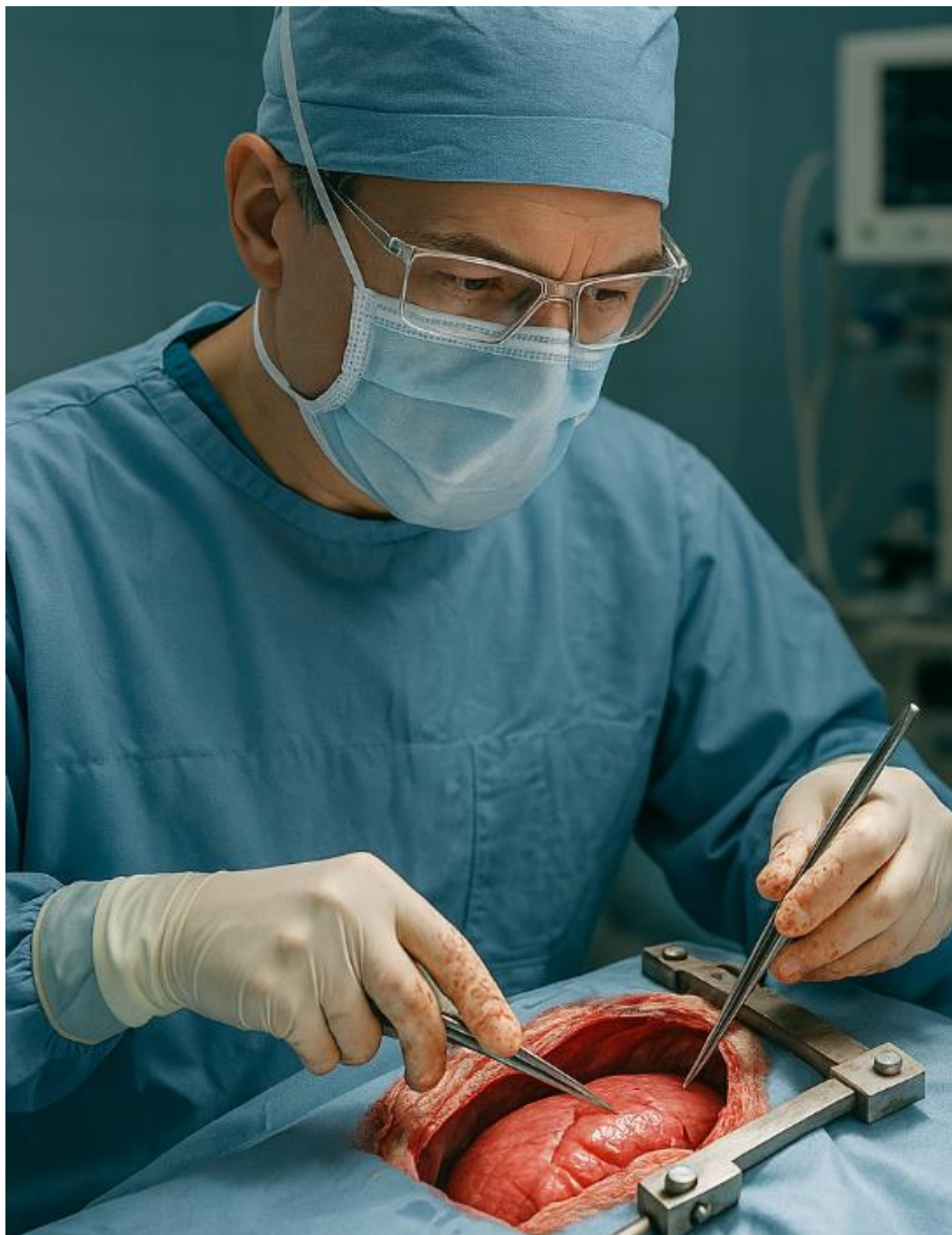


Ситуационные задачи
Торакальная хирургия
medkeys.ru/product/torakalnaya/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов на консультацию в отделение пульмонологии к женщине 52 лет с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония слева, средней степени тяжести.

Жалобы

На затрудненное дыхание, слабость, головокружение, кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки.

Анамнез заболевания

Заболела остро четыре недели назад, сначала отмечает появление слабости, недомогания, головную боль, затем появился непродуктивный кашель, повышение температуры до 39°. После обследования была госпитализирована в отделение пульмонологии с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония справа, средней степени тяжести. На фоне консервативного лечения отмечалось снижение проявлений интоксикации, но затем возобновилась гипертермия с проливными потами, появилась боль в грудной клетке при глубоком дыхании. 5 дней назад отмечает приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: простудные заболевания, бронхит 2 года назад. В анамнезе: артериальная гипертензия (АД до 170/100 мм рт.ст.), вирусный гепатит В (ремиссия). Аллергоанамнез и наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. $t-37,7^{\circ}\text{C}$, ЧД- 29 в минуту, ЧСС- 94 в минуту, АД 140/95 мм рт.ст. Пациентка повышенного питания. Кожный покров: акроцианоз. Выявлена одышка смешанного характера при незначительной нагрузке. При осмотре грудная клетка симметрична, левая половина отстаёт в акте дыхания. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах слева, при аускультации дыхание справа везикулярное, в н/отделах слева почти не выслушивается, но определяются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, границы сердца

незначительно расширены влево. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

Результаты обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

Результаты инструментальных методов обследования

Для дифференциальной диагностики заболевания у данного больного наибольшей диагностической ценностью обладает

- компьютерная томография органов грудной клетки
- фибробронхоскопия
- бронхография
- исследование мокроты на микрофлору

Пациентке поставлен диагноз

- компьютерная томография органов грудной клетки
- фибробронхоскопия
- бронхография
- исследование мокроты на микрофлору

Диагноз

По данным КТ патологический процесс в легком представляет собой + _____ + и расположен

- острый гангренозный абсцесс нижней доли левого легкого; центрально
- формирующийся острый абсцесс нижней доли левого легкого без секвестрации; периферически
- сформированный абсцесс нижней доли левого легкого без секвестрации; центрально
- хронический абсцесс нижней доли левого легкого; периферически

Пациента следует госпитализировать в отделение

- общей хирургии
- терапии
- торакальной хирургии

- реанимации

Главным принципом лечения пациента является

- обезболивание и физиотерапия
- адекватное дренирование очага деструкции
- антибиотики и противогрибковые препараты
- иммуностимуляция и витаминотерапия

Препаратами выбора антибактериального лечения пациента являются

- ампициллин + амикацин
- цефатоксим + азитромицин
- цефуроксим + клиндамицин
- клиндамицин + цефтриаксон

Оптимальным способом лечения в случае формирования блокированного абсцесса у пациента будет

- чрезбронхиальное дренирование полости абсцесса под контролем бронхоскопии и эндоУЗИ
- трансторакальное дренирование полости абсцесса после КТ-разметки и под контролем УЗИ
- торакотомия и нижняя лобэктомия
- торакоабсцессостомия и программные санации очага

Для санации бронхиального дерева у больных с острым абсцессом легкого наиболее эффективна

- фототерапия
- ингаляция с лазолваном
- физиотерапия
- лечебная бронхоскопия

Постуральный дренаж подразумевает придание такого положения тела больному, при котором

- пораженная сторона грудной клетки расположена ниже
- грудная клетка находится в возвышенном положении
- дренирующий бронх направлен вертикально вверх
- дренирующий бронх направлен вертикально вниз

Усиление голосового дрожания типично для

- пораженная сторона грудной клетки расположена ниже

- грудная клетка находится в возвышенном положении
- дренирующий бронх направлен вертикально вверх
- дренирующий бронх направлен вертикально вниз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 23 лет обратилась на прием к торакальному хирургу.

Жалобы

На дисфагию при приеме пищи, затруднение глотания, срыгивание

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течении 3 лет, после перенесенного психоэмоционального стресса. В течение последнего года жалобы усилились, отмечает срыгивание. Иногда твердая пища проходит лучше, чем жидкая.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: простудные заболевания, вирусными гепатитами не болела. Травм и операций не было. * Вредные привычки: нет. * Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски, чистый. ЧДД - 24 в минуту, ЧСС-78 в минуту, АД 120/75 мм рт.ст. При осмотре грудная клетка симметрична, равномерно участвует в дыхании. При перкуссии определяется легочный звук над всей поверхностью легких. При аускультации дыхание везикулярное с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, границы сердца не расширены. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, безболезненная при пальпации, селезенка не увеличена. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Диурез достаточный.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- пораженная сторона грудной клетки расположена ниже
- грудная клетка находится в возвышенном положении
- дренирующий бронх направлен вертикально вверх
- дренирующий бронх направлен вертикально вниз

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами для постановки верного диагноза является

- пораженная сторона грудной клетки расположена ниже
- грудная клетка находится в возвышенном положении
- дренирующий бронх направлен вертикально вверх
- дренирующий бронх направлен вертикально вниз

Результаты инструментальных методов обследования

Основой диагноз формулируется как

- пораженная сторона грудной клетки расположена ниже
- грудная клетка находится в возвышенном положении
- дренирующий бронх направлен вертикально вверх
- дренирующий бронх направлен вертикально вниз

Диагноз

У пациентки ахалазия кардиального отдела пищевода + _____ + стадии по Б.В. Петровскому

- 2
- 1
- 4
- 3

При + _____ + твердая пища проходит лучше, чем жидкая

- дисфагии органической природы
- тяжелой степени дисфагии
- парадоксальной дисфагии
- легкой степени дисфагии

Для консервативного лечения ахалазии кардиального отдела пищевода нельзя применять

- кофеин
- нитроглицерин
- холинолитики
- антагонисты кальция

Пациентке показано

- консервативное лечение (диета и режим питания)
- плановое оперативное лечение
- наложение гастростомы для питания
- срочное оперативное лечение

Доступом для оперативного лечения следует выбрать

- лапароскопию
- торакоскопию
- торакотомию слева
- лапаротомию

При ахалазии кардиального отдела пищевода 3 степени операцией выбора является

- эзофагокардиоластика диафрагмальным лоскутом
- эзофагокардиомиотомия с гастропластикой по Суворовой-Беркутову
- резекция кардиального отдела пищевода
- эзофагокардиомиотомия по Геллеру и фундопликация по Дору

Ахалазия кардии увеличивает риск развития

- пептического эзофагита
- калькулезного холецистита
- аденокарциномы пищевода
- плоскоклеточного рака пищевода

Наиболее эффективным видом эндоскопического лечения ахалазии кардии 1-2 степени является

- протезирование пищевода
- инъекция ботулотоксина
- склеротерапия
- кардиодилатация

Самой частой причиной рецидива ахалазии после эзофагокардиомиотомии является

- протезирование пищевода
- инъекция ботулотоксина
- склеротерапия
- кардиодилатация

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 51 лет обратилась на прием к торакальному хирургу.

Жалобы

На тяжесть, неприятные ощущения и боли в грудной клетке слева с иррадиацией под лопатку и в левую поясничную область. Эти симптомы усиливаются после физической нагрузки и после еды.

Анамнез заболевания / Обстоятельства травмы

Считает себя больной в течение полугода. Обследовалась и у терапевта по месту жительства. Получала консервативное лечение по поводу: ИБС.

Стенокардии напряжения. На фоне лечения жалобы нарастают. При рентгенографии грудной клетки заподозрено образование в грудной клетке слева

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: простудные заболевания в детстве, артериальная гипертензия (постоянно принимает эналаприл). * Травм, операций не было. * Со слов больной вредных привычек нет. * Аллергологический анамнез – не отягощен.

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. Избыточная масса тела (88 кг, рост 168 см). Кожный покров физиологической окраски, чистый. ЧДД - 24 в минуту, ЧСС-84 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Грудная клетка симметрична, равномерно участвует в дыхании. При перкуссии определяется легочный звук над всей поверхностью легких, в задних отделах слева притупление. Средостение смещено вправо. При аускультации дыхание везикулярное с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, безболезненная при пальпации, селезенка не увеличена. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Диурез достаточный. Периферических отеков нет.

Пациенту необходимо выполнить следующие исследования

- протезирование пищевода
- инъекция ботулотоксина
- склеротерапия
- кардиодилатация

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами для постановки диагноза являются

- протезирование пищевода
- инъекция ботулотоксина

- склеротерапия
- кардиодилатация

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования пациентке можно установить диагноз

- протезирование пищевода
- инъекция ботулотоксина
- склеротерапия
- кардиодилатация

Диагноз

Целесообразно дополнительно выполнить

- протезирование пищевода
- инъекция ботулотоксина
- склеротерапия
- кардиодилатация

Результаты обследования

По окончании дообследования диагноз диафрагмальной грыжи будет звучать как

- ложная посттравматическая грыжа диафрагмы
- врожденная люмбокостная диафрагмальная грыжа
- истинная грыжа грудино-рёберного отдела диафрагмы. Грыжа Ларрея-Морганьи
- истинная люмбокостная диафрагмальная грыжа. Грыжа Богдалека

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проходить в

- отделение неотложной хирургии
- центре амбулаторной поликлинической помощи
- торакальном хирургическом отделении
- общехирургическом стационаре

Грыжа Богдалека чаще формируется через + _____ + треугольник диафрагмы

- правый реберно-грудинный

- левый реберно-поясничный
- правый реберно-поясничный
- левый реберно-грудинный

Пациентке должно быть предложено

- динамическое наблюдение у торакального хирурга
- оперативное лечение по неотложным показаниям
- оперативное лечение в плановом порядке
- госпитализация для предоперационной подготовки

Оптимальный вид пластики грыжевых ворот при выполнении операции трансторакальным доступом является

- ушивание диафрагмы непрерывным однорядным швом
- пневмопексия к краям дефекта диафрагмы
- создание дубликатуры диафрагмы с укреплением или без укрепления синтетическим материалом
- использование пряди большого сальника в качестве пластического материала

Наиболее частым видом диафрагмальной грыжи в настоящее время являются грыжи + _____ + диафрагмы

- слабых зон
- атипичной локализации
- посттравматические
- естественных отверстий

Истинная диафрагмальная грыжа – это грыжа, имеющая в своем составе

- нижнюю треть пищевода
- кардиальный отдел желудка
- часть купола диафрагмы
- грыжевой мешок

Наиболее частым осложнением грыжи грудино-рёберного отдела диафрагмы является

- нижнюю треть пищевода
- кардиальный отдел желудка
- часть купола диафрагмы
- грыжевой мешок

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов на консультацию в отделение пульмонологии к пациентке 55 лет с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония слева, средней степени тяжести.

Жалобы

На затрудненное дыхание, слабость, головокружение, кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки.

Анамнез заболевания / Обстоятельства травмы

Заболела остро месяц назад, сначала отмечает появление слабости, недомогания, головную боль, затем появился непродуктивный кашель, повышение температуры до 38°. После обследования была госпитализирована в отделение пульмонологии с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония слева, средней степени тяжести. На фоне консервативного лечения отмечалось снижение проявлений интоксикации, но затем возобновилась гипертермия с проливными потами, появилась боль в грудной клетке при глубоком дыхании. 5 дней назад отмечает приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: простудные заболевания, бронхит, хронические заболевания нет, профессиональных вредностей не имеет, онкологический анамнез отрицает. В анамнезе: артериальная гипертензия (АД до 160/100 мм рт.ст.), вирусный гепатит В (ремиссия). Вредные привычки: нет; Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. t-37,7°C, ЧД- 29 в минуту, ЧСС- 94 в минуту, АД 140/95 мм рт.ст. Пациентка повышенного питания. Кожный покров: акроцианоз. Выявлена одышка смешанного характера при незначительной нагрузке. При осмотре грудная клетка симметрична, левая половина отстаёт в акте дыхания. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах слева, при аускультации дыхание справа везикулярное, в н/отделах слева почти не выслушивается, но определяются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, границы сердца незначительно расширены влево. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- нижнюю треть пищевода
- кардиальный отдел желудка
- часть купола диафрагмы
- грыжевой мешок

Результаты обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- нижнюю треть пищевода
- кардиальный отдел желудка
- часть купола диафрагмы
- грыжевой мешок

Результаты инструментальных методов обследования

Для дифференциальной диагностики заболевания у данного больного наибольшей диагностической ценностью обладает

- исследование мокроты на микрофлору
- фибробронхоскопия
- компьютерная томография органов грудной клетки
- бронхография

Исходя из данных обследования, диагноз звучит как

- исследование мокроты на микрофлору
- фибробронхоскопия
- компьютерная томография органов грудной клетки
- бронхография

Диагноз

По данным КТ патологический процесс в легком представляет собой

+ _____ +, расположенный

- сформированный абсцесс нижней доли левого легкого без секвестрации; центрально
- острый гангренозный абсцесс нижней доли левого легкого; центрально
- хронический абсцесс нижней доли левого легкого; периферически

- формирующийся острый абсцесс нижней доли левого легкого без секвестрации; периферически

Ухудшение состояние пациента на фоне консервативного лечения в отделении пульмонологии обусловлено

- тяжелой дыхательной недостаточностью за счет воспалительной инфильтрации легких
- нерациональной антибиотикотерапией
- скоплением жидкости в плевральной полости с нарастанием дыхательной недостаточности и появлением боли
- нарушением бронхиальной проходимости и развитием деструкции легкого

Главным принципом лечения пациента является

- адекватное дренирование очага деструкции
- обезболивание и физиотерапия
- иммуностимуляция и витаминотерапия
- антибиотики и противогрибковые препараты

Препаратами выбора антибактериального лечения пациента являются

- ампициллин + амикацин
- цефуроксим + клиндамицин
- цефатоксим + азитромицин
- клиндамицин + цефтриаксон

Оптимальным способом лечения в случае формирования блокированного абсцесса у пациента будет

- торакотомия и нижняя лобэктомия
- торакоабсцессостомия и программные санации очага
- трансторакальное дренирование полости абсцесса после КТ-разметки и под контролем УЗИ
- чрезбронхиальное дренирование полости абсцесса под контролем бронхоскопии и эндоУЗИ

Транспортировка больного с легочным кровотечением осуществляется в положении

- лежа на здоровом боку
- Фоулера
- Тренделенбурга
- постуральном

Наиболее часто источником легочного кровотечения являются

- ветви легочной артерии
- внутренняя грудная артерия
- сосуды малого круга кровообращения
- ветви бронхиальной артерии

При развитии пиопневмоторакса у больного с абсцессом легкого в первую очередь показано выполнение

- ветви легочной артерии
- внутренняя грудная артерия
- сосуды малого круга кровообращения
- ветви бронхиальной артерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Вызов на консультацию в отделение пульмонологии к пациенту 45 лет с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония справа, средней степени тяжести.

Жалобы

На боль в грудной клетке справа, затрудненное дыхание, слабость, головокружение, кашель с гнойной мокротой и прожилками крови, до 60-70 мл в сутки.

Анамнез заболевания

Заболел остро после переохлаждения, заболевание началось с повышения температуры до 38°C. После обследования был госпитализирован в отделение пульмонологии с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония справа, средней степени тяжести. На фоне консервативного лечения отмечалось снижение проявлений интоксикации, но затем возобновилась гипертермия с проливными потами, появилась боль в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад отмечает приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: простудные заболевания, бронхит, вирусными гепатитами не болел. * Хронические заболевания отрицает. * Профессиональных вредностей не имеет. * Онкологический анамнез отрицает. * Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 1 пачке/день, алкоголем не злоупотребляет; * Аллергологический анамнез неотягощен.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. $t-37,2^{\circ}\text{C}$, ЧД- 26 в минуту, ЧСС- 92 в минуту, АД130/80 мм.рт.ст. Пациент пониженного питания. Кожа чистая, бледная. Выявлена одышка смешанного характера при незначительной нагрузке. При осмотре грудная клетка симметрична, правая половина отстает в акте дыхания. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах справа, при аускультации дыхание слева везикулярное, в н/отделах справа почти не выслушивается, но определяются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, границы сердца не расширены. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Диурез достаточный.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- ветви легочной артерии
- внутренняя грудная артерия
- сосуды малого круга кровообращения
- ветви бронхиальной артерии

Результаты обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- ветви легочной артерии
- внутренняя грудная артерия
- сосуды малого круга кровообращения
- ветви бронхиальной артерии

Результаты инструментальных методов обследования

Для дифференциальной диагностики заболевания у данного больного наибольшей диагностической ценностью обладает

- фибробронхоскопия
- компьютерная томография органов грудной клетки
- исследование мокроты на микрофлору
- бронхография

Исходя из данных обследования, можно сформулировать диагноз

- фибробронхоскопия
- компьютерная томография органов грудной клетки
- исследование мокроты на микрофлору

- бронхография

Диагноз

По данным КТ патологический процесс в легком представляет собой

- сформированный абсцесс нижней доли правого легкого без секвестрации, расположенный центрально
- острый гангренозный абсцесс нижней доли правого легкого, расположенный центрально
- хронический абсцесс нижней доли правого легкого, расположенный периферически
- формирующийся острый абсцесс нижней доли правого легкого без секвестрации, расположенный периферически

Ухудшение состояние пациента на фоне консервативного лечения в отделении пульмонологии обусловлено

- нарушением бронхиальной проходимости и развитием деструкции легкого
- скоплением жидкости в плевральной полости с нарастанием дыхательной недостаточности и появлением боли
- нерациональной антибиотикотерапией
- тяжелой дыхательной недостаточностью за счет воспалительной инфильтрации легких

Главным принципом лечения пациента является

- адекватное дренирование очага деструкции
- антибиотики и противогрибковые препараты
- иммуностимуляция и витаминотерапия
- обезболивание и физиотерапия

Наиболее адекватной схемой антибактериального лечения пациента является

- клиндамицин +цефалоспорины 3 поколения
- ампициллин+аминогликозиды 3 поколения
- цефалоспорины 2 поколения+клиндамицин
- цефалоспорины 2 поколения+доксикалин

Оптимальным способом лечения в случае формирования блокированного абсцесса у пациента будет

- торакоабсцессостомия и программные санации очага

- трансторакальное дренирование полости абсцесса после КТ-разметки и под контролем УЗИ
- чрезбронхиальное дренирование полости абсцесса под контролем бронхоскопии и эндоУЗИ
- торакотомия и нижняя лобэктомия

К постуральному дренажу относят

- дренирование плевральной полости, при неэффективности консервативного лечения
- придание такого положения тела больного, при котором достигается наилучшее дренирование бронхиального дерева
- дренирование полости абсцесса легкого через грудную стенку
- такое расположение дренажных трубок у постели больного, которое обеспечивает наилучший отток содержимого

Для санации бронхиального дерева у больных с острым абсцессом легкого наиболее эффективна

- массаж грудной клетки
- лечебная бронхоскопия
- постуральный дренаж
- ингаляция с лазолваном

При развитии пиопневмоторакса у больного с абсцессом легкого в первую очередь показано выполнение

- массаж грудной клетки
- лечебная бронхоскопия
- постуральный дренаж
- ингаляция с лазолваном

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 55 лет с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония справа, средней степени тяжести, проходил лечение в дневном стационаре.

Жалобы

На боль в грудной клетке справа, затрудненное дыхание, слабость, головокружение, кашель с гнойной мокротой и прожилками крови, до 60-70 мл в сутки.

Анамнез заболевания / Обстоятельства травмы

Заболел остро после переохлаждения, заболевание началось с повышения температуры до 38°C. После обследования был направлен на лечение в дневной стационар, т.к. отказался от госпитализации с диагнозом: Внебольничная нижнедолевая пневмония справа, средней степени тяжести. На фоне консервативного лечения отмечалось снижение проявлений интоксикации, но затем возобновилась гипертермия с проливными потами, появилась боль в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад отмечает приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась. Был осмотрен торакальным хирургом и госпитализирован.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: частые простудные заболевания, бронхит. * Хронические заболевания отрицает. * Профессиональных вредностей не имеет. * Онкологический анамнез отрицает. * Вредные привычки: курит в течение 10 лет по 1 пачке/день, алкоголем не злоупотребляет; * Аллергологический анамнез:полиноз.

