

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Братищев Игорь Викторович
Должность: Заведующий учебным центром
Дата подписания: 01.10.2026 14:25:14
Уникальный программный ключ:
7a2063fc2731e9bea93262c5b996a5ad4ab68b10

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»)

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по научной
работе

_____/М.Л. Рогаль/

«20» февраля 2026 г.

М. П.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

31.08.65 Торакальная хирургия

Шифр/Название направления (специальности)

ОЧНАЯ

Форма обучения

Москва 2026 г.

Программа Государственная итоговая аттестация

Торакальная хирургия

Название дисциплины и модуля (при наличии)

составлена на основании требований Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки/специальности (уровень подготовки кадров высшей квалификации)

31.08.65 Торакальная хирургия

Код и наименование специальности/направления подготовки

Квалификация

выпускника

Врач-торакальный хирург

Уровень высшего

образования

Форма обучения

Подготовка кадров высшей квалификации

очная

Очная/очно-заочная/заочная

СОСТАВИТЕЛИ:

Воскресенский Олег
Вячеславович

Старший преподаватель, врач- торакальный
хирург высшей квалификационной категории,
доктор медицинских наук

Ермолова Ирина
Владимировна

Старший преподаватель,
кандидат медицинских наук

Подпись

ФИО

Должность, степень

СОГЛАСОВАНО

Заведующий учебным центром

Должность

И.В. Братищев

Подпись

Расшифровка подписи

1. Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры по специальности **31.08.65-Торакальная хирургия**.

2. Задачи государственной итоговой аттестации

1. Оценка уровня сформированности универсальных и общепрофессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО), а также профессиональных компетенций, установленных образовательной организацией самостоятельно на основе требований профессионального стандарта **Врач-торакальный хирург** и требований к профессиональным компетенциям, предъявляемых к выпускникам на рынке труда, обобщения отечественного и зарубежного опыта, проведения консультаций с ведущими работодателями, объединениями работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники, иных источников.

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации **Врач-торакальный хирург** – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из образовательной организации с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

3. Результаты освоения программы ординатуры (компетенции и индикаторы их достижения), проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

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

осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

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

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

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

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

4. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура, содержание

В соответствии с требованием ФГОС ВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену (этап 1), 1 зачетная единица (36 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится в два этапа:

1 этап - Подготовка к сдаче государственного экзамена (тестирование)	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях образовательной организации в соответствии с

	расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т. д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - Сдача государственного экзамена	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование проводится в специально отведенной аудитории образовательной организации, предназначенной для проведения государственного экзамена.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация). Консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

5. Критерии оценивания результатов Государственной итоговой аттестации

5.1. Критерии оценивания результатов тестирования

Оценивание результатов тестирования осуществляется по двухбалльной шкале:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

5.2. Критерии оценивания уровня освоения компетенций

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять

правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

6. Учебно-методическое обеспечение государственной итоговой аттестации

6.1. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

6.1.1 Основная литература

1. Неотложная хирургия в клинических наблюдениях [Электронный ресурс] / под ред. Е. Г. Григорьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, Иркутск: ИНЦХТ. - 2024. // https://medbase.ru/book/ISBN9785970485910/call_reader.html
2. Практическое руководство по торакальной хирургии / С. Ю. Дворецкий, А. Л. Акопов [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2026. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-9176-8, DOI: 10.33029/9704-9176-8-PGT-2026-1-752 // https://medbase.ru/book/ISBN9785970491768/call_reader.htm
3. Неотложная хирургия груди и живота : руководство для врачей / А. Н. Тулупов, В. А. Мануковский, А. Е. Демко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7848-6, DOI: 10.33029/9704-7848-6-SUR-2024-1-752 // https://medbase.ru/book/ISBN9785970478486/call_reader.html
4. Диагностика и лечение легочных кровотечений: методические рекомендации № 25. – М., 2017. – 27 с.
5. Чучалин А.Г., Шойхет Я.Н., Абакумов М.М. «Болезни плевры: Монография» (Серия монографий Российского респираторного общества). – Издательское предприятие «Атмосфера», 2018г., 276 стр.
6. Абакумов М.М. Медиастинит. Руководство для врачей.– М.: Издательство МК, 2020.– 296 с.
7. «Хирургическая тактика у пациентов со спонтанным разрывом пищевода» А.И.Бабиц, Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Российская Федерация, год издания 2020, 5стр.
8. О классификации рубцового стеноза трахеи, В.Д.Паршин Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова 2020, №10 с. 5-10

9.

