затем присоединились указанные выше жалобы. Кашель вначале был сухой, мучительный, затем появилась мокрота. За двое суток до поступления в стационар количество мокроты резко увеличилось, неприятный гнилостный запах в мокроте появились прожилки крови, усилились боли в левом боку. Состояние больного тяжелое, кожа бледная, влажная. Над легкими слева ниже угла лопатки укорочение перкуторного звука, здесь ослаблено с бронхиальным оттенком, выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны

сердца приглушены, пульс 100. АД 90/60. Анализ крови: гемоглобин 130 г/л лейкоциты 14,0 формула - сдвиг влево. СОЭ 50 мм. При рентгеноскопии грудной клетки: слева в нижней доле полость размером 7 х 8 см с перифокальным воспалением, в полости подозрение на северстр. Корни легких не изменены.

Вопросы:

- 1.Поставьте наиболее вероятный диагноз.
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3.Наметьте план обследования больного и план лечения.
- 4.Каков прогноз заболевания?
- 5.Назовите ориентировочные сроки нетрудоспособности.

Эталонны ответов:

1. Гангрена левого легкого, осложненного кровохарканьем.
2. Можно дифференцировать с раком легкого в первую очередь + ВС и др. Особенное внимание нужно уделить клиническим симптомам: лихорадка, мокрота, ее количество, запах, кровохарканье, интоксикация, рентгенологические методы исследования, анализ крови. При абсцессах отмечают две стадии: инфильтрат, а затем распад. Умеренное СОЭ без сдвига влево.
3. Рентгенологические и топографические исследования, анализ крови, белок, исследование мокроты. Лечение – антибиотикотерапия, противинтоксикационная терапия, гемостатики, спазмолитики, в конечном итоге – возможно оперативное лечение.
4. Прогноз сомнительный.
5. Больной нетрудоспособен, рекомендована группа инвалидности.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны,

иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- пункция плевры с эвакуацией экссудата;
- пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- кавернотомия и абсцессоскопия;
- атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;
- стандартные лобэктомии;
- стандартные пульмонэктомии;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №46

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.46 Тема: «Острая и хроническая эмпиема плевры».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- актуальность проблемы
- этиопатогенез эмпиемы плевры и пиопневмоторакса
- клиника, диагностика и дифференциальная диагностика эмпиемы плевры и пиопневмоторакса
- консервативное и оперативное лечение эмпиемы плевры и пиопневмоторакса (виды и модификации оперативных вмешательств)
- хирургическая тактика при осложнениях эмпиемы плевры и пиопневмоторакса

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. 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
- Правильный ответ в

2.РЕАКТИВНЫЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ МОЖЕТ БЫТЬ:

- а) При острой пневмонии
 - б) При поддиафрагмальном абсцессе
 - в) При остром холецистите и панкреатите
 - г) При септической пневмонии
 - д) При всех перечисленных заболеваниях
- Правильный ответ д

3.СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРОИЗВОДСТВОМ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ И ВВЕДЕНИЕМ АНТИБИОТИКОВ, К МОМЕНТАЛЬНОМУ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ МОГУТ ПРИВЕСТИ:

- а) Внутривнеплевральное кровотечение
 - б) Воздушная эмболия головного мозга
 - в) Анафилактический шок
 - г) Плевропульмональный шок
 - д) Правильно Б и В
- Правильный ответ д

4.ЭКССУДАТИВНЫЙ ПЛЕВРИТ, КАК ПРАВИЛО, ЯВЛЯЕТСЯ ВТОРИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ:

- а) Бронхоэктатической болезни
 - б) Абсцесса
 - в) Туберкулеза
 - г) Острой пневмонии
 - д) Эхинококкоза
- Правильный ответ г

5.НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫМ СПОСОБОМ ЭВАКУАЦИИ ЭКССУДАТА ИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ СЕРОЗНОМ ХАРАКТЕРЕ ЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Дренирование плевральной полости
 - б) Плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
 - в) Плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником
 - г) Широкая торакотомия
 - д) Введение дренажа по Сельдингеру
- Правильный ответ б

6.СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ ПОСЛЕ ПНЕВМОЭКТОМИИ:

- а) Бронхиальный свищ
- б) Инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)
- в) Нагноение послеоперационной раны

- г) Остеомиелит ребер и хондрит
 - д) Все перечисленные
- Правильный ответ д

7.У БОЛЬНОГО ЧЕРЕЗ 2 ДНЯ ПОСЛЕ ПНЕВМОНЭКТОМИИ РАЗВИЛАСЬ ПЕРВИЧНАЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ КУЛЬТИ БРОНХА. ЕМУ НЕОБХОДИМО:

- а) Плевральная пункция
 - б) Дренирование плевральной полости
 - в) Бронхоскопия и нанесение биологического клея
 - г) Срочная реторакотомия
 - д) Наблюдение за больным
- Правильный ответ б

8.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Антибактериальная терапия
 - б) Повторные лечебные пункции
 - в) Дренирование плевральной пункции
 - г) Широкая торакотомия
- Правильный ответ б

9.ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

- а) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса
 - б) Дренирование плевральной полости
 - в) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса
 - г) Повторные плевральные пункции
 - д) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса
- Правильный ответ а

10.ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО АБСЦЕССА ЛЁГКОГО:

- а) Пиопневмоторакс
 - б) Переход в гангрену лёгкого
 - в) Множественные абсцессы лёгкого
 - г) Всё перечисленное
- Правильный ответ г

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

Больному Р., 56 лет 2 года назад выполнена расширенная пульмонэктомия по поводу центрального рака левого легкого. Послеоперационный период осложнился острой эмпиемой остаточной полости. Далее длительной время сохранялось гнойное отделяемое по дренажу. В настоящее время на грудной клетке слева в 5 межреберьи по средней подмышечной линии свищевое отверстие до 5 мм в диаметре со слизисто-гнойным отделяемым. При положении на правом боку появляется кашель с гнойной мокротой.

Рентгенологически: остаточная полость слева, средостение смещено

влево, купол диафрагмы слева подтянут и деформирован, в нижних отделах полости определяется уровень жидкости.

Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Какие причины неэффективности местного лечения?
4. Какие основные причины несостоятельности культи бронха?
5. Какое оперативное лечение возможно провести данному больному?

Ответы к задаче

1. Хроническая эмпиема остаточной полости. Бронхо-плевро-кожный свищ.
2. Бронхоскопия, фистуло- и культеграфия.
3. Несостоятельность культи, формирование свища.
4. Раздавливание бронха браншами сшивающего аппарата. Нарушение
5. кровоснабжения культи бронха. Проведение швов через слизистые оболочки,
6. формирование лигатурных свищей. Выраженная ригидность хрящевого
7. каркаса вблизи карины, прорезывание краев раны.
8. Торакопластика с миобронхопластикой, оментобронхопластикой.

Задача №2

Больной В., 54 лет поступил с диагнозом хроническая эмпиемы плевры справа. 3 месяца назад находился на стационарном лечении по поводу деструктивной пневмонии левого легкого, которая осложнилась эмпиемой плевры. При поступлении по дренажу из плевральной полости гнойное отделяемое и сброс воздуха. В положении больного на здоровом боку усиливается кашель и увеличивается количество гнойной мокроты. При санации полости эмпиемы у больного появляется кашель. На рентгенограмме остаточная полость размером 5*8 см., небольшое количество жидкости.

Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие причины неэффективности местного лечения?
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения осложнения?
4. Какова тактика лечения?
5. Какие принципы реабилитации больного?

Ответы к задаче

1. Обострение хронической ограниченной эмпиемы плевры, с бронхоплевральным свищем.
2. Сформировался бронхоплевральный свищ.
3. Бронхография, бронхоскопия с введением красителя в полость эмпиемы, торакоскопия.
4. Временная окклюзия бронхиального дерева, при неэффективности необходимо оперативное лечение по поводу хронической эмпиемы плевры.

5. Направить больного на ВТЭК, проведение мероприятий для профилактики рецидива эмпиемы плевры.

Задача №3

У больного 15 дней назад повысилась температура до 39 С, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована нижнедолевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкуторного звука.

Вопросы:

1. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какова тактика лечения?

Ответ:

1. Пиопневмоторакс
2. Рентгенография ОГК (при необходимости МСКТ ОГК), Фибробронхоскопия.
3. Дренирование плевральной полости, при неэффективности расправления легкого - временная окклюзия бронхиального дерева. Антибактериальная, дезинтоксикационная терапия.

Задача №4

Больной 44 лет, кочегар, злоупотреблял курением и алкоголем. Переведен из терапевтического отделения, где находился всего 5 дней. Болен в течение 10 дней, после переохлаждения повысилась температура до 40°С, появились боли в грудной клетке, кашель с отхождением зловонной гнойной мокроты ржавого вида. При осмотре: общее состояние крайне тяжелое, температура до 39,7°С, выраженные признаки гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности. Рентгенологически на фоне массивного затенения, занимающего верхнюю, среднюю, а также верхушечный сегмент нижней доли, видны множественные, различных размеров, едва намечающиеся и крупные, с горизонтальными уровнями и без них полости деструкции (стадия распада некротических участков).

Вопрос:

6. Каков Ваш предварительный диагноз?
7. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
8. Какие грозные осложнения сопровождают данную патологию?
9. Ваша тактика лечения.
10. Каков прогноз при данной патологии?

Ответы к задаче

5. У больного гангрена правого легкого.
6. Рентгенография, скопия, КТ-графия, бронхоскопия, исследование мокроты на КУМ, атипичные клетки, посев мокроты на а\б грамму.
7. Инфекционно-токсический шок, легочное кровотечение.
8. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния показана операция.
9. Прогноз неблагоприятный 56-70% летальность.

Задача № 5

Больной 32 лет доставлен бригадой с\п , и анамнеза: находился на лечении в терапевтическом отделении 3 месяца назад по поводу острого абсцесса верхней доли правого легкого. Проводилось лечение: внутримышечные введения антибиотиков, пероральный прием сульфаниламидных препаратов, витаминотерапия и др. лечение продолжалось амбулаторно. Последние дни состояние резко ухудшилось, удерживалась высокая температура, беспокоил кашель с выделением зловонной мокроты.

Вопрос:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
3. Каков алгоритм предоперационной подготовки?
4. Какая дальнейшая тактика у данного больного?
5. Какое наиболее частое осложнение после хирургического лечения у данных больных?

Ответы к задаче

1. У больного обострение хронического абсцесса правого легкого
2. Для уточнения диагноза следует рентгенологическое, бронхоскопическое исследования, определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.
3. В комплексном лечении следует пунктировать абсцесс, если удастся, с оставлением дренажа, бронхоскопия, микротрахеостомия, обучить больного принимать положение постурального дренажа, рациональная антибактериальная и общеукрепляющая терапия.
4. После санации полости абсцесса, улучшении общего состояния решить вопрос о резекции очага деструкции легочной ткани.
5. Несостоятельность культи.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

пункция плевры с эвакуацией экссудата;

пункция абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;

дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости; кавернотомия и абсцессоскопия;

атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;

стандартные лобэктомии;

стандартные пульмонэктомии;

торако(плевро)скопия;

парамедиастинальная торакотомия;

пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №47

1. Индекс: ОД.О.01.1.6.47 Тема: «Паразитарные заболевания легких».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Основные паразитарные заболевания легких. Классификация.
- Диагностика паразитарных заболеваний легких.
- Дифференциальная диагностика паразитарных заболеваний легких.
- Профилактика паразитарных заболеваний легких
- Лечение паразитарных заболеваний легких.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ:

- 1) аскаридами;
- 2) лямблиями;
- 3) актиномицетами;
- 4) цистицерком;
- 5) острицами.

Правильный: 1

2. ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ:

- 1) трихинеллами;
- 2) острицами;
- 3) актиномицетами;
- 4) альвеококком;
- 5) цистицерком.

Правильный:4

3. ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ:

- 1) актиномицетами;
- 2) острицами;
- 3) эхинококком;
- 4) цистицерком;
- 5) лямблиями.

Правильный:3

4. УКАЖИТЕ ПАРАЗИТАРНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРЕБУЮЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:

- 1) цистицеркоз;
- 2) лямблиоз;
- 3) актиномикоз;
- 4) шистосоматоз;
- 5) сап.

Правильный:4

5. УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНОГО ПЕРВИЧНОГО «ХОЗЯИНА» ЭХИНОКОККА:

- 1) человек, обезьяна;
- 2) свинья, овца;
- 3) корова, олень;
- 4) лошадь, верблюд;
- 5) лисица, собака.

Правильный:5

6. ЗАРАЖЕНИЕ ЧЕЛОВЕКА ЭХИНОКОККОМ ПРОИСХОДИТ ПРИ:

- 1) употреблении копченого мяса и рыбы;
- 2) употреблении сырых яиц и рыбы;
- 3) вдыхании возбудителя с пылью;
- 4) выделке меха;
- 5) во всех вышеуказанных случаях.

Правильный:3

7. ЭХИНОКОКК В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПО:

- 1) кишечнику;
- 2) межфасциальным пространствам;
- 3) кровеносным и лимфатическим сосудам;
- 4) мочевыводящим путям;
- 5) желчевыводящим путям.

Правильный:3

8. УКАЖИТЕ ИЗБИРАТЕЛЬНУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЭХИНОКОККА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА:

- 1) почки, надпочечники, спинной мозг;
- 2) желудочно-кишечный тракт;

- 3) легкие, головной мозг, печень;
- 4) подкожная клетчатка, костный мозг;
- 5) поджелудочная железа, селезенка.

Правильный:3

9. УКАЖИТЕ ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОГО ПУЗЫРЯ:

- 1) интермедиарная, мезотелиальная;
- 2) пиогенная, промежуточная;
- 3) мембранозная, серозная;
- 4) зародышевая, хитиновая;
- 5) эпителиальная, грануляционная.

Правильный:4

10. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОЯВЛЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА НЕХАРАКТЕРНО:

- 1) боль;
- 2) перитонит;
- 3) плеврит;
- 4) абсцедирование;
- 5) кишечная непроходимость.

Правильный:5

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

Больной Г., 36 лет, уроженец Казахстана. Предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, боли, тяжесть в правой половине грудной клетки, периодические ознобы. Считает себя больным в течение 5 лет.