Объективный статус

При осмотре состояние средней степени тяжести. t-37,2°C, ЧД - 26 в минуту, ЧСС-92 в минуту, АД130/80 мм.рт.ст. Пациент пониженного питания. Кожа чистая, бледная. Выявлена одышка смешанного характера при незначительной нагрузке. При осмотре грудная клетка симметрична, правая половина отстает в акте дыхания. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука в нижних отделах справа, при аускультации дыхание слева везикулярное, в н/отделах справа почти не выслушивается, но определяются влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, тахикардия, границы сердца не расширены. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Диурез достаточный.

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- массаж грудной клетки
- лечебная бронхоскопия
- постуральный дренаж
- ингаляция с лазолваном

Результаты обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- массаж грудной клетки
- лечебная бронхоскопия
- постуральный дренаж
- ингаляция с лазолваном

Результаты инструментальных методов обследования

Для дифференциальной диагностики заболевания у данного больного наибольшей диагностической ценностью обладает

- фибробронхоскопия
- компьютерная томография органов грудной клетки
- исследование мокроты на микрофлору
- бронхография

Пациенту поставлен диагноз

- фибробронхоскопия
- компьютерная томография органов грудной клетки
- исследование мокроты на микрофлору
- бронхография

Диагноз

По данным КТ патологический процесс в легком представляет собой

+ +, расположенный

- хронический абсцесс нижней доли правого легкого; периферически
- формирующийся острый абсцесс нижней доли правого легкого без секвестрации; периферически
- острый гангренозный абсцесс нижней доли правого легкого; центрально
- сформированный абсцесс нижней доли правого легкого без секвестрации; центрально

Ухудшение состояние пациента на фоне консервативного лечения в дневном стационаре обусловлено

- нерациональной антибиотикотерапией
- тяжелой дыхательной недостаточностью за счет воспалительной инфильтрации легких
- скоплением жидкости в плевральной полости с нарастанием дыхательной недостаточности и появлением боли
- нарушением бронхиальной проходимости и развитием деструкции легкого

Главным принципом лечения пациента является

- торакотомия + лобэктомия
- адекватное дренирование очага деструкции
- пункция с введением антибиотиков в остаточную полость
- бронхоскопия с трансназальной катетеризацией полости абсцесса

Препаратами выбора антибактериального лечения пациента являются

- цефалоспорины 2 поколения+клиндамицин
- ампициллин+аминогликозиды 3 генерации
- клиндамицин +цефалоспорины 3 поколения
- цефалоспорины 2 поколения+доксциклин

Оптимальным способом лечения в случае формирования блокированного абсцесса у пациента будет

- трансторакальное дренирование полости абсцесса после КТ-разметки и под контролем УЗИ
- торакотомия и нижняя лобэктомия
- чрезбронхиальное дренирование полости абсцесса под контролем бронхоскопии и эндоУЗИ
- торакоабсцессостомия и программные санации очага

Острый абсцесс можно расценивать как хронический при существовании очага воспаления в легком более

- 4-5 месяцев
- 4 недель
- 2-3 месяцев
- 2-3 недель

Наиболее часто показанием к хирургическому лечению при остром абсцессе легкого является

- легочное кровотечение, трансформация патологического процесса в гангрену легкого
- сочетание абсцесса легкого и активного туберкулеза
- большой размер абсцесса
- сочетание абсцесса легкого и аспергиллеза

Усиление голосового дрожания типично для

- легочное кровотечение, трансформация патологического процесса в гангрену легкого

- сочетание абсцесса легкого и активного туберкулеза
- большой размер абсцесса
- сочетание абсцесса легкого и аспергиллеза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту.

Жалобы

Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последней недели, когда после флюорографического исследования, выполненного после переохлаждения, выявлена очаговая округлая тень в проекции верхней доли правого легкого.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: нет; * курит в течение 35 лет по 1 пачке/день, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 179 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушиваются единичные сухие хрипы. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 81/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. При оценке показателей общего и биохимического анализа крови пациента за референсные значения вышел показатель количества лейкоцитов: $9,5 \times 10^9/\text{л}$ (норма: $4-9 \times 10^9/\text{л}$).

При первичном выявлении очага в легком врач-терапевт назначает

+ **+ как вид консервативной терапии после первого посещения пациента с последующей оценкой эффективности лечения рентгенологическим методом (рентгенографией органов грудной полости в прямой и боковой проекциях)**

- легочное кровотечение, трансформация патологического процесса в гангрену легкого
- сочетание абсцесса легкого и активного туберкулеза

- большой размер абсцесса
- сочетание абсцесса легкого и аспергиллеза

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- легочное кровотечение, трансформация патологического процесса в гангрену легкого
- сочетание абсцесса легкого и активного туберкулеза
- большой размер абсцесса
- сочетание абсцесса легкого и аспергиллеза

Результаты инструментального метода обследования

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо провести уточняющий метод обследования

- легочное кровотечение, трансформация патологического процесса в гангрену легкого
- сочетание абсцесса легкого и активного туберкулеза
- большой размер абсцесса
- сочетание абсцесса легкого и аспергиллеза

Результаты обследования

Пациенту с вышеописанными изменениями по данным уточняющих методов обследования показана консультация

- легочное кровотечение, трансформация патологического процесса в гангрену легкого
- сочетание абсцесса легкого и активного туберкулеза
- большой размер абсцесса
- сочетание абсцесса легкого и аспергиллеза

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и обследования, пациенту можно поставить предполагаемый основной диагноз

- легочное кровотечение, трансформация патологического процесса в гангрену легкого
- сочетание абсцесса легкого и активного туберкулеза

- большой размер абсцесса
- сочетание абсцесса легкого и аспергиллеза

Диагноз

С целью получения морфологической верификации, а также уточнения N-статуса пациенту показано проведение

- медиастиноскопии, биопсии лимфатических узлов средостения
- торакоскопии, биопсии лимфатических узлов средостения
- транстрахеальной эндоскопической пункции паратрахеальных лимфатических узлов справа под контролем ультразвука
- торакотомии, биопсии лимфатических узлов средостения

Лечение данного пациента в случае верификации аденогенного рака в группе паратрахеальных лимфатических узлов средостения справа следует начинать с

- неoadъювантной полихимиотерапии
- хирургического лечения
- лучевой терапии
- гормонотерапии

В случае положительной динамики по данным контрольного обследования после проведения 4-х курсов НАПХТ пациенту показано

- проведение лучевого лечения, в случае отсутствия функциональной неоперабельности
- строгое динамическое наблюдение
- проведение хирургического лечения, в случае отсутствия функциональной неоперабельности
- проведение еще 4-х курсов по прежней схеме

Объем хирургической интервенции следующий

- верхняя билобэктомия справа с медиастинальной лимфаденэктомией
- пневмонэктомия справа с медиастинальной лимфаденэктомией
- торакоскопическая сегментэктомия 1,2 сегментов правого легкого с медиастинальной лимфаденэктомией
- торакоскопическая верхняя лобэктомия справа с медиастинальной лимфаденэктомией

Следующим этапом, согласно клиническим рекомендациям, больному в случае радикально выполненной операции показано

- проведение лучевой терапии
- динамическое наблюдение
- проведение еще 4 курсов лекарственного лечения по дооперационной схеме
- проведение лекарственного лечения по измененной схеме

Частота проведения контрольного обследования в течение 1-ого года после завершения лечения по поводу опухолей средостения

- каждые 3-6 месяцев
- каждые 1-2 месяца
- каждые 9 месяцев
- 1 раз в год

В соответствии с международной классификацией по системе TNM символом T~1~ обозначается рак легкого, имеющий следующие характеристики

- каждые 3-6 месяцев
- каждые 1-2 месяца
- каждые 9 месяцев
- 1 раз в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина С. 43 лет обратился в частную клинику к кардиологу.

Жалобы

На расширение вен грудной стенки и шеи, учащенное сердцебиение, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Учащенное сердцебиение, повышенная утомляемость и расширение вен грудной стенки беспокоят в течение последних 5 месяцев. К врачу не обращался. Самостоятельно не лечился. Связывает свое состояние со стрессами на работе. После отпуска жалобы сохранились, в связи с чем обратился к врачу в частную клинику.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет; * курит по 1 -й сигарете в день; * стрессовая работа; * аллергических реакции нет; * наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°C.

Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 89/мин, АД 109/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- каждые 3-6 месяцев
- каждые 1-2 месяца
- каждые 9 месяцев
- 1 раз в год

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методом обследования относятся

- каждые 3-6 месяцев
- каждые 1-2 месяца
- каждые 9 месяцев
- 1 раз в год

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза и обследования можно предположить основной диагноз

- каждые 3-6 месяцев
- каждые 1-2 месяца
- каждые 9 месяцев
- 1 раз в год

Диагноз

Чаще всего данная нозология диагностируется у мужчин в возрасте + _____ + лет

- моложе 18
- до 30
- старше 50
- старше 40

Лечение данного пациента с внегонадной герминогенной опухолью средостения следует начинать с

- полихимиотерапии
- гормонотерапии
- хирургического лечения
- лучевой терапии

Классический режим лечения в качестве первой линии полихимиотерапии требует включения

- доксорубицина
- гемцитабина
- паклитаксела
- цисплатина

Уровень маркеров нормализовался на 4 курсе полихимиотерапии. Больному показано

- проведение еще двух курсов полихимиотерапии
- динамическое наблюдение
- проведение лучевой терапии
- проведение хирургического лечения

Согласно клиническим рекомендациям, следующим этапом пациенту показано

- смена режима химиотерапии
- динамическое наблюдение
- проведение лучевой терапии
- хирургическое лечение

Согласно заключению планового гистологического исследования операционного материала, выявлены участки жизнеспособной опухолевой ткани. Дальнейшая лечебная тактика подразумевает

- гормонотерапию
- фотодинамическую терапию
- послеоперационную лучевую терапия
- продолжение лекарственного лечения

Частота проведения контрольного обследования в течение 1-ого года после завершения лечения по поводу опухолей средостения составит

- каждые 12 месяцев
- каждые 3-6 месяцев
- 1 раз в 2 года
- каждые 4 месяца

Пациенты с несеминомными герминогенными опухолями относятся к группе
прогноза

- плохого
- промежуточного
- хорошего
- очень хорошего

Частота контрольного обследования на сроке 3-5 лет после завершения
лечения по поводу опухолей средостения проводится

- плохого
- промежуточного
- хорошего
- очень хорошего

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

Впервые на фоне кормления грудью, стала испытывать затруднения при удерживании грудного младенца, одновременно заметила слабость при ходьбе. Примерно через год присоединились нарушения речи, жевания, глотания.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 13 месяцев.

Самостоятельно не лечилась. К врачу не обращалась. Отметила нарастание жалоб, в связи с чем обратилась к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергическая реакция на новокаин в виде крапивницы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 163 см. Температура тела 36,8°C.

Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения незначительно расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 83/мин, АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- плохого
- промежуточного
- хорошего
- очень хорошего

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- плохого
- промежуточного
- хорошего
- очень хорошего

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза и обследования можно предположить основной диагноз

- плохого
- промежуточного
- хорошего
- очень хорошего

Диагноз

Данная нозология диагностируется

- чаще у женщин
- одинаково часто у мужчин и женщин
- чаще у мужчин
- чаще у мужчин в возрасте до 40 лет

Перед началом специфического противоопухолевого лечения необходимо медикаментозно скорректировать

- высокий показатель СОЭ
- ЧСС
- миастению
- артериальное давление

Специфическое лечение данного пациента следует начинать с

- гормонотерапии
- хирургического
- полихимиотерапии
- лучевой терапии

В верхних рогах тимуса, уходящих на шею, могут находиться очень маленькие тимомы, являющиеся в дальнейшем источниками рецидивов. Для предупреждения развития рецидивов необходимо

- провести интраоперационный сеанс лучевой терапии на эту область
- максимально высокое выделение, перевязка и пересечение верхних рогов тимуса
- провести лучевую терапию на эту область в обязательном порядке в послеоперационном периоде
- провести интраоперационный сеанс фотодинамической терапии на эту область

Интраоперационно выявлено врастание тимомы в перикард на участке 2х2 см. Дальнейшие действия должны быть следующими

- оставить опухоль на небольшой площадке перикарда – на прогноз это не влияет
- закончить на этом хирургическое вмешательство, т.к. резекция перикарда при тимоме не выполняется
- произвести введение цитостатических и цитотоксических препаратов в полость перикарда
- продолжить операцию, выполнив резекцию перикарда на участке врастания опухоли

Следующим этапом согласно клиническим рекомендациям больной показано

- проведение химиотерапии
- проведение лучевой терапии
- проведение таргетной терапии

- динамическое наблюдение

Контрольное обследование в течение 1-ого года после завершения лечения по поводу опухолей средостения проводится каждые + _____ + месяца/ев

- 3-6
- 12
- 1-2
- 9

Схожие результаты 5-летней выживаемости (90%) радикально прооперированных больных с тимомой наблюдаются у пациентов + _____ + стадии

- III и IV
- I и II
- II и III
- II и IV

Частота контрольного обследования на сроке 3-5 лет после завершения лечения по поводу опухолей средостения проводится + _____ + месяцев(а)

- III и IV
- I и II
- II и III
- II и IV

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В., 60 лет, обратился к терапевту.

Жалобы

На общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, упорный кашель с небольшим количеством мокроты, похудание.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: шахтер * Перенесенные заболевания и операции: хронический бронхит * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курит (индекс курения 30 пачка/лет), алкоголь не употребляет * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

* Хронический бронхит около 20 лет. * Последние 3 месяца появилась выраженная слабость, снижение работоспособности, аппетита, похудание на 6 кг, кашель. * К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. * Последнюю неделю состояние ухудшилось, появилось кровохарканье, появилась боль в грудной клетке справа. Обратился к терапевту.

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 75 кг, рост 175 см. Температура 36,9°C. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по среднеключичной линии. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить следующее лабораторное исследование

- III и IV
- I и II
- II и III
- II и IV

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальное исследование

- III и IV
- I и II
- II и III
- II и IV

Результаты инструментальных методов обследования

У данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- III и IV
- I и II

- II и III
- II и IV

Диагноз

Рак легкого у данного пациента необходимо дифференцировать с

- туберкулезом
- хронической обструктивной болезнью легких
- тромбоэмболией легочной артерии
- цистицеркозом

К общим симптомам рака легкого относится

- кровохарканье
- кашель
- одышка
- слабость

В случае выявления отдаленных метастазов больному показано

- лечение β -лактамами с антисинегнойной активностью $\pm$ макролидами
- проведение химиотерапии
- аллерген-специфическая терапия
- физиолечение

К абсолютному противопоказанию к хирургическому лечению на легком при злокачественном новообразовании не относится

- дыхательная недостаточность
- плеврит, перикардит
- анемия
- аллергия на антибиотики пенициллинового ряда

К функциональным противопоказаниям к хирургическому лечению на легком при злокачественном новообразовании относится

- похудание на 5 кг за последние 3 месяца
- анемия средней степени тяжести
- декомпенсация дыхания
- сердечная недостаточность 1 степени

При экссудативном плеврите, сопровождаемом нарастающей одышкой, рекомендуется проведение

- физиолечения
- хирургического лечения
- небулайзерной терапии
- плевроцентеза

Фактором риска рака легкого является

- курение
- переохлаждение
- аллергия на пыль
- дыхательная гимнастика

Первое место по смертности в мире занимает рак

- предстательной железы
- молочной железы
- желудка
- легких

Методом раннего активного выявления рака легкого является

- предстательной железы
- молочной железы
- желудка
- легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П., 74 года, обратилась к участковому терапевту в поликлинику.

Жалобы

На ноющие тупые боли в правом плече, кашель с мокротой слизистого характера в основном утром, слабость, похудание на 7 кг в течение последних полутора месяцев.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Работала инженером, сейчас на пенсии, профессиональные вредности отрицает * Перенесенные заболевания и операции: холецистэктомия 35 лет назад * Наследственность: не отягощена * Вредные привычки: курит в течение 60 лет по 20 сигарет в день, злоупотребление алкоголем отрицает * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

* Боли в правом плече, слабость беспокоят в течение последних полутора месяцев * Кашель в течение 40 лет с отхождением светлой мокроты по утрам, обострения отмечает 1-2 раза в год

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2°C, ЧДД 18 в минуту, SpO₂ ~ 96%. ИМТ 23,5 кг/м². Периферические лимфатические узлы не пальпируются, безболезненные. При осмотре - правосторонний миоз, птоз и энтофтальм; гипотрофия мышц правой верхней конечности, сила в правой руке снижена. Грудная клетка при осмотре имеет вид неправильного конуса, симметрична. При перкуссии - ясный легочный звук, в правой подключичной области определяется притупление. При аускультации - везикулярное ослабленное дыхание, больше справа в подключичной области, дополнительных дыхательных шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения с частотой 76 в мин. АД на обеих руках одинаковое, 128/76 мм рт. ст., тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык чистый, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления без особенностей. Отеков нет.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить лабораторное исследование

- предстательной железы
- молочной железы
- желудка
- легких

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальное исследование

- предстательной железы
- молочной железы
- желудка
- легких

Результаты инструментальных методов обследования

Пациентке выставлен предварительный диагноз

- предстательной железы
- молочной железы
- желудка
- легких

Диагноз

В первую очередь необходимо проводить дифференциальную диагностику с

- бронхиальной астмой
- идиопатическим легочным фиброзом
- лимфогранулематозом
- туберкулезом, ХОБЛ

Пациентка должна быть проконсультирована

- онкологом, торакальным хирургом
- неврологом
- пульмонологом
- ревматологом, инфекционистом

Синдромом наиболее характерным для рака верхушки легкого является синдром

- Лайелла
- Золлингера — Эллисона
- Хеерфордта-Вальденстрёма
- Бернара-Горнера

После дообследования пациентки будет назначено следующее лечение

- ингаляционные бронхолитики
- неоадьювантная лучевая терапия + хирургическое лечение
- системные глюкокортикостероиды + неоадьювантная лучевая терапия
- антибактериальная терапия

Госпитализация пациентки

- не показана
- необходима в терапевтический стационар
- показана в отделение торакальной хирургии
- необходима в фтизиатрический стационар

У пациентки с раком легких нужно обращать внимание в первую очередь на лимфатические узлы

- околоушные и подмышечные
- шейные и надключичные
- паховые
- поднижнечелюстные

Динамическое наблюдение с обследованием в течение первого года после радикального лечения показано каждые

- 4 месяца
- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 месяца

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

5-летняя выживаемость при всех формах рака легкого составляет

- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Н., 61 год, обратился к терапевту.

Жалобы

На кровохарканье, постоянный сухой кашель, одышку при физических нагрузках, общую слабость, похудание на 5 кг за последние 4 месяца.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: водитель-дальнобойщик *
 Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность: отец умер от рака легкого в 52 года * Вредные привычки: курит 40 лет по 20 сигарет в день * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

* Стаж табакокурения - 40 лет. С 48 лет - хронический малопродуктивный кашель, с 55 лет присоединилась одышка при физических нагрузках, к терапевту не обращался. * В течение последних 4 месяцев отметил усиление кашля, появление слабости, похудание. * Неделю назад впервые заметил появление небольшого количества крови в мокроте (около одной чайной ложки). Обратился к участковому терапевту.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Астенический тип телосложения, ИМТ 18,5 кг/м², температура тела 36,9°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии - в 1 и 2 межреберьях справа определяется притупление легочного звука, при аускультации в этой зоне - резкое ослабление дыхания, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД 22 в минуту, SpO₂ - 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 78 в минуту. АД одинаковое на обеих руках, 130/86 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления без особенностей. Отеков нет.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить лабораторное исследование

- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Результаты лабораторных исследований

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальное исследование

- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Результаты инструментальных исследований

Учитывая клиническую картину у данного пациента, а также данные лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз

- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Диагноз

У данного пациента имеется сопутствующее заболевание

- хроническая обструктивная болезнь легких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа A (mMRC 1, редкие обострения)
- неаллергическая бронхиальная астма
- хронический необструктивный бронхит, обострение тяжелой степени
- хронический необструктивный бронхит, обострение средней степени тяжести

Для подтверждения основного диагноза необходимо назначить компьютерную томографию органов грудной клетки и

- исследование диффузионной способности легких
- пульмонангиографию
- торакоскопию
- бронхоскопию

К базисной терапии сопутствующего заболевания у данного пациента относятся

+

препараты

- длительно действующие антихолинергические
- антибактериальные
- антигистаминные
- коротко действующие антихолинергические

К средствам первой помощи, применяемыми "по требованию" при сопутствующем заболевании у данного пациента относятся

- длительно действующие антихолинергические препараты
- системные ГКС

- короткодействующие бронходилататоры
- цитостатики

К рентгенологическим признакам для центрального рака легкого относят

- нечеткость, размытость контуров тени
- появление лучистости, полицикличность
- инфильтрация легочной ткани, corona maligna
- ателектаз, гиповентиляцию, экспираторную эмфизему

Пациенту показано проведение вакцинации против гриппа и

- дифтерии
- пневмококковой инфекции
- краснухи
- гепатита В

В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать и проведение легочной реабилитации и

- аллерген-специфическую иммунотерапию
- трансплантацию легких
- прекращение курения
- трансплантацию печени

В рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию кратность ежегодного посещения врача-терапевта составляет + + раз/а

- 2
- 3
- 4
- 1

Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет + + раз/а

- 2
- 3
- 4
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 58 лет, обратился к участковому терапевту.

Жалобы

На одышку в покое и при физических нагрузках, кашель с трудно отделяемой мокротой, осиплость голоса, слабость.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: строитель * Перенесенные заболевания и операции: аппендэктомия 30 лет назад * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курил в течение 20 лет по 25 сигарет в день, последние пять лет не курит * Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез жизни

Болен около двух с половиной месяцев, когда стал отмечать нарастание одышки и появление её в покое, слабость. Осиплость голоса беспокоит в течение последнего месяца.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Гиперстенический тип телосложения, ИМТ 32,3 кг/м², температура тела 36,9°C. Увеличена группа шейных лимфоузлов. При осмотре - одутловатость лица, отечность в области шеи, акроцианоз, расширение вен по передней поверхности грудной стенки. При перкуссии - ясный легочный звук, при аускультации - везикулярное дыхание, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД 26 в минуту, SpO₂ - 95%. Тоны сердца ритмичные, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 86 в минуту. АД одинаковое на обеих руках, 138/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления без особенностей.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить лабораторное исследование

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты лабораторных исследований

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальное исследование

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты инструментального обследования

Учитывая клиническую картину данного пациента, а также данные лабораторных и инструментальных методов обследования, можно выставить диагноз

- 2
- 3
- 4
- 1

Диагноз

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- пневмокониозом
- гранулематозом Вегенера
- лимфогранулематозом, саркоидозом
- пневмонией

Госпитализация пациенту показана в

- кардиологическое отделение
- отделение торакальной хирургии
- фтизиатрический стационар
- терапевтический стационар

Пациент должен быть проконсультирован

- пульмонологом, фтизиатром
- онкологом, торакальным хирургом
- неврологом
- ревматологом

Наиболее эффективным при данной патологии методом лечения является

- химиолучевая терапия
- применение цитостатиков
- применение системных ГКС
- трансплантация легких

Установить точную локализацию первичной опухоли в легком при данной форме заболевания

- невозможно
- возможно с помощью рентгенографического исследования
- возможно проанализировав клиническую картину пациента
- возможно с помощью фибробронхоскопии

Частота динамического наблюдения с обследованием после радикального лечения в течение первого года проводится каждые + + месяца (ев)

- 3
- 4
- 2
- 6

Прогноз для жизни больных с медиастинальной формой рака легкого

- благоприятный
- очень благоприятный
- сомнительный
- крайне неблагоприятный

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства

5-летняя выживаемость при всех формах рака легкого составляет + + %

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Л., 65 лет, обратился к терапевту.