6.2 Дополнительная литература

1. «Хирургическая анатомия головы и шеи» А.А.Лойт, А.В.Каюков, МЕДпрессинформ, 2006. — 128 с.
2. Редкие заболевания легких у детей. Клинические наблюдения
3. (под ред. Розиновой Н.Н., Мизерницкого Ю.Л.) М.: ООО «Оверлей», 2009, стр. 192
4. Руководство по пульмонологии/ Под ред. Н.В. Путова, Г.Б. Федосеева, 2-е изд, Медицина 1984г, 456 стр.
5. Щемелев А.А. Видеоторакоскопия в комплексной диагностике и лечении экссудативных плевритов неясной этиологии: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. СПб.; 2007.
6. Ищенко Б.И., Бисенков Л.Н., Тюрин И.Е. Лучевая диагностика для торакальных хирургов: Руководство для врачей. СПб.: ДЕАН; 2001.
7. Тюхтин Н.С. Микродренирование плевральной полости в комплексном лечении больных туберкулезным плевритом. Пробл. туб. 1987; 6: 51–53.
8. Хирургия повреждений гортани и трахеи. – М: Издательство «Медкнига», 2007г. – 364с.
9. Хирургия трахеи – М.И.Перельман, Москва «Медицина» 1972г, 221 с.
10. Торакальная хирургия: руководство для врачей / под ред. Л.Н. Бисенкова.– СПб.: Элби-СПб, 2004.– 928 с.
11. Повреждения пищевода. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. 1981 г.
12. Хирургия пищевода. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. 2000 г.
13. Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода. С.С. Юдин. 1954 г.
14. Искусственный пищевод из тонкой и толстой кишки. Петров Б.А., Сытник А.П. 1972г.
15. Атлас грудной хирургии. В 2-х тт. Под ред. Петровского Б.В. 1974 г.
16. Атлас операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. Шалимов А.А., Полупан В.Н. 1975 г.
17. Ранения сердца. Абакумов М.М., Костюченко Л.Н., Радченко Ю.А. 2004 г.
18. Собрание сочинений. Том 2. Хирургия сердца и крупных сосудов. Ю.Ю.Джанелидзе. 1953 г.
19. Хирургия диафрагмы. Петровский Б.В., Николаев Н.О., Каншин Н.Н. – М. Медицина, 1966, 336с.
20. Абдоминальная травма. Руководство для врачей под ред. А.С.Ермолова, М.Ш.Хубутия,
21. М.М.Абакумова. Изд-во ВИДАР, 2010г, 495с.
22. Бисенков Л.Н., Попов В.И., Шалаев С.А. Хирургия острых инфекционных деструкций легких.– СПб.: Издательство ДЕАН, 2003.– 400 с.
23. Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии. Руководство для врачей.– М., 2004.– 584 с.
24. Частная хирургия. Том II: Учебник для медицинских вузов / под ред. Акад. РАМН проф. Ю.Л. Шевченко.– СПб.: СпецЛит, 2000.– 496 с.
25. С.С. Слесаренко, В.В. Агапов, В.А. Прелатов Медиастинит.– М.: Медпрактика-М, 2005.– 200 с.
26. Неотложная хирургия груди и живота: руководство для врачей / под ред. Л.Н. Бисенкова, П.Н. Зубарева.– Изд. 3-е, доп. и перераб.– СПб: СпецЛит, 2015. – 574 с.
27. Руководство по легочной хирургии / под ред. проф. И.С. Колесникова.– Л.: Медицина, 1969. – 680 с.
28. М.М.Абакумов. Множественные и сочетанные ранения шеи, груди и живота. Изд-во БИНОМ, 2012, 687с.
29. И.С. Колесников, М.И. Лыткин, Л.С. Лесницкий Гангрена легкого и пиопневмоторакс.– Л.: Медицина, 1983.– 224 с.