За мед. помощью не обращался. Объективно: состояние средней степени тяжести. Питание понижено. Отмечается сглаживание межреберий, притупление перкуторного звука и отсутствие дыхания справа от III до V ребра. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в верхней доле правого легкого – интенсивная округлая тень 12 на 12 см. с четкими, ровными контурами. В лейкоформуле – эозинофилия 7%. Положительна реакция Казони.

Вопросы:

- 1. Диагноз.
- 2. Дополнительные методы исследования.
- 3. Лечение.

Ответ.

- 1. Эхинококковая киста верхней доли правого легкого.
- 2. УЗИ брюшной полости для исключения эхинококка другой локализации.
- 3. Торакотомия, эхинококкэктомия.

Задача №2

Больной И., 47 лет. Поступил в экстренном порядке с жалобами на одышку, слабость, озноб. Около 2 часов назад – боли в грудной клетке слева, приступ интенсивного кашля с отхождением большого количества прозрачной жидкости и кусочков белых пленок. Ранее считал себя здоровым.

При поступлении состояние средней степени тяжести. В нижней доле левого легкого – локальное притупление перкуторного звука, ослабление дыхания на

фоне рассеянных влажных хрипов. Рентгенологически в нижней доле левого легкого – округлая полость с четкими, ровными контурами и уровнем жидкости. При микроскопии мокроты обнаружены обрывки хитиновой оболочки и шестикрючные сколексы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Лечение.

Ответ.

1. Эхинококковая киста нижней доли левого легкого с прорывом в бронх.
2. Лечение оперативное – торакотомия, эхинококкэктомия.

Задача №3

У больного 70 лет, лечившегося в терапевтическом отделении, на фоне высокой температуры (38,0 -39,5 град) одномоментно при кашле выделилось до 300,0 мл зловонной гнойной мокроты. В течении 5-6 дней сохранялось выделение гнойной мокроты до 700 мл в сутки с улучшением состояния: температура уменьшилась до 37,5 град. Сохраняется одышка до 30 дыханий в минуту, аускультативно на фоне множественных хрипов появилось амфорическое дыхание. Рентгенологически в правой нижней доле определяется полость с уровнем жидкости до 10 см в диаметре, расположенной вблизи грудной стенки. Имеются признаки тяжелой интоксикации.

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы диагностики нужно выполнить у больного?

Какое тактическое решение должен выполнить хирург?

Какой метод хирургического лечения необходимо провести больному с целью профилактики развития эмпиемы плевры?

Какие острые осложнения возможны у больного?

Ответы к задаче

1. У больного на фоне острой пневмонии развился острый абсцесс легкого, который вскрылся через бронх.
2. Рентгенологические (томография), фибробронхоскопия, КТ, спирография, ЭХО –кардиоскопия, иммунограмма.
3. Перевод больного из терапевтического отделения в отделение хирургическое, в связи с возможностью развития острых гнойно- септических осложнений.
4. Пункционное дренирование абсцесса через грудную стенку
5. Острое легочное кровотечение, развитие пиопневмоторакса, гангренизация легкого, развитие сепсиса.

Задача №4

Больной 49 лет, болен 6 месяцев. Заболел после перенесенного на ногах «гриппа». Отмечает появление упорного кашля., постоянные боли в правой половине грудной клетки, недомогание. Похудел на 5 кг. При обследовании в поликлинике диагностировано «затемнение» нижней доли правого легкого. В период лечения в

терапевтическом отделении был обнаружен геморрагический экссудат в правой плевральной полости.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы диагностики необходимо выполнить больному?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
4. Какую лечебную тактику выбрать у больного?
5. Какие методы хирургического лечения возможны у больного?

Ответы к задаче

1. У больного вероятно развитие рака правого легкого
2. Полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки, ФБС с биопсией, ЭХО-УЗИ, СКТ, МРТ, спирография, УЗИ органов брюшной полости, торакоскопия с биопсией плевры
3. Пневмония, туберкулез, бронхоэктазы, кисты легких, актиномикоз
4. После торакоскопии с биопсией при подтверждении канцероматоза плевры – назначение лучевой и химиотерапии
5. Местное лечение параканкрозного плеврита (пункции, облитерация плевральной полости)

Задача № 5

Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл. в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенёс операцию на левом лёгком-удаление нижней доли и языковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл. гнойной мокроты, появились кровохарканья, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл. стала зловонной. Состояние тяжёлое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся лёгком полость около 6 см. с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом лёгком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено.

- 1)Какой наиболее вероятный диагноз?
- 2)Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- 3)Какие наиболее частые осложнения могут возникнуть у больного?
- 4)Ваша тактика?
- 5)Какая предоперационная подготовка нужна данному больному?

Ответы к задаче

- 1)Абсцесс верхней доли левого легкого.
 - 2)Необходимо проведение рентгенографии легких, томографии при возможности 3)КТ, эндоскопическое исследование, функция внешнего дыхания.
 - 4)Кровотечение, пиопневмоторакс.
 - 5)При отсутствии изменений в правом легком, хирургическое удаление оставшейся части левого лёгкого после предоперационной подготовки.
- Это следующее направления:

- 1) меры, направленные на поддержание и восстановление общего состояния и коррекцию нарушенного гомеостаза;
- 2) меры по коррекции иммунологической реактивности больных;
- 3) меры, направленные непосредственно на подавление микроорганизмов – возбудителей инфекционного процесса;
- 4) меры, имеющие целью обеспечение оптимального дренирования очагов деструкции в легком.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;

веноазиография, каваграфия

медиастиноскопия;
торако(плевро)скопия;
парамедиастинальная торакотомия;
пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;
стандартные лобэктомии;
стандартные пульмонэктомии;

Занятие №49

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.49 Тема: «Классификация опухолей».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Основные виды классификация опухолей.
- Международная классификация по системе TNM
- Гистологическая классификация опухолей.
- Морфологическая классификация опухолей.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. К РАСШИРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ:

- а) Удаление опухоли в пределах здоровой ткани
 - б) Удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
 - в) Удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
 - г) Удаление опухоли в пределах здоровых тканей ,вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевой процесс
 - д) Правильного ответа нет
- Правильный ответ в

2. К КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИИ СЛЕДУЕТ ОТНОСИТЬ:

- а) Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
 - б) Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
 - в) Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевой процесс
 - г) Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания
 - д) Всё перечисленное
- Правильный ответ в

3.ТЕРМИНУ "ОПЕРАБЕЛЬНОСТЬ" БОЛЬШЕ ВСЕГО СООТВЕТСТВУЕТ:

- а) Состояние больного, позволяющее выполнить операцию
 - б) Состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
 - в) Выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию
 - г) Правильного ответа нет
 - д) Все ответы правильны
- Правильный ответ а

4. НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКАЗЫВАЕТ НАИМЕНЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ:

- а) Тип роста опухоли
 - б) Гистологическая структура опухоли
 - в) Наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
 - г) Наличие отдаленных метастазов
 - д) Возраст больного
- Правильный ответ д

5. НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ МОГУТ ОКАЗЫВАТЬ ВЛИЯНИЕ:

- 1) Гипопротеинемия
 - 2) Анемия
 - 3) Погрешности хирургической техники
 - 4) Наличие опухолевых клеток по линии резекции
 - 5) Натяжение сшиваемых органов
- а. Правильно всё перечисленное
 - б. Правильно 2,3,4
 - в. Правильно 1,3,5
 - г. Правильно 2,3,4,5
 - д. Правильно 1,3,4,5
- Правильный ответ а

6.РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ:

- а) В верхневнутреннем квадранте
 - б) В верхне-наружном квадранте
 - в) В нижне-внутреннем квадранте
 - г) В нижне-наружном квадранте
- Правильный ответ б

7.ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ:

- а) I стадии
- б) II стадии
- в) IIб стадии

- г) III и IV стадиям
 - д) Любой из перечисленных стадий
- Правильный ответ г

8. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МАСТЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

- а) Наличие изъязвленной опухоли
 - б) Тяжелые сопутствующие заболевания
 - в) Преклонный возраст больного
 - г) Всё перечисленное
 - д) Ни одного из перечисленного
- Правильный ответ г

9. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК:

- а) Самостоятельный метод
 - б) В комбинации с хирургическим методом
 - в) В комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)
 - г) Все ответы правильны
 - д) Правильно А и Б
- Правильный ответ г

10.. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ:

- а) Подведение максимально возможной дозы излучения
 - б) Снижение биологической активности опухолевых клеток
 - в) Вызвать гибель наиболее чувствительных опухолевых клеток
 - г) Достижение частичной регрессии опухоли
 - д) Достижение полной эрадикации опухолевых клеток
- Правильный ответ д

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Вопрос:

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Ответ:

- 1) морфологическая верификация злокачественности процесса.
- 2) определить степень дифференцировки опухоли и ее биологические характеристики.
- 3) провести клиническую оценку общего состояния больной.

4) разметка - определение центра и границ поля облучения.

5) дозиметрия - построение картины дозного поля имитация дозиметрического плана лечения.

Задача № 2

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Тактика лечения?

Ответ:

1. Центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит.

2. Тактика лечения: плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. Анализ плевральной жидкости на наличие атипических клеток. МСКТ органов грудной клетки.

Задача № 3

Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?

3. Лечебная тактика.

Ответ:

1. Периферический рак нижней доли правого легкого.

Метастазы в печень.

2.Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ.

3.Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача № 4

Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

- 1.Диагноз?
- 2.Лечебная тактика?
- 3.Оперативное лечение?
- 4.П/операционное ведение больного?

Ответ:

- 1.Экзофитный рак средней трети пищевода. Метастазы в печень.
- 2.Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики.
- 3.Операция типа Льюиса.
- 4.Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача № 5

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопрос:

- 1.Диагноз?
- 2.Лечебная тактика?
- 3.Объем оперативного лечения?

4. В п\операционном периоде что необходимо больному?

Ответ:

1. Экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0.
2. Показано хирургическое лечение
3. В объеме субтотальной резекции пищевода и пластики.
4. Операция типа Льюиса.
5. Лучевая терапия.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;

веноазиография, каваграфия;

медиастиноскопия;
торако(плевро)скопия;
парамедиастинальная торакотомия;
пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №50

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.50 Тема: «Опухоли средостения».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Классификация и этиология опухолей средостения.
- Клиническая картина опухолей средостения.
- Диагностика, в том числе компьютерная, опухолей средостения, дифференциальная диагностика.
- Методы лечения опухолей средостения.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Кинический.
- б. Рентгенологический.
- в. Эндоскопический.
- г. Лабораторный.
- д. Такого метода не существует.

Эталон: б.

2. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- а. Тимома.
- б. Киста перикарда.
- в. Невринома.
- г. Липома.
- д. Может локализоваться любая опухоль.

Эталон: в.

3.ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Пункционный метод.
- б. Торакотомия.
- в. Медиастиноскопия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакоскопия.

Эталон: в.

4.ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Консервативная терапия.
- б. Химиотерапия.
- в. Гамматерапия.
- г. Хирургическое лечение.
- д. Комбинированный метод лечения.

Эталон: г.

5.СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН:

- а. Для всех опухолей средостения.
- б. Для доброкачественных опухолей.
- в. Для тимомы средостения.
- г. Для невриноом средостения.
- д. Для злокачественных опухолей средостения.

Эталон: д.

6.МИАСТЕНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Липомы средостения.
- б. Тимомы.
- в. Невриномы.
- г. Кисты перикарда.
- д. Лимфогранулематоз (медиастинальная форма).

Эталон: б.

7.ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- а. Расположение в переднем верхнем средостении.
- б. В переднем нижнем средостении.
- в. В заднем средостении паравертебрально.
- г. Характерной локализации опухоль не имеет.
- д. Характер опухоли может быть определен только морфологически, характерных проявлений не имеет.

Эталон: в.

8.ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН:

- а. По клиническим симптомам.
- б. По рентгенологической картине.
- в. По КТ.
- г. При медиастиноскопии.
- д. Только по морфологии.

Эталон: д.

9.ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯХ:

- а. Консервативное лечение.
- б. Наблюдение.
- в. Радикальное хирургическое лечение.
- г. Операция при быстром росте опухоли.
- д. Оперативное лечение при появлении клинических симптомов.

Эталон: в.

10.ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Шейный надгрудный доступ.
- б. Частичная продольная стернотомия.
- в. Срединная полная стернотомия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакотомия.

Эталон: б.

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

У больного 20 лет без клинических проявлений рентгенологически выявлена тень в заднем средостении около позвоночника с ровными контурами.

Вопрос:

1. Для какой опухоли средостения характерна данная картина?
2. Какое осложнение возможно при отказе от оперативного лечения?
3. Какие исследования следует произвести для окончательной постановки диагноза?
4. Какой доступ использовать для удаления опухоли?
5. Сроки нетрудоспособности больного?

Эталоны ответов:

1. Картина характерна для невриномы средостения.
2. Перерождение в нейросаркому.
3. КТ грудной клетки.
4. Боковая торакотомия.
5. До 2-х месяцев при радикальном лечении.

Задача № 2

У больной слабость в руках, ногах, птоз, небольшие бульбарные расстройства. Симптомы уменьшаются после введения прозерина. При обследовании найдена опухоль в переднем верхнем средостении.

Вопрос:

1. Как называется неврологическое заболевание?
2. Какая опухоль в переднем средостении?
3. Какая взаимосвязь опухоли и неврологических расстройств?
4. План лечения?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. У больной миастения, генерализованная форма.
2. В переднем средостении тимомы.
3. Причиной миастении является тимомы, выделяющая в кровь большое количество холинэстеразы.
4. Выведение больной из миастенического криза антихолинэстеразными препаратами и оперативное лечение – удаление тимомы.
5. Направить на МСЭК – нетрудоспособна.

Задача № 3

У больной 30 лет слабость, потливость, субфебрилитет по вечерам, при флюорографии выявлено расширение средостения за счет медиастинальных лимфоузлов.

Вопрос:

1. Предположительный диагноз?
2. Какое исследование следует произвести для подтверждения наличия увеличенных лимфоузлов?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Где и как лечить данное заболевание?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Лимфогранулематоз, медиастинальная форма.
2. КТ грудной клетки.
3. Необходима медиастиноскопия с биопсией узла.
4. Лечение в Краевом онкологическом центре (КОЦ), комплексная лучевая и химиотерапия.
5. Нетрудоспособна, направить на МСЭК.