Жалобы

На кровохарканье, кашель с выделением большого количества мокроты, повышение температуры до 37,9°C, одышку при физических нагрузках.

Анамнез заболевания

* Рос и развивался нормально * Профессия: пенсионер * Перенесенные заболевания и операции: отрицает * Наследственность: неотягощена * Вредные привычки: курение в течение 15 лет по 15 сигарет в день * Аллергоанамнез: неотягощен

Анамнез жизни

* В течение 20 лет отмечает кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты. * Полгода назад в течение 5 дней отмечалось кровохарканье, в больницу не обращался. * Десять дней назад вновь усилился кашель, в мокроте снова появились прожилки крови, мокрота стала гнойной, повысилась температура тела.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Нормостенический тип телосложения, ИМТ 21,5 кг/м², температура тела 37,3°C. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Грудная клетка имеет вид неправильного конуса, левая половина грудной клетки отстает при акте дыхания, при перкуссии - в нижних отделах левого легкого притупление перкуторного звука, в этой зоне - резкое ослабление дыхания при аускультации, дополнительных дыхательных шумов нет. ЧДД 20 в минуту, SpO₂ - 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 82 в минуту. АД одинаковое на обеих руках, 120/86 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не выступает из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления без особенностей. Отеков нет.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить лабораторное исследование

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства

Результаты лабораторных исследований

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальное исследование

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства

Результаты инструментальных исследований

Учитывая клиническую картину данного пациента, а также данные лабораторных и инструментальных методов обследования, можно выставить диагноз

- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения размеров опухоли
- определения объема хирургического вмешательства

Диагноз

Для подтверждения основного диагноза необходимо назначить бронхоскопию и

- исследование диффузионной способности легких
- пульмонангиографию
- КТ органов грудной клетки
- торакоскопию

К характерным рентгенологическим признакам центрального рака относят

- ателектаз, гиповентиляцию, экспираторную эмфизему
- нечеткость, размытость контуров тени
- инфильтрацию легочной ткани, corona maligna
- появление лучистости, полицикличность

Госпитализация пациенту показана в

- отделение торакальной хирургии
- отделение пульмонологии
- отделение терапии
- фтизиатрический стационар

В первую очередь данному пациенту необходимо назначить

- терапию антигистаминными препаратами

- бронхолитическую терапию
- антибактериальную терапию
- инфузионную терапию

К дальнейшей тактике после окончания курса антибиотикотерапии и отсутствии данных за отдаленное метастазирование относят

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- паллиативное лечение
- лучевую терапию

У пациента с раком легких нужно обращать внимание в первую очередь на
+ _____ + лимфатические узлы

- паховые
- шейные и надключичные
- подключичные и паховые
- поднижнечелюстные и подключичные

Методом раннего активного выявления рака легкого является

- спирография
- пикфлоуметрия
- проба Манту
- флюорография

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

После радикального лечения динамическое наблюдение, а также проведение МРТ головного мозга и сканирования костей скелета показано + _____ + раз/а в
год

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

На момент осмотра жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больной через полтора года после рождения сына с опущения левого века до середины зрачка. Была госпитализирована в хирургический стационар с направительным диагнозом «Синдром Горнера слева», затем выписана с диагнозом «Синдром Горнера слева, дистопия миндалин мозжечка». По выписке у больной началось двоение, и птоз перешел с левого на правый глаз. Обратилась в неврологический стационар для уточнения диагноза, где диагностировано новообразование средостения.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергоанамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 169 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения незначительно расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 109/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить лабораторные исследования

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Результаты лабораторных исследований

Для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить инструментальное исследование

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Результаты инструментальных исследований

Учитывая клиническую картину у данного пациента, а также данные лабораторных и инструментальных методов обследования, можно выставить диагноз

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения объема хирургического вмешательства
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации

Диагноз

Данная нозология диагностируется

- одинаково часто у мужчин и женщин
- чаще у мужчин
- чаще у детей
- чаще у женщин

Перед началом специфического противоопухолевого лечения необходимо медикаментозно скорректировать

- высокий показатель СОЭ
- ЧСС
- миастению
- артериальное давление

Специфическое лечение данного пациента следует начинать с

- хирургического лечения
- полихимиотерапии
- лучевой терапии
- гормонотерапии

В верхних рогах тимуса, уходящих на шею, могут находиться очень маленькие тимомы, являющиеся в дальнейшем источниками рецидивов. Чтобы предупредить развитие рецидивов, необходимо сделать

- лучевую терапию на эту область в обязательном порядке в послеоперационном периоде
- инстраоперационный сеанс фотодинамической терапии на эту область
- максимально высокое выделение, перевязку и пересечение верхних рогов тимуса
- инстраоперационный сеанс лучевой терапии на эту область

Один из вариантов миниинвазивного хирургического доступа при лечении пациентов с тимомой 1 стадии – субкисфоидаальный монопортовый доступ. Его преимуществом перед стандартным торакоскопическим является

- вскрытие только одной плевральной полости
- отсутствие травматизации межреберного нерва и, как следствие, менее выраженный болевой синдром
- возможность использования инструментов для «открытой» хирургии
- возможность выполнения хирургического вмешательства без использования карбокситоракса

Согласно плановому морфологическому исследованию операционного материала, у больной – тимомы B1, cT1N0Mo, I стадия. Следующим этапом согласно клиническим рекомендациям больной показано

- химиотерапия
- лучевая терапия
- таргетная терапия
- динамическое наблюдение

Контрольное обследование в течение 1-ого года после завершения лечения по поводу опухолей средостения проводятся каждые + _____ + месяца/ев

- 12
- 9
- 1-2
- 3-6

Схожие результаты 5-летней выживаемости (90%) радикально прооперированных больных с тимомой наблюдаются у пациентов

- II и III стадии
- I и II стадии

- II и IV стадии
- III и IV стадии

При расширении верхнего средостения на прямой рентгенограмме органов грудной клетки наиболее вероятно наличие

- II и III стадии
- I и II стадии
- II и IV стадии
- III и IV стадии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина В., 58 лет, обратился к врачу в частную клинику.

Жалобы

На общую слабость, недомогание, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, упорный кашель с небольшим количеством мокроты, похудание.

Анамнез заболевания

Хронический бронхит около 20 лет. Три месяца назад появилась выраженная слабость, снижение работоспособности, аппетита, похудание на 7 кг, кашель. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. Последнюю неделю состояние ухудшилось, появилось кровохарканье, появилась боль в грудной клетке справа. Обратился к врачу в частную клинику.

Анамнез жизни

* Рос и развивался соответственно возрасту. * Профессия: работает вахтовым методом охранником. * Перенесенные заболевания и операции: хронический бронхит. Перелом руки в детстве. * Вредные привычки: курит (индекс курения 30 пачка/лет), алкоголь не употребляет * Аллергоанамнез и наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние удовлетворительно. Вес 75 кг, рост 175 см. Температура 36,9°C. Кожа чистая, бледная. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Лимфатические узлы над- и подключичные, подмышечные размером до 1 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы, перкуторно справа определяется притупление звука в 3-м межреберье по среднеключичной линии. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 84 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий,

эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить лабораторное исследование

- II и III стадии
- I и II стадии
- II и IV стадии
- III и IV стадии

Результаты лабораторных исследований

Для постановки диагноза данному пациенту в амбулаторных условиях необходимо выполнить инструментальное исследование

- II и III стадии
- I и II стадии
- II и IV стадии
- III и IV стадии

Результаты инструментальных исследований

Учитывая клиническую картину данного пациента, а также данные лабораторных и инструментальных методов обследования, можно выставить диагноз

- II и III стадии
- I и II стадии
- II и IV стадии
- III и IV стадии

Диагноз

Рак легкого у данного пациента необходимо дифференцировать с

- тромбоэмболией легочной артерии
- туберкулезом
- хронической обструктивной болезнью легких
- цистицеркозом

К характерным рентгенологическим признакам центрального рака легкого относят

- инфильтрацию легочной ткани, corona maligna

- нечеткость, размытость контуров тени
- появление лучистости, полицикличность
- ателектаз, гиповентиляцию, экспираторную эмфизему

В случае выявления отдаленных метастазов больному показано

- курс химиотерапии
- физиотерапевтическое лечение
- терапия β-лактамами с антисинегнойной активностью ± макролидами
- аллерген-специфическое лечение

К абсолютному противопоказанию к хирургическому лечению на легком при злокачественном новообразовании является

- прорастание опухоли в крупные бронхи
- дыхательная недостаточность 1 степени
- дыхательная недостаточность 2 степени
- метастазы в отдаленных лимфатических узлах

К функциональным противопоказаниям к хирургическому лечению на легком при злокачественном новообразовании относится

- сердечная недостаточность 1 степени
- анемия средней степени тяжести
- похудание на 5 кг за последние 3 месяца
- декомпенсация дыхания

Опухоль-ассоциированные маркеры используются для

- определения размеров опухоли
- оценки эффективности проводимой терапии
- определения гистологического варианта опухоли без морфологической верификации
- определения объема хирургического вмешательства

5-летняя выживаемость при всех формах рака легкого составляет

+ + %

- 20-25
- 100
- 0,5-3
- 3-10

К вторичным симптомам рака легкого относится

- кашель
- осиплость голоса
- похудание на 30% от изначальной массы тела
- слабость

1-ое место по смертности в мире занимает рак

- кашель
- осиплость голоса
- похудание на 30% от изначальной массы тела
- слабость

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

Не предъявляет. Направлена к врачу-терапевту после прохождения флюорографического исследования органов грудной полости.

Анамнез заболевания

На фоне полного здоровья при прохождении проф. осмотра выявили смещение средостения вправо.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 163 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 83/мин, АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- кашель
- осиплость голоса

- похудание на 30% от изначальной массы тела
- слабость

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- кашель
- осиплость голоса
- похудание на 30% от изначальной массы тела
- слабость

Результаты инструментальных методов обследования

В данном случае с целью постановки верного диагноза дополнительно необходимо назначить

- кашель
- осиплость голоса
- похудание на 30% от изначальной массы тела
- слабость

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и обследования можно предположить основной диагноз

- кашель
- осиплость голоса
- похудание на 30% от изначальной массы тела
- слабость

Диагноз

Опираясь на заключение КТ, можно выставить по международной системе стадирования TNM клиническую стадию заболевания

- 4 ст., cT3N2M0
- 1 ст., cT1N0M0
- 3 ст., cT3N0M0
- 2 ст., cT2N0M0

При наличии генерализованной формы миастении у данной категории больных необходимо

- всегда начинать лечение с иммунотерапии, вне зависимости от стадии заболевания
- начинать как можно быстрее специфическое противоопухолевое лечение
- всегда начинать лечение с полихимоотерапии, вне зависимости от стадии заболевания
- медикаментозно скорректировать миастению перед началом специфического противоопухолевого лечения

Специфическое лечение данного пациента следует начинать с

- полихимиотерапии
- гормонотерапии
- хирургического лечения
- лучевой терапии

В верхних рогах тимуса, уходящих на шею, могут находиться очень маленькие тимомы, являющиеся в дальнейшем источниками рецидивов. Чтобы предупредить развитие рецидивов, необходимо сделать

- интраоперационный сеанс фотодинамической терапии на эту область
- интраоперационный сеанс лучевой терапии на эту область
- максимально высокое выделение, перевязку и пересечение верхних рогов тимуса
- лучевую терапию на эту область в обязательном порядке в послеоперационном периоде

Оптимальным хирургическим доступом в данной ситуации будет

- полная продольная стернотомия
- торакотомия справа
- торакотомия слева
- торакоскопия слева

Следующим этапом, согласно клиническим рекомендациям, больной показано проведение

- химиотерапии
- лучевой терапии
- динамического наблюдения
- таргетной терапии

Контрольные обследования в течение 1-ого года после завершения лечения по поводу опухолей средостения проводятся каждые + + месяцев/а

- 12
- 1-2
- 3-6
- 9

Схожие результаты 5-летней выживаемости (90%) радикально прооперированных больных с тимомой наблюдаются у пациентов + + стадии

- 12
- 1-2
- 3-6
- 9

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет обратилась к врачу-терапевту.

Жалобы

Впервые на фоне кормления грудью, стала испытывать затруднения при удерживании грудного младенца, одновременно заметила слабость при ходьбе. Примерно через год присоединились нарушения речи, жевания, глотания.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 13 месяцев.

Самостоятельно не лечилась. К врачу не обращалась. Отметила нарастание жалоб, в связи с чем обратилась к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергическая реакция на новокаин в виде крапивницы.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 163 см. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения незначительно расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание,

проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 83/мин, АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- 12
- 1-2
- 3-6
- 9

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- 12
- 1-2
- 3-6
- 9

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза и обследования можно предположить основной диагноз

- 12
- 1-2
- 3-6
- 9

Диагноз

Данная нозология диагностируется

- одинаково часто у мужчин и женщин
- чаще у детей
- чаще у мужчин
- чаще у женщин

Перед началом специфического противоопухолевого лечения необходимо медикаментозно скорректировать

- высокий показатель СОЭ
- ЧСС
- специфическое противоопухолевое лечение в данной ситуации необходимо начинать как можно быстрее
- миастению

Специфическое лечение данного пациента следует начинать с

- гормонотерапии
- хирургического вмешательства
- курса лучевой терапии
- полихимиотерапии

В верхних рогах тимуса, уходящих на шею, могут находиться очень маленькие тимомы, являющиеся в дальнейшем источниками рецидивов. Для предупреждения развития рецидивов необходимо

- максимально высокое выделение, перевязка и пересечение верхних рогов тимуса
- провести лучевую терапию на эту область в обязательном порядке в послеоперационном периоде
- провести интраоперационный сеанс фотодинамической терапии на эту область
- провести интраоперационный сеанс лучевой терапии на эту область

Интраоперационно выявлено врастание тимомы в перикард на участке 2х2 см. Дальнейшие действия

- оставить опухоль на небольшой площадке перикарда – на прогноз это не влияет
- продолжить операцию, выполнив резекцию перикарда на участке врастания опухоли
- закончить на этом хирургическое вмешательство, т.к. резекция перикарда при тимоме не выполняется
- ввести цитостатических и цитотоксических препаратов в полость перикарда

Следующим этапом, согласно клиническим рекомендациям, больной показано проведение

- таргетной терапии
- динамическое наблюдение
- химиотерапии
- лучевой терапии

Контрольное обследование в течение 1-ого года после завершения лечения по поводу опухолей средостения проводится каждые + _____ + месяца(ев)

- 9
- 3-6
- 1-2
- 12

Схожие результаты 5-летней выживаемости (90%) радикально прооперированных больных с тимомой наблюдаются у пациентов + _____ + стадии

- II и III
- III и IV
- I и II
- II и IV

Тимома нередко осложняется

- II и III
- III и IV
- I и II
- II и IV

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 62 лет госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На боли в грудной клетке справа, дважды кровохарканье (по 5 мл), одышку и общую слабость.

Анамнез заболевания

Боли в правой половине груди беспокоят около 2 месяцев. К врачу обратилась две недели назад, после эпизода кровохарканья. При рентгенографии грудной клетки в 2 проекциях обнаружено наличие жидкости в нижнем отделе правой плевральной полости по линии Дамуазо. Была консультирована фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациентка направлена на консультацию к торакальному хирургу. Была госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

Анамнез жизни

* страдает хроническим гастритом течение 3 лет, в настоящее время стадия ремиссии * в течение 10 лет болен сахарным диабетом 2 типа * курит сигареты в течение 32 лет (15 пачка/лет) * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * мать скончалась от рака шейки матки

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 76 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. Дыхание жесткое, справа значительно ослаблено; хрипы сухие непостоянные выслушиваются слева. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 150/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Обязательной диагностической процедурой, позволяющей установить природу плеврального выпота, является диагностическая

- плевральная пункция
- видео-торакоскопия
- мини-торакотомия по Классену
- фибробронхоскопия

Для определения оптимальной точки для диагностической пункции, пациентке необходимо выполнить

- компьютерную томографию грудной клетки
- рентгенографию грудной клетки в латеропозиции
- УЗИ плевральной полости
- линейную (послойную) томографию грудной клетки

У пациентки при УЗИ обнаружено около 300 мл жидкости в заднем отделе (8 межреберье по лопаточной линии) правого плеврального синуса, где и поставлена точка для пункции. Жидкость, полученная при плевральной пункции, расценивается как воспалительная (экссудат) при положительной пробе Ривальта, удельном весе (плотности) ≥ 1015 и уровне белка + + г/л

- 30
- 5
- 20
- 10

Полученный при плевральной пункции серозно-геморрагический выпот, не может расцениваться как гемоторакс, поскольку его гематокрит составляет + + от гематокрита крови

- 0.4
- 0.8
- 0.6
- 0.7

При пункции плевральной полости не рекомендуется удалять более

+ _____ + мл экссудата

- 2500
- 1000
- 2000
- 500

После эвакуации экссудата, оптимальным диагностическим исследованием органов грудной клетки у пациентки является

- вентиляционно-перфузионное сканирование
- магнитно-резонансная томография
- позитронно-эмиссионная томография
- компьютерная томография

Спиральная компьютерная томография. Заключение: интенсивное неомогенное затенение шестого сегмента (С6) нижней доли правого легкого – сегментарный ателектаз с признаками пульмонита; в просвете С6 обнаруживается бугристая опухоль диаметром около 1.5 см, расположенная в устье шестого сегментарного бронха нижней доли правого легкого, обтурирующая его просвет. Увеличены от 1.2 до 2.0 см, трахео-бронхиальные и бифуркационные лимфатические узлы; обращает внимание наличие 50 мл жидкости в правой плевральной полости. Левое легкое и лимфатические узлы слева без патологических изменений. При КТ обнаружена обструктивная пневмония нижней доли правого легкого, что наряду с кровохарканьем является показанием для

- ангиографии бронхиальных артерий
- ангио-пульмонографии легких
- бронхоскопии с биопсией
- открытой биопсии легкого и плевры

Фибробронхоскопия: в сегментарном бронхе С6 нижней доли правого легкого обнаружено «грязное» бугристое образование кровоточащее при контакте, полностью обтурирующее просвет сегментарного бронха. Произведена щипцовая биопсия 3 фрагментов опухоли и слизистой. При цитологическом исследовании плеврального экссудата опухолевые клетки не обнаружены, в

результате обследования был верифицирован плоскоклеточный ороговевающий рак нижней доли правого легкого T2N1M0 что соответствует + + стадии

- ангиографии бронхиальных артерий
- ангио-пульмонографии легких
- бронхоскопии с биопсией
- открытой биопсии легкого и плевры

Диагноз

Пациентке (с T2N1M0) планируется нижняя билобэктомия справа и

- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция
- биопсия «сторожевых» лимфатических узлов
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция
- выборочная медиастинальная лимфодиссекция

При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и

- состояние окружающей опухоль паренхимы
- характер изменений висцеральной плевры
- состояние краев резекции
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке

После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2N1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется

- проведение первой линии иммунотерапии
- конформная лучевая терапия
- проведение адъювантной химиотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства

Диспансерное наблюдение представленной пациентки следует проводить с периодичностью каждые + + месяца/ев в течение первых трех лет

- проведение первой линии иммунотерапии
- конформная лучевая терапия
- проведение адъювантной химиотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 48 лет обратился на прием к торакальному хирургу.

Жалобы

На тошноту, рвоту с примесью крови, тяжесть и боли за грудиной, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания

Точно определить давность заболевания затрудняется. В течение последнего года периодически отмечает появление тошноты, тяжести и боли за грудиной, особенно, после приема пищи, на этом фоне подъем температуры тела до 37,5°C. Иногда бывает срыгивание пищей с неприятным запахом. Месяц назад была рвота с примесью крови.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: туберкулез легких 15 лет назад. Со слов больного в настоящее время снят с учета. Вирусными гепатитами не болел. 5 лет назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости, ранения правой доли печени. Вредные привычки: курит с 17 лет, алкоголь употребляет умеренно. Употребление наркотических препаратов отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски, чистый. ЧДД - 24 в минуту, ЧСС-82 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. При осмотре грудная клетка симметрична, равномерно участвует в дыхании. При перкуссии определяется легочный звук над всей поверхностью легких. При аускультации дыхание везикулярное с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, границы сердца не расширены. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, безболезненная при пальпации, селезенка не увеличена. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Диурез достаточный. Периферические отеки отсутствуют. По средней линии послеоперационный рубец от верхнесрединной лапаротомии.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- проведение первой линии иммунотерапии
- конформная лучевая терапия
- проведение адъювантной химиотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- проведение первой линии иммунотерапии
- конформная лучевая терапия
- проведение адъювантной химиотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинической картины можно выставить основной диагноз

- проведение первой линии иммунотерапии
- конформная лучевая терапия
- проведение адъювантной химиотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства

Диагноз

У этого пациента _____ механизм развития дивертикула

- релаксационный (функциональный)
- тракционный
- смешанный
- пульсионный

Причиной появления крови в рвотных массах у пациента является

- легочное кровотечение
- язвенная болезнь, язва желудка
- варикозно-расширенные вены пищевода
- острый эрозивный дивертикулит

+

+ - фактор, способствовавший формированию дивертикула у данного пациента

- Образование спаек и периэзофагита, вызванного специфическим лимфаденитом
- Хронический воспалительный процесс в пищеводе
- Спазм кардиального сфинктера пищевода
- Атония пищевода

Пациенту показано

- срочное оперативное лечение, из-за высокого риска перфорации
- наложение гастростомы для питания
- плановое оперативное лечение, после купирования явлений острого дивертикулита
- консервативное лечение (диета, режим питания, противовоспалительные средства)

Доступом для оперативного лечения следует выбрать

- боковую торакотомию слева в 5-6 межреберье
- стернотомия
- боковую торакотомию справа в 5-6 межреберье
- боковую торакотомию справа в 7-8 межреберье с пересечением реберной дуги

Операцией выбора является

- дивертикулэктомия
- наложение гастростомы для питания
- инвагинация дивертикула по Жирару
- перемещение дивертикула с подшиванием его дна к пищеводу

К псевдодивертикулу относят

- выпячивание слизистой оболочки пищевода через слабое место
- вторичный дивертикул
- выпячивание стенки пищевода за счет образование спаек и периезофагита
- дивертикул абдоминального отдела пищевода

Летальность после дивертикулэктомии составляет + _____ + %

- 4,5-8,8
- 0,1-0,5
- 1,5-3,0
- 10-15

Пульсионный механизм развития дивертикула связан с

- 4,5-8,8
- 0,1-0,5
- 1,5-3,0
- 10-15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 56 лет обратился на прием к торакальному хирургу.

Жалобы

На дисфагию при приеме пищи, запах изо рта, тошноту, срыгивание, тяжесть и боли за грудиной. Одышку и чувство сердцебиения после приема пищи.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 2 лет. В течение 6 месяцев жалобы усилились. Обратился к хирургу по месту жительства. Выполнена рентгенография пищевода.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: простудные заболевания. Травм не было. 15 лет назад - аппендэктомия. 10 лет назад – грыжесечение. Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергологический анамнез - поллиноз.