30. Гнойные заболевания легких и плевры / под ред. П.А. Куприянова. – Л.: Медицина, 1955.
31. Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Виннер М.Г., Овчинников А.А. Бронхопульмонология. – М.: Медицина, 1982. – 400 с.
32. Колесников И.С., Вихриев Б.С. Абсцессы легких. – Л.: Медицина, 1973.
33. Стручков В.И. Гнойные заболевания легких и плевры. – М.: Медицина, 1967.
34. Хирургия легких и плевры: Руководство для врачей / Под ред. И.С.Колесникова и М.И.Лыткина. – Л.: Медицина, 1988. – 384 с.
35. Скорая медицинская помощь: Национальное руководство / Под ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутя, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 888с.
36. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия / под ред. П. К. Яблонского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.
37. Национальные клинические рекомендации «Эмпиема плевры». –2015 (Проект)
38. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г., № 898н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «торакальная хирургия» (Зарегистрировано в Минюсте России 19 декабря 2012 г., №26192).
39. Национальные клинические рекомендации «Нагноительные заболевания легких». – 2015 (Проект)
40. КЛ по бронхиальной астме – МЗРФ – ГОД УТВЕРЖДЕНИЯ 2021Г. 118стр.
41. КЛ по эмфиземе легких – МЗРФ – ГОД УТВЕРЖДЕНИЯ 2021Г. 43стр.
42. КЛ по хроническому бронхиту – МЗРФ – ГОД УТВЕРЖДЕНИЯ 2023Г. 50стр.
43. КЛ по ХОБЛ – МЗРФ – ГОД УТВЕРЖДЕНИЯ 2021Г. 91стр.
44. КЛ по ХОБЛ – МЗРФ – ГОД УТВЕРЖДЕНИЯ 2023Г. 98стр.
45. КЛ по ИЛФ – МЗРФ – ГОД УТВЕРЖДЕНИЯ 2021Г. 56стр.
46. КЛ по внебольничной пневмонии у взрослых – МЗРФ – ГОД УТВЕРЖДЕНИЯ 2021Г. 133стр.
47. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЛЁГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ – МЗРФ – год утверждения 2015, 15 стр.
48. НКР – Хирургическое лечение эмфиземы легких, Москва, 2015г, 19 стр.
49. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ПРИОБРЕТЕННЫМ РУБЦОВЫМ СТЕНОЗОМ ТРАХЕИ – МЗРФ – год утверждения 2015, 68с.
50. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулезного плеврита НКР, 2014 г., 26 стр.
51. Клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания у взрослых, 2013, 48 стр.
52. Клинические рекомендации Злокачественное новообразование бронхов и легкого, 2021, 82 стр.
53. Клинические рекомендации Мезотелиома плевры, брюшины и других локализаций, 2020, 49 стр.
54. Национальные клинические рекомендации по лечению спонтанного пневмоторакса, 2014. 22 стр.
55. «Легочная гиперинфляция у больных хронической обструктивной болезнью легких» С.Н. Авдеев. ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава, г. Москва, год издания 2006. 15стр.
56. «Хроническая дыхательная недостаточность» С.Н.Авдеев, НИИ пульмонологии МЗ и СР РФ, Москва, год издания 2004. 16 стр.
57. Бронхиальные артерии — анатомические варианты и пути ремоделирования, А. Л. Юдин, А. А. Учеваткин, Н. И. Афанасьева, Е. А. Юматова, А. И. Рудая, Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова,