Задача № 4

У больной постоянная тахикардия, потливость, раздражительность. При обследовании слева над диафрагмой, дополнительная тень диаметром до 10 см., однородная, с четким контуром.

Вопрос:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. План лечения.
4. При необходимости операции определите доступ?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Внутригрудной зоб с явлениями тиреотоксикоза.
2. КТ грудной клетки и скенирование.
3. Медикаментозное лечение тиреотоксикоза и оперативное лечение.
4. Левосторонняя боковая торакотомия.
5. Через 2-3 месяца при ликвидации тиреотоксикоза выписка на работу.

Задача № 5

У больного надсадный кашель, спит сидя. При обследовании в переднем средостении опухоль, выходящая на правый и левый контур средостения.

Вопрос:

- 1.. Предположительный диагноз.
2. Какое обследование предпринять?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Какое лечение предпринять?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Лимфома средостения.
2. КТ средостения.
3. Биопсия опухоли – медиастиноскопия или парамедиастинотомия.
4. Гормональная терапия и химиотерапия.
5. Направить на МСЭК, нетрудоспособен.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;

веноазигография, каваграфия;

медиастиноскопия;

торако(плевро)скопия;

парамедиастинальная торакотомия;

биопсия л/у средостения;

Занятие №51

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.51 Тема: «Опухоли и кисты средостения».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Классификация и этиология опухолей и кист средостения.
- Клиническая картина опухолей и кист средостения.

- Диагностика, в том числе компьютерная, кист и опухолей средостения, дифференциальная диагностика.
- Методы лечения опухолей и кист средостения.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Кинический.
- б. Рентгенологический.
- в. Эндоскопический.
- г. Лабораторный.
- д. Такого метода не существует.

Эталон: б.

2. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- а. Тимома.
- б. Киста перикарда.
- в. Невринома.
- г. Липома.
- д. Может локализоваться любая опухоль.

Эталон: в.

3. ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Пункционный метод.
- б. Торакотомия.
- в. Медиастиноскопия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакоскопия.

Эталон: в.

4. ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Консервативная терапия.
- б. Химиотерапия.
- в. Гамматерапия.
- г. Хирургическое лечение.
- д. Комбинированный метод лечения.

Эталон: г.

5. СИНДРОМ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ХАРАКТЕРЕН:

- а. Для всех опухолей средостения.
- б. Для доброкачественных опухолей.
- в. Для тимомы средостения.
- г. Для неврином средостения.
- д. Для злокачественных опухолей средостения.

Эталон: д.

6. МИАСТЕНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Липомы средостения.
- б. Тимомы.
- в. Невриномы.

- г. Кисты перикарда.
 - д. Лимфогранулематоз (медиастинальная форма).
- Эталон: б.

7. ДЛЯ НЕВРИНОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНО:

- а. Расположение в переднем верхнем средостении.
- б. В переднем нижнем средостении.
- в. В заднем средостении паравертебрально.
- г. Характерной локализации опухоль не имеет.
- д. Характер опухоли может быть определен только морфологически, характерных проявлений не имеет.

Эталон: в.

8. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН:

- а. По клиническим симптомам.
- б. По рентгенологической картине.
- в. По КТ.
- г. При медиастиноскопии.
- д. Только по морфологии.

Эталон: д.

9. ТАКТИКА ПРИ ВЫЯВЛЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯХ:

- а. Консервативное лечение.
- б. Наблюдение.
- в. Радикальное хирургическое лечение.
- г. Операция при быстром росте опухоли.
- д. Оперативное лечение при появлении клинических симптомов.

Эталон: в.

10. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Шейный надгрудный доступ.
- б. Частичная продольная стернотомия.
- в. Срединная полная стернотомия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакотомия.

Эталон: б.

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

У больного 20 лет без клинических проявлений рентгенологически выявлена тень в заднем средостении около позвоночника с ровными контурами.

Вопросы:

1. Для какой опухоли средостения характерна данная картина?
2. Какое осложнение возможно при отказе от оперативного лечения?
3. Какие исследования следует произвести для окончательной постановки диагноза?
4. Какой доступ использовать для удаления опухоли?
5. Сроки нетрудоспособности больного?

Эталоны ответов:

1. Картина характерна для невриномы средостения.

2. Перерождение в нейросаркому.
3. КТ грудной клетки.
4. Боковая торакотомия.
5. До 2-х месяцев при радикальном лечении.

Задача № 2

У больной слабость в руках, ногах, птоз, небольшие бульбарные расстройства. Симптомы уменьшаются после введения прозерина. При обследовании найдена опухоль в переднем верхнем средостении.

Вопросы:

1. Как называется неврологическое заболевание?
2. Какая опухоль в переднем средостении?
3. Какая взаимосвязь опухоли и неврологических расстройств?
4. План лечения?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. У больной миастения, генерализованная форма.
2. В переднем средостении тимомы.
3. Причиной миастении является тимомы, выделяющая в кровь большое количество холинэстеразы.
4. Выведение больной из миастенического криза антихолинэстеразными препаратами и оперативное лечение – удаление тимомы.
5. Направить на МСЭК – нетрудоспособна.

Задача № 3

У больной 30 лет слабость, потливость, субфебрилитет по вечерам, при флюорографии выявлено расширение средостения за счет медиастинальных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какое исследование следует произвести для подтверждения наличия увеличенных лимфоузлов?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Где и как лечить данное заболевание?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Лимфогранулематоз, медиастинальная форма.
2. КТ грудной клетки.
3. Необходима медиастиноскопия с биопсией узла.
4. Лечение в Краевом онкологическом центре (КОЦ), комплексная лучевая и химиотерапия.
5. Нетрудоспособна, направить на МСЭК.

Задача № 4

У больной постоянная тахикардия, потливость, раздражительность. При обследовании слева над диафрагмой, дополнительная тень диаметром до 10 см., однородная, с четким контуром.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. План лечения.
4. При необходимости операции определите доступ?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Внутригрудной зоб с явлениями тиреотоксикоза.
2. КТ грудной клетки и скенирование.
3. Медикаментозное лечение тиреотоксикоза и оперативное лечение.
4. Левосторонняя боковая торакотомия.
5. Через 2-3 месяца при ликвидации тиреотоксикоза выписка на работу.

Задача № 5

У больного надсадный кашель, спит сидя. При обследовании в переднем средостении опухоль, выходящая на правый и левый контур средостения.

Вопросы

1. Предположительный диагноз.
2. Какое обследование предпринять?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Какое лечение предпринять?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Лимфома средостения.
2. КТ средостения.
3. Биопсия опухоли – медиастиноскопия или парамедиастинотомия.
4. Гормональная терапия и химиотерапия.
5. Направить на МСЭК, нетрудоспособен.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
- атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;
- стандартные лобэктомии;
- стандартные пульмонэктомии;

Занятие №52

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.52 Тема: «Хирургическое лечение опухолей средостения».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Хирургические доступы при опухолях;
- Открытые вмешательства при опухолях средостения;
- Торакоскопические и видеоассистированные вмешательства;
- Малые операции;
- Паллиативные вмешательства.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ средостения:

1. МСКТ органов грудной клетки
2. Ультразвуковая биолокация
3. Фибробронхоскопия
4. Лабораторные исследования
5. Морфологические исследования

Правильный ответ: 1

2. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. Отдаленные метастазы
2. Синдром верхней полой вены
3. Стойкий парез голосовых связок
4. Дисфагия
5. Болевой синдром

Верно:

а) 1,2,3

б) 1,4

в) 4,5

г) 3,5

д) 1,2,4

Правильный ответ: а

3. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ ВЕРНО В ОТНОШЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

1. Наблюдение в динамике
- 2.. Хирургическое лечение
3. Лучевое лечение
4. Химиотерапия
5. Комбинированное лечение

Правильный ответ: 2

4. ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ТИМОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Шейный надгрудный доступ.
- б. Частичная продольная стернотомия.
- в. Срединная полная стернотомия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакотомия.

Эталон: б.

5. ДЛЯ БИОПСИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- а. Пункционный метод.
- б. Торакотомия.
- в. Медиастиноскопия.
- г. Парамедиастинотомия.
- д. Торакоскопия.

Эталон: в.

6. КАКОЙ ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ:

- а) продольная стернотомия
- б) продольно-поперечная стернотомия
- в) передне-боковая торакотомия
- г) шейная медиастинотомия
- д) боковая и задняя торакотомия,

Правильный ответ: д

8. ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ДИАГНОСТИРОВАН:

- а. По клиническим симптомам.
- б. По рентгенологической картине.
- в. По КТ.
- г. При медиастиноскопии.
- д. Только по морфологии.

Эталон: д.

9. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ:

- а. Клинический.
- б. Рентгенологический.
- в. Эндоскопический.
- г. Лабораторный.
- д. Такого метода не существует.

Эталон: б.

10. В ЗАДНЕМ СРЕДОСТЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- а. Тимома.
- б. Киста перикарда.
- в. Невринома.
- г. Липома.
- д. Может локализоваться любая опухоль.

Эталон: в.

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

У больного 20 лет без клинических проявлений рентгенологически выявлена тень в заднем средостении около позвоночника с ровными контурами.

Вопросы:

1. Для какой опухоли средостения характерна данная картина?
2. Какое осложнение возможно при отказе от оперативного лечения?
3. Какие исследования следует произвести для окончательной постановки диагноза?
4. Какой доступ использовать для удаления опухоли?
5. Сроки нетрудоспособности больного?

Эталоны ответов:

1. Картина характерна для невриномы средостения.
2. Перерождение в нейросаркому.
3. КТ грудной клетки.
4. Боковая торакотомия.
5. До 2-х месяцев при радикальном лечении.

Задача № 2

У больной слабость в руках, ногах, птоз, небольшие бульбарные расстройства. Симптомы уменьшаются после введения прозерина. При обследовании найдена опухоль в переднем верхнем средостении.

Вопросы:

1. Как называется неврологическое заболевание?
2. Какая опухоль в переднем средостении?
3. Какая взаимосвязь опухоли и неврологических расстройств?
4. План лечения?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. У больной миастения, генерализованная форма.
2. В переднем средостении тимомы.
3. Причиной миастении является тимомы, выделяющая в кровь большое количество холинэстеразы.
4. Выведение больной из миастенического криза антихолинэстеразными препаратами и оперативное лечение – удаление тимомы.
5. Направить на МСЭК – нетрудоспособна.

Задача № 3

У больной 30 лет слабость, потливость, субфебрилитет по вечерам, при флюорографии выявлено расширение средостения за счет медиастинальных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какое исследование следует произвести для подтверждения наличия увеличенных лимфоузлов?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Где и как лечить данное заболевание?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Лимфогранулематоз, медиастинальная форма.
2. КТ грудной клетки.
3. Необходима медиастиноскопия с биопсией узла.
4. Лечение в Краевом онкологическом центре (КОЦ), комплексная лучевая и химиотерапия.
5. Нетрудоспособна, направить на МСЭК.

Задача № 4

У больной постоянная тахикардия, потливость, раздражительность. При обследовании слева над диафрагмой, дополнительная тень диаметром до 10 см., однородная, с четким контуром.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как подтвердить диагноз?
3. План лечения.
4. При необходимости операции определите доступ?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Внутригрудной зоб с явлениями тиреотоксикоза.
2. КТ грудной клетки и скенирование.
3. Медикаментозное лечение тиреотоксикоза и оперативное лечение.
4. Левосторонняя боковая торакотомия.
5. Через 2-3 месяца при ликвидации тиреотоксикоза выписка на работу.

Задача № 5

У больного надсадный кашель, спит сидя. При обследовании в переднем средостении опухоль, выходящая на правый и левый контур средостения.

Вопросы

1. Предположительный диагноз.
2. Какое обследование предпринять?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Какое лечение предпринять?
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Эталоны ответов:

1. Лимфома средостения.
2. КТ средостения.
3. Биопсия опухоли – медиастиноскопия или парамедиастинотомия.
4. Гормональная терапия и химиотерапия.
5. Направить на МСЭК, нетрудоспособен.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;

веноазигография, каваграфия;

медиастиноскопия;

торако(плевро)скопия;

парамедиастинальная торакотомия;

пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;

стандартные лобэктомии;

стандартные пульмонэктомии;

Занятие №53

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.53 Тема: «Рак легкого».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Основные причины возникновения рака легкого.
- Международная классификация по системе TNM/
- Симптомы рака легкого.
- Диагностика рака легкого.
- Лечение рака легкого.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ В ВОЗРАСТАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- а) Генетическому фактору
- б) Профессиональным вредностям
- в) Курению
- г) Загрязнению атмосферы
- д) Хроническим воспалительным заболеваниями

Правильный ответ в

2.РАК ЛЕГКОГО:

- а) Всегда возникает на фоне хронического бронхита
- б) Всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
- в) Всегда возникает в очаге ограниченного пневмосклероза
- г) Может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких
- д) Все ответы верны

Правильный ответ г

3.К ЛИЦАМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ, ОТНОСЯТСЯ:

- а) Длительно и много курящие
- б) Больные хроническим бронхитом
- в) Имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- г) Все ответы верны
- д) Правильного ответа нет

Правильный ответ г

4.К ЦЕНТРАЛЬНОМУ РАКУ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ ОПУХОЛИ, ИСХОДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ БРОНХИ:

- 1) Главные
- 2) Долевые
- 3) Сегментарные
- 4) Субсегментарные
- 5) V- порядка
- а. Правильно 1,2
- б. Правильно 2,3
- в. Правильно 1,2,3
- г. Правильно 1,2,3,4
- д. Все ответы правильны

Правильный ответ в

5.ПОНЯТИЕ "ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ" ОБОЗНАЧАЕТ, ЧТО ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ПРОРАСТАЕТ СТЕНКУ:

- 1) Главного бронха
- 2) Долевого
- 3) Сегментарного бронха
- 4) Субсегментарного бронха
- 5) Бронха V порядка

- а. Правильно 1,2
 - б. Правильно 2,3
 - в. Правильно 1,2,3
 - г. Правильно 1,2,3,4
 - д. Все ответы правильны
- Правильный ответ в

6. ИЗ СТЕНКИ БРОНХА В ЕГО ПРОСВЕТ В ВИДЕ ПАПИЛЛОМ, ПОЛИПОВ ИЛИ ДОЛЬЧАТЫХ УЗЛОВ РАСТУТ ОПУХ ИЗ ГРУППЫ:

- а) Эндобронхиального экзофитного рака легкого
 - б) Перибронхиального узлового рака
 - в) Разветвленного рака
 - г) Пневмониеподобного рака
 - д) Рака верхушки легкого (Пэнкоста)
- Правильный ответ а

7. ОБЪЕМНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ НАРУШЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ РОСТА ОПУХОЛИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНО:

- а) При гиповентиляции
 - б) При ателектазе
 - в) При обтурационной пневмонии
 - г) При клапанной эмфиземе
- Правильный ответ б

8. ПНЕВМОНИЕПОДОБНЫЙ РАК, КАК ПРАВИЛО:

- а) Центральный рак
 - б) Периферический рак
 - в) Железистый рак
 - г) Плоскоклеточный рак
 - д) Правильно Б и В
- Правильный ответ д

9. У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО, ПРЕОБЛАДАЕТ:

- а) Плоскоклеточный рак
 - б) Железистый рак
 - в) Мелкоклеточный рак
 - г) Крупноклеточный рак
- Правильный ответ а

10. НАЛИЧИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПЛЕВРИТА ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО СООТВЕТСТВУЕТ СИМВОЛУ:

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?