Объективный статус

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски, чистый. ЧДД - 24 в минуту, ЧСС-78 в минуту, АД 130/85 мм рт. ст. Грудная клетка симметрична, равномерно участвует в дыхании. При перкуссии определяется легочный звук над всей поверхностью легких. При аускультации дыхание везикулярное с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, границы сердца не расширены. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги, безболезненная при пальпации, селезенка не увеличена. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Диурез достаточный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 4,5-8,8
- 0,1-0,5
- 1,5-3,0
- 10-15

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- 4,5-8,8
- 0,1-0,5
- 1,5-3,0
- 10-15

Результаты инструментальных методов обследования

Пациенту установлен основной диагноз

- 4,5-8,8
- 0,1-0,5
- 1,5-3,0
- 10-15

Диагноз

Механизмом развития дивертикула у этого пациента является

- тракционный
- пульсионный
- смешанный
- релаксационный (функциональный)

Ведущим звеном патогенеза формирования дивертикула в данном случае является

- хронический воспалительный процесс в пищеводе
- повышение внутрипищеводного давления
- дегенеративно-дистрофические изменения в Ауэрбаховском нервном сплетении
- рефлюкс желудочного сока

Дальнейшее обследования и лечения пациента производится в

- отделении торакальной хирургии
- центре амбулаторной поликлинической помощи
- общехирургическом стационаре
- отделении неотложной хирургии

Пациенту показано

- стентирование пищевода
- консервативное лечение
- срочное оперативное лечение
- плановое оперативное лечение

Операцией выбора является

- инвагинация дивертикула по Жирару
- наложение гастростомы для питания
- перемещение дивертикула с подшиванием его дна к пищеводу
- одномоментная дивертикулэктомия

При эпифренальном дивертикуле и расположении дивертикула выше 5 см от диафрагмы рекомендован + _____ + трансторакальный доступ в + _____ + межреберье

- правосторонний; III-IV
- левосторонний; VIII-IX
- правосторонний; в V—VI
- левосторонний; V—VI

К псевдодивертикулёзу относят выпячивание

- стенки пищевода в результате травмы
- слизистой оболочки пищевода через слабое место
- мышечного слоя органа
- всех слоев стенки пищевода

Летальность после дивертикулэктомии составляет + _____ + %

- 1,5-3,0
- 6,5-12,5
- 5-10
- 0,1-0,5

Напряжение и болезненность кивательной мышцы при пальпации – это положительный симптом + _____ + при глоточно-пищеводном дивертикуле

- 1,5-3,0
- 6,5-12,5
- 5-10
- 0,1-0,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 63 лет направлена на консультацию к торакальному хирургу.

Жалобы

На кашель с прожилками крови в мокроте и боли в груди при физических нагрузках.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 9 месяцев, когда появились одышка при физической нагрузке, давящие боли за грудиной, ночная потливость. Затем появились кашель и прожилки крови (до 30 мл/сут.) в мокроте. Обратилась к участковому терапевту. Была выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки и выявлены двусторонние диссеминированные изменения. В связи с кровохарканьем направлена к торакальному хирургу.

Анамнез жизни

* ИБС. Стенокардия напряжения 2 ф.к. ХСН I. (в течение 7 лет) * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Подкожные лимф. узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки – ясный легочный звук. Дыхание жесткое, ЧДД 17 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В соответствии с принятой классификацией объем кровотечения у данной пациентки соответствует + _____ + степени

- IIA
- IIIA
- IB
- IA

Для быстрого исключения возможного желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) у пациентки необходимо

- проведение «Ацидотеста»
- определение реакции (pH) отделяемой крови
- выполнение фиброгастроскопии
- определение молочной кислоты в мокроте

При исследовании откашливаемой крови установлено, что pH=8, что свидетельствует о щелочной реакции отделяемого и свидетельствует в пользу легочного кровотечения. Пациентке показана обзорная рентгенография

легких, которая позволяет установить причину легочного кровотечения у
+ + больных

- половины обследованных
- 75% обследованных
- всех обследованных
- 35%

Для количественной оценки интенсивности легочного кровотечения у
пациентки необходимо

- определить объем циркулирующей крови у пациентки
- выяснить значение гематокритного показателя крови
- выполнить у пациентки клинический анализ крови
- организовать сбор отделяемой мокроты и/или крови в отдельную ёмкость

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы с легочным
кровотечением показано выполнение

- электрокардиографии
- эхокардиографии
- велоэргометрии
- суточного мониторирования по Холтеру
- исследование функции внешнего дыхания
- тредмил-теста на беговой дорожке

Для определения стороны кровотечения и его возможной причины показано
выполнение

- фибробронхоскопии под местной анестезией
- спиральной компьютерной томографии (СКТ) в ангиорежиме
- позитронно-эмиссионной томографии
- магнитно-резонансной томографии грудной клетки

Необходимость выполнения ФБС с целью локализации кровотечения
отпадает в случае

- жизнеугрожающего легочного кровотечения
- четкой локализации патологического очага при СКТ
- двустороннего диссеминированного поражения легких
- спонтанной остановки кровотечения

Все этапы диагностики при жизне-угрожающих кровотечениях должны проводиться в

- отделении реанимации
- рентгеновском кабинете
- палате где находится пациент
- перевязочной

Выполнение ригидной бронхоскопии показано при

- кровотечении из правого легкого
- отсутствии в наличии фибробронхоскопа
- легочном кровотечении III Б степени
- кровотечениях из крупных бронхов

Показанием к госпитализации является

- откашливание 50 мл крови в течение часа
- выделение 100 мл крови в сутки
- жизнеугрожающее легочное кровотечение
- наличие любого количества крови в мокроте

Целью лечения легочного кровотечения являются остановка кровотечения, предупреждение аспирации и профилактика

- ателектаза доли или всего легкого
- аспирационной пневмонии
- рецидива кровотечения
- постгеморрагической анемии

При наличии показаний к оперативному вмешательству, его по возможности, следует выполнять + _____ + от начала кровотечения

- ателектаза доли или всего легкого
- аспирационной пневмонии
- рецидива кровотечения
- постгеморрагической анемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет доставлен машиной скорой помощи в приемный покой областной больницы.

Жалобы

На кашель с выделением алой крови в объеме 100-150 мл в час и боли в грудной клетке справа.

Анамнез заболевания

С детских лет страдает бронхоэктатической болезнью. Неоднократно обследовался и лечился в стационарах. Были диагностированы двусторонние бронхоэктазии с вовлечением нижних долей и средней доли правого легкого. Обострения 2-3 раза в год. Наблюдение пульмонолога и санаторно-курортное лечение. Выделение крови отметил впервые. В связи с кровотечением в экстренном порядке доставлен в приемный покой.

Анамнез жизни

* страдает хроническим гастритом в течение 4 лет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * с детских лет наблюдается кардиологом по поводу синдрома Марфана

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Рост 192 см, масса тела 67кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Изменения пальцев рук в виде «барабанных палочек» и «часовых стекол». Периферических отеков нет. Подкожные лимф. узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в нижних отделах, больше справа. Дыхание жесткое, множественные сухие разнокалиберные хрипы с обеих сторон. ЧДД 27 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В соответствии с принятой классификацией Григорьева Е.Г. (1990) объем кровотечения у данного пациента соответствует + + степени

- IB
- IB
- IIIA
- IIA

Для быстрого исключения возможного желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) необходимо

- выполнение фиброгастроскопии
- проведение «Ацидотеста»

- определение реакции (pH) отделяемой при кашле крови
- определение молочной кислоты в мокроте

При исследовании откашливаемой крови установлено, что pH=8.5, что свидетельствует о щелочной реакции отделяемого и свидетельствует в пользу легочного кровотечения. Пациенту показана обзорная рентгенография легких, которая позволяет установить причину легочного кровотечения у + + % обследованных больных

- 75
- 35
- 100
- 50

Для количественной оценки интенсивности легочного кровотечения у пациента необходимо

- выполнить у пациентки клинический анализ крови
- выяснить значение гематокритного показателя крови
- организовать сбор отделяемой мокроты и/или крови в отдельную ёмкость
- определить объем циркулирующей крови у пациентки

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы пациента показано выполнение электрокардиографии и

- велоэргометрии
- тредмил-теста на беговой дорожке
- эхокардиографии
- суточного мониторирования по Холтеру

Для определения стороны кровотечения и его возможной причины показано выполнение

- ригидной бронхоскопии
- магнитно-резонансной томографии грудной клетки
- компьютерной томографии в ангиорежиме
- позитронно-эмиссионной томографии

При компьютерной томографии грудной клетки у пациента обнаружено высокое стояние правого купола диафрагмы, понижение прозрачности средней доли правого легкого, последняя негомоменной структуры (имбибирована кровью?), мелкие бронхи нижних долей цилиндрически расширены к периферии (бронхоэктазии), признаки диффузного

пневмофиброза в обеих долях. Бронхиальные артерии справа выглядят извитыми и расширенными до 1.5 мм. Необходимость выполнения фибробронхоскопии с целью локализации кровотечения отпадает в случае

- локализации очага при компьютерной томографии
- двустороннего диссеминированного поражения легких
- спонтанной остановки кровотечения
- жизнеугрожающего легочного кровотечения

При легочном кровотечении IIA степени пациент должен быть госпитализирован в палату

- интенсивной терапии
- пульмонологического отделения
- торакального профиля
- отделения кардиохирургии

Стандартная гемостатическая терапия включает транексамовую кислоту, аминокапроновую кислоту и

- гордокс
- тромбин
- викасол
- этамзилат

К дополнительным эффективным методам контроля гемостаза относят

- внутривенную гормонотерапию
- управляемую артериальную гипотензию
- гипербарическую оксигенацию
- переливание эритроцитарной массы

При отсутствии гемостатического эффекта управляемой гипотензии показана эндоскопическая окклюзия источника кровотечения или

- резекция легкого (пневмонэктомия)
- торакотомия с лигированием легочной артерии
- эндоскопическая лазерная фотокоагуляция
- эмболизация бронхиальных артерий

Целью лечения легочного кровотечения являются его остановка, предупреждение аспирации и профилактика

- резекция легкого (пневмонэктомия)

- торакотомия с лигированием легочной артерии
- эндоскопическая лазерная фотокоагуляция
- эмболизация бронхиальных артерий

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 78 лет доставлена машиной скорой помощи в приемный покой областной больницы, через 1.5 часа от начала заболевания.

Жалобы

На кашель с выделением алой крови в объеме 350 мл (примерно «полтора стакана») в течение часа и чувство жжения в грудной клетке справа.

Анамнез заболевания

Страдает хроническим бронхитом и гипертонической болезнью. Неоднократно обследовалась и лечилась в стационарах. Обострения бронхита 2-3 раза в год. Наблюдение пульмонолога и санаторно-курортное лечение. Выделение такого большого количества крови отметила впервые, 6 месяцев назад был однократный эпизод кровохарканья (к врачу не обратилась). В связи с кровотечением в экстренном порядке доставлена в приемный покой.

Анамнез жизни

* страдает хроническим бронхитом в течение 14 лет * гипертоническая болезнь II ст., 17 лет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * у отца была гипертоническая болезнь, скончался от инсульта

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожный покров влажный. Лицо гиперемировано. Рост 164 см, масса тела 68 кг. Периферических отеков нет. Подкожные лимф. узлы не увеличены. При перкуссии над легкими звук обычный. Дыхание жесткое, сухие разнокалиберные хрипы больше справа. ЧДД 28 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин, АД 180/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

В соответствии с принятой классификацией Григорьева Е.Г. (1990) объем кровотечения у данной пациентки соответствует + + степени

- IIA
- IB
- IIB
- IIIA

Легочное кровотечение IIБ степени относится к категории

- умеренных
- жизнеугрожающих
- массивных
- профузных

В случае жизнеугрожающего кровотечения все этапы диагностики должны проводиться в отделении

- пульмонологии
- кардиохирургии
- торакальной хирургии
- реанимации

Первоочередными задачами лечения пациентки являются профилактика + _____ + и остановка кровотечения

- острой сердечной недостаточности
- ателектаза легкого
- аспирационной пневмонии
- асфиксии

У данной пациентки с жизнеугрожающим кровотечением IIБ степени предпочтительными методами диагностики являются рентгенография легких и

- фибробронхоскопия
- ангиопульмонография
- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография в ангиорежиме

Больной была произведена фибробронхоскопия, в ходе которой были обнаружены и удалены свежие сгустки крови из бронхов как левого, так и правого легкого, после санации трахео-бронхиального дерева диагностировано поступление алой крови из нижнее-долевого бронха справа. Выполнен лаваж указанного бронха холодным физиологическим раствором с добавлением адреналина, после чего констатировано образование кровяного сгустка и кровотечение купировано (лечебно-диагностическое вмешательство) При сильном кровотечении IIБ обеспечить проходимость дыхательных путей пациентке и их эффективную санацию позволяет

- применение оротрахеального воздуховода
- эндотрахеальная интубация

- нижняя трахеостомия
- установка комбинированной трахео-пищеводной трубки (combitube)

Эндобронхиальный гемостаз включает – бронхиальный лаваж «ледяным» раствором, введение гемостатиков (вазопрессоров) и

- клапанную бронхоблокацию
- аргонплазменную коагуляцию
- лазерную фотокоагуляцию
- использование клеевых композиций

Пациентке была выполнена эндобронхиальная окклюзия правого нижне- долевого бронха (в просвет установлен клапан Левина), что позволило изолировать нижнюю долю и предотвратить возможную асфиксию. Начата гемостатическая терапия. Стандартная гемостатическая терапия включает введение транексамовой кислоты, аминокaproновой кислоты и

- гордокса
- викасола
- этамзилата
- тромбина

К дополнительным эффективным методам контроля гемостаза относят

- переливание эритроцитарной взвеси
- управляемую артериальную гипотензию
- внутривенную гормонотерапию
- гипербарическую оксигенацию

После коррекции гемодинамики и изоляции непораженного легкого пациентке с жизнеугрожающим легочным кровотечением показана

- торакотомия с лигированием легочной артерии
- эмболизация бронхиальных артерий
- операция перевязки бронхиальных артерий
- резекция легкого (пневмонэктомия)

Для быстрого исключения возможного желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) необходимо

- определение молочной кислоты в мокроте
- выполнение фиброгастроскопии
- проведение «Ацидотеста»
- определение реакции (pH) отделяемой крови

Целью лечения легочного кровотечения являются его остановка, предупреждение аспирации и профилактика

- определение молочной кислоты в мокроте
- выполнение фиброгастроскопии
- проведение «Ацидотеста»
- определение реакции (рН) отделяемой крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 24 лет направлена на консультацию к торакальному хирургу.

Жалобы

На кашель с выделением гнойной мокроты, иногда «дурнопахнущей», преимущественно по утрам, (100-150 мл/сутки); фебрильную лихорадку по вечерам и кровохарканье (в объеме 30 мл/сутки).

Анамнез заболевания

Считает, что больна примерно с 6 летнего возраста, когда перенесла левостороннюю нижнедолевую пневмонию. В последующие годы часто (1-2 раза в год) болела простудными заболеваниями и бронхитами. В возрасте 10 лет было рекомендовано обследование в отделении торакальной хирургии, однако родители девочки от госпитализации отказались. С возрастом болеть стала реже, один раз в год, как правило весной, но появилась гнойная мокрота, иногда с неприятным запахом. Наблюдалась у пульмонолога с диагнозом хронический обструктивный бронхит. Настоящее обострение возникло неделю назад и, впервые в жизни, сопровождалось выделением алой крови с мокротой (объем крови примерно 30 мл в сутки). Обратилась к пульмонологу. Была выполнена обзорная рентгенография легких в двух проекциях. Заподозрены бронхоэктазии нижней доли левого легкого. В связи с этим, была направлена к торакальному хирургу, который госпитализировал пациентку в отделение торакальной хирургии.

Анамнез жизни

* в течение 18 страдает «хроническим бронхитом» * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * у родителей хронической бронхо-легочной патологии нет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферических отеков нет. Имеются начальные изменения ногтевых фаланг пальцев по типу «барабанных палочек».

Подкожные лимф. узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки, слева под углом лопатки легочный звук укорочен. Дыхание жесткое, над нижними отделами легких, больше слева выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Для детальной визуализации обнаруженной бронхо-легочной патологии показана

- компьютерная томография грудной клетки
- магнитно-резонансная томография грудной клетки
- бронхография с контрастированием обоих легких
- линейная (послойная) томография легких

Наиболее ранним и характерным симптомом бронхоэктатической болезни является

- приступ удушья
- деформация крупных суставов
- узловатая эритема
- кашель

При компьютерной томографии грудной клетки выявлено уменьшение объема нижней доли левого легкого, ячеистость ее легочного рисунка, дистелектазы, гиперплазия лимфатических узлов корня легкого, компенсаторная эмфизема верхней доли слева и некоторое смещение средостения влево. Пациентке показана диагностическая трахеобронхоскопия с целью

- визуальной оценки перистальтики бронхов
- исключения опухолевого процесса в бронхах
- диагностики бронхоэктатической болезни
- оценки выраженности воспаления бронхов

Выполнен посев. Выделенный из мокроты патоген (синегнойная палочка) считается этиологически значимым при его концентрации 10 в + + степени микробных тел в 1 мл

- 2
- 3
- 6
- 4

Пациентке показана эхокардиография для диагностики

- легочной гипертензии и легочного сердца
- наличия свободной жидкости в сердечной сумке
- врожденного порока сердца
- декстрапозиции сердца и синдрома Картагенера

Наиболее частым осложнением бронхоэктатической болезни является

- спонтанный пневмоторакс
- кровохарканье
- гангрена легкого
- амилоидоз внутренних органов

Пациентке была рекомендована потовая проба для исключения

- муковисцидоза
- секвестрации легкого
- бронхиальной астмы
- синдрома Картагенера

**Для удаления мокроты из трахеобронхиального дерева больной
рекомендована + _____ + , как наиболее
эффективная санационная процедура**

- терапия ингаляционными кортикостероидами
- лечебная бронхоскопия
- магнитотерапия на область грудной клетки
- дыхательная гимнастика

**В процессе бронхоскопии рекомендовано выполнить биопсию слизистой
bronха для исключения**

- синдрома Мунье-Куна
- синдрома Вильямса-Кэмбэлла
- туберкулезной инфекции
- первичной цилиарной дискинезии

**Наиболее оптимальным возрастом для хирургического лечения
бронхоэктазий, является возраст + _____ + лет**

- 40-50
- 60-70
- 7-10
- 20-30

Послеоперационная летальность при хирургическом лечении бронхоэктазий составляет + + %

- 15-20
- 20-30
- 1-2
- 10-15

После хирургического лечения рецидив бронхоэктазий наблюдается в + + % случаев

- 15-20
- 20-30
- 1-2
- 10-15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т. 29 лет, доставлен в приемный покой многопрофильной больницы (неспециализированный хирургический стационар) бригадой «скорой помощи» из городской поликлиники.

Жалобы

На выраженную одышку, усиливающуюся в положении лежа; боль в правой половине грудной клетки; на сухой кашель.

Анамнез заболевания

Сутки назад утром внезапно почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки. Сегодня обратился за медицинской помощью в поликлинику. Выполнена рентгенография органов грудной клетки. Выявлен пневмоторакс. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: 3 года назад выполнена лапаротомия, ушивание острой перфоративной язвы 12 перстной кишки. Под наблюдением терапевта, пульмонолога, фтизиатра не состоит. Редко (раз в два-три года) болеет ОРВИ. *
Курит с 16 лет по одной пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет *
Профессиональные вредности: работает заправщиком технических газов *
Аллергические реакции: отрицает *
Наследственность: благоприятная

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное, но ограничено

выраженной одышкой. Температура тела 36,8°C. При объективном осмотре визуализируется отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД 28 в мин. При перкуссии справа определяется тимпанический тон, слева – ясный легочный тон. Дыхание везикулярное слева, справа – не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 102 в мин., слабого наполнения, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В клиническом анализе крови уровень лейкоцитов $10,4 \times 10^9/\text{л}$, уровень гемоглобина 156 г/л, гематокрит 43,7%. В биохимическом анализе крови, в клиническом анализе мочи, в коагулограмме – без отклонений от нормальных значений. ЭКГ – синусовая тахикардия 114 ударов в минуту.

При поступлении в стационар для постановки диагноза обязательными инструментальными методами обследования являются

- 15-20
- 20-30
- 1-2
- 10-15

Результаты инструментального метода обследования

Основными рентгенологическими симптомами спонтанного пневмоторакса на представленных рентгенограммах являются

- симптом глубоких борозд (у лежащих больных)
- визуализация очерченного края коллабированного легкого
- отсутствие легочного рисунка в периферических отделах соответствующего гемиторакса
- тень коллабированного легкого
- отсутствие дифференцировки корня легкого
- изменение положения диафрагмы

Наиболее вероятной причиной пневмоторакса у поступившего пациента является

- пневмокониоз
- разрыв полости деструкции легочной ткани при абсцедирующей пневмонии или туберкулезе
- осложнение хронической обструктивной болезни легких
- первичная буллезная или диффузная эмфизема легких или отрыв плевральной спайки

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно установить диагноз

- пневмокониоз
- разрыв полости деструкции легочной ткани при абсцедирующей пневмонии или туберкулезе
- осложнение хронической обструктивной болезни легких
- первичная буллезная или диффузная эмфизема легких или отрыв плевральной спайки

Диагноз

При данной клинической ситуации показан метод лечения

- экстренное оперативное вмешательство
- пункционный метод
- искусственная вентиляция легких в режиме РЕЕР
- дренирование плевральной полости одним дренажем

Наиболее рационально дренировать плевральную полость в данной клинической ситуации + + способом

- миниторакотомным
- торакоскопическим
- унипортовым
- троакарным

При невозможности выполнить СКТ легких в срочном порядке, для выявления причины пневмоторакса и определения дальнейшей тактики в процессе дренирования целесообразно выполнить

- биопсию плевры иглой типа Abrams
- диагностическую торакоскопию
- измерение степени негерметичности легкого
- смыв из плевральной полости

По результатам диагностической торакоскопии, выполненной в процессе дренирования у данного пациента, установлен I тип изменений по классификации Vanderschuren R. 1981, Boutin C. 1991, при котором характерно

- отсутствие визуальной патологии
- небольшие субплевральные буллы диаметром менее 2 см
- крупные буллы, более 2 см в диаметре
- наличие плевральных сращений при отсутствии изменений паренхимы легкого

После завершения дренирования плевральной полости до подключения к стационарному плевроаспиратору необходимо

- наладить дренирование по Редону
- установить «второй просвет» в дренажной трубке
- наладить дренирование по Бюлау
- перекрыть дренажную трубку зажимом

После дренирования плевральной полости у пациента сохранялся небольшой сброс воздуха. В этом случае активную аспирацию необходимо проводить с разрежением

- 10-20 кПа
- 10-20 см водного столба
- 30-40 см водного столба
- 20-40 мм ртутного столба

Показанием к срочной операции при спонтанном пневмотораксе является

- первый эпизод пневмоторакса при выявлении булл или спаек (II-IV тип изменений по Vanderschuren R. и Boutin C.)
- ригидный пневмоторакс
- продолжающийся сброс воздуха более 72 часов при расправленном легком
- двусторонний пневмоторакс

При прекращении поступления воздуха из плевральной полости по дренажу в течение 12 часов, дренаж перекрывают на + _____ + часа и затем выполняют рентгеновский снимок. Если легкое остается расправленным, дренаж удаляют. На следующий день после удаления дренажа необходимо выполнить контрольную рентгенографию грудной клетки, подтверждающую факт ликвидации пневмоторакса

- первый эпизод пневмоторакса при выявлении булл или спаек (II-IV тип изменений по Vanderschuren R. и Boutin C.)
- ригидный пневмоторакс
- продолжающийся сброс воздуха более 72 часов при расправленном легком
- двусторонний пневмоторакс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т. 32 лет, доставлен в приемный покой специализированного торакального стационара бригадой «скорой помощи».