- Москва, Россия, Центральная клиническая больница Российской академии наук, Москва, Россия, год издания 2015, 7стр.
58. «Легочное кровотечение» Евгений Георгиевич Григорьев, Сибирский медицинский журнал, 2014, № 2, 7 стр
 59. Лечение дивертикулов пищевода, Вестник Смоленской медицинской академии, 2010, В.В. Становенко, Н.Г. Харкевич, О.М. Васильев, Л.И. Шарковат Витебский государственный медицинский университет, 4 стр
 60. Шишко В.И., Петрулевич Ю.Я. ГЭРБ: анатомо-физиологические особенности пищевода, факторы риска и механизмы развития (обзор литературы, часть 1) //
 61. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015 г. № 1. С. 19–25.
 62. Вартанова Н.А. Ятрогенные повреждения трахеи в практике анестезиолога // Медицина неотложных состояний. – 2013, №7.– С.150-152
 63. Погодина А.Н., Николаева Е.Б., Болдина Д.А. Диагностика и лечение механических повреждений трахеи // Анестезиология и реаниматология. – 2008, №6.– С.185-187
 64. Deja M, Menk M, Heidenhain C, et al. Strategies for diagnosis and treatment of iatrogenic tracheal ruptures // Minerva Anesthesiol.– 2011; 77(12).– P.1155-1166
 65. Cardillo G, Carbone L, Carleo F, et al. Tracheal lacerations after endotracheal intubation: a proposed morphological classification to guide non-surgical treatment // Eur. J. Cardiothorac. Surg.– 2010; 37(3).– P. 581-587
 66. Saad, Cynthia P.; Mehta, Atul C. Accessory Cardiac Bronchus Journal of Bronchology: October 2002 - Volume 9 - Issue 4 - p 311-312
 67. Буллезная эмфизема и буллезная болезнь легких О.Н. Бродская, Г.Э. Поливанов Практическая пульмонология | 2019 | № 1 URL: <http://atm-press.ru>
 68. Ю. К. Шаров, И. А. Ларин, А. Ю. Литвинов ЕМРЧЕМА NECESSITATIS Вестник хирургии, 2013, с. 57-60.
 69. Gmachowska A., The Role of Computed Tomography in the Diagnostics of Diaphragmatic Injury After Blunt Thoraco-Abdominal Trauma Pol J Radiol, 2016; 81: 522-528
 70. Ara Klijian A novel approach to control air leaks in complex lung surgery: a retrospective review Journal of Cardiothoracic Surgery 2012, :49 <http://www.cardiothoracicsurgery.org/content/7/1/49>
 71. А.А. Воробьев, П.Е. Крайнюков, А.В. Калашников, Д.Ш. Салимов, И.В. Глушков Оперативная хирургия и клиническая анатомия 2021, Т. 5, №2, с. 58-66 <https://doi.org/10.17116/operhirurg2021502158>
 72. 19. И.И.Платов О кистах легких. Consilium Medicum. Хирургия. (Прил.) 2014; 02: 15-18.
 73. Ясногородский О.О., Талдыкин М.В., Качикин А.С., Гандыбина Е.Г., Мурашко В.А. Синдром внутрилегочного полостного образования РМЖ. №30 от 24.12.2014 стр. 2124.
 74. Harriet J Corbett, Gillian M.E Humphrey Pulmonary sequestration Paediatric Respiratory Reviews Volume 5, Issue 1, March 2004, Pages 59-68 URL: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2003.09.009>
 75. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Кирасирова Е.А., Тарасенкова Н.Н., Горбан Д.Г. Мирошниченко Н.А., Мамедов Р.Ф. Пересмотр классических представлений о трахеостомии РМЖ, № 6, от 23.03.2011, с. 381.

6.1.2. Дополнительная литература:

1. «Легочная гиперинфляция у больных хронической обструктивной болезнью легких» С.Н. Авдеев. ФГУ НИИ Пульмонологии Росздрава, г. Москва, год издания 2006. 15стр.
2. «Хроническая дыхательная недостаточность» С.Н.Авдеев, НИИ пульмонологии МЗ и СР РФ, Москва, год издания 2004. 16 стр.