Ответ:

1. Центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит.
2. Тактика лечения: плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. Анализ плевральной жидкости на наличие атипических клеток. Томография главного и промежуточного бронха справа

Задача № 2

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Тактика обследования?

Ответ:

1. Периферический рак нижней доли левого легкого.
2. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата. УЗИ брюшной полости. Бронхоскопия. Сканирование костей скелета.

Задача № 3

Больная Ш. 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли

определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика.

Ответ:

1. Периферический рак нижней доли правого легкого.
2. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия.

Задача № 4

Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?
3. Лечебная тактика.

Ответ:

1. Периферический рак нижней доли правого легкого. Метастазы в печень.
2. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ.
3. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача № 5

Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в верхней части плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?

3. Лечебная тактика.

Ответ:

1. Рак верхушки правого легкого (Рак Пенкоста). Метастазы в печень.

2. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ.

3. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;
веноазигография,каваграфия;
медиастиноскопия;
торако(плевро)скопия;
парамедиастинальная торакотомия;
пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;
стандартные лобэктомии;
стандартные пульмонэктомии;

Занятие №54

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.54 Тема: «Хирургическое лечение рака легкого».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Понятие радикальность при ЗНО легких
- Виды оперативных вмешательств
- Доступы
- Паллиативные вмешательства.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ В ВОЗРАСТАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ ПРИНАДЛЕЖИТ:

- а) Генетическому фактору
- б) Профессиональным вредностям
- в) Курению
- г) Загрязнению атмосферы
- д) Хроническим воспалительным заболеваниями

Правильный ответ в

2.РАК ЛЕГКОГО:

- а) Всегда возникает на фоне хронического бронхита
- б) Всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
- в) Всегда возникает в очаге ограниченного пневмосклероза
- г) Может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких
- д) Все ответы верны

Правильный ответ г

3.К ЛИЦАМ, СОСТАВЛЯЮЩИМ ГРУППУ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ, ОТНОСЯТСЯ:

- а) Длительно и много курящие
- б) Больные хроническим бронихтом
- в) Имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)

- г) Все ответы верны
 - д) Правильного ответа нет
- Правильный ответ г

4. К ЦЕНТРАЛЬНОМУ РАКУ ЛЕГКОГО ОТНОСЯТСЯ ОПУХОЛИ, ИСХОДНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ БРОНХИ:

- 1) Главные
 - 2) Долевые
 - 3) Сегментарные
 - 4) Субсегментарные
 - 5) V- порядка
 - а. Правильно 1,2
 - б. Правильно 2,3
 - в. Правильно 1,2,3
 - г. Правильно 1,2,3,4
 - д. Все ответы правильны
- Правильный ответ в

5. ПОНЯТИЕ "ЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ" ОБОЗНАЧАЕТ, ЧТО ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ПРОРАСТАЕТ СТЕНКУ:

- 1) Главного бронха
 - 2) Долевого
 - 3) Сегментарного бронха
 - 4) Субсегментарного бронха
 - 5) Бронха V порядка
 - а. Правильно 1,2
 - б. Правильно 2,3
 - в. Правильно 1,2,3
 - г. Правильно 1,2,3,4
 - д. Все ответы правильны
- Правильный ответ в

6. ИЗ СТЕНКИ БРОНХА В ЕГО ПРОСВЕТ В ВИДЕ ПАПИЛЛОМ, ПОЛИПОВ ИЛИ ДОЛЬЧАТЫХ УЗЛОВ РАСТУТ ОПУХ ИЗ ГРУППЫ:

- а) Эндобронхиального экзофитного рака легкого
 - б) Перибронхиального узлового рака
 - в) Разветвленного рака
 - г) Пневмониеподобного рака
 - д) Рака верхушки легкого (Пэнкоста)
- Правильный ответ а

7. ОБЪЕМНОЕ УМЕНЬШЕНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ ПРИ НАРУШЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ РОСТА ОПУХОЛИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕНО:

- а) При гиповентиляции
- б) При ателектазе
- в) При обтурационной пневмонии

г) При клапанной эмфиземе
Правильный ответ б

8. ПНЕВМОНИЕПОДОБНЫЙ РАК, КАК ПРАВИЛО:

- а) Центральный рак
 - б) Периферический рак
 - в) Железистый рак
 - г) Плоскоклеточный рак
 - д) Правильно Б и В
- Правильный ответ д

9. У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ЦЕНТРАЛЬНЫМ РАКОМ ЛЕГКОГО, ПРЕОБЛАДАЕТ:

- а) Плоскоклеточный рак
 - б) Железистый рак
 - в) Мелкоклеточный рак
 - г) Крупноклеточный рак
- Правильный ответ а

10. НАЛИЧИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПЛЕВРИТА ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО СООТВЕТСТВУЕТ символу:

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4

Правильный ответ г

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?

Ответ:

1. Центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит.

2.Тактика лечения: плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. Анализ плевральной жидкости на наличие атипических клеток. Томография главного и промежуточного бронха справа

Задача № 2

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопрос:

1.Диагноз?

2.Тактика обследования?

Ответ:

1.Периферический рак нижней доли левого легкого.

2.Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата. УЗИ брюшной полости. Бронхоскопия. Сканирование костей скелета.

Задача № 3

Больная Ш. 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:Диагноз? Лечебная тактика.

Ответ:

1.Периферический рак нижней доли правого легкого.

2.Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия.

Задача № 4

Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в

диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?

3. Лечебная тактика.

Ответ:

1. Периферический рак нижней доли правого легкого. Метастазы в печень.

2. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ.

3. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача № 5

Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в верхней части плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?

3. Лечебная тактика.

Ответ:

1. Рак верхушки правого легкого (Рак Пенкоста). Метастазы в печень.

2. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ.

3. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
- атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;
- стандартные лобэктомии;
- стандартные пульмонэктомии;

Занятие №55

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.55 Тема: «Рак пищевода».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Основные причины возникновения рака пищевода.
- Международная классификация по системе TNM/
- Симптомы рака пищевода.
- Диагностика рака пищевода.
- Лечение рака пищевода.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РАКОМ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ:

- а) Мужчины
- б) Женщины
- в) В возрасте 40-50 лет
- г) В возрасте 60-70 лет
- д) Правильно А и Г

Правильный ответ д

2. К ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ФОНЕ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Рубцовая стриктура
- 2) Ахалазия
- 3) Синдром Пламмера - Винсона
- 4) Пищевод Барретта
- 5) Кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)
- а. Всё перечисленное
- б. Всё перечисленное, кроме 1
- в. Всё перечисленное, кроме 1 и 2
- г. Всё правильно, кроме 1, 2 и 3
- д. Всё правильно, кроме 1, 2, 3 и 4

Правильный ответ а

3. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ:

- а) Верхнюю треть
- б) Среднюю треть
- в) Нижнюю треть
- г) Правильно Б и В

Правильный ответ г

4. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

- а) В печени
- б) В легких
- в) В почках
- г) В костях
- д) Во всех перечисленных органах

Правильный ответ д

5. ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ:

- а) Язвенный
- б) Узловой (бородавчато-папилломатозный)
- в) Инфильтративный (скиррозный)
- г) Все ответы верны

Правильный ответ г

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Повышенное слюноотделение
 - б) Тошнота
 - в) Дисфагия
 - г) Рвота
 - д) Боли за грудиной
- Правильный ответ в

7. ДИСФАГИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ ИМЕТЬ:

- а) Рефлекторный характер
 - б) Стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью
 - в) Смешанный-рефлекторный и механический характер
 - г) Все ответы верны
- Правильный ответ г

8. БОЛИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ ЛОКАЛИЗИРОВАТЬСЯ В ОБЛАСТИ:

- а) Шеи
 - б) Грудной клетки
 - в) Эпигастрия
 - г) Все ответы верны
 - д) Верны ответы Б и В
- Правильный ответ г

9. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ:

- а) Охриплость голоса
 - б) Кашель
 - в) Эмпиема плевры
 - г) Медиастинит
 - д) Всё перечисленное
- Правильный ответ д

10. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:

- а) Нарушение акта глотания
 - б) Изменение эластичности стенки пищевода
 - в) Неровность контура пищевода
 - г) Деформации рельефа слизистой
 - д) Правильно Б и Г
- Правильный ответ д

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание

везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?

Ответ:

1. Преимущественно экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0.
2. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса.

Задача № 2

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?

Ответ:

1. Рак верхней трети желудка, преимущественно экзофитной формы роста.
2. Хирургическое лечение. Операция типа Герлока. Проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.

Задача № 3

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до

0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Вид оперативного лечения?
4. Послеоперационное лечение?

Ответ:

1. экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0.
2. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики.
3. Операция типа Льюиса.
4. Лучевая терапия

Задача № 4

Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Оперативное лечение?
4. Послеоперационное лечение?

Ответ:

1. Экзофитный рак средней трети пищевода. Метастазы в печень.
2. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики.
3. Операция типа Льюиса.
4. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача № 5

Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации

задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Оперативное лечение?

Ответ:

1. Тотальный инфильтративный рак пищевода.
2. Показано хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластики.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;

веноазигография,каваграфия;

медиастиноскопия;

торако(плевро)скопия;

парамедиастинальная торакотомия;

пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №56

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.56 Тема: «Хирургическое лечение рака пищевода».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Понятие радикальность при раке пищевода
- Виды оперативных вмешательств
- Доступы
- Паллиативные вмешательства.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РАКОМ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ БОЛЕЮТ:

- а) Мужчины
 - б) Женщины
 - в) В возрасте 40-50 лет
 - г) В возрасте 60-70 лет
 - д) Правильно А и Г
- Правильный ответ д

2. К ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НА ФОНЕ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:

- 1) Рубцовая стриктура
 - 2) Ахалазия
 - 3) Синдром Пламмера - Винсона
 - 4) Пищевод Барретта
 - 5) Кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)
- а. Всё перечисленное
 - б. Всё перечисленное, кроме 1
 - в. Всё перечисленное, кроме 1 и 2
 - г. Всё правильно, кроме 1, 2 и 3
 - д. Всё правильно, кроме 1, 2, 3 и 4
- Правильный ответ а

3. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ:

- а) Верхнюю треть

- б) Среднюю треть
 - в) Нижнюю треть
 - г) Правильно Б и В
- Правильный ответ г

4. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ:

- а) В печени
 - б) В легких
 - в) В почках
 - г) В костях
 - д) Во всех перечисленных органах
- Правильный ответ д

5. ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ВСТРЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ТИПЫ РОСТА ОПУХОЛИ:

- а) Язвенный
 - б) Узловой (бородавчато-папилломатозный)
 - в) Инфильтративный (скиррозный)
 - г) Все ответы верны
- Правильный ответ г

6. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Повышенное слюноотделение
 - б) Тошнота
 - в) Дисфагия
 - г) Рвота
 - д) Боли за грудиной
- Правильный ответ в

7. ДИСФАГИЯ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ ИМЕТЬ:

- а) Рефлекторный характер
 - б) Стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью
 - в) Смешанный-рефлекторный и механический характер
 - г) Все ответы верны
- Правильный ответ г

8. БОЛИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ ЛОКАЛИЗИРОВАТЬСЯ В ОБЛАСТИ:

- а) Шеи
 - б) Грудной клетки
 - в) Эпигастрия
 - г) Все ответы верны
 - д) Верны ответы Б и В
- Правильный ответ г

9. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ:

- а) Охриплость голоса
- б) Кашель
- в) Эмпиема плевры
- г) Медиастинит
- д) Всё перечисленное

Правильный ответ д

10. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТСЯ:

- а) Нарушение акта глотания
- б) Изменение эластичности стенки пищевода
- в) Неровность контура пищевода
- г) Деформации рельефа слизистой
- д) Правильно Б и Г

Правильный ответ д

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Лечебная тактика?

Ответ:

1. Преимущественно экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0.

2. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса.

Задача № 2

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома.

УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Лечебная тактика?

Ответ:

1. Рак верхней трети желудка, преимущественно экзофитной формы роста.

2. Хирургическое лечение. Операция типа Герлока. Проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.

Задача № 3

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопрос:

1. Диагноз?

2. Лечебная тактика?

3. Вид оперативного лечения?

4. Послеоперационное лечение?

Ответ:

1. экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0.

2. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики.

3. Операция типа Льюиса.

4. Лучевая терапия

Задача № 4

Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с

нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Оперативное лечение?
4. Пооперационное лечение?

Ответ:

1. Экзофитный рак средней трети пищевода. Метастазы в печень.
2. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики.
3. Операция типа Льюиса.
4. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача № 5

Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Оперативное лечение?