Жалобы

На умеренную одышку. Наличие дренажной трубки в правой половине груди. На боль в месте стояния дренажа.

Анамнез заболевания

Двое суток назад на фоне благополучия почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку. На следующий день обратился в поликлинику по месту жительства. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен пневмоторакс. Госпитализирован на хирургическое отделение многопрофильной больницы. Установлен диагноз: Правосторонний тотальный напряженный спонтанный пневмоторакс. Острая дыхательная недостаточность. Выполнено дренирование правой плевральной полости. Налажено пассивное дренирование. В связи с сохраняющимся коллапсом легкого переведен в специализированный торакальный стационар.

Анамнез жизни

* Перенесенные заболевания: Операций, травм не было. Под наблюдением медицинских специалистов не состоит. Болеет редкими простудными заболеваниями. * Курильщик. Курит с 18 лет по пачке сигарет в день, алкоголь употребляет эпизодически. * Работает глубокоководным водолазом. Профессиональные вредности: баротравма, декомпрессионная болезнь. * Женат. Воспитывает двоих детей. * Аллергические реакции: отрицает * Наследственность: благоприятная

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, тяжесть состояния обусловлена компенсированной дыхательной недостаточностью и болевым синдромом. Сознание ясное. Положение активное, но ограничено болевым синдромом. Температура тела 37,0°C. При объективном осмотре визуализируется отставание в дыхании правой половины грудной клетки. ЧДД 18 в мин. При перкуссии справа определяется тимпанический тон, слева – ясный легочный тон. Дыхание везикулярное слева, справа – ослабленное. В четвертом межреберье по средней подмышечной линии установлен дренаж. В покое сброса воздуха по дренажу нет. При сильном кашле определяется небольшой сброс воздуха. Вокруг дренажа, в аксиллярной области с распространением на переднюю поверхность грудной клетки определяется подкожная эмфизема. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 88 в мин., удовлетворительного наполнения, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

При поступлении в специализированный стационар обязательными методами лабораторного стандарта обследования являются

- первый эпизод пневмоторакса при выявлении булл или спаек (II-IV тип изменений по Vanderschuren R. и Boutin C.)
- ригидный пневмоторакс
- продолжающийся сброс воздуха более 72 часов при расправленном легком
- двусторонний пневмоторакс

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым минимумом инструментальных методов исследования являются

- первый эпизод пневмоторакса при выявлении булл или спаек (II-IV тип изменений по Vanderschuren R. и Boutin C.)
- ригидный пневмоторакс
- продолжающийся сброс воздуха более 72 часов при расправленном легком
- двусторонний пневмоторакс

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больному следует установить диагноз

- первый эпизод пневмоторакса при выявлении булл или спаек (II-IV тип изменений по Vanderschuren R. и Boutin C.)
- ригидный пневмоторакс
- продолжающийся сброс воздуха более 72 часов при расправленном легком
- двусторонний пневмоторакс

Диагноз

Возможными причинами сохраняющегося коллапса легкого у данного пациента является

- недостаточный диаметр внутреннего просвета дренажной трубки
- нарушение проходимости дренажа вследствие обтурации просвета свертком крови или фибрина
- дренаж установлен субплеврально

- миграция дренажной трубки вследствие ненадлежащей фиксации со смещением боковых отверстий в подкожную клетчатку
- создание недостаточного разрежения при подключении к плевроаспиратору
- пережатие дренажа фиксирующей лигатурой, либо перегиб дренажной трубки

Убедиться в адекватном расположении и функционировании дренажа в плевральной полости у данного пациента можно с помощью

- полипозиционной рентгеноскопии и плеврографии
- во время перевязки снять шов фиксирующий дренажную трубку и выполнить ревизию раны
- проверить проходимость дренажа путем промывания небольшим объемом изотонического раствора хлорида натрия
- подключить дренажную трубку к плевроаспиратору и оценить степень негерметичности легкого

В ходе диагностического поиска установлено, что дренаж установлен субплеврально. В этом случае редренировать плевральную полость можно

- с помощью иглы Вереша
- методом Богуша
- стилетным способом
- унипортовым методом

По результатам диагностической торакоскопии, выполненной в процессе дренирования у данного пациента, установлен III тип изменений по классификации Vanderschuren R. 1981, Boutin C. 1991. Для III типа характерны изменения

- наличие небольших субплевральных булл диаметром менее 2 см
- наличие множественных субплевральных образований до 1 см
- отсутствие визуальной патологии
- наличие крупных булл более 2 см в диаметре

Пациенту выполнено редренирование правой плевральной полости, на контрольной рентгенограмме легкие расправлены. Сброс воздуха прекратился. Дренаж из плевральной полости следует удалить

- по факту прекращения поступления воздуха из плевральной полости
- после перекрытия дренажа на сутки и контрольного рентгеновского снимка

- после перекрытия дренажа на 2 часа и контрольного рентгеновского снимка
- при отсутствии отхождения воздуха и поступления по дренажу жидкости менее 200-250 мл в сутки

Показаниями к плановому хирургическому лечению спонтанного пневмоторакса в данном наблюдении является

- профессиональная деятельность, связанная с изменениями давления в дыхательных путях (дайвер)
- три и более случаев спонтанного пневмоторакса за прошедшие 10 лет
- спонтанный пневмоторакс, не устраненный после первого дренирования плевральной полости
- подозрение на вторичный характер пневмоторакса

Пациенту выполнено плановое эндовидеохирургическое вмешательство. При ревизии источника поступления воздуха в плевральную полость выявлено не было. Прием, позволяющим выявить источник поступления воздуха, является

- выполнение торакотомии
- установка дополнительного торакопорта
- проведение водной пробы
- выполнение пробы с введением бриллиантового зеленого эндобронхиально (в сегментарные бронхи)

Наиболее надежным методом достижения аэростаза при буллезной эмфиземе является

- эндоскопическая анатомическая резекция легкого
- лигирование при помощи петли Редера
- ушивание аппаратом EndoStitch или ручным эндоскопическим швом
- резекция буллезного участка легкого при помощи эндостеплера

Методикой, обеспечивающей наименьший процент рецидивов, при буллезной эмфиземе является

- эндоскопическая анатомическая резекция легкого
- лигирование при помощи петли Редера
- ушивание аппаратом EndoStitch или ручным эндоскопическим швом
- резекция буллезного участка легкого при помощи эндостеплера

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 44 лет, заядлый курильщик, доставлен в клинику из дома машиной скорой помощи после осмотра участковым врачом.

Жалобы

На кашель с отхождением гнойной мокроты до 100 мл в сутки, озноб, боли в верхних отделах грудной клетки справа.

Анамнез заболевания

За неделю до госпитализации имело место переохлаждение, затем отмечались признаки острой респираторно-вирусной инфекции. Четыре дня назад появились лихорадка до 39°C и сухой кашель. Два дня назад отметил отхождение гнойной мокроты «полным ртом» (до 150 мл), после чего температура тела в вечернее время снизилась до 37,5°C. В течение последних трех дней отмечает слабость и боли в правой половине грудной клетки.

Анамнез жизни

* курит, алкоголем не злоупотребляет * работает газосварщиком *
аллергических реакций не было

Объективный статус

Наиболее вероятный диагноз с учетом имеющихся клинико-рентгенологических данных может быть сформулирован следующим образом

- эндоскопическая анатомическая резекция легкого
- лигирование при помощи петли Редера
- ушивание аппаратом EndoStitch или ручным эндоскопическим швом
- резекция буллезного участка легкого при помощи эндостеплера

Диагноз

Для уточнения характера патологических изменений в правом легком и проведения достоверной дифференциальной диагностики необходимо выполнить

- эндоскопическая анатомическая резекция легкого
- лигирование при помощи петли Редера
- ушивание аппаратом EndoStitch или ручным эндоскопическим швом
- резекция буллезного участка легкого при помощи эндостеплера

Результаты обследования

Дифференциальный диагноз с учетом клинических и рентгенологических данных проводится со следующими заболеваниями

- эндоскопическая анатомическая резекция легкого
- лигирование при помощи петли Редера
- ушивание аппаратом EndoStitch или ручным эндоскопическим швом
- резекция буллезного участка легкого при помощи эндостеплера

Результаты обследования

При неосложненном центральном абсцессе легкого наиболее предпочтительно выполнение

- двойного дренирования (трансназальное и трансторакальное)
- микротрахеостомии
- трансторакального дренирования

Современным препаратом для иммунокоррекции у больных с деструкциями легких является

- нуклеинат натрия
- продигиозан
- антистафилококковая плазма
- рекомбинантный интерлейкин 1 β

Источником инфекции при ОИДЛ травматического происхождения являются

- секрет из трахеобронхиального дерева
- плевральный выпот
- субплевральная гематома
- инородные тела (пули, осколки, фрагменты одежды)

Для временной окклюзии бронха при пиопневмотораксе наиболее часто используется

- поролоновая губка
- гемостатическая губка
- препарат тахокомб
- нити кетгута

В + _____ + % случаев исходом острого абсцесса легкого является сухая остаточная полость

- 40
- 60
- 7-15
- 2-3

Для улучшения расправления оставшейся части легкого после лобэктомии по поводу острого абсцесса выполняется

- пересечение диафрагмального нерва
- повышение давления в дыхательном контуре после завершения операции
- декорткация легкого
- перемещение диафрагмы

Перевязка легочной артерии при ОИДЛ выполняется

- для остановки массивного аррозионного кровотечения
- для оценки функциональной операбельности
- для уменьшения шунтирования крови
- для ускорения санации полости абсцесса

К развитию множественных гематогенных абсцессов легких наиболее часто приводит

- инфекционный (септический) эндокардит
- рожистое воспаление голени
- грипп
- бронхоэктатическая болезнь

Очаги деструкции при острой инфекционной деструкции легкого (ОИДЛ) аспирационного генеза локализуются в следующих сегментах

- инфекционный (септический) эндокардит
- рожистое воспаление голени
- грипп
- бронхоэктатическая болезнь

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 68 лет, в течение последних 2 месяцев отмечает затрудненное звучное дыхание, осиплость голоса. Госпитализирована в торакальный стационар для исключения заболевания трахеи.

Жалобы

На затрудненное звучное дыхание и связанную с этим выраженную одышку, кашель в положении лежа.

Анамнез заболевания

Затрудненное дыхание и осиплость голоса пациентка отмечает в течение последних 3 месяцев. Около 1 месяца назад была осмотрена эндокринологом - высказывалось предположение об увеличении правой доли щитовидной железы с нечетким нижним контуром при пальпации. Уровень определявшихся в тот же период гормонов щитовидной железы (три- и тетраiodтиронина) был в пределах нормы.

Анамнез жизни

* курит по 1 пачке сигарет в день около 30 лет, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было

Объективный статус

При пальпации шеи отмечается, что левая доля щитовидной железы имеет обычные размеры, не увеличена. Нижний полюс правой доли щитовидной железы отчетливо не пальпируется нельзя исключить его связь с мягкотканым образованием в переднем средостении. При КТ в верхнем средостении паратрахеально больше справа определяется патологическое образование интимно прилежащее к трахее и сдавливающее ее, размерами 6х3х2 см. Нельзя исключить связь образования с нижним полюсом правой доли щитовидной железы.

Наиболее вероятным диагнозом с учетом имеющихся клинико-рентгенологических данных по этому пациенту является

- инфекционный (септический) эндокардит
- рожистое воспаление голени
- грипп
- бронхоэктатическая болезнь

Диагноз

Для уточнения диагноза необходимо выполнить

- инфекционный (септический) эндокардит
- рожистое воспаление голени
- грипп
- бронхоэктатическая болезнь

Результаты обследования

Загрудинный зоб следует в первую очередь дифференцировать с

- тимомой
- невриномой
- дивертикулом пищевода
- кистой средостения

Осиплость голоса у данной пациентки возникла вследствие

- сдавления диафрагмального нерва увеличенными лимфатическими узлами
- обострения хронического ларингита
- развития фиброзирующего медиастинита
- сдавления возвратного нерва за счет образования верхнего средостения

При повышенном уровне ионизированного кальция в крови загрудинный зоб следует дифференцировать с

- саркоидозом легких
- дистопированной аденомой паращитовидной железы
- деформирующим остеитом
- миеломной болезнью

Перед проведением эндотрахеального наркоза с целью удаления патологического образования средостения в данном случае следует выполнить

- саркоидозом легких
- дистопированной аденомой паращитовидной железы
- деформирующим остеитом
- миеломной болезнью

Результаты обследования

В качестве хирургического доступа для удаления патологического образования, расположенного за рукояткой грудины и сдавливающего трахею, наиболее оптимальна

- заднебоковая торакотомия
- субксифоидальная медиастинотомия
- т-образная (частичная) стернотомия
- медиастинотомия по Чемберлену

Резекция трахеи или стентирование при загрудинном зобе с компрессией трахеи показана

- при повреждении возвратного нерва с одной стороны
- при массивном кровотечении из ткани щитовидной железы
- при развитии трахеомалации из-за атрофии хрящевых полуколец
- при вовлечении в рубцовый процесс блуждающих нервов

Загрудинный зоб наиболее часто располагается в передневерхнем средостении и не распространяется ниже рукоятки грудины благодаря

- избытка жировой клетчатки
- облитерации переднего средостения
- препятствию в виде левой брахиоцефальной вены
- особенностям отхождения брахиоцефального ствола

Соотношение женщин и мужчин, страдающих внутригрудным зобом, составляет

- 1:1
- 1:4
- 3:1
- 7:1

Зоб пальпируется, но не виден при нормальном положении шеи в случае + + степени увеличения щитовидной железы по классификации ВОЗ

- 3
- 2
- 0
- 1

Интервисцеральный зоб расположен

- 3
- 2
- 0
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 54 лет, доставлен в клинику в экстренном порядке с одышкой и кровохарканьем.

Жалобы

На кашель с отхождением зловонной мокроты с прожилками крови (до 200 мл в сутки), одышку и озноб.

Анамнез заболевания

В течение последних 5 дней пациент отмечает повышение температуры тела до 39°C по вечерам. В этот же период появились кашель с гнойной мокротой с прожилками крови, одышка, боль в нижних отделах правой половины грудной клетки. Со слов пациента неделю назад имел место факт злоупотребления алкоголем с потерей сознания.

Анамнез жизни

* Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день, злоупотребляет алкоголем * Работает строителем * аллергических реакций не было

Объективный статус

Наиболее вероятным клиническим диагнозом, исходя из имеющихся клинико-рентгенологических данных, является

- 3
- 2
- 0
- 1

Диагноз

Анаэробную инфекцию без микробиологических исследований можно диагностировать с помощью

- сцинтиграфии легких и средостения
- газожидкостной хроматографии
- иммунологического исследования крови
- компьютерной томографии легких

При прогрессировании процесса и осложнении его массивным внутриплевральным кровотечением пациенту показана

- краевая резекция
- торакостомия
- правосторонняя пневмонэктомия

- лобэктомия

К развитию множественных гематогенных абсцессов легких наиболее часто приводит

- грипп
- бронхоэктатическая болезнь
- инфекционный (септический) эндокардит
- рожистое воспаление голени

Очаги деструкции при ОИДЛ аспирационного генеза локализуются в следующих сегментах

- 3,4,5,7
- 2,6,10
- 7,8,9
- 4,5

Источником инфекции при ОИДЛ травматического происхождения чаще всего является

- инородные тела (пули, осколки, фрагменты одежды)
- плевральный выпот
- субплевральная гематома
- секрет из трахеобронхиального дерева

Для временной окклюзии бронха при пиопневмотораксе наиболее часто используется

- поролоновая губка
- гемостатическая губка
- препарат «Тахокомб»
- нити кетгута

Для введения в полость деструкции легкого используется

- нуклеинат натрия
- левамизол
- тималин
- интерлейкин 1 β

Уменьшить кровопотерю при операциях по поводу гангрены легкого в условиях выраженного спаечного процесса позволяет

- тугая тампонада плевральной полости

- интраперикардиальная перевязка легочных сосудов
- использование в качестве доступа стернотомии
- резекция ребер при торакотомии

Летальность при операциях по поводу гангрены легкого составляет + + %

- 10
- 15
- 30
- 5

Наиболее вероятным путем попадания инфекции в легочную ткань у данного пациента является

- смешанный
- лимфогенный
- аспирация
- гематогенный

Зловонный характер мокроты пациента обусловлен

- смешанный
- лимфогенный
- аспирация
- гематогенный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М., 49 лет, педагог начальной школы, обратилась к хирургу поликлиники в начале сентября.

Жалобы

Умеренные боли в эпигастральной области при умеренной физической нагрузке, после приёма пищи.

Анамнез заболевания

* Росла и развивалась нормально * Профессия: педагог * Перенесенные заболевания и операции: в раннем детстве диатез, частые детские инфекции * Хронические заболевания: артериальная гипертензия (постоянно принимает эналаприл) * Наследственность: у матери – ИБС * Вредные привычки: не курит, алкоголь не употребляет

Анамнез жизни

Умеренные боли в эпигастральной области при умеренной физической нагрузке, отмечает на протяжении последних 3 – 4 лет, чаще после приёма пищи. Однако за последние 6 месяцев отмечает учащение приступов болей и усиление их выраженности, что заставило обратиться к хирургу поликлиники.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное Сознание ясное. Масса тела снижена. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев бледно-розовой окраски, миндалины не увеличены. ЧДД 21 в мин. При перкуссии – незначительное расширение границ сердечной тупости вправо. Дыхание везикулярное, справа в паракардиальной области несколько ослаблено. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 97 в мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют.

Для постановки диагноза данной пациентке лабораторными методами обследования являются

- смешанный
- лимфогенный
- аспирация
- гематогенный

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данной пациентке необходимо выполнить

- смешанный
- лимфогенный
- аспирация
- гематогенный

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования больной можно установить диагноз

- смешанный
- лимфогенный
- аспирация
- гематогенный

Диагноз

Данное образование следует рассматривать как

- грыжу купола диафрагмы
- грыжу реберно-позвоночного отдела (грыжа Богдалека)
- аплазию диафрагмы
- грыжу грудино-рёберного отдела диафрагмы (грыжа Ларрея-Морганьи)

Оценка риска летального исхода и степени тяжести по шкале CRB-65 равна

- 0
- 1
- 2
- 3

Лечебная тактика у пациентки должна заключаться в

- динамическом наблюдении
- физиотерапевтическом лечении и рекомендациях по питанию
- оперативном лечении по неотложным показаниям
- оперативном лечении в плановом порядке

Местом дальнейшего обследования и лечения пациентки будет

- консультативно-диагностическое отделение
- общехирургическое отделение
- отделение гнойной хирургии
- торакальный хирургический стационар

Оптимальным хирургическим доступом для проведения оперативного вмешательства является

- поперечная стернотомия с пересечением правой рёберной дуги
- продольная стернотомия
- полная срединная лапаротомия
- правосторонняя передне-боковая торакотомия

Оптимальным видом устранения грыжевых ворот при выполнении чрезбрюшинной операции является

- использование заплат из синтетического материала
- пластика диафрагмы без вскрытия грыжевого мешка путём создания дубликатуры

- ушивание диафрагмы непрерывным узловым швом без создания дубликатуры
- диафрагмопексия к надкостнице грудины или рёбер
- использование большого сальника в качестве пластического материала
- пластика диафрагмы путём создания дубликатуры

Оптимальным видом устранения грыжевых ворот при выполнении операции трансторакальным доступом является

- использование заплаты из синтетического материала, подшиваемой к диафрагме сверху
- пневмопексия к краям дефекта диафрагмы
- пластика диафрагмы путём создания дубликатуры
- использование заплаты из синтетического материала, подшиваемой к диафрагме снизу
- использование пряди большого сальника в качестве пластического материала
- диафрагмопексия к надкостнице грудины или рёбер

При сдавлении сальником того или иного отдела желудочно-кишечного тракта развивается

- желудочное кровотечение
- почечная колика
- острая кишечная непроходимость
- кишечное кровотечение

Дифференциальную диагностику грыжи грудино-рёберного отдела диафрагмы необходимо проводить с

- желудочное кровотечение
- почечная колика
- острая кишечная непроходимость
- кишечное кровотечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина, 20 лет, доставлен в клинику в экстренном порядке из поликлиники по месту жительства, куда обратился по поводу боли и дискомфорта в левой половине грудной клетки.

Жалобы

Жалобы на сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки, одышку при обычной физической нагрузке, головокружение, слабость. Также пациент отмечает «холодный» пот, повышенную влажность кожи лица.

Анамнез заболевания

Анамнез жизни

* не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имел * аллергических реакций не было Мать пациента здорова, отец лечился когда-то по поводу спонтанного пневмоторакса

Объективный статус

При осмотре обращает внимание выраженная бледность кожного покрова, на ощупь кожа влажная, «липкая». Дыхание слева значительно ослаблено, при перкуссии в верхних отделах отмечается коробочный звук, а в нижних отделах укорочение. Артериальное давление при поступлении 90 и 60 мм рт. ст. Тоны сердца не изменены. В анализе крови снижение уровня гемоглобина до 80 г/л.

Наиболее вероятный клинический диагноз у данного пациента

- желудочное кровотечение
- почечная колика
- острая кишечная непроходимость
- кишечное кровотечение

Диагноз

Наиболее вероятной причиной поступления воздуха и крови в плевральную полость у данного пациента является разрыв или повреждение

- трахеи
- пищевода
- ребер
- буллы

Необходимым и достаточным методом для подтверждения диагноза и принятия решения о тактике лечения является + **грудной клетки**

- магнитно-резонансная томография
- эхокардиография
- рентгенография
- бодиплетизмография

Спиральную компьютерную томографию при спонтанном пневмотораксе целесообразно выполнить

- при появлении подкожной эмфиземы
- до дренирования плевральной полости
- при наличии массивного сброса воздуха по дренажу
- после дренирования и расправления легкого

Спонтанный пневмоторакс называется средним, если легкое спалось до + + объема (полоска воздуха + + см паракостально)

- 1/6 ; 1-2
- 1/2 ; 2-4
- 3/4 ; 5-6
- 1/3 ; не более 2

При наличии признаков массивного внутриплеврального кровотечения больному показана

- торакотомия с резекцией булл и остановкой кровотечения
- видеоторакоскопия под местным обезболиванием
- дренирование плевральной полости и динамическое наблюдение
- плевральная пункция и динамическое наблюдение

Оптимальным противорецидивным лечением при выявлении признаков буллезной эмфиземы считается

- обработка париетальной и висцеральной плевры йодом
- линейное рассечение париетальной плевры в проекции ребер
- костальная (апикальная) плеврэктомия
- тальковый плевродез

Развитие первичного спонтанного пневмоторакса может быть обусловлено

- абсцессом легкого
- первичной буллезной эмфиземой легких
- туберкулезной каверной
- разрывом кисты легкого

Дренирование плевральной полости при большом спонтанном пневмотораксе на фоне отсутствия спаечного процесса производится в + + межреберье по + + линии

- 3-4 ; средней подмышечной

- 3 ; паравертебральной
- 6-7 ; лопаточной
- 5 ; задней подмышечной

Показаниями к экстренной операции при спонтанном пневмотораксе являются

- выявление у пациента подкожной эмфиземы
- гемопневмоторакс или напряженный пневмоторакс после дренирования
- катамениальный или ювенильный пневмоторакс
- неполное расправление легкого после дренирования

Критериями для удаления плеврального дренажа после устранения спонтанного пневмоторакса являются

- полное расправление легкого на рентгенограммах
- расправление легкого до уровня ключицы
- уменьшение темпа экссудации до 200 мл в сутки
- отсутствие жидкости в плевральной полости

Согласно классификации Vanderschuren R. 1981, Boutin C. 1991 при III типе спонтанного пневмоторакса выявляют

- полное расправление легкого на рентгенограммах
- расправление легкого до уровня ключицы
- уменьшение темпа экссудации до 200 мл в сутки
- отсутствие жидкости в плевральной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 22 лет доставлен в приемный покой машиной скорой помощи.