3. «Хирургическая тактика у пациентов со спонтанным разрывом пищевода» А.И.Бабич, Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Российская Федерация, год издания 2020, 5стр.
4. Бронхиальные артерии — анатомические варианты и пути ремоделирования, А. Л. Юдин, А. А. Учеваткин, Н. И. Афанасьева, Е. А. Юматова, А. И. Рудая, Российский Национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия, Центральная клиническая больница Российской академии наук, Москва, Россия, год издания 2015, 7стр.
5. «Легочное кровотечение» Евгений Георгиевич Григорьев, Сибирский медицинский журнал, 2014, № 2, 7 стр
6. Лечение дивертикулов пищевода, Вестник Смоленской медицинской академии, 2010, В.В. Становенко, Н.Г. Харкевич, О.М. Васильев, Л.И. Шарковат Витебский государственный медицинский университет, 4 стр
7. Шишко В.И., Петрулевич Ю.Я. ГЭРБ: анатомо-физиологические особенности
8. пищевода, факторы риска и механизмы развития (обзор литературы, часть 1) //
9. Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2015 г. № 1. С. 19–25.
10. О классификации рубцового стеноза трахеи, В.Д.Паршин Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова 2020, №10 с. 5-10
11. Вартанова Н.А. Ятрогенные повреждения трахеи в практике анестезиолога // Медицина неотложных состояний. – 2013, №7.– С.150-152
12. Погодина А.Н., Николаева Е.Б., Болдина Д.А. Диагностика и лечение механических повреждений трахеи // Анестезиология и реаниматология.– 2008, №6.– С.185-187
13. Deja M, Menk M, Heidenhain C, et al. Strategies for diagnosis and treatment of iatrogenic tracheal ruptures // Minerva Anesthesiol.– 2011; 77(12).– P.1155-1166
14. Cardillo G, Carbone L, Carleo F, et al. Tracheal lacerations after endotracheal intubation: a proposed morphological classification to guide non-surgical treatment // Eur. J. Cardiothorac. Surg.– 2010; 37(3).– P. 581-587
15. Saad, Cynthia P.; Mehta, Atul C. Accessory Cardiac Bronchus Journal of Bronchology: October 2002 - Volume 9 - Issue 4 - p 311-312
16. Буллезная эмфизема и буллезная болезнь легких О.Н. Бродская, Г.Э. Поливанов Практическая пульмонология | 2019 | № 1 URL: <http://atm-press.ru>
17. Ю. К. Шаров, И. А. Ларин, А. Ю. Литвинов ЕМПУМА NECESSITATIS Вестник хирургии, 2013, с. 57-60.
18. Gmachowska A., The Role of Computed Tomography in the Diagnostics of Diaphragmatic Injury After Blunt Thoraco-Abdominal Trauma Pol J Radiol, 2016; 81: 522-528
19. Ara Klijian A novel approach to control air leaks in complex lung surgery: a retrospective review Journal of Cardiothoracic Surgery 2012, :49 <http://www.cardiothoracicsurgery.org/content/7/1/49>
20. А.А. Воробьев, П.Е. Крайнюков, А.В. Калашников, Д.Ш. Салимов, И.В. Глушков
21. Оперативная хирургия и клиническая анатомия 2021, Т. 5, №2, с. 58-66 <https://doi.org/10.17116/operhirurg2021502158>
22. 19. И.И.Платов О кистах легких. Consilium Medicum. Хирургия. (Прил.) 2014; 02: 15-18.
23. Ясногородский О.О., Талдыкин М.В., Качикин А.С., Гандыбина Е.Г., Мурашко В.А. Синдром внутрилегочного полостного образования РМЖ. №30 от 24.12.2014 стр. 2124.
24. Harriet J Corbett, Gillian M.E Humphrey Pulmonary sequestration Paediatric Respiratory Reviews Volume 5, Issue 1, March 2004, Pages 59-68
25. URL: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2003.09.009>

26. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Кирасирова Е