Ответ:

1. Тотальный инфильтративный рак пищевода.
2. Показано хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластики.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;
медиастиноскопия;
торако(плевро)скопия;
парамедиастинальная торакотомия;
дренирование средостения
пункция и биопсия периферических лимфоузлов;
Лапаротомия

Занятие №57

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.57 Тема: «Мезотелиома».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Основные причины возникновения мезотелиомы.
- Гистологическая и международная классификация по системе TNM.
- Симптомы мезотелиомы плевры.
- Диагностика мезотелиомы плевры.
- Лечение мезотелиомы плевры.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. БОЛЬНЫЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ФИБРОЗНОЙ МЕЗОТЕЛИОМОЙ ПЛЕВРЫ:

- а) имеют хороший прогноз
- б) имеют плохой прогноз
- в) прогноз заболеваний не однозначен

Правильный ответ: а

2. ОГРАНИЧЕННО РАСТУЩИЕ МЕЗОТЕЛИОМЫ (ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ МЕЗОТЕЛИОМЫ) ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЮТ СТРОЕНИЕ:

- а) фибромы
- б) липомы
- в) шванномы
- г) ангиомы
- д) хондромы

Правильный ответ: а

3. РАЗВИТИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМОЙ ПЛЕВРЫ В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ ПОДВЕРЖЕНЫ ЛЮДИ, ИМЕВШИЕ ИЛИ ИМЕЮЩИЕ КОНТАКТ

- а) с продуктами нефтепереработки
- б) с асбестом
- в) с каменным углем
- г) с соединениями никеля и хрома

Правильный ответ: б

4. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЗОТЕЛИОМА

- а) чаще поражает плевру
- б) чаще поражает брюшину
- в) встречаются одинаково часто
- г) никогда не поражает брюшину

Правильный ответ: а

5. СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕЗОТЕЛИОМ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ

- а) эпителиальный
- б) мезенхимальный (фиброзный)
- в) смешанный
- г) все ответы верные
- д) правильного ответа нет

Правильный ответ: г

6. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЗОТЕЛИОМА ПЛЕВРЫ МОЖЕТ МЕТАСТАЗИРОВАТЬ

- а) в легкие
- б) в печень
- в) в кости
- г) в головной мозг

д)все ответы правильные

Правильный ответ: д

7. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЛЕВРЫ, ПОКРЫВАЮЩЕЙ ДИАФРАГМУ, ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ

а)в подмышечной области

б)в боку с иррадиацией в область живота

в)в нижней части грудной клетки и в надплечье с той же стороны

г)в спине на уровне лопатки

Правильный ответ: в

8. РЕНТГЕНОВСКАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЕ ПЛЕВРЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНА В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ

а)оценить состояние плевры

б)выявить возможное метастатическое поражение лимфатических узлов средостения

в)выявить метастазы в легочной ткани

г)все ответы верные

д)правильные ответы б) и в)

Правильный ответ: г

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

а)с доброкачественными опухолями плевры

б)с метастатическим поражением плевры

в)с опухолями легких, грудной стенки, диафрагмы, средостения

г)с плевритом воспалительного генеза

д)все ответы верные

Правильный ответ: д

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕЗОТЕЛИОМ ЯВЛЯЮТСЯ

а)хирургический

б)лучевой

в)химиотерапия

г)иммунотерапия

д)правильные ответы б) и в)

Правильный ответ: д

5. Ситуационные задачи по теме занятия:

Задача №1

Мужчина 62 лет. Жалобы на боли в груди, одышку, слабость. Анамнез: нарастающие боли в груди в течение 3-х месяцев, начавшиеся с неприятных ощущений, позже присоединились слабость и одышка. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов, ЧД - 26 в мин, пульс - 92 уд/мин, АД - 160/95 мм рт ст. В легких

дыхание везикулярное, хрипов нет. Периферические л/у, печень, селезенка - не увеличены.

При рентгенологическом исследовании отмечается расширение срединной тени вправо на всем протяжении, наружные контуры нечеткие. При томографическом и КТ исследованиях на медиастинальной, передней костальной и диафрагмальной поверхности плевры определяются различных размеров узлы сливающиеся между собой. Определяется неравномерное утолщение висцеральной плевры по ходу главной междолевой щели. В плевральной полости - свободная жидкость, растекающаяся в латеропозиции слоем 3,5-4,0 см. Органы средостения не смещены. Просветы всех крупных бронхов не изменены. В легких без очаговых и инфильтративных изменений. После неоднократных пункций плевральной полости удалялся геморрагический экссудат, который быстро накапливался.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Варианты лечения?

Ответ:

1. Злокачественная мезотелиома плевры.
2. Для уточнения диагноза - экссудат из плевральной полости на цитологию, КУМ. Также необходимо провести комплекс обследований для исключения отдаленных метастазов (УЗИ ОБП, МСКТ голвы).
3. Возможно проведение опертивного лечения в объеме экстраплевральной плеврорезектомии с резекцией диафрагмы перикарда с последующей лучевой терапией.

Задача №2

Больной 40 л, обратился с жалобами на одышку при физической нагрузке, боли в грудной клетке справа. Из анамнеза: в течение 20 лет работал на асбестовом карьере. Объективно: кожа обычной окраски. Дыхания ослаблено справа в нижних отделах, здесь укорочение перкуторного звука. ЧДД 19 в мин. Сердечные тоны ритмичные АД 120/70, Рс 72 в мин. На Рентгене ОГК определяются уровень жидкости до 4 ребра.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие обследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Варианты лечения?
4. В каком случае показано паллиативное лечение?

Ответы:

1. Мезотелиома плевры.
2. Необходимо выполнить плевральную пункцию с последующей цитологией экссудата. МСКТ органов грудной полости. По показаниям - ВТС, биопсия плевры.
3. Оперативное лечение в объеме экстраплевральной плеврорезектомией с резекцией диафрагмы и перикарда и последующей лучевой терапией.
4. Паллиативное лечение включает в себя химиотерапию, паллиативную плеврэктомию или плевродез.

Задача №3

Больная К., 45 лет около 2-х лет назад операция радикальная мастэктомия справа по поводу Рака молочной железы. Последний месяц беспокоит одышка при физической нагрузке. Объективно: кожа обычной окраски. ЧДД 17 в мин. Сердечные тоны ритмичные АД 130/90, Ps 64 в мин. Аускультативно дыхание справа ослаблено в нижних отделах, перкуторно укороченный звук.

Вопросы:

1. Что можно заподозрить у больной?
2. Ваша тактика?
3. Лечение.

Ответы:

1. У больной прогрессирование онкопроцесса. Метастатический плеврит.
2. Больную необходимо дообследовать - Рентген ОГК в 2-х проекциях (при необходимости МСКТ органов грудной полости). При наличии жидкости в плевральной полости - пункция, с последующим анализом на цитологию.
3. Паллиативная плеврэктомия или химический плевродез. Химиотерапия.

Задача №4

У больной 67 лет, предъявляющей жалобы на боли в правом плечевом суставе, при осмотре выявлены правосторонний птоз и энофтальм, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии грудной клетки выявлены затемнение в области верхушки правого лёгкого, узурация 1 и 2 рёбер.

Вопросы:

1. Ваше заключение по характеру заболевания?
2. Как следует лечить больную?

Ответы:

1. У больной рак верхушки правого лёгкого – рак Панкоста, её следует отнести в 4-ю клиническую группу онкологических больных.
2. В этой стадии заболевания операция не проводится, показаны лучевая и химиотерапия

Задача №5

Больной 56 лет обратился к врачу с жалобами на сухой упорный кашель, тупые боли в груди справа, одышку. Болен 2 месяца. К врачам не обращался. За это время похудел на 5 кг. Снизилась работоспособность. При рентгенологическом исследовании в нижней доле правого легкого выявлена округлой формы негетогенная тень размером около 5 см в диаметре, с волнистыми, местами нечеткими контурами. Тень указанного образования связана "отводящей дорожкой" с корнем легкого.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Какие специальные методы исследования?
3. Вы используете для подтверждения диагноза?

Ответы:

1. Рак нижней доли правого легкого.

2.МСКТ органов грудной клетки, бронхоскопию и цитологическим и морфологическим исследованием.

3.Хирургическое лечение в объеме нижней лобэктомии или пневмонэктомии.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

эзофагоскопия;

веноазигография,каваграфия;

медиастиноскопия;

торако(плевро)скопия;

парамедиастинальная торакотомия;

пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

атипичные резекции легкого с помощью сшивающего аппарата;
стандартные лобэктомии;
стандартные пульмонэктомии;

Занятие №58

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.58 Тема: «Злокачественные новообразования молочной железы».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Основные причины возникновения рака молочной железы.
- Международная классификация по системе TNM
- Симптомы рака молочной железы.
- Диагностика рака молочной железы.
- Лечение рака молочной железы.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ:

- а) В верхневнутреннем квадранте
- б) В верхне-наружном квадранте
- в) В нижне-внутреннем квадранте
- г) В нижне-наружном квадранте

Правильный ответ б

2. ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЫЧНО СООТВЕТСТВУЕТ:

- а) I стадии
- б) II стадии
- в) IIb стадии
- г) III и IV стадиям
- д) Любой из перечисленных стадий

Правильный ответ г

3. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МАСТЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

- а) Наличие изъязвленной опухоли
- б) Тяжелые сопутствующие заболевания
- в) Преклонный возраст больного
- г) Всё перечисленное
- д) Ни одного из перечисленного

Правильный ответ г

4. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК:

- а) Самостоятельный метод
- б) В комбинации с хирургическим методом

- в) В комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)
 - г) Все ответы правильны
 - д) Правильно А и Б
- Правильный ответ г

5.АНДРОГЕНЫ ПРИМЕНЯЮТСЯ:

- а) При раке мочевого пузыря
 - б) При раке молочной железы
 - в) При злокачественных опухолях яичника
 - г) При раке предстательной железы
 - д) Верно В и Г
- Правильный ответ б

6.ДЛЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТ. ХАРАКТЕРНЫ:

- а) Анемия
 - б) Лейкоцитоз
 - в) Повышенная СОЭ
 - г) Все перечисленное
 - д) Ничего из перечисленного
- Правильный ответ д

7.ВНУТРИПРОТОКОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ:

- а) При бесконтрастной маммографии
 - б) При дуктографии
 - в) При крупнокадровой флюорографии
 - г) Выявлены рентгенологически быть не могут
- Правильный ответ б

8.ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗМОЖНА:

- а) При ультразвуковом исследовании
 - б) При маммографии
 - в) При термографии
 - г) При использовании всех перечисленных методов
 - д) Ни при одном из перечисленных методов
- Правильный ответ г

9.РАДИОИЗОТОПНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

- а) Для выявления первичных опухолей
- б) Для определения распространенности злокачественного процесса
- в) Для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
- г) Правильно А и Б
- д) Все перечисленное верно

Правильный ответ д

10.К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСЯТСЯ:

- а) Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
 - б) Узловая фиброзно-кистозная мастопатия
 - в) Фиброаденома
 - г) Правильно А и Б
 - д) Все ответы верны
- Правильный ответ в

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Ответ:

1. Рак левой молочной железы. Отечно-инфильтративная форма. Следует дифференцировать с нелактационным маститом.

Обоснование:

- а. данные анамнеза и объективного осмотра:
 - жалобы на симптомы воспаления правой молочной железы, протекающие, однако, без выраженного болевого синдрома, повышения температуры тела.
- б. объективные данные:
 - отсутствие узловых образований при пальпации. Наличие увеличенных лимфоузлов в левой подмышечной области, подозрительных на предмет метастатического поражения.
2. Маммография, УЗИ молочных желез. При обнаружении узловых образований пункция. При их отсутствии – пункция лимфатических узлов левой подмышечной области.
3. При подтверждении диагноза пациентке выполняется биопсия, назначается системное лечение (химиотерапия, гормонотерапия). При достижении выраженного лечебного эффекта – возможно выполнение оперативного вмешательства в объеме радикальной мастэктомии.

Задача № 2

У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением загрудинных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.

Задания

1. Определите объем обследования для определения стадии заболевания.
2. Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
3. Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

Ответ:

1. Кроме уже выполненной маммографии необходимо:
 - УЗИ региональных зон метастазирования (подмышечные, подключичные, надключичные)
 - Рентгенография органов грудной клетки
 - УЗИ печени
 - Сцинтиграфия костей скелета
2. Этой пациентке показана радикальная мастэктомия, несмотря на малый размер опухоли и верхне-наружную локализацию. Причиной является наличие противопоказаний к органосохраняющей терапии, включающую лучевую терапию. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением внутригрудных лимфатических узлов, по поводу которого она уже получала лучевую терапию на область грудной клетки.
3. С учетом наличия высокого уровня рецепторов гормонов и отсутствия метастазов в лимфатические узлы, больной в качестве системной терапии показана гормонотерапия (ингибиторы ароматазы или тамоксифен)

Задача № 3

Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 аборт, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки. Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: рак левой молочной железы T1N1Mx, метастаз в подмышечный лимфоузел. Хирургическое лечение в объеме секторальной резекции молочной железы. Лучевая терапия молочной железы. Адъювантная ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной

Задача № 4

Больная Ш. 50 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. В анамнезе сахарный диабет, ожирение. Менструации с 11 лет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение до 2х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 2,5х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома. Вопрос: Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правой молочной железы. T2N1Mx, метастаз в подмышечный лимфоузел. Хирургическое лечение в объеме секторальной резекции молочной железы. Лучевая терапия молочной железы. Адъювантная ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной.

Задача № 5

Больная М. 43 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двое детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правой молочной железы. T3N1M1, метастаз в подмышечный лимфоузел. Метастазы в печень. Хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии. ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны,

иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №59

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.59 Тема: «Эндохирургические технологии в онкологии».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия:

- Определение понятия. Особенности эндоскопической хирургии.
- Оборудование и инструменты в эндоскопической хирургии
- Диагностическая лапаро-и торакоскопия.
- Возможности и перспективы развития эндохирургии в онкологии.

4. Тесты по теме занятия с эталонами ответов.

1. ОБЩИМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ЛАПАРОСКОПИИ ПО ПОВОДУ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, УГРОЖАЮЩИХ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО, ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) крайне тяжелое состояние больного
- б) нарушение свертывающей системы крови
- в) инфаркт миокарда
- г) нарушение мозгового кровообращения
- д) желтуха неясного генеза

Правильный ответ: а

2. СВИДЕТЕЛЬСТВОМ НАХОЖДЕНИЯ ИГЛЫ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА В СВОБОДНОЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ СЛУЖИТ:

- а) ощущение «проваливания» при прокалывании иглой брюшной стенки
- б) невозможность свободно совершать круговые движения концом иглы
- в) отрицательная толчковая проба
- г) появление крепитации при наложении пневмоперитонеума
- д) сопротивление при введении шприцом физ. раствора в просвет иглы

Правильный ответ: а

3. ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМА ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

- а) воздух
- б) кислород
- в) закись азота
- г) CO₂
- д) водород

Правильный ответ : г

4. КЛАССИЧЕСКИЕ ТОЧКИ КАЛЬКА РАСПОЛАГАЮТСЯ:

- а) на 2 см выше и ниже пупка и на 1 см справа и слева от срединной линии
- б) на 3 см выше и ниже пупка и на 0,5 см справа и слева от срединной линии
- в) на 2 см выше пупка и 2 см вправо и влево
- г) на 3 см выше пупка и 3 см вправо и влево
- д) на 1 см выше и ниже пупка и на 2 см справа и слева от срединной линии

Правильный ответ: б

5. МЕДИАСТИНОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ

- а) увеличении лимфоузлов средостения
- б) инородном теле легкого
- в) кровохаркании
- г) ателектазе легкого
- д) увеличении щитовидной железы III-IV степени

Правильный ответ: а

6. ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ НЕОБХОДИМО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

- а)остроконечный скальпель
- б)троакар
- в)переходный резиновый воздуховод
- г)ранорасширитель
- д)эндоскоп

Правильный ответ: г

7. ЕСЛИ ОПТИКА НА ДИСТАЛЬНОМ КОНЦЕ ТОРАКОСКОПА ЗАГРЯЗНИЛАСЬ КРОВЬЮ, ТО НЕОБХОДИМО:

- а)протереть лапароскоп о большой сальник
- б)промыть физиологическим раствором
- в)протереть салфеткой

- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Правильный ответ: г

8. КАКОЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПРИДАЮТ ПАЦИЕНТУ НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТОРАКОСКОПИИ:

- а) на спине
- б) на боку
- в) на животе
- г) все верно
- д) все неверно

Правильный ответ: б

9. ОРИЕНТИРОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ МЕСТО НАХОЖДЕНИЯ ТОРАКОСКОПА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- а) вертебральных отрезков ребер
- б) сухожильной поверхности диафрагмы
- в) полунепарной вены
- г) перикарда
- д) пищевода

Правильный ответ: д

10. ДЛЯ ТОРАКОСКОЦЕНТЕЗА ПРИ ТОРАКОСКОПИИ ТИПИЧНАЯ ТОЧКА РАСПОЛОЖЕНА:

- а) в VIII межреберье по заднеподмышечной линии
- б) во II межреберье по среднеключичной линии
- в) в IV межреберье впереди от среднеподмышечной линии
- г) в IX межреберье по лопаточной линии
- д) в VI межреберье по переднеподмышечной

Правильный ответ: в

5. Ситуационные задачи по теме занятия с эталонами ответов.

Задача №1

У больного по данным МСКТ органов грудной полости выявлено периферическое новообразование верхней доли левого легкого размерами 3*2 см, с ровными контурами. При комплексном дообследовании другой патологии не выявлено. Больного госпитализировали для планового оперативного лечения.

Вопросы:

1. Какой метод оперативного пособия наиболее предпочтителен у данного пациента?
2. В каких случаях возможно расширение оперативного пособия?

Ответы:

1. Торакоскопическая атипичная резекция верхней доли левого легкого.
2. При выявлении увеличенных лимфоузлов, показана торакотомия, ревизия решение вопроса о расширении оперативного пособия до лоб- или пневмонэктомии.

Задача №2

Больная К., 50 лет поступила в отделение с диагнозом: Экссудативный плеврит неясной этиологии. Жалобы на одышку, слабость, умеренные боли в грудной клетке справа. Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы в течение 3-х месяцев. Объективно: кожа обычной окраски, умеренной влажности. Дыхание справа не прослушивается в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные АД 120/70. ЧС 68 в мин. На Рентген ОГК - уровень жидкости до 3 ребра. По данным МСКТ органов грудной полости - гидроторакс справа, другой патологии не выявлено. При плевральной пункции получен серозно-геморрагический экссудат. Травм в анамнезе не было. Анализ на цитологию - атипичных клеток не выявлено. Консервативное лечение, в том числе пункционное без эффекта.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Ваша тактика?
3. В случае невозможности радикального лечения, какие паллиативные вмешательства возможны в данном случае?

Ответы:

1. В данном случае учитывая характер экссудата, рецидивирующий характер плеврита не исключается мезотелиома, либо метастатический плеврит.
2. Показана Видеоторакоскопия, биопсия плевры
3. При невозможности радикального лечения возможно проведение паллиативной париеальной плеврэктомии, либо химического плевродеза.

Задача №3

Больного госпитализировали для проведения диагностической медиастиноскопии в связи с лимфоаденопатией средостения неясного генеза.

Вопросы:

1. Назовите анатомические ориентиры для проведения медиастиноскопии.
2. Какое наиболее частое осложнение встречается при данной манипуляции?
3. Что врач обязан сделать при ранении легочной артерии во время манипуляции?
4. Какие лимфоузлы доступны биопсии при классической медиастиноскопии?

Ответы:

1. Яремная вырезка, трахея, бифуркация
2. Кровотечение
3. Торакотомию
4. Паратрахеальные и бифуркационные

Задача № 4

Больной Р., 40 лет. Предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки.

Считает себя больным в течение последнего года. Лечился по поводу хронического бронхита. Общее состояние удовлетворительное. Над левым легким перкуторный звук с выраженным коробочным оттенком. Дыхание слева ослаблено, справа – везикулярное. При рентгенологическом исследовании установлена повышенная прозрачность левого легочного поля. На томограммах и бронхограммах в левом главном бронхе определяется образование, почти полностью обтурирующее его просвет. Диаметр образования около 2,5 см., контуры четкие, ровные.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечение.

Ответ:

1. Аденома левого верхнедолевого бронха, осложненная обструктивной эмфиземой левого легкого.
2. Бронхоскопия с биопсией, УЗИ брюшной полости.
3. Торакотомия, резекция левого верхнедолевого бронха с анастомозом.

Задача №5

Больной К., 46 лет находится на стационарном лечении по поводу желудочно-кишечного кровотечения. При дообследовании по данным ФГДС в н/3 пищевода определяется полип с признаками изъязвления. На данный момент состояние больного стабильное, сердечные тоны ритмичные АД 120/70, Ps 64 в мин. По данным гистологического исследования - признаки лейомиомы.

Вопросы:

1. Какой метод оперативного лечения в настоящее время наиболее предпочтителен в данном случае?
2. Какое наиболее частое осложнение данной операции?

Ответы:

1. Эндоскопическая подслизистая полипэктомия.
2. Кровотечение

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №60

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.60 Тема: «Методы лучевой терапии злокачественных опухолей».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия

- классификация
- дистанционная гамма-терапия и ее аппаратное оснащение
- способы снижения лучевой нагрузки на здоровые ткани
- лучевая терапия квантами высоких энергий
- дистанционная радиотерапия корпускулярными излучениями

4. Тесты по теме занятия с эталонами ответов:

1. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ: :

- а) как самостоятельный метод
- б) в комбинации с хирургическим методом
- в) в комбинации с лекарственной терапией (химио - и иммунотерапией)
- г) все ответы правильные
- д) правильные первые два ответа

Правильный ответ: г

2. ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РЕШАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАДАЧИ:

- а) подведение максимальной возможной дозы излучения

- б) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток
 - в) получить торможение роста опухоли
 - г) получить частичную регрессию опухоли
 - д) все ответы правильные
- Правильный ответ: д

3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРОВЕДЕНА В СЛУЧАЕ:

- а) нерадикальности операции
 - б) неабластичности операции
 - в) выявленных во время операции регионарных метастазов
 - г) все ответы верные
- Правильный ответ: г

4. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ:

- а) подведение максимально возможной дозы излучения
 - б) снижение биологической активности опухолевых клеток
 - в) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
 - г) достижение частичной регрессии опухоли
 - д) достижение полной регрессии опухоли
- Правильный ответ: д

5. СОЧЕТАННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОЗНАЧАЕТ:

- а) применение двух способов облучения или двух видов излучения
 - б) расщепление курса лучевой терапии
 - в) облучение с радиомодификаторами
 - г) облучение в сочетании с химиотерапией
 - д) правильного ответа нет
- Правильный ответ: а

6. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- а) слабости
 - б) тошноты, рвоты
 - в) нарушения сна
 - г) лейкопении
 - д) образование метастазов
- Правильный ответ: д

7. К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТСЯ:

- а) внутрисполостной
 - б) внутритканевой
 - в) аппликационный
 - г) гамма-терапия
- Правильный ответ: г

8. К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- а) рентгенотерапия
- б) гамма-терапия
- в) аппликационный
- г) нейтронная терапия

Правильный ответ: в

9. К КОНТАКТНЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

- а) внутрисполостной
- б) внутритканевой
- в) аппликационный
- г) гамма-терапия

Правильный ответ: г

10. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОТНОСИТСЯ К:

- а) системным методам воздействия на организм
- б) регионарным методам воздействия на организм
- в) локальным методам воздействия на организм
- д) все ответы правильные

Правильный ответ: в

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:

Задача №1

Больной 48 лет имеет жалобы на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры $39,5^{\circ}\text{C}$, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура $37,2^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Гб - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы-1%, п/я-10%, с/я 61%, лимфоциты-23%, моноциты-5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковой снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

Вопросы:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите методы дополнительного обследования для определения лечебной тактики
4. Определите методы лечения.
5. Назовите возможные осложнения.

Ответы:

1. Центральный рак лёгкого. T2NxMx (перибронхиальный рост).
2. Туберкулез, бруцеллез.

3. КТ, ангиография, бронхоскопия с биопсией, медиастиноскопия, анализ мокроты на АК, УЗИ на наличие отдалённых метастазов.
4. Лобэктомия, дистанционная гамма-терапия, химиотерапия (циклофосфан, 5-фторурацил, нирозомочевина)
5. Легочное кровотечение, лейкопения, анемия.

Задача №2

Больная 61 года 2 месяца назад обнаружила образование в правой молочной железе. Из анамнеза: менопауза в течение 9 лет. Беременностей - 4, родов - 2, абортов - 2. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 36,2°C. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: левая молочная железа мягкая. На границе наружных квадрантов правой молочной железы в 3 см от соска определяется плотное бугристое образование без чётких границ 4,5 см в диаметре, положительный симптом «площадки». В правой аксиллярной области плотный лимфоузел 1 см в диаметре. В пунктате из образования молочной железы - картина высокодифференцированного рака, в пунктате из лимфоузла - элементы лимфоидной ткани.

Вопросы:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Назовите стадию заболевания.
3. Определите методы лечения.
4. Назовите возможные осложнения.
5. Назовите методы предотвращения рецидива заболевания.

Ответы:

1. Высокодифференцированный рак правой молочной железы
2. IIБ стадия (имеются смещаемые поражённые л/у на той же стороне)
3. Радикальная мастэктомия по Холстеду (одним блоком удаляется большая грудная и малая грудная мышцы с лимфоузлами, клетчаткой), лучевая терапия, химиотерапия (Адреамицин, Циклофосфан, 5-фторурацил, метотрексат).
4. Лимфаденопатия, страдает психологический статус пациентки.
5. Отказ от гипертермических процедур, избегать инсоляции, ведение здорового образа жизни.

Задача №3

Больная 51 года имеет жалобы на опухоль в левой молочной железе, наличие язвы на коже левой молочной железы с неприятным запахом. Из анамнеза: опухоль в молочной железе больная обнаружила 2 года назад, за помощью не обращалась. Менопауза 1 год. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах. ЧСС 80 ударов в минуту. АД – 150/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: в левой молочной железе плотная бугристая опухоль диаметром 11 см, на коже в верхненаружном квадранте язва, дно которой покрыто гнойно-некротическим налетом со зловонным запахом. Подмышечные лимфатические узлы слева значительных размеров, спаяны. При

рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы, экссудативный плеврит слева. В пунктате из опухоли и лимфоузла -элементы эпителиальной злокачественной опухоли. В мазке-отпечатке из язвы - фибринозно-некротические массы.

Вопросы:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Назовите стадию заболевания.
3. Определите методы лечения.
4. Назовите возможные осложнения.
5. Назовите методы предотвращения рецидива заболевания.

Ответы:

- 1.Рак левой молочной железы
2. IV стадия. T4N2M1
3. Расширенная радикальная мастэктомия, гормональная терапия (женщина в менопаузе - тамоксифен), лучевая терапия, химиотерапия – ЦМФ (6 2х недельных курсов).
4. Лимфаденопатия, множественное метастазирование, возможное прорастание опухоли в сердечную мышцу, психологическое страдание пациентки, летальный исход.
5. Отказ от гипертермических процедур, избегать инсоляции и механических воздействий, ведение здорового образа жизни

Задача №4

Больной 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. В чем заключается тактическая ошибка метода лечения.
3. Определите лечебную тактику.
4. Назовите возможные лучевые реакции.
5. Назовите методы предотвращения рецидива заболевания.

Ответы:

- 1.Рак правой молочной железы. Узловая форма. T1N0M0.
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, маммография, предоперационное лучевая терапия
3. Полное клиническое обследование, предперационная дистанционная гамма-терапия всей молочной железы, а также подмышечных, надключичных и подключичных лимфатических узлов. Мастэктомия.
4. Постлучевой радиоэпидермит, лимфостаз.

5. Ведение здорового образа жизни, ограничение физических нагрузок, избегание термических перегревов и открытого солнечного воздействия.

Задача №5

Больной 45 лет имеет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно - сосудистая системы без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяжённость опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

Вопросы:

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Определите лечебную тактику.
5. Назовите возможные осложнения.