Жалобы

На выраженные боли в груди и одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 часа назад, когда без видимых причин, внезапно почувствовал резкую боль в грудной клетке справа. Позже заметил одышку при физической нагрузке (быстрой ходьбе). Ранее подобных приступов не отмечал.

Анамнез жизни

* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет *

профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было *
отец и мать здоровы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Телосложение астеническое. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии над правым легким тимпанит, слева звук обычный легочный. При аускультации дыхание справа заметно ослаблено. ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца четкие, ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

На основании клиники и данных физикального исследования можно заподозрить пневмоторакс справа, для уточнения диагноза показана

- полное расправление легкого на рентгенограммах
- расправление легкого до уровня ключицы
- уменьшение темпа экссудации до 200 мл в сутки
- отсутствие жидкости в плевральной полости

Результаты обследования

По данным анамнеза, физикального и лучевого обследования можно предполагать наличие у пациента диагноза

- полное расправление легкого на рентгенограммах
- расправление легкого до уровня ключицы
- уменьшение темпа экссудации до 200 мл в сутки
- отсутствие жидкости в плевральной полости

Диагноз

Наиболее вероятно у пациента имеется + _____ + пневмоторакс

- спонтанный
- искусственный
- ятрогенный
- травматический

Правосторонний пневмоторакс на представленной рентгенограмме может быть охарактеризован как

- большой
- малый

- тотальный
- средний

Первоочередными задачами хирургической помощи при спонтанном пневмотораксе являются

- адекватное обезболивание и лечение дыхательной недостаточности
- обеспечение строгого постельного режима и продленной оксигенотерапии
- декомпрессия плевральной полости и предотвращение нарушений дыхания и кровообращения
- ликвидация дефекта в легком и создание условий, исключающих рецидив заболевания

У рассматриваемого пациента оптимальным первоначальным методом лечения пневмоторакса является

- оперативное вмешательство
- плевральная пункция
- дренирование плевральной полости
- динамическое наблюдение

Место плевральной пункции прежде всего определяют

- данные физикального исследования
- данные рентгеновского исследования
- опыт и предпочтения хирурга
- признаки наличия жидкости в плевральной полости

У данного пациента после плевральной пункции легкое полностью не расправилось и ему показано

- динамическое наблюдение с интенсивной оксигенотерапией
- выполнение повторной плевральной пункции
- срочное оперативное вмешательство
- дренирование плевральной полости

При отсутствии спаечного процесса (как в нашем случае) дренирование выполняется

- в 3 - 4 межреберье по средней подмышечной линии
- в 1-2 межреберье по парастеральной линии
- сзади в 8 межреберье под углом правой лопатки
- в 7-8 межреберье по задней подмышечной линии

При эффективном дренировании плевры и быстром расправлении легкого следует учитывать риск развития

- спонтанного пневмоторакса в противоположном легком
- реперфузионного отека легкого
- ятрогенного повреждения легкого
- выраженной подкожной эмфиземы

Если на фоне дренирования легкое не расправляется, и поступление воздуха по дренажу продолжается более + _____ + суток, показано хирургическое лечение

- 3
- 6
- 4
- 5

При спонтанном пневмотораксе экстренная операция показана при

- 3
- 6
- 4
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет доставлен в приемный покой машиной скорой помощи.

Жалобы

На выраженную одышку и боли в левой половине грудной клетки.

Анамнез заболевания

Заболел остро 5 часов назад, когда при погрузке чемодана в багажник автомобиля, внезапно почувствовал резкую боль в грудной клетке слева.

Вскоре стала нарастать одышка и появилось чувство стеснения в груди. Ничего подобного ранее не отмечал.

Анамнез жизни

* страдает варикозной болезнью нижних конечностей в течение 5 лет * курит, 12 лет, одна пачка сигарет в день * алкоголь употребляет умеренно * работает водителем * аллергических реакций не было * отец и мать здоровы

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы влажные, цианоз носогубного треугольника. Периферических отеков нет. Телосложение астеническое. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии над левым легким тимпанит, справа звук обычный легочный. При аускультации дыхание слева не выслушивается. ЧДД 28 в 1 мин, поверхностное. Тоны сердца четкие, ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

На основании клиники и данных физикального исследования можно заподозрить пневмоторакс слева, для уточнения диагноза показана

- электрокардиография в 12 отведениях
- суточное мониторирование электрокардиографии
- трансторакальное эхокардиографическое исследование
- рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях

По данным анамнеза, физикального и лучевого обследования (на рентгенограммах выявлен тотальный пневмоторакс слева с полным коллапсом левого легкого и смещением средостения вправо), можно предполагать наличие у пациента

- электрокардиография в 12 отведениях
- суточное мониторирование электрокардиографии
- трансторакальное эхокардиографическое исследование
- рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях

Диагноз

Наиболее вероятно у пациента имеется + _____ + пневмоторакс

- искусственный
- травматический
- спонтанный
- ятрогенный

Пневмоторакс по степени коллапса легкого может быть охарактеризован как

- средний
- малый
- тотальный
- большой

Первоочередными задачами хирургической помощи при напряженном спонтанном пневмотораксе являются

- обеспечение строгого постельного режима и продленной оксигенотерапии
- адекватное обезболивание и лечение дыхательной недостаточности
- ликвидация дефекта в легком и создание условий, исключающих рецидив заболевания
- декомпрессия плевральной полости и предотвращение нарушений дыхания и кровообращения

У рассматриваемого пациента первоначальным методом лечения пневмоторакса будет

- консервативное ведение (оксигенотерапия и максимальное обезболивание)
- дренирование плевральной полости
- трансторакальная пункция плевральной полости
- срочное оперативное вмешательство

Оптимальным местом установки дренажа является

- 3-4 межреберье по средней аксиллярной линии
- 1-2 межреберье по парастернальной линии
- 7-8 межреберье по лопаточной линии
- 8-9 межреберье по средней аксиллярной линии

При эффективном дренировании плевры и быстром расправлении легкого следует учитывать риск развития

- реперфузионного отека легкого
- спонтанного пневмоторакса в противоположном легком
- ятрогенного повреждения легкого
- выраженной подкожной эмфиземы

Химический плевродез используется при

- сохраняющемся коллапсе легкого
- планировании оперативного лечения
- рецидивирующем пневмотораксе
- невозможности радикальной операции

Наиболее сильным склерозирующим агентом, используемым при химическом плевродезе, является

- 40% раствор глюкозы
- тальк
- раствор бикарбоната натрия
- этиловый спирт

Если на фоне дренирования легкое не расправляется, и поступление воздуха по дренажу продолжается более + _____ + суток, показано хирургическое лечение

- 5
- 3
- 2
- 7

При спонтанном пневмотораксе экстренная операция показана при

- 5
- 3
- 2
- 7

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Е. 64 года, обратилась к врачу-торакальному хирургу.

Жалобы

Жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3 недель, когда при прохождении плановой флюорографии в верхней доле слева выявлено периферическое образование. Пациентка дообследована, выполнена КТ органов грудной клетки, где подтверждено наличие образования округлого образования с фестончатым контуром в верхней доле левого лёгкого. При пересмотре рентгенологического архива 1 год назад данного образования слева не отмечается. По рекомендации участкового терапевта обратилась к торакальному хирургу.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: ХОБЛ, эмфизематозный тип, периодически принимает беродуал в ингаляторе. * Сахарный диабет 2 типа, в стадии компенсации, принимает таблетированные сахароснижающие препараты. * Не

курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей не имела. * Аллергических реакций не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Масса тела повышена (ИМТ – 39,1 кг/см²). Кожа бледно-розовая, умеренной влажности, холодная, умеренный акроцианоз, температура тела 36,6°C. ЧДД 16 в мин. При перкуссии – над обеими половинами грудной клетки лёгочный звук. Дыхание везикулярное, справа и слева, хрипов не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 77 в мин., АД 125/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 5
- 3
- 2
- 7

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 5
- 3
- 2
- 7

Результаты инструментальных методов обследования

Рак по локализации следует рассматривать как

- центральный
- интрабронхиальный
- периферический
- промежуточный

Учитывая данные анамнеза, объективных, лабораторных и инструментальных методов обследования, пациентке можно установить диагноз

- центральный
- интрабронхиальный

- периферический
- промежуточный

Диагноз

Стадия опухолевого процесса у данной пациентке при отсутствии метастатического поражения в лимфоузлах коллекторов N1,2,3 будет соответствовать

- IV
- IA
- IB
- IIA

Основным методом лечения данной опухоли в данной стадии является

- хирургический метод
- лучевая терапия
- химиотерапия
- динамическое наблюдение

Оптимальным объём хирургической резекции для подобной опухоли является

- сегментэктомия
- пневмонэктомия с двухсторонней лимфодиссекцией
- пневмонэктомия с односторонней лимфодиссекцией
- верхняя лобэктомия с ипсилатеральной лимфодиссекцией

При периферических опухолях и низких кардио-респираторных резервах рекомендуется вмешательство в объёме

- сублобарной резекции
- циркулярной резекции трахеи
- сегментарной резекции
- лобэктомии

Сублобарная резекция лёгких при периферических опухолях сопряжена с

- развитием пневмоторакса в послеоперационном периоде
- повышением вероятности развития послеоперационных инфекционных осложнений
- повышенной вероятностью развития кровотечения
- увеличением частоты местного рецидива

Пациентам с НМКРЛ I-II стадии рекомендуется выполнение радикальной лучевой терапии при

- наличии отдалённых метастазов опухоли
- прорастание опухоли в нижнюю полую вену
- функциональной неоперабельности
- инвазии опухоли в париетальную плевру

Адьювантная химиотерапия показана при НМКРЛ, начиная со стадии

- IIB
- IIIB
- IB
- IA

По характеру выполнения операции подразделяются на

- IIB
- IIIB
- IB
- IA

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 55 лет, госпитализирована в клинику после обследования по поводу миастенического синдрома в частной клинике.

Жалобы

На мышечную слабость, нарастающую к вечеру, затруднения при чтении из-за опущения век.

Анамнез заболевания

Жалобы, отмеченные выше, беспокоят больную в течение года, в динамике мышечная слабость нарастает

Анамнез жизни

* Росла и развивалась соответственно возрасту. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей не имеет. * Аллергических реакций не было. * Наследственность не отягощена.

Объективный статус

К наиболее предпочтительному в данной ситуации лечебно-диагностическому методу относят

- видеоторакоскопию
- плевральную пункцию
- пневмомедиастинографию
- диагностическую торакотомию

При диагностике опухолей вилочковой железы наибольшей чувствительностью характеризуется

- компьютерная томография (КТ)
- ультразвуковое исследование
- пневмомедиастинография
- рентгенография

Наиболее вероятный диагноз с учетом имеющихся клинико-рентгенологических данных у данной больной

- компьютерная томография (КТ)
- ультразвуковое исследование
- пневмомедиастинография
- рентгенография

Диагноз

Перед планированием эндотрахеального наркоза необходимо проведение

- риноскопии
- бронхографии
- фибробронхоскопии
- фиброгастроскопии

Достоверно диагностировать миастению позволяет

- эхокардиография
- электроэнцефалография
- электромиография
- денситометрия

При наличии генерализованной формы миастении у данной категории больных необходимо

- всегда начинать лечение с иммунотерапии, вне зависимости от стадии заболевания

- медикаментозно скорректировать миастению перед началом специфического противоопухолевого лечения
- начинать как можно быстрее специфическое противоопухолевое лечение
- всегда начинать лечение с полихимохимиотерапии, вне зависимости от стадии заболевания

К группам препаратов, наиболее часто назначаемых с целью лечения миастенического синдрома, относят

- вентонитики
- бета-адреноблокаторы
- антихолинэстеразные
- ингибиторы протеолиза

Лучевая терапия при тимоме применяется

- при тимоме типа А перед операцией
- после операции при нерадикальных резекциях R1 и R2
- при тимоме типа АВ после оперативного лечения
- при выраженном миастеническом синдроме

Для профилактики вывиха сердца после обширных резекций перикарда при удалении тимомы используется

- пластика перикарда проленовой сеткой
- пластика перикарда диафрагмой
- ушивание дефекта узловыми швами
- укрывание дефекта жировой клетчаткой средостения

Схожие результаты 5-летней выживаемости (90%) радикально прооперированных больных с тимомой наблюдаются у пациентов

- II и III
- II и IV
- III и IV
- I и II

Тимоме не прорастающая капсулу относится к стадии

- I
- II
- IV
- III

Инфильтрация опухолью тимуса плевры и перикарда относится к стадии

- I
- II
- IV
- III

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение областной больницы через два дня после получения травмы.

Жалобы

На сильные боли в правой половине грудной клетки, одышку при малейшей нагрузке, «нехватку воздуха».

Анамнез заболевания

Два дня назад упал дома с лестницы и ударился правой половиной грудной клетки о табуретку. За медицинской помощью не обратился. Сегодня самочувствие значительно ухудшилось – выраженные боли в груди и нарастающая одышка. В приемном отделении выполнена обзорная рентгенография грудной клетки и обнаружены переломы шести ребер справа и правосторонний гидропневмоторакс (коллапс правого легкого на $\frac{1}{2}$ объема и горизонтальный уровень жидкости до угла правой лопатки). Госпитализирован в отделение торакальной хирургии.

Анамнез жизни

* хроническая обструктивная болезнь легких в течение 12 лет * язвенная болезнь 12 перстной кишки, в течение 5 лет, стадия ремиссии * курит в течение 40 лет. по 1 пачке сигарет в день * алкоголь употребляет умеренно * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 172 см, масса тела 68 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Положение вынужденное: сидит, откинувшись на кресле опираясь на руки. При попытке лечь самочувствие ухудшается. Грудная клетка ассиметрична за счет увеличенной правой половины. Пальпация ее болезненна, при этом определяется характерный хруст (крепитация воздуха). При перкуссии грудной клетки справа - в верхних отделах тимпанит, в нижних отделах укорочение звука. При аускультации дыхание над правым легким не выслушивается, над левым проводится хорошо. Дыхание частое,

поверхностное, ЧДД 24 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 102 в 1 мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В рассматриваемой ситуации первоочередной задачей является

- проведение эхокардиографического исследования
- исследование газового состава крови
- дренирование правой плевральной полости
- выполнение компьютерной томографии грудной клетки

На основании лучевого обследования пострадавшего можно предположить наличие + + гемоторакса

- проведение эхокардиографического исследования
- исследование газового состава крови
- дренирование правой плевральной полости
- выполнение компьютерной томографии грудной клетки

Диагноз

Для исключения повреждения пищевода, как возможной причины пневмоторакса, показана

- спиральная компьютерная томография грудной клетки
- магнитно-резонансная томография средостения
- фиброэзофагоскопия под местной анестезией
- эзофагография с водорастворимым контрастом

Если эвакуированная из плевральной полости кровь свернулась, то у пациента

- имеется выраженное обезвоживание
- избыток тромбоцитов в крови
- продолжается кровотечение
- выраженная гиперкоагуляция

Для исключения повреждения сердца у данного пациента необходимо выполнить

- спиральную компьютерную томографию груди
- исследование активности миокардиальных ферментов
- электрокардиографию
- мониторинг артериального давления
- определение активности сывороточной лактатдегидрогеназы
- эхокардиографию

При «свежих» переломах ребер оптимальный обезболивающий эффект достигается

- местной и проводниковой анестезией
- иммобилизацией круговой бинтовой повязкой
- использованием липкопластырной фиксирующей повязки
- применением ортопедического торакального корсета

При травме груди срочная бронхоскопия показана при

- подозрении на разрыв бронха
- полном коллапсе легкого
- при болезненном кашле
- выраженной одышке

После дренирования плевральной полости основное внимание следует уделить

- показателям газового состава крови и кислотно-щелочного состояния
- исследованию показателей гемодинамики (пульса и артериального давления)
- характеру и количеству отделяемого по дренажу
- динамике клинических анализов крови (гемоглобин и гематокрит)

Показанием к раннему оперативному вмешательству является выделение крови (по дренажу) в объеме + _____ + мл в час

- 250-300
- 50-100
- 100-150
- 150-200

Показанием к срочной операции при травме груди является

- крупное инородное тело в легком
- большой гемоторакс
- ранение сердца и крупных сосудов
- свернувшийся гемоторакс

Острая тампонада сердца проявляется триадой Бека, которая включает в себя артериальную гипотонию, повышением центрального венозного давления и

- грубый шум трения перикарда
- полную утрату сознания
- глухие сердечные тоны

- увеличение размеров сердца

В остром периоде травмы груди наиболее частой причиной гибели больных является

- грубый шум трения перикарда
- полную утрату сознания
- глухие сердечные тоны
- увеличение размеров сердца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение областной больницы через 1,5 часа после травмы.

Жалобы

На боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, одышку при малейшей нагрузке, «нехватку воздуха», выраженную слабость.

Анамнез заболевания

1,5 часа назад в баре неизвестный, во время ссоры, нанес удар ножом в левую половину грудной клетки. Спустя 15-20 минут после ранения почувствовал резкую слабость, боли в груди и нехватку воздуха. Сотрудниками бара была вызвана машина скорой помощи, которая и доставила пострадавшего в больницу. В приемном покое в экстренном порядке была выполнена рентгенография грудной клетки в 2 проекциях. На рентгенограммах обнаружено затенение левого диафрагмального синуса и увеличение размеров тени сердца. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования и лечения.

Анамнез жизни

* хронический вирусный гепатит «С» (диагностирован 3 года назад) * язвенная болезнь 12 перстной кишки, в течение 2 лет, сейчас стадия ремиссии * курит в течение 14 лет. по 1 пачке сигарет в день * алкоголь употребляет умеренно * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * наследственность неотягощена

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Рост 178 см, масса тела 70 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Сидит на кушетке, при попытке лечь отмечает выраженное ухудшение самочувствия. Грудная клетка симметрична. Пальпация ее болезненна в левой половине, в области раны. При перкуссии

грудной клетки слева - в нижних отделах укорочение звука. При аускультации дыхание над левым легким несколько ослаблено, над правым проводится хорошо. Дыхание частое, поверхностное, ЧДД 24 в 1 мин. При перкуссии сердца расширения границ сердечной тупости не выявлено. Тоны сердца глухие, ЧСС 100 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Местно: В области грудной клетки слева, в 6 межреберье на один см медиальнее средне-ключичной линии имеется колото-резаная рана размерами 15 мм*5 мм. Рана зияет, края ровные, не кровоточат. В окружности раны определяется припухлость 40 мм* 30 мм, при пальпации указанной области ощущается характерный хруст (крепитация), как следствие небольшой подкожной эмфиземы.

Данные клинико-рентгенологического обследования пациента указывают на возможное ранение сердца (гемоперикард), для уточнения диагноза необходимо + + - в срочном порядке

- измерить центральное венозное давление
- выполнить диагностическую пункцию перикарда
- выполнить эхокардиографию
- исследовать активность миокардиальных ферментов

На основании лучевого обследования пострадавшего (жидкость в левом синусе над диафрагмой) можно предположить наличие + + гемоторакса

- измерить центральное венозное давление
- выполнить диагностическую пункцию перикарда
- выполнить эхокардиографию
- исследовать активность миокардиальных ферментов

Диагноз

У пациента при эхокардиографии диагностирован гемоперикард в объеме 150 мл, что является показанием к

- проведению гемостатической терапии
- динамическому наблюдению
- оперативному вмешательству
- пункции перикарда

Факт обнаружения у пациента малого гемоторакса слева является показанием к

- измерению артериального давления в динамике

- динамическому наблюдению
- проведению гемотрансфузии
- плевральной пункции

Если эвакуированная из плевральной полости кровь свернулась, то у пациента

- выраженная гиперкоагуляция
- значительное обезвоживание
- избыток тромбоцитов в крови
- продолжается кровотечение

В случае диагностики продолжающегося внутриплеврального кровотечения показано

- выполнение повторной пункции плевры
- производство срочной торакотомии
- назначение гемостатических препаратов
- дренирование плевральной полости

При проникающем ранении груди срочная бронхоскопия показана при

- полном коллапсе легкого
- коллапсе доли легкого
- появлении признаков эмпиемы плевры
- подозрении на повреждение бронха

После дренирования плевральной полости основное внимание следует уделить

- показателям газового состава крови и кислотно-щелочного состояния
- динамике клинических анализов крови (гемоглобин и гематокрит)
- характеру и количеству отделяемого по дренажу
- исследованию показателей гемодинамики (пульса и артериального давления)

Показанием к раннему оперативному вмешательству является выделение крови (по дренажу) в объеме + _____ + мл в час

- 50-100
- 100-150
- 250-300
- 150-200

Показанием к отсроченной операции при травме груди является

- синдром Дресслера
- рецидивирующая тампонада сердца
- посттравматический плеврит
- выраженный спаечный процесс в плевре

Острая тампонада сердца проявляется триадой Бека, которая включает в себя: – артериальную гипотонию, повышением центрального венозного давления и

- увеличение размеров сердца
- глухие сердечные тоны
- грубый шум трения перикарда
- полную утрату сознания

В остром периоде травмы груди наиболее частой причиной гибели больных является

- увеличение размеров сердца
- глухие сердечные тоны
- грубый шум трения перикарда
- полную утрату сознания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 57 лет госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На периодические умеренные боли в грудной клетке справа.

Анамнез заболевания

Небольшие боли в правой половине груди беспокоят около месяца. К врачу не обращалась. Неделью тому назад при профилактической флюорографии в верхней доле правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 4*4.5 см с нечетким контуром и участком инфильтрации по направлению к корню. Кроме того, отмечено расширение корня легкого справа. Была консультирована фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациентка направлена на консультацию к торакальному хирургу. Была госпитализирована в отделение торакальной хирургии, в связи с подозрением на злокачественную опухоль легкого.

Анамнез жизни

* страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки в течение 5 лет, в настоящее время стадия ремиссии * курит сигареты в течение 30 лет (15 пачка/лет) * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * наследственность неотягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. Дыхание жесткое, выслушивается хорошо во всех отделах; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Признаками злокачественного характера опухоли у пациентки являются: полицикличность, лучистость контуров и наличие

- долевого ателектаза
- лимфогенной дорожки
- очагов отсева
- петрификатов в проекции опухоли

Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса больной показано выполнение

- компьютерной томографии (КТ)
- магнитно-резонансной томографии
- линейной (послойной) томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки

При подозрении на злокачественную опухоль легкого, обязательным диагностическим методом обследования должно быть

- оперативное диагностическое вмешательство
- ультразвуковое исследование грудной клетки
- определение опухолевых маркеров в крови
- выполнение фибробронхоскопии

Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение фибробронхоскопии с

- браш-биопсией стенки бронха
- флуоресцентным исследованием
- забором смывов из бронхов

- чрезбронхиальной биопсией

При спиральной компьютерной томографии легких у пациентки в С2 верхней доли правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 4,2*4.5*3.2 см с нечетким контуром, связанное с висцеральной плеврой и имеющее «дорожку» (лимфостаз) по направлению к корню легкого; кроме того, выявлены увеличенные до 1.5 см лимф. узлы верхнего средостения справа. Изменений в других отделах легких нет. При фибробронхоскопии у пациентки обнаружены гиперемия и отек слизистой второго сегментарного бронха верхней доли правого легкого; прямых визуальных признаков опухоли не выявлено, выполнена чрезбронхиальная щипцевая биопсия опухоли под рентгенологическим контролем, удалено 6 участков образования; при патоморфологическом исследовании биоптатов диагностирована аденокарцинома легкого По данным обследования у пациентки диагностирована периферическая аденокарцинома правого легкого (4.5 см.), что соответствует символу Т + _____ + по системе TNM (2009г.).