Ответы:

1. Рак пищевода II стадия (размер опухоли 3-5 см).
2. Рак легкого, рак желудка, рак двенадцатиперстной кишки, рак полости рта.
3. Эзофагоскопия, РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азиография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование.
4. Предоперационный курс дистанционной гамма-терапии, резекция пищевода с пластикой большой кривизны желудка, возможно проведение операции Льюиса (резекция поражённого участка и наложение эзофагогастроанастомоза), операция Добромывова-Торека (резекция, наложение гастростомы), через 3-6 мес. пластика пищевода кишечником.
5. Эзофагостаз, дисфагия, пищеводная непроходимость, кровотечение, общая интоксикация, боли при проглатывании пищи.

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте;

основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- эзофагоскопия;
- веноазигография, каваграфия;
- медиастиноскопия;
- торако(плевро)скопия;
- парамедиастинальная торакотомия;
- пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №61

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.61 **Тема:** «Современные возможности полихимиотерапии».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Понятие химиотерапии
- Основные тенденции развития полихимиотерапии
- Классификация противоопухолевых агентов
- Адьювантная терапия

4. Тесты по теме занятия с эталонами ответов:

1. К ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ:

- а) рак желудка

- б) плоскоклеточный рак кожи
 - в) злокачественные лимфомы
 - г) рак тела матки
- Правильный ответ: в

2. НА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ОПУХОЛИ К ХИМИОТЕРАПИИ НЕ ВЛИЯЮТ:

- а) гистологическая структура опухоли
 - б) степень дифференцировки опухоли
 - в) кровоснабжение опухоли
 - г) стадия заболевания
- Правильный ответ: г

3. НЕАДЪЮВАНТНАЯ ХИМИТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАПРАВЛЕНА НА СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПА:

- а) абластики
 - б) асептики
 - в) антисептики
 - г) антибластики
- Правильный ответ: а

4. НЕРЕДКО ХИМИОТЕРАПИЮ НАЗНАЧАЮТ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ. ТАКАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НАЗЫВАЕТСЯ:

- а) адъювантной
 - б) неoadъювантной
 - в) комплексной
 - г) специальным термином не обозначается
- Правильный ответ: а

5. ХИМОТЕРАПИЯ ЧАСТО ПРИВОДИТ К ПОЛНОМУ ИЗЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ:

- а) раком желудка
 - б) раком молочной железы
 - в) саркомами костей и мягких тканей
 - г) лимфогранулематозом
- Правильный ответ: г

1. Индекс: ОД.О.01.1.7.62 Тема: «Доброкачественные опухоли молочной железы».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Классификация доброкачественных опухолей
- Диагностика доброкачественных опухолей
- Причины возникновения
- Консервативное лечение
- Оперативное лечение опухолей

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. ИОНИЗИРУЮЩИЕ ИЗЛУЧЕНИЯ ОБЛАДАЮТ КАНЦЕРОГЕННЫМ ДЕЙСТВИЕМ:

- а) В малых дозах
 - б) В больших дозах
 - в) Не обладают канцерогенным действием
 - г) Не доказано
- Правильный ответ а

2. С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВИРУСА НЕ СВЯЗЫВАЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЕ:

- а) Рака шейки матки
 - б) Рака печени
 - в) Рака желудка
 - г) Рака носоглотки
 - д) Лейкозов
- Правильный ответ в

3. ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПРИСУЩИ:

- а) Инфильтративный рост
 - б) Экспансивный рост
 - в) Нарушение дифференцировки клеток
 - г) Правильно Б и В
 - д) Все ответы правильны
- Правильный ответ б

4. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СПОСОБСТВУЕТ:

- а) Снижение показателей клеточного иммунитета
 - б) Снижение показателей гуморального иммунитета
 - в) Состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
 - г) Влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно
 - д) Всё перечисленное
- Правильный ответ а

5. РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ результат при локализации опухоли:

- а) В верхневнутреннем квадранте
- б) В верхне-наружном квадранте
- в) В нижне-внутреннем квадранте

г) В нижне-наружном квадранте

Правильный ответ б

6. ТЕРМИН "СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ" ОЗНАЧАЕТ:

а) Терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии

б) Терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей

в) Терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов

г) Ни одно из перечисленных

Правильный ответ а

7. ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ:

а) Легких

б) Органов брюшной полости

в) Молочной железы

г) Щитовидной железы

д) Правильно В и Г

Правильный ответ д

8. ВНУТРИПРОТОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ:

а) При бесконтрастной маммографии

б) При дуктографии

в) При крупнокадровой флюорографии

г) Выявлены рентгенологически быть не могут

Правильный ответ б

9. ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ВОЗМОЖНА:

а) При ультразвуковом исследовании

б) При маммографии

в) При термографии

г) При использовании всех перечисленных методов

д) Ни при одном из перечисленных методов

Правильный ответ г

1. 10. ПАРЕНХИМУ НОВООБРАЗОВАНИЯ СОСТАВЛЯЮТ:

2. а) Собственно опухолевые клетки

3. б) Соединительная ткань

4. в) Кровеносные и лимфатические сосуды

5. г) Нервы и клеточные элементы стромы

6. д) Всё перечисленное верно

7. Правильный ответ а

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1

Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не

обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

Ответ:

1. Внутрипротоковая папиллома правой молочной железы. Следует дифференцировать с внутрипротоковым раком молочной железы.

Обоснование:

- a. данные анамнеза и объективного осмотра:
 - жалобы на выделения из соска, соответствующие по характеру внутрипротоковой папилломе.
- b. объективные данные:
 - отсутствие узловых образований при пальпации и маммографии.
2. Цитологическое исследование выделений из соска. Для папилломы характерно наличие клеток протокового эпителия, гемосидерин.

Дуктография для подтверждения наличия папилломы, а также ее локализации.

3. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения

Принципы лечения:

Выполнение центральной секторальной резекции правой молочной железы с удалением протоков, содержащих папилломы со срочным гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза внутрипротоковая папиллома прогноз благоприятный.

Задача №2

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше правой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

Вопрос:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Ответ:

4. Рак левой молочной железы. Отечно-инфильтративная форма. Следует дифференцировать с нелактационным маститом.

Обоснование:

- c. данные анамнеза и объективного осмотра:
 - жалобы на симптомы воспаления правой молочной железы, протекающие, однако, без выраженного болевого синдрома, повышения температуры тела.
- d. объективные данные:
 - отсутствие узловых образований при пальпации. Наличие увеличенных лимфоузлов в левой подмышечной области, подозрительных на предмет метастатического поражения.
- 5. Маммография, УЗИ молочных желез. При обнаружении узловых образований пункция. При их отсутствии – пункция лимфатических узлов левой подмышечной области.
- 6. При подтверждении диагноза пациентке выполняется биопсия, назначается системное лечение (химиотерапия, гормонотерапия). При достижении выраженного лечебного эффекта – возможно выполнение оперативного вмешательства в объеме радикальной мастэктомии.

Задача №3

У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением загрудинных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.

Вопрос:

1. Определите объем обследования для определения стадии заболевания.
2. Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
3. Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

Ответ:

- 4. Кроме уже выполненной маммографии необходимо:
 - УЗИ региональных зон метастазирования (подмышечные, подключичные, надключичные)
 - Рентгенография органов грудной клетки
 - УЗИ печени
 - Сцинтиграфия костей скелета
- 5. Этой пациентке показана радикальная мастэктомия, несмотря на малый размер опухоли и верхне-наружную локализацию. Причиной является наличие противопоказаний к органосохраняющей терапии, включающую лучевую терапию. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением внутригрудных лимфатических узлов, по поводу которого она уже получала лучевую терапию на область грудной клетки.
- 6. С учетом наличия высокого уровня рецепторов гормонов и отсутствия метастазов в лимфатические узлы, больной в качестве системной терапии показана гормонотерапия (ингибиторы ароматазы или тамоксифен)

Задача №4

Больная 25 лет, жалобы на уплотнение, боли в молочных железах и увеличение желез в размерах. Данная симптоматика появляется перед менструацией в течение последних 6 месяцев.

Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие обследования надо провести?

Ответ:

1. Диффузная мастопатия
2. Пальпацию и УЗИ молочных желез

Задача № 5

Больная 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков.

Вопрос:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Основной метод лечения?

Ответ:

1. Внутрисекторные папилломы
2. Дуктография, цитологическое исследование выделений
3. Хирургический

6. Перечень и стандарты практических умений

клиническую анатомию грудной стенки, органов грудной полости и средостения в возрастном аспекте; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс, возможные типы их нарушений и принципы лечения в различных возрастных группах;

применять объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки поражений и заболеваний грудной клетки и органов грудной полости;

оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;

определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;

оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);

определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

провести дифференциальную диагностику основных заболеваний органов грудной полости у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз;

обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции;

разработать план подготовки больного к экстренной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза; осуществить подготовку всех функциональных систем к операции

Манипуляции:

- 1.эзофагоскопия;
- 2.веноазигография,каваграфия;
- 3.медиастиноскопия;
- 4.торако(плевро)скопия;
- 5.парамедиастинальная торакотомия;
- 6.пункция и биопсия периферических лимфоузлов;

Занятие №63

1. Индекс: ОД.О.01.1.8.63 Тема: «Закрытая травма грудной клетки».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Диагностика закрытой травмы груди.
- Инструментальные методы диагностики закрытой травмы.
- Алгоритм диагностики при сочетанных травмах.
- Классификация закрытой травмы груди.
- Частота закрытой травмы мирного и военного времени.
- Патогенез при закрытой травме груди

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО:

- а) Наложить циркулярную повязку на грудную клетку
- б) Наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
- в) Произвести паравертебральную спиртоновокаиновую блокаду
- г) Выполнить вагосимпатическую блокаду
- д) Выполнить блокаду «трех мест» (места перелома, вагосимпатическую и паравертебральную)

Правильный ответ д

2.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Кровохаркание
- б) Гемоторакс
- в) Пневмоторакс
- г) Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании

д) Гемопневмоторакс
Правильный ответ д

3.ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ:

- а) Изменения ЭКГ
 - б) Боли в области сердца
 - в) Снижение артериального давления
 - г) Повышение венозного давления
 - д) Все перечисленные признаки
- Правильный ответ д

4.ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА КУПОЛА ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
 - б) Боль в предреберье
 - в) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании
 - г) Ослабленное дыхание на стороне травмы
 - д) Общее тяжелое состояние больного
- Правильный ответ в

5.ДЛЯ РАЗРЫВА КРУПНОГО БРОНХА ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

- а) Напряженного пневмоторакса
 - б) Напряженной эмфиземы средостения
 - в) Общего тяжелого состояния больного
 - г) Кровохарканья
 - д) Всё перечисленное
- Правильный ответ г

6.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
- Правильный ответ а

7.УШИВАНИЕ РАНЫ ЛЕГКОГО ДОЛЖНО ПРОИЗВОДИТСЯ

- а) непрерывным обвивным швом
 - б) отдельными узловыми швами
 - в) кисетным швом
 - г) Z-образным швом
 - д) всеми перечисленными способами
- правильный ответ:д

8.ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

НЕОБХОДИМО

- а) наложить циркулярную повязку на грудную клетку
- б) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
- в) произвести паравертебральную спиртово-новокаиновую блокаду
- г) выполнить вагосимпатическую блокаду
- д) выполнить блокаду 3-х мест (вагосимпатическую, места перелома и паравертебральную)

правильный ответ: д

9. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗРЫВА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- а) кровохарканье
- б) гемоторакс
- в) пневмоторакс
- г) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
- д) гемопневмоторакс

правильный ответ: д

10. ПРИ ТАМПОНАДЕ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ

- а) снижение артериального давления
- б) цианоз лица
- в) расширение границ сердца
- г) глухость тонов
- д) все перечисленное

Ответ: д

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача №1.

Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями шока III ст. Диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочно дренирована левая плевральная полость. По дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не расправляется. Введение второго дренажа и активная аспирация по обоим дренажам не изменили ситуации, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения. Остается коллапс легкого. При бронхоскопии обнаружен надрыв стенки левого главного бронха, закрытый сгустком крови. Ваша тактика.

Ответ: срочная торакотомия с швом бронха.

Задача №2.

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

Ответ: Срочная задняя торакотомия. В предоперационном периоде необходимо закрытый пневмоторакс перевести в открытый.

Задача №3.

Больной сбит машиной, доставлен в бессознательном состоянии. Диагностирована внутричерепная гематома, перелом костей голени, двусторонний перелом ребер. Справа - 3, с наличием пневмоторакса, слева - с признаками гемоторакса. Шок IV степени. Гемодинамика нестабильная. Анизокория. Начаты реанимационные мероприятия, адекватная инфузионная терапия. Произведено дренирование правой плевральной полости, легкое в ближайшие 2 часа расправилось. При пункции левой плевральной полости удалено 250 мл жидкой крови. Лечебная тактика включает:

Ответ: Срочную трепанацию черепа с последующей ИВЛ и другими реанимационными мероприятиями

Задача №4.

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

Ответ: С дренирования плевральной полости во 2-м межреберье по среднеключичной линии по пневмотораксу

Задача №5.

Больной упал и ушиб правую половину грудной клетки. Страдает хроническим бронхитом и эмфиземой лёгких. При поступлении: цианоз лица, одышка (30 в мин.), выраженная эмфизема на лице, шее, грудной клетке. Диагностирован перелом 3 ребер, правосторонний гемопневмоторакс, эмфизема средостения. Произведено дренирование плевральной полости во 2-м межреберье по среднеключичной линии. В процессе наблюдения состояние несколько улучшилось, уменьшилась гнусавость голоса и подкожная эмфизема. При контрольной рентгенографии правое лёгкое полностью не расправилось, остаётся широкий горизонтальный уровень жидкости над диафрагмой. Необходимо предпринять?