- 2 в
- 1 а
- 1 в
- 2 а

По данным компьютерной томографии у пациентки увеличены (до 1.5 см.) лимфатические узлы средостения справа, для верификации их метастатического поражения показана

- видео-торакоскопия
- прескаленная биопсия по Даниельсу
- медиастинотомия по Чемберлену
- медиастиноскопия

При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано

- выполнение остеосцинтиграфии
- исследование онкомаркеров крови
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы

В ходе обследования (при видеомедиастиноскопии по Карленсу, произведена биопсия 5 групп лимфатических узлов средостения; при патоморфологическом исследовании метастатического поражения лимф. узлов не выявлено) у больной диагностировано поражение T2aN1M0, что соответствует + _____ + стадии рака легкого

- выполнение остеосцинтиграфии
- исследование онкомаркеров крови
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы

Диагноз

Пациентке (с T2aN1M0) планируется анатомическая резекция верхней доли правого легкого и

- выборочная медиастинальная лимфодиссекция
- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция
- удаление «сигнальных» лимф. узлов
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция

При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и

- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- состояние окружающей опухоль паренхимы
- состояние краев резекции
- характер изменений висцеральной плевры

После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2aN1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется

- проведение первой линии иммунотерапии
- проведение адъювантной химиотерапии
- конформная лучевая терапия
- наблюдение онколога по месту жительства

Диспансерное наблюдение представленной пациентки следует проводить с периодичностью каждые + + месяца в течение первых трех лет

- проведение первой линии иммунотерапии
- проведение адъювантной химиотерапии
- конформная лучевая терапия
- наблюдение онколога по месту жительства

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 67 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На кашель, периодически кровохарканье (до 30 мл/сутки), повышение температуры тела по вечерам (37.3-37.6), одышку при быстрой ходьбе и боли в грудной клетке слева.

Анамнез заболевания

Считает, что заболел 3 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, после чего был поставлен диагноз – левосторонняя нижнедолевая пневмония. От предложенной госпитализации отказался. Назначенное амбулаторное лечение (в том числе антибиотики), привело к кратковременному улучшению самочувствия. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования, в связи с наличием ателектаза нижней доли левого легкого.

Анамнез жизни

* страдает ХОБЛ в течение 15 лет, в настоящее время стадия ремиссии * ИБС: стенокардия напряжения II ф.к. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ 4 года назад) * курит в течение 45 лет, по одной пачке сигарет в день * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 87 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над левым легким ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Ателектаз легкого (выявленный у пациента) является, как правило, следствием

- гемоторакса
- бронхообтурации
- пневмоторакса
- гидроторакса

Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса у больного показано выполнение

- гемоторакса
- бронхообтурации
- пневмоторакса
- гидроторакса

Результаты обследования

Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого является

- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- оценка сопутствующего воспалительного процесса
- определение возможности резекции легкого
- морфологическое подтверждение диагноза

Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение

- прескаленной биопсии по Даниельсу
- трансторакальной пункционной биопсии
- фибробронхоскопии с биопсией
- транспищеводной тонкоигольной биопсии

На основании данных обследования (при фибробронхоскопии в просвете левого нижнедолевого бронха обнаружена бугристая кровотокающая опухоль, обтурирующая просвет названного бронха. Выполнена биопсия 3 участков опухоли) у пациента диагностирован центральный рак левого нижнедолевого бронха, что соответствует символу T + + по системе TNM (2009г.)

- 3
- 2
- 4
- 1 в

По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 2.0 см) лимфатические узлы бифуркации трахеи, для верификации их метастатического поражения показана

- видео-торакоскопия
- медиастиноскопия
- медиастиномия по Стримеру
- медиастиномия по Чемберлену

При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- выполнение остеосцинтиграфии

В ходе обследования у больного диагностировано поражение T2N1M0, что соответствует + + стадии рака легкого

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- выполнение остеосцинтиграфии

Диагноз

Пациенту (с T2aN1M0) планируется анатомическая резекция нижней доли левого легкого и

- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция
- удаление «сторожевых» лимфатических узлов
- выборочная медиастинальная лимфодиссекция
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция

При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и

- характер изменений висцеральной плевры
- состояние краев резекции
- состояние окружающей опухоль паренхимы
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке

После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2N1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется

- конформная лучевая терапия
- симптоматическая терапия по месту жительства
- проведение первой линии иммунотерапии
- проведение адъювантной химиотерапии

Диспансерное наблюдение пациентов следует проводить с периодичностью каждые + + месяца в течение первых трех лет

- конформная лучевая терапия
- симптоматическая терапия по месту жительства
- проведение первой линии иммунотерапии
- проведение адъювантной химиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 58 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На постоянные выраженные боли в правой половине грудной клетки, одышку при быстрой ходьбе и общую слабость.

Анамнез заболевания

Заболел 2 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, на которой обнаружено затенение в правой плевральной полости по линии Демуазо. Произведена диагностическая пункция правой плевральной полости и удалено 100 мл серозно-геморрагического экссудата. Цитологическое исследование экссудата выявило большое количество мезотелиальных клеток. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не обнаружено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии с подозрением на мезотелиому плевры справа.

Анамнез жизни

* страдает ХОБЛ в течение 10 лет, в настоящее время стадия ремиссии * курит в течение 35 лет, по одной пачке сигарет в день * в течение 18 лет работал на кораблестроительном предприятии, имел контакт с асбестом * аллергических реакций не было * наследственность неотягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 96 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При перкуссии над правым легким звук отчетливо укорочен. При аускультации - дыхание над правым легким не проводится; хрипы сухие непостоянные слева. ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 150/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

После удаления экссудата, для уточнения диагноза показано выполнение

- перфузионной сцинтиграфии легких
- компьютерной томографии
- позитронно-эмиссионной томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки

При КТ правое легкое в спавшемся состоянии вследствие компрессии, определяется диффузное утолщение костальной и медиастинальной плевры справа с формированием множественных мягкотканых узлов плотностью 45-50НУ, сливающихся в конгломераты, размерами в верхних отделах до 1.5*1.5 см. В легком определяются 6 округлых образований от 0.7 до 1.5 см в диаметре, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Корни легких не расширены. Увеличены бронхо-пульмональные лимф. узлы до 1.3 см. Трахея и бронхи проходимы, просветы долевых и сегментарных бронхов не изменены, контур их деформирован, стенки уплотнены. Средостение несколько смещено влево. Правая плевральная полость заполнена жидкостью, плотностью до 10НУ. Сердце не изменено, имеет обычную конфигурацию и размеры. Левое легкое без признаков поражения. Для определения состояния внутригрудных лимфатических узлов показано выполнение

- ультрасонографии средостения
- линейной (послойной) томографии средостения
- радионуклидного исследования с галлием⁶⁷
- магнитно-резонансной томографии

Исследование экссудата плевры не уточнило природу заболевания, для верификации диагноза показана

- пункционная биопсия плевры
- трепан-биопсия плевры
- диагностическая торакоскопия
- повторная пункция плевральной полости

Пациенту выполнена видео-торакоскопия справа, при проведении которой удалено около одного 400 мл геморрагической жидкости, выполнена ревизия плевральной полости, выявившая опухолевое поражение как париетальной, так и висцеральной плевры и произведена биопсия 4 участков опухоли, при патоморфологическом исследовании биоптатов диагностирована мезотелиома плевры смешанная форма, для окончательной верификации диагноза необходимо выполнить

- определение раково-эмбрионального антигена крови
- исследование крови на антигены вируса SV 40

- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови

При иммуногистохимическом исследовании получен тип мезотелиомы – бифазная (смешанная), при МРТ грудной клетки выявлено увеличение бронхо-пульмональных лимф. узлов в области нижней и средней доли (все визуализируемые лимф. узлы диаметром от 1.2 до 1.4 см) Таким образом, в ходе обследования у пациента диагностирована мезотелиома плевры T2 N1 M0, что соответствует + + стадии заболевания

- определение раково-эмбрионального антигена крови
- исследование крови на антигены вируса SV 40
- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови

Диагноз

Одним из важных критериев отбора на операцию, является удовлетворительный функциональный статус, соответствующий + + баллам по шкале ECOG

- 2-3
- 3-4
- 1-2
- 0-1

Радикальным методом хирургического лечения мезотелиомы плевры является

- экстраплевральная пневмонэктомия
- расширенная лобэктомия с резекцией париетальной плевры и ребер
- пневмонэктомия с париетальной плеврэктомией
- париетальная плеврэктомия с декортикацией легкого

Лучевая терапия в лечении мезотелиомы плевры

- рекомендуется после операции
- вообще не рекомендуется
- рекомендуется как самостоятельный метод
- рекомендуется в предоперационном периоде

Лучевая терапия после радикальной операции для уменьшения частоты рецидивов проводится в суммарной дозе + + Грэй

- 40-50
- 20-30
- 50-70
- 30-40

Лучевая терапия с паллиативной (обезболивающей) целью проводится в суммарной дозе + _____ + Грэй

- 40-50
- 20-30
- 30-40
- 50-70

Химиотерапевтическое лечение при мезотелиоме плевры

- показано после радикальной операции
- показано в предоперационном периоде
- показано неоперабельным больным
- никогда не используется

Типичная схема первой линии химиотерапии мезотелиомы плевры включает цисплатин (карбоплатин) и

- показано после радикальной операции
- показано в предоперационном периоде
- показано неоперабельным больным
- никогда не используется

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 68 лет госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На постоянные выраженные боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель и одышку при быстрой ходьбе.

Анамнез заболевания

Заболела 4 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратилась в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, на которой обнаружено затенение в правой плевральной полости. Симптоматическое лечение успеха не имело. Была осмотрена фтизиатром,

данных за специфическую патологию не обнаружено и пациентка направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

Анамнез жизни

* страдает эндометриозом, лечится у гинеколога * не курит * в течение 15 лет работала в строительстве, изготовление шифера * аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы * наследственность неотягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 78 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При перкуссии справа под углом лопатки звук отчетливо укорочен. При аускультации – в нижних отделах правого легкого дыхание не проводится; хрипы сухие непостоянные слева. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 150/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

После удаления 600 мл экссудата (геморрагического), для уточнения диагноза показано выполнение

- компьютерной томографии
- перфузионной сцинтиграфии легких
- ультразвукового исследования грудной клетки
- позитронно-эмиссионной томографии

При КТ выявлено: правое легкое значительно компремировано жидким содержимым плевральной полости, определяется диффузное утолщение костальной и медиастинальной плевры справа с формированием множественных мягкотканых узлов плотностью 40-45НУ, сливающихся в конгломераты, размерами в верхних отделах до 3.5 см. В легком определяются 3 округлых образований от 1.7 до 2.5 см в диаметре, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Корни легких не расширены. Увеличены бронхо-пульмональные лимф. узлы до 1.5 см. Трахея и бронхи проходимы, просветы долевых и сегментарных бронхов не изменены, контур их деформирован, стенки уплотнены. Средостение несколько смещено влево. Правая плевральная полость заполнена жидкостью, плотностью. Сердце несколько увеличено в размерах, имеет обычную конфигурацию. Левое легкое без признаков поражения. Для определения состояния внутригрудных лимфатических узлов показано выполнение

- ультрасонографии средостения
- линейной (послойной) томографии средостения

- радионуклидного исследования с галлием⁶⁷
- магнитно-резонансной томографии

Исследование экссудата плевры не уточнило природу заболевания, для верификации диагноза показана

- повторная пункция плевральной полости
- трепан-биопсия плевры
- диагностическая торакоскопия
- пункционная биопсия плевры

Пациенту выполнена видео-торакоскопия справа, при проведении которой удалено около одного 550 мл геморрагической жидкости, выполнена ревизия плевральной полости, выявившая опухолевое поражение как париецальной, так и висцеральной плевры. При гистологическом исследовании биоптатов выявлена мезотелиома плевры, для окончательной верификации диагноза необходимо выполнить

- исследование крови на антигены вируса SV 40
- определение раково-эмбрионального антигена крови
- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови

MPT грудной клетки выявлено увеличение бронхо-пульмональных лимф. узлов в области нижней и средней доли (все визуализируемые лимф. узлы диаметром от 1.2 до 1.4 см), у пациента диагностирована мезотелиома плевры T3 N1 M0, что соответствует + + стадии заболевания

- исследование крови на антигены вируса SV 40
- определение раково-эмбрионального антигена крови
- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови

Диагноз

Одним из важных критериев отбора на операцию, является удовлетворительный функциональный статус, соответствующий + + баллам по шкале ECOG

- 3-4
- 1-2
- 2-3
- 0-1

Радикальным методом хирургического лечения мезотелиомы плевры является

- экстраплевральная пневмонэктомия
- расширенная лобэктомия с резекцией париетальной плевры и ребер
- париетальная плеврэктомия с декортикацией легкого
- пневмонэктомия с париетальной плеврэктомией

Лучевая терапия в лечении мезотелиомы плевры

- рекомендуется в предоперационном периоде
- рекомендуется после операции
- вообще не рекомендуется
- рекомендуется как самостоятельный метод

Лучевая терапия после радикальной операции для уменьшения частоты рецидивов проводится в суммарной дозе + _____ + Грэй

- 50-70
- 40-50
- 20-30
- 30-40

Лучевая терапия с паллиативной (обезболивающей) целью проводится в суммарной дозе _____ Грэй

- 50-70
- 40-50
- 30-40
- 20-30

Химиотерапевтическое лечение при мезотелиоме плевры

- показано неоперабельным больным
- показано в предоперационном периоде
- никогда не используется
- показано после радикальной операции

Типичная схема первой линии химиотерапии мезотелиомы плевры включает цисплатин (карбоплатин) и

- показано неоперабельным больным
- показано в предоперационном периоде
- никогда не используется
- показано после радикальной операции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 70 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На постоянные выраженные боли в левой половине грудной клетки, одышку при небольшой физической нагрузке и повышение температуры тела до 38.0°C.

Анамнез заболевания

Заболел 3 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Госпитализирован в отделение кардиологии, как страдающий сердечной недостаточностью. Была выполнена рентгенография легких, на которой обнаружено субтотальное затенение левой плевральной полости со смещением средостения вправо. Произведена диагностическая пункция левой плевральной полости и удалено 500 мл серозно-геморрагического экссудата. Цитологическое исследование экссудата ясности в диагноз не внесло. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии с подозрением на мезотелиому плевры слева.

Анамнез жизни

* страдает ХОБЛ в течение 10 лет, в настоящее время стадия ремиссии * ИБС: стенокардия напряжения II ф.к. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ 6 лет назад) * курит в течение 45 лет, по одной пачке сигарет в день * в течение 23 лет работал в горнорудной промышленности * аллергических реакций не было * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 76 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При перкуссии над левым легким звук отчетливо укорочен. При аускультации - дыхание над левым легким не проводится; хрипы сухие непостоянные справа. ЧДД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

После удаления экссудата, для уточнения диагноза показано выполнение

- компьютерной томографии
- позитронно-эмиссионной томографии

- ультразвукового исследования грудной клетки
- перфузионной сцинтиграфии легких

КТ: левое легкое коллабировано вследствие компрессии, определяется циркулярное утолщение костальной и медиастинальной плевры слева с формированием мягкотканых образований плотностью 45-50НУ, сливающихся в конгломераты, размерами в верхних отделах до 2.5*1.5 см. В легком определяются округлые образования от 0.5 до 0.8 см в диаметре, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Корни легких не расширены. Увеличенные лимф. узлы не визуализируются. Трахея и бронхи проходимы, просветы долевых и сегментарных бронхов не изменены, контур их деформирован, стенки уплотнены. Средостение смещено вправо. Левая плевральная полость тотально заполнена жидкостью, плотностью до 15НУ. Сердце не изменено, имеет обычную конфигурацию и размеры. Правое легкое не изменено. Для определения состояния внутригрудных лимфатических узлов показано выполнение

- радионуклидного исследования с галлием⁶⁷
- ультрасонографии средостения
- линейной (послойной) томографии средостения
- магнитно-резонансной томографии

Исследование экссудата плевры не уточнило природу заболевания, для верификации диагноза показана

- пункционная биопсия плевры
- повторная пункция плевральной полости
- трепан-биопсия плевры
- диагностическая торакоскопия

При магнитно-резонансной томографии грудной клетки не выявлено увеличения внутригрудных лимф. узлов (все визуализируемые лимф. узлы менее 1 см в диаметре). Пациентке выполнена видео-торакоскопия слева, в ходе которой удалено около одного литра геморрагической жидкости, выполнена ревизия плевральной полости выявившая опухолевое поражение как париетальной, так и висцеральной плевры и произведена биопсия 5 участков опухоли. При гистологическом исследовании биоптатов выявлена мезотелиома плевры, для окончательной верификации диагноза необходимо
выполнить

- определение нейронспецифической энолазы крови
- определение раково-эмбрионального антигена крови
- исследование крови на антигены вируса SV 40

- иммуногистохимическое исследование

В ходе обследования у пациента диагностирована мезотелиома плевры T2 N0 M0, что соответствует + _____ + стадии заболевания

- определение нейронспецифической энолазы крови
- определение раково-эмбрионального антигена крови
- исследование крови на антигены вируса SV 40
- иммуногистохимическое исследование

Диагноз

Одним из важных критериев отбора на операцию, является удовлетворительный функциональный статус, соответствующий баллам по шкале ECOG

- 3-4
- 1-2
- 2-3
- 0-1

Радикальным методом хирургического лечения мезотелиомы плевры является

- пневмонэктомия с париетальной плеврэктомией
- экстраплевральная пневмонэктомия
- расширенная лобэктомия с резекцией париетальной плевры и ребер
- париетальная плеврэктомия с декортикацией легкого

Лучевая терапия в лечении мезотелиомы плевры

- рекомендуется после операции
- вообще не рекомендуется
- рекомендуется в предоперационном периоде
- рекомендуется как самостоятельный метод

Лучевая терапия после радикальной операции для уменьшения частоты рецидивов проводится в суммарной дозе + _____ + Грэй

- 40-50
- 50-70
- 20-30
- 30-40

Лучевая терапия с паллиативной (обезболивающей) целью проводится в суммарной дозе + + Грэй

- 40-50
- 20-30
- 50-70
- 30-40

Химиотерапия, как самостоятельный метод лечения мезотелиомы плевры

- никогда не используется
- показана в предоперационном периоде
- показана неоперабельным больным
- показана после радикальной операции

Типичная схема первой линии химиотерапии мезотелиомы плевры включает цисплатин (карбоплатин) и

- никогда не используется
- показана в предоперационном периоде
- показана неоперабельным больным
- показана после радикальной операции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 77 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На постоянные боли в грудной клетке справа, кашель и общую слабость.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят около 3 месяцев. К врачу не обращался. Неделю тому назад при профилактической флюорографии в верхней доле правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 6.5*4.5 см с нечетким контуром и участком инфильтрации по направлению к корню. Кроме того, отмечено расширение корня легкого справа. Консультирован фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу с подозрением на злокачественную опухоль легкого.

Анамнез жизни

* страдает сахарным диабетом 2 типа, легкое течение, в течение 5 лет, в настоящее время фаза компенсации * курит сигареты в течение 46 лет, по пачке сигарет в день * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * отец скончался от рака пищевода

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 70 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. Дыхание жесткое, выслушивается хорошо во всех отделах; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Признаками злокачественного характера опухоли у пациента являются: бугристость, лучистость контуров и наличие

- лимфогенной дорожки
- очагов отсева
- петрификатов в проекции опухоли
- долевого ателектаза

Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса больному показано выполнение

- рентгенография в 2х проекциях
- ультразвукового исследования грудной клетки
- компьютерной томографии
- линейной (послойной) томографии

При спиральной компьютерной томографии легких у пациента в С3 верхней доли правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 6.5*4.5*3.2 см с нечетким контуром, связанное с висцеральной плеврой и имеющее «дорожку» (лимфостаз) по направлению к корню легкого; кроме того, выявлены увеличенные до 1.5 см лимф. узлы верхнего средостения справа. Изменений в других отделах легких нет. При подозрении на злокачественную опухоль легкого, обязательным диагностическим методом обследования должно быть

- выполнение фибробронхоскопии
- определение опухолевых маркеров в крови
- ультразвуковое исследование грудной клетки
- оперативное диагностическое вмешательство

При фибробронхоскопии у пациента обнаружены гиперемия и отек слизистой третьего сегментарного бронха верхней доли правого легкого; бронх щелевидно сужен; прямых визуальных признаков опухоли не выявлено. Для верификации диагноза в рассматриваемом случае фибробронхоскопии должна быть дополнена

- нативным прокрашиванием
- флюоресцентным исследованием
- чрезбронхиальной биопсией
- забором смывов из бронхов

У пациента диагностирован периферический плоскоклеточный рак правого легкого (S3) размерами 6.5*4.5 см, что соответствует символу Т + + по системе TNM (2009г.)

- 2 а
- 2 b
- 1 b
- 3

По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 1.5 см.) лимфатические узлы средостения справа, для верификации их метастатического поражения показана

- прескаленная биопсия по Даниельсу
- видео-торакоскопия
- медиастиномия по Чемберлену
- медиастиноскопия

При подозрении (в данном случае нет) на метастатическое поражение костей скелета показано

- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей

В ходе обследования (выполнена видеомедиастиноскопия по Карленсу, произведена биопсия 4 групп лимфатических узлов средостения; при патоморфологическом исследовании метастатического поражения лимф. узлов не выявлено). У больного диагностировано поражение T2bN1M0, что соответствует + + стадии рака легкого

- исследование онкомаркеров крови

- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей

Диагноз

После неоадьювантной терапии пациенту планируется анатомическая резекция верхней доли правого легкого и

- удаление «сторожевых» лимфатических узлов
- выборочная медиастинальная лимфодиссекция
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция
- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция

При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и

- характер изменений висцеральной плевры
- состояние окружающей опухоль паренхимы
- состояние краев резекции
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке

После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2bN1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется

- проведение адьювантной химиотерапии
- конформная лучевая терапия
- наблюдение онколога по месту жительства
- проведение первой линии иммунотерапии

Диспансерное наблюдение представленного пациента следует проводить с периодичностью каждые + + месяца в течение первых трех лет

- проведение адьювантной химиотерапии
- конформная лучевая терапия
- наблюдение онколога по месту жительства
- проведение первой линии иммунотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 57 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На сухой кашель и боли в грудной клетке слева.

Анамнез заболевания

Заболел 2 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, после чего был поставлен диагноз – левосторонняя верхне-долевая пневмония. Назначенное амбулаторное лечение (в том числе амоксиклав), привело к кратковременному улучшению самочувствия. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования, в связи с наличием ателектаза верхней доли левого легкого.

Анамнез жизни

* страдает пояснично-крестцовым радикулитом * курит в течение 35 лет, по одной пачке сигарет в день * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций не было * отец скончался от рака легкого

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 77 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над левым легким ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Ателектаз легкого (выявленный у пациента) является, как правило, следствием

- гидроторакса
- гемоторакса
- пневмоторакса
- бронхообтурации

У пациента заподозрен рак левого легкого, для диагностики местной распространенности опухолевого процесса у больного, показано выполнение

- компьютерной томографии
- магнитно-резонансной томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки
- линейной (послойной) томографии

Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого является

- морфологическое подтверждение диагноза
- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- определение возможности резекции легкого
- оценка сопутствующего воспалительного процесса

При спиральной компьютерной томографии определяется интенсивное однородное затенение верхней доли левого легкого – ателектаз доли, междолевая щель смещена вверх и впереди в виде дуги (симптом «воздушного серпа»); в корне левого легкого обнаруживается округлая опухоль диаметром около 2 см, расположенная в устье верхне-долевого бронха и полностью обтурирующая его просвет. Увеличены до 1.5 лимфатические узлы аортального окна и бифуркации трахеи; обращает внимание высокое стояние левого купола диафрагмы и смещение средостения влево. Правое легкое и правые лимфатические узлы без патологических изменений. Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение

- транспищеводной тонкоигольной биопсии
- прескаленной биопсии по Даниельсу
- трансторакальной пункционной биопсии
- фибробронхоскопии с биопсией

У пациента при фибробронхоскопии обнаружена розовая бугристая легко кровоточащая опухоль расположенная в устье левого верхнедолевого бронха и полностью обтурирующая его просвет. Произведена щипцевая биопсия 3 фрагментов опухоли и при последующем патоморфологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак. Диагностирован центральный рак левого верхнедолевого бронха с ателектазом верхней доли, что соответствует символу T + + по системе TNM (2009г.)

- 3
- 4
- 2
- 1 в

По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 1.5 см.) лимфатические узлы бифуркации трахеи, для верификации их метастатического поражения показана

- медиастинотомия по Чемберлену

- медиастинотомия по Стримеру
- медиастиноскопия
- видео-торакоскопия

При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано

- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей

В ходе обследования у больного диагностировано поражение T2N1M0, что соответствует + _____ + стадии рака легкого

- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей

Диагноз

Пациенту (с T2aN1M0) планируется анатомическая резекция верхней доли левого легкого и

- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция
- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция
- биопсия «сторожевых» лимфатических узлов
- выборочная медиастинальная лимфодиссекция

При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и

- состояние краев резекции
- состояние окружающей опухоль паренхимы
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- характер изменений висцеральной плевры

После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2N1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется проведение

- симптоматической терапии по месту жительства
- первой линии иммунотерапии
- адъювантной химиотерапии
- конформной лучевой терапии

Диспансерное наблюдение пациентов следует проводить с периодичностью каждые + + месяца в течение первых трех лет

- симптоматической терапии по месту жительства
- первой линии иммунотерапии
- адъювантной химиотерапии
- конформной лучевой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 72 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На сухой кашель, субфебрильную лихорадку по вечерам, одышку при подъеме на 2 этаж и боли в грудной клетке справа.

Анамнез заболевания

Считает, что заболел 6 месяцев назад, когда появились указанные жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, после чего был поставлен диагноз – правосторонняя верхнедолевая пневмония. От предложенной госпитализации отказался. Назначенное амбулаторное лечение, привело к кратковременному улучшению самочувствия – «перестал лихорадить». Был обследован в противотуберкулезном диспансере, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования, в связи с наличием ателектаза верхней доли правого легкого.

Анамнез жизни

* страдает ХОБЛ в течение 10 лет, в настоящее время стадия ремиссии * ИБС: стенокардия напряжения II ф.к. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ 6 лет назад) * курит в течение 50 лет, по одной пачке сигарет в день * пенсионер * аллергических реакций не было * отец скончался от рака гортани

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 74 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над правым легким ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, глухие

ЧСС 82 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Ателектаз доли легкого (выявленный у пациента) является, как правило, следствием

- бронхообструкции
- хилоторакса
- пневмоторакса
- гидроторакса

Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса у больного показано выполнение

- ультразвукового исследования грудной клетки
- магнитно-резонансной томографии
- линейной (послойной) томографии
- компьютерной томографии

При спиральной компьютерной томографии определяется интенсивное неоднородное затенение верхней доли правого легкого – ателектаз доли, междолевая щель смещена вверх; в корне левого легкого обнаруживается округлая опухоль диаметром около 2.5 см, расположенная в устье правого верхне- долевого бронха и на 2/3 обтурирующая его просвет. Увеличены от 1.3 до 1.8 см трахео-бронхиальные и бифуркации лимфатические узлы; обращает внимание высокое стояние правого купола диафрагмы. Левое легкое и лимфатические узлы слева без патологических изменений. Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого в первую очередь является

- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- определение возможности резекции легкого
- морфологическое подтверждение диагноза
- оценка сопутствующего воспалительного процесса

Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение

- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- определение возможности резекции легкого
- морфологическое подтверждение диагноза
- оценка сопутствующего воспалительного процесса

Результаты обследования

При фибробронхоскопии в правом верхнедолевом бронхе обнаружено

образование розового цвета с фибринозным налетом обтурирующая просвет бронха на 2/3. Произведена щипцевая биопсия 4 фрагментов опухоли и слизистой. При последующем патоморфологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак.

У пациента диагностирован центральный плоскоклеточный рак верхне-долевого бронха справа с распространением на главный (2.5 см от карины) и ателектазом доли, что соответствует символу T + _____ + по системе TNM (2009г.)

- 1 в
- 3
- 4
- 2

По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 1.8 см.) ипсилатеральные лимфатические узлы средостения, для гистологической верификации их метастатического поражения показана

- медиастинотомия по Стримеру
- видео-торакоскопия
- медиастиноскопия
- медиастинотомия по Чемберлену

Пациенту была выполнена медиастиноскопия шейным доступом и выполнена биопсия 5 групп средостенных лимф. узлов; при гистологическом исследовании биоптатов обнаружено метастатическое поражение правых трахео-бронхиальных лимфатических узлов. При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано

- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии

В ходе обследования у больного диагностировано опухолевое поражение T2N2M0, что соответствует + _____ + стадии рака легкого

- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии

Диагноз

Пациенту раком легкого, в стадии T2N2M0 (IIIA) показано комбинированное лечение, которое следует начинать с

- радикального оперативного вмешательства
- конформной лучевой терапии
- неоадьювантной химиотерапии
- иммунотерапии пембролизумабом

При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и

- состояние окружающей опухоль паренхимы
- состояние краев резекции
- характер изменений висцеральной плевры
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке

После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2N2M0 (IIIA ст.), в дальнейшем требуется

- конформная лучевая терапия
- симптоматическая терапия по месту жительства
- адьювантная химиотерапия
- проведение первой линии иммунотерапии

Диспансерное наблюдение пациентов следует проводить с периодичностью каждые + + месяца в течение первых трех лет

- конформная лучевая терапия
- симптоматическая терапия по месту жительства
- адьювантная химиотерапия
- проведение первой линии иммунотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 46 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На сухой кашель, боли в грудной клетке справа, потерю веса (7 кг за два месяца) и однократный эпизод кровохарканья (5 мл алой крови).

Анамнез заболевания

Считает, что заболел 3 месяца назад, когда появились указанные жалобы.

Длительное время за мед.помощью не обращался, полагая, что страдает радикулитом. Поводом к обращению в поликлинику явился случившийся эпизод кровохарканья. Была выполнена рентгенография легких на которой выявлен ателектаз второго сегмента (S2) верхней доли правого легкого. Был обследован в противотуберкулезном диспансере, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования

Анамнез жизни

* страдает пояснично-крестцовым радикулитом * курит в течение 28 лет, по две пачки сигарет в день * работает сантехником * алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций не было * мать скончалась от рака молочной железы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 64 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над правым легким несколько ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, глухие ЧСС 80 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Ателектаз сегмента легкого является, как правило, следствием

- пневмоторакса
- стеноза бронха
- воспалительной инфильтрации
- гидроторакса

При подозрении на опухолевый процесс в легком больному показано выполнение

- пневмоторакса
- стеноза бронха
- воспалительной инфильтрации
- гидроторакса

Результаты обследования

Спиральная компьютерная томография обнаружила интенсивное однородное затенение второго сегмента (C2) верхней доли правого легкого – сегментарный ателектаз; в просвете C2 обнаруживается овоидной формы опухоль диаметром около 1.5 см, расположенная в устье второго сегментарного бронха верхней доли правого легкого, обтурирующая его просвет. Увеличены от 1.5 до 2.8 см трахео-бронхиальные и бифуркационные лимфатические узлы; обращает

внимание наличие 150 мл жидкости в правой плевральной полости. Левое легкое и лимфатические узлы слева без патологических изменений.

Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого в первую очередь является

- определение возможности резекции легкого
- оценка сопутствующего воспалительного процесса
- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- морфологическое подтверждение диагноза

Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение

- прескаленной биопсии по Даниельсу
- транспищеводной тонкоигльной биопсии
- фибробронхоскопии с биопсией
- трансторакальной пункционной биопсии

При фибробронхоскопии в сегментарном бронхе С2 верхней доли правого легкого обнаружено красное бугристое образование кровоточащее при контакте, полностью обтурирующее просвет сегментарного бронха. Произведена щипцовая биопсия 2 фрагментов опухоли и слизистой. При последующем патоморфологическом исследовании диагностирован мелкоклеточный (овсяноклеточный) рак. У пациента диагностирован центральный мелкоклеточный рак второго сегмента справа без инвазии в долевого бронх, что соответствует символу Т + + по системе TNM (2009г.)

- 4
- 2
- 3
- 1

Учитывая мелкоклеточную природу выявленного рака легкого, для исключения отдаленных метастазов в первую очередь показана

- церебральная ангиография сосудов головного мозга
- электроэнцефалография головного мозга
- обзорная рентгенография черепа в 2 проекциях
- магнитно-резонансная томография головного мозга

Магнитно-резонансная томография данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе мозга не выявила. Для исключения метастатического поражения костей скелета показано

- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей

- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови

В ходе обследования у больного диагностирована мелкоклеточная карцинома T1N0M0, что соответствует + + стадии рака легкого

- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- исследование онкомаркеров крови

Диагноз

Выполнение оперативного вмешательства возможно при + + стадии мелкоклеточного рака легкого

- IIIA
- IIB
- I
- IIA

При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и

- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- состояние окружающей опухоль паренхимы
- состояние краев резекции
- характер изменений висцеральной плевры

После радикальной операции по поводу мелкоклеточного рака легкого T1N0M0 (IA ст.), в дальнейшем рекомендуется профилактическое облучение

- головного мозга
- зоны надпочечников
- противоположного легкого
- области печени

Суммарная доза профилактического облучения головного мозга составляет + + грэй

- головного мозга
- зоны надпочечников
- противоположного легкого

- области печени

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет доставлен машиной скорой помощи в приемный покой городской больницы.

Жалобы

На кашель с выделением алой крови в объеме до 150 мл за прошедшие сутки в виде единичных сгустков и прожилок крови в мокроте.

Анамнез заболевания

3 месяца назад переболел ОРВИ с высокой температурой до 39-40°C, отмечал продуктивный кашель с обильной дурно пахнущей мокротой. В дальнейшем отмечал слабость, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр в вечернее время, кашель с мокротой в умеренном количестве. Лечился самостоятельно, за медицинской помощью не обращался. Выделение крови отметил впервые. В связи с кровотечением в экстренном порядке доставлен в приемный покой.

Анамнез жизни

* В анамнезе язвенная болезнь желудка с кровотечением, около 10 лет назад, лечился в стационаре консервативно, ремиссия * Страдает ИБС. Стенокардией напряжения ИФК. Выполнено стентирование коронарных артерий 5 лет назад * не курит * профессиональных вредностей не имеет * аллергических реакций в течение жизни не отмечал

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 182 см, масса тела 90кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Подкожные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки – укорочение легочного звука в нижних отделах слева. Дыхание жесткое, множественные сухие разнокалиберные хрипы слева. Периодически откашливает мокроту с прожилками крови. ЧДД 21 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 130/72 мм рт. ст. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

В соответствии с принятой классификацией Григорьева Е.Г. (1990) объем кровотечения у данного пациента соответствует _____ степени

- IB
- IIA

- IА
- IБ

При I-IIА степени легочного кровотечения и стабильной гемодинамике для установления источника кровотечения в первую очередь необходимо выполнить

- обзорную рентгенографию грудной клетки
- фибробронхоскопию
- фиброэзофагогастродуоденоскопию
- СКТ органов грудной клетки с внутривенным контрастным усилением

Для исключения возможного желудочно-кишечного кровотечения пациенту следует назначить инструментальный метод обследования

- обзорную рентгенографию грудной клетки
- фибробронхоскопию
- фиброэзофагогастродуоденоскопию
- СКТ органов грудной клетки с внутривенным контрастным усилением

Результаты обследования

На СКТ с в/в болюсным контрастированием в С9-10 левого легкого определяется полость деструкции размерами 45х43х68 мм с перифокальными воспалительными изменениями в нижней доле левого легкого. Фибробронхоскопия у данного пациента с целью локализации источника кровотечения нецелесообразна, потому что

- выполнение данного исследования не имеет практической значимости
- у пациента диагностировано легочное кровотечение IБ степени
- патологический очаг чётко был визуализирован по данным СКТ
- у пациента нет показаний к выполнению данного исследования

Степень легочного кровотечения по классификации Григорьева Е.Г. (1990) оценивает кровопотерю в зависимости от

- продолжительности кровотечения
- объема кровопотери
- продолжительности и объема кровопотери
- реакции (рН) отделяемой крови

Для оценки степени легочного кровотечения пациенту необходимо осуществить

- исследование отделяемой мокроты на неспецифическую флору (микроскопия, бактериологический посев), МБТ (микроскопия, полимеразная цепная реакция (ПЦР), бактериологический посев), атипичные клетки
- биохимический анализ крови с определением основных функциональных показателей работы печени, азотистого обмена, уровня глюкозы крови, продуктов деградации фибрина (D-димеры)
- анализ газового состава артериальной крови и показателей КОС
- сбор отделяемой мокроты и/или крови в отдельную ёмкость

В дальнейшем, у данного пациента, участились эпизоды отхождения мокроты со сгустками крови, было диагностировано легочное кровотечение IIБ степени по классификации Е.Г. Григорьева (1990). В первую очередь пациенту показано выполнить

- магнитно-резонансную томографию грудной клетки
- ангиографию бронхиальных артерий
- фибробронхоскопию
- ригидную бронхоскопию

После диагностирования у данного пациента легочного кровотечения IIБ степени он должен быть госпитализирован в отделение

- кардиохирургии
- реанимации
- торакальной хирургии
- интенсивной терапии

Транспортировка пациентов с II-III степенью легочного кровотечения должна осуществляться в положении

- на левом боку
- Тренделенбурга
- на правом боку
- Фоулера

Эффективным препаратом для коррекции гемостаза при жизнеугрожающих кровотечениях является

- рекомбинантный активированный фактор VII
- викасол
- транексамовая кислота
- этамзилат натрия

После купирования легочного кровотечения дальнейшее ведение данного пациента должно соответствовать тактике ведения пациентов

- терапевтического профиля
- торакального профиля
- с нагноительными заболеваниями легких
- хирургического профиля

Летальность при лёгочных кровотечениях достигает + _____ + %

- терапевтического профиля
- торакального профиля
- с нагноительными заболеваниями легких
- хирургического профиля

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 80 лет госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы

На одышку 2 степени по шкале mMRC

Анамнез заболевания

При профилактической флюорографии в верхней доле правого легкого выявлено округлое затенение. Обследована в ПТД по месту жительства, данных за активный туберкулез органов дыхания не получено. На МСКТ ОГК в правом легком на границе С1 и С3 выявлен бугристый мультицентричный инфильтрат размерами 28х14х14 мм. В С4 правого легкого, в С10 левого – участок гиповентиляции за счет фиброза. Пневматизация легочной паренхимы мозаична, признаки гравитационного стаза. Госпитализирована в отделение торакальной хирургии, в связи с подозрением на злокачественную опухоль легкого.

Анамнез жизни

* не курит * профессиональных вредностей не имеет * в анамнезе бронхиальная астма, ремиссия, изредка использует ингалятор Вентолин * страдает ГБ 2 ст., прописанные препараты принимает не регулярно * аллергических реакций не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 71 кг. Кожный покров

обычной окраски и влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание жесткое, проводится билатерально во всех отделах, хрипов нет. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Для оценки регионарных лимфатических узлов (N) и выявления отдаленных метастазов (M) рекомендуется выполнить

- ПЭТ/КТ-исследование всего тела с 18F-ФДГ
- остеосцинтиграфию
- МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости с в/в болюсным контрастированием
- МРТ головного мозга с контрастированием

Пациентам с подозрением на рак легкого рекомендуется проведение бронхологического исследования с целью

- ПЭТ/КТ-исследование всего тела с 18F-ФДГ
- остеосцинтиграфию
- МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости с в/в болюсным контрастированием
- МРТ головного мозга с контрастированием

Дополнительная информация

Пациентке выполнена бронхоскопия с чрезбронхиальной биопсией образования под рентгенологическим контролем. При гистологическом исследовании биоптатов верифицирован немелкоклеточный рак.

При выявлении неплоскоклеточного (в том числе, диморфного) НМРЛ рекомендовано проведение

- биохимического исследования
- молекулярного исследования
- молекулярно-генетических и ИГХ исследований
- хроматографического исследования

По результатам ПЭТ/КТ, в рассматриваемом случае, данных за регионарные и отдаленные метастазы не получено. Согласно классификации TNM (8-е издание, 2017 г.), клиническая стадия заболевания соответствует

- биохимического исследования
- молекулярного исследования
- молекулярно-генетических и ИГХ исследований
- хроматографического исследования

Диагноз

По результатам обследования, при условии функциональной операбельности, данной пациентке показано

- неoadъювантное лечение
- химиотерапевтическое лечение
- химиолучевая терапия
- хирургическое лечение

Учитывая стадию заболевания, данной пациентке показано выполнить

- атипичную резекцию легкого
- анатомическую резекцию легкого с ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией
- анатомическую резекцию легкого
- сублобарную резекцию легкого

После радикального хирургического лечения (R0) с патоморфологической I стадией НМРЛ

- атипичную резекцию легкого
- анатомическую резекцию легкого с ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией
- анатомическую резекцию легкого
- сублобарную резекцию легкого

Дополнительная информация

Пациентке выполнена анатомическая резекция верхней доли правого легкого с ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией. Иммуногистохимически верифицирована аденокарцинома легкого IA3 стадии. При молекулярно-генетическом исследовании выявлена мутация гена EGFR.

Таргетная терапия в рассматриваемом случае

- назначается по желанию пациента
- не рекомендуется
- рекомендуется в комбинации с ХТ
- обязательна

Возможность выполнения и объем операции определяются распространенностью опухолевого процесса (критерии T и N), функциональным состоянием пациента и

- материально-технической оснащенностью клиники

- решением мультидисциплинарного консилиума
- антропометрическими показателями пациента
- гистологической формой опухоли

Пациенты с IIIB (T3N2) стадией НМРЛ считаются потенциально операбельными при возможности + _____ + с учетом функциональных показателей

- R1-резекции
- R0-резекции
- R2-резекции
- удалить большую часть опухоли

Для опухолей с активирующими мутациями EGFR, ALK/ROS1 характерна высокая частота метастазирования в

- кости
- печень
- головной мозг
- мягкие ткани

По классификации немелкоклеточного рака легкого (НМРЛ) по системе TNM (8-е издание, 2017 г.) опухоль T3N3M0 соответствует + _____ + стадии

- кости
- печень
- головной мозг
- мягкие ткани

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет доставлен в приемный покой машиной скорой помощи.

Жалобы

На одышку при умеренной физической нагрузке, дискомфорт в левой половине грудной клетки, сухой кашель.

Анамнез заболевания

Жалобы возникли 5 часов назад, когда внезапно почувствовал дискомфорт в грудной клетке слева. Практически сразу появились одышка и сухой кашель. Ранее подобных жалоб не предъявлял. Вызвал бригаду СМП и был госпитализирован в хирургический стационар.

Анамнез жизни

* 1 раз в год болеет простудными заболеваниями * курит, 10 лет, 15-20 сигарет в день * алкоголь употребляет редко * работает инженером * активно занимается дайвингом * аллергических реакций не было * отец и мать здоровы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 179 см, масса тела 82 кг. Кожные покровы естественной окраски. Периферических отеков нет. Телосложение астеническое. Грудная клетка правильной формы. При перкуссии над левым легким тимпанит, справа звук обычный легочный. При аускультации дыхание слева заметно ослаблено. ЧДД 22-23 в 1 мин, поверхностное. Тоны сердца четкие, ритмичные, ЧСС 94 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

У пациента имеется дискомфорт и ослабление дыхания в левой половине грудной клетки, для уточнения диагноза показано выполнение

- трансторакального эхокардиографического исследования
- электрокардиографии в 12 отведениях
- рентгенографии органов грудной клетки в 2 проекциях
- магнитно-резонансной томографии

По данным рентгенографии у пациента определяется свободный газ в левой плевральной полости, что свидетельствует о наличии

- тромбоэмболии легочной артерии
- плеврита
- левостороннего пневмоторакса
- ателектаза левого легкого

Наиболее вероятно у пациента имеется + _____ + пневмоторакс

- тромбоэмболии легочной артерии
- плеврита
- левостороннего пневмоторакса
- ателектаза левого легкого

Диагноз

Пневмоторакс у пациента по степени коллапса легкого (1/2) может быть охарактеризован как

- тотальный
- большой

- средний
- малый

Первоочередными задачами хирургической помощи при спонтанном пневмотораксе являются

- ликвидация дефекта в легком и создание условий исключающих рецидив заболевания
- обеспечение строгого постельного режима и продленной оксигенотерапии
- адекватное обезболивание и антибактериальная терапия
- декомпрессия плевральной полости и предотвращение нарушений дыхания и кровообращения

У рассматриваемого пациента первоначальным методом лечения пневмоторакса следует считать

- трансторакальную пункцию плевральной полости
- срочное оперативное вмешательство
- консервативное ведение (оксигенотерапия, антибактериальная терапия и максимальное обезболивание)
- дренирование левой плевральной полости

Оптимальным местом установки дренажа при спонтанном пневмотораксе является + + линии

- 8-9 межреберье по средней аксиллярной
- 7-8 межреберье по лопаточной
- 1-2 межреберье по парастернальной
- 3-4 межреберье по средней подмышечной

При эффективном дренировании плевральной полости и быстром расправлении легкого следует учитывать риск развития

- выраженной подкожной эмфиземы
- легочного кровотечения
- спонтанного пневмоторакса в противоположном легком
- реперфузионного отека легкого

Химический плевродез используется при

- сохраняющемся коллапсе легкого
- развитии эмпиемы плевры
- невозможности радикальной операции

- рецидивирующем пневмотораксе

Наиболее сильным склерозирующим агентом, используемым при химическом плевродезе, является

- этиловый спирт
- доксициклин
- бетадин
- тальк

Если на фоне дренирования легкое не расправляется, и поступление воздуха по дренажу продолжается более + _____ + суток, показано хирургическое лечение

- 5
- 7
- 3
- 10

С учетом анамнеза жизни пациента необходимо дать рекомендацию

- соблюдать высококалорийную и высокобелковую диету в течение 3 месяцев
- продолжить терапию нестероидными противовоспалительными препаратами в течение 1 месяца
- активно заниматься физическими нагрузками
- избегать занятий дайвингом в течение 1 месяца