Ответ: Дополнительное дренирование плевральной полости в нижних отделах

6. Перечень и стандарты практических умений

- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
 - определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
 - оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
 - определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- манипуляции:
- выполнить эндоскопические методы обследования

- применить искусственную и вспомогательную вентиляцию легких;
- определить группу крови и выполнить внутривенное переливание или внутриартериальное нагнетание крови, выявить возможные трансфузионные осложнения, провести борьбу с ними;
- - пункция плевры с эвакуацией экссудата;
- пункция перикарда
- - дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- дренирование средостения;
- катетеризация подключичной вены;
- коникотомия, микротрахеостомия;
- временная остановка кровотечения в ране и плевральной полости
- стандартные межреберные торакотомии;
- ревизия плевральной полости, средостения, диафрагмы, полости перикарда;

Занятие №64

1. Индекс: ОД.О.01.1.8.64 Тема: «Открытая травма грудной клетки».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Инструментальные методы исследования при открытых повреждениях груди.
- Клиника повреждения легких, диафрагмы.
- Оперативное лечение.
- Тактика при торакоабдоминальных ранениях

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ШИРОКОЙ ТОРАКОТОМИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Пневмоторакс
 - б) Свернувшийся гемоторакс
 - в) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость
 - г) Проникающее ранение грудной клетки
 - д) Правильно А и Б
- Правильный ответ в

2. ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

- а) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса
 - б) Дренирование плевральной полости
 - в) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса
 - г) Повторные плевральные пункции
 - д) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса
- Правильный ответ а

3.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Плевральная пункция
 - б) Дренирование плевральной полости
 - в) Широкая торакотомия
 - г) Торакоскопия и ликвидация гемоторакса
 - д) Правильно А и Б
- Правильный ответ а

4.НАИБОЛЕЕ ВЫГОДНОЕ МЕСТО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПНЕВМОТОРАКСА:

- а) 2-е межреберье по средней ключичной линии
 - б) 4-е межреберье по передней подмышечной линии
 - в) 7-е межреберье по передней аксиллярной линии
 - г) 8-е межреберье по задней аксиллярной линии
 - д) 3-е межреберье по средней ключичной линии
- Правильный ответ а

5.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) ослабленное дыхание на стороне травмы
 - д) общее тяжелое состояние больного
- правильный ответ:в

6.ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ШИРОКОЙ 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
- Правильный ответ г

7.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
- Правильный ответ д

8.АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- б) Первичная несостоятельность культи бронха

- в) Внутриплевральное кровотечение
 - г) Ателектаз легкого
 - д) Напряженный пневмоторакс
- Правильный ответ в

9.ДЛЯ РАЗРЫВА КРУПНОГО БРОНХА ХАРАКТЕРНО

- а) напряженный пневмоторакс
 - б) напряженная эмфизема средостения
 - в) общее тяжелое состояние больного
 - г) кровохарканье
 - д) все перечисленное
- правильный ответ:д

10.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) ослабленное дыхание на стороне травмы
 - д) общее тяжелое состояние больного
- правильный ответ:в

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Из раны левой половины грудной клетки было значительное кровотечение. Снижалось АД до 90/70 мм рт. ст. Состояние средней тяжести. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст.

Вопрос:

Больной необходимо произвести?

При наличии проникающего характера раны Ваша тактика?

При отсутствии признаков проникающего характера ранения Ваша тактика?

При каких показателях красной крови показана гемотрансфузия?

При ранениях взрослому населению , что необходимо вести?

Ответ:

Rg-графию грудной клетки.Первичную хирургическую обработку ран грудной клетки

Торакоскопия, при отсутствии , экстренная торакотомия.

Провести ПХО раны.

Снижение гемоглобина ниже 80 г/л.

Противостолбнячную сыворотку

Задача № 2

Больной получил сквозное пулевое ранение (из пистолета) левой половины грудной клетки. Входное отверстие на уровне 8 межреберья по паравerteбральной линии, выходное-у края левой рёберной дуги по срединоключичной линии. Состояние тяжёлое. Диагностировано торакоабдоминальное ранение. При плевральной пункции удалено 160 мл. жидкой крови. Произведена срочная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено 1,5 литра жидкой крови. При ревизии-сквозное ранение кардиального отдела желудка и левой доли печени. При повторном рентгенологическом исследовании пневмоторакс и гемоторакс не определяется. В дальнейшем необходимо выполнить?

Ответ: Повторные плевральной пункции в зависимости от клинических и рентгенологических данных

Задача № 3

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

Вопрос:

Что у больного?

Ваши действия будут заключаться в следующем?

Какая торакотомия производится

Где вскрывают перикард?

Чем ушивается ранение сердца?

Ответ:

Заподозрено ранение сердца.

Произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

Передне-боковая торакотомия

На 1 см выше или ниже диафрагмального нерва

Атравматичной не рассасывающейся нитью

Задача № 4

Больной Н., 29 лет, поступил через час после ножевого ранения груди. Состояние больного средней тяжести, отмечается одышка, бледность, боли в ране, небольшое кровохарканье. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 90/60 мм ртутного столба. Рана размерами 1,5х0,5 см, заполнена сгустком крови, располагается по правому краю грудины в третьем межреберье. При рентгеноскопии виден правосторонний частичный пневмоторакс. Через 6 часов внезапно появился сильный кашель с небольшим кровохарканьем, боли в груди, потливость. Стала быстро развиваться подкожная эмфизема шеи, лица и груди, цианоз.

Вопрос:

Ваш диагноз?

Причина резкого ухудшения состояния?

Какая срочная помощь должна быть оказана?

Ответ:

Проникающее колото-резанное ранение грудной клетки

Ранение корня легкого (главного бронха).

Дренирование средостения, плевральной полости и экстренная торакотомия.

Задача № 5

Больной несколько дней назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. В поликлинике по месту жительства произведена только первичная хирургическая обработка раны, и больной отпущен домой. Поступил в больницу в связи с ухудшением общего состояния, повышением температуры до 39 С, появлением одышки. Состояние средней тяжести. Пульс - 112 ударов в минуту. АД - 115/80 мм рт. ст. Выявлен правосторонний гемопневмоторакс со смещением средостения влево и уровнем жидкости соответственно переднему краю IV ребра. С чего начинается первая врачебная помощь?

Ответ. С дренирования плевральной полости по пневмотораксу с активной аспирацией.

6. Перечень и стандарты практических умений

- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;
- выполнить эндоскопические методы обследования
- применить искусственную и вспомогательную вентиляцию легких;
- определить группу крови и выполнить внутривенное переливание или внутриартериальное нагнетание крови, выявить возможные трансфузионные осложнения, провести борьбу с ними;

Манипуляции:

- - пункция плевры с эвакуацией экссудата;
- - пункция перикарда
- - дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости;
- - дренирование средостения;
- - катетеризация подключичной вены;

- - коникотомия, микротрахеостомия;
- - временная остановка кровотечения в ране и плевральной полости
- стандартные межреберные торакотомии;
- ревизия плевральной полости, средостения, диафрагмы, полости перикарда;

Занятие №66

1. Индекс: ОД.О.01.1.8.66 Тема: «Огнестрельные ранения грудной клетки».

2. Форма организации учебного процесса: практическое занятие.

3. Вопросы по теме занятия :

- Инструментальные методы исследования при открытых повреждениях груди.
- Клиника повреждения легких, диафрагмы.
- Оперативное лечение.
- Тактика при торакоабдоминальных ранениях
- Открытие повреждения груди мирного времени.
- Открытие повреждения груди военного времени и в чрезвычайных ситуациях.
- Классификация. Особенности проникающих ранений грудной клетки.
- Диагностика открытых повреждений грудной клетки.

4. Тестовые задания по теме с эталонами ответов

1.НАИБОЛЕЕ ВЫГОДНОЕ МЕСТО ДРЕНИРОВАНИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ПНЕВМОТОРАКСА:

- а) 2-е межреберье по средней ключичной линии
 - б) 4-е межреберье по передней подмышечной линии
 - в) 7-е межреберье по передней аксиллярной линии
 - г) 8-е межреберье по задней аксиллярной линии
 - д) 3-е межреберье по средней ключичной линии
- Правильный ответ а

2.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Плевральная пункция
 - б) Дренирование плевральной полости
 - в) Широкая торакотомия
 - г) Торакоскопия и ликвидация гемоторакса
 - д) Правильно А и Б
- Правильный ответ д

3.АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ШИРОКОЙ ТОРАКОТОМИИ ПРИ ПРОНИКАЮЩЕМ РАНЕНИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) Пневмоторакс
- б) Свернувшийся гемоторакс

- в) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость
 - г) Проникающее ранение грудной клетки
 - д) Правильно А и Б
- Правильный ответ в

4.ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

- а) Широкую торакотомию, удаление гемоторакса
 - б) Дренирование плевральной полости
 - в) Введение стрептазы или других ферментов в область гемоторакса
 - г) Повторные плевральные пункции
 - д) Введение антибиотиков в зону свернувшегося гемоторакса
- Правильный ответ а

5.ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ШИРОКОЙ 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
- Правильный ответ г

6.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
- Правильный ответ д

7.АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ РЕТОРАКОТОМИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а) Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
 - б) Первичная несостоятельность культи бронха
 - в) Внутривнутриплевральное кровотечение
 - г) Ателектаз легкого
 - д) Напряженный пневмоторакс
- Правильный ответ в

8.ПРИ БОЛЬШОМ СВЕРНУВШЕМСЯ ГЕМОТОРАКСЕ 5-ДНЕВНОЙ ДАВНОСТИ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- а) торакотомию, удаление гемоторакса
- б) дренирование плевральной полости
- в) введение стрептокиназы и других ферментов в область гемоторакса
- г) повторные плевральные пункции
- д) введение антибиотиков в зону гемоторакса

правильный ответ:а

9.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) плевральная пункция
- б) дренирование плевральной полости
- в) торакотомия
- г) торакотомия и ликвидация гемоторакса
- д) подход должен быть строго индивидуальным

правильный ответ:д

10.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) ослабленное дыхание на стороне травмы
- д) общее тяжелое состояние больного

правильный ответ:в

5. Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов

Задача № 1

Больной получил сквозное пулевое ранение (из пистолета) левой половины грудной клетки. Входное отверстие на уровне 8 межреберья по паравертебральной линии, выходное-у края левой рёберной дуги по срединоключичной линии. Состояние тяжёлое. Диагностировано торакоабдоминальное ранение. При плевральной пункции удалено 160 мл. жидкой крови. Произведена срочная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено 1,5 литра жидкой крови. При ревизии-сквозное ранение кардиального отдела желудка и левой доли печени. При повторном рентгенологическом исследовании пневмоторакс и гемоторакс не определяется. В дальнейшем необходимо выполнить?

Ответ: Повторные плевральной пункции в зависимости от клинических и рентгенологических данных

Задача № 2

При осколочном ранении спины. Состояние больного тяжелое. АД 90\70 мм.рт.ст. Дыхание поверхностное. При перкуссии притупление перкуторного звука. Рентгенологически гидроторакс до угла лопатки инородное тело в проекции средостения.

.Вопрос:

Ваша тактика?

Что указывает на повреждение грудного лимфатического протока?

Что необходимо произвести пострадавшему?

В какой отдел средостения должен проникнуть хирург для оперативного ушивания его дефекта?

Ответ:

Рентгенография, ПХО, противошоковая терапия, дренирование плевральной полости

Отделяемое молочного цвета по дренажу

Торакотомия по срочным показаниям при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения, ранения сердца, пищевода.

Заднее средостение

Задача № 3

Больной К., 12 лет. Доставлен в хирургическое отделение

При осмотре: сознание спутанное, заторможен, кожные покровы бледные сероватого оттенка влажные, слизистые цианотичны. Пульс слабого наполнения и напряжения, около 60 в 1 мин., ритмичный.

АД 90/30 мм. рт. ст. Грудная клетка обычной формы, правая половина отстаёт в акте дыхания, справа по *lin. axillaris media* между 4 и 5 рёбрами определяется проникающее ранение овальной формы с дефектом ткани и пояском осаднения, крепитация 4 ребра, подкожная эмфизема. При перкуссии: над правым лёгким - тимпанит, над левым - везикулярное. Выходное отверстие обнаружено не было. Проведена рентгенография.: перелом 4 ребра справа, в плевральной полости газ, над диафрагмой жидкость, коллапс правого лёгкого на 1/2 объёма. Слева без патологии. Тень средостения смещена влево. Над правым куполом диафрагмы ближе к центру был обнаружен ранящий предмет.

Вопрос:

Ваш диагноз?

Шок какой степени у пострадавшего?

Что может развиваться при огнестрельном проникающем ранении груди?

Что является характерными признаками "открытого" пневмоторакса у больного с повреждением груди?

Ваша тактика?

Ответ:

Слепое проникающее огнестрельное ранение грудной клетки справа, с повреждением легкого. Пневмоторакс II ст. Малый гемоторакс. Шок 2ст.

Шок 2ст.

Наличие раны, свистящее дыхание с втягиванием воздуха на вдохе и наличием пузырьков воздуха, тахипноэ

Торакотомия.

Задача № 4

Больной несколько дней назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. В поликлинике по месту жительства произведена только первичная хирургическая обработка раны, и больной отпущен домой. Поступил в больницу в связи с ухудшением общего состояния, повышением температуры до 39 С, появлением одышки. Состояние средней тяжести. Пульс - 112 ударов в минуту. АД - 115/80 мм рт. ст. Выявлен правосторонний гемопневмоторакс со смещением средостения влево и уровнем жидкости соответственно переднему краю IV ребра. С чего начинается первая врачебная помощь?

Ответ. С дренирования плевральной полости по пневмотораксу с активной аспирацией.

Задача № 5

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

Ответ: Немедленную торакотомию

6. Перечень и стандарты практических умений

- оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, провести антишоковые мероприятия на догоспитальном этапе и в стационаре;
- оказать необходимую срочную помощь (искусственное дыхание, массаж сердца, остановку кровотечения, перевязку и тампонаду раны, иммобилизацию конечностей и позвоночника при травме, промывание желудка при отравлении, срочную трахеотомию при асфиксии);
- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.), дать интерпретацию результатов;

манипуляции:

- выполнить эндоскопические методы обследования
- применить искусственную и вспомогательную вентиляцию легких;
- определить группу крови и выполнить внутривенное переливание или внутриартериальное нагнетание крови, выявить возможные трансфузионные осложнения, провести борьбу с ними;
- - пункция плевры с эвакуацией экссудата;
- - пункция перикарда
- - дренирование абсцесса, каверны, эмпиемы, остаточной плевральной полости
- дренирование средостения;
- катетеризация подключичной вены;
- коникотомия, микротрахеостомия;
- временная остановка кровотечения в ране и плевральной полости
- стандартные межреберные торакотомии;
- ревизия плевральной полости, средостения, диафрагмы, полости перикарда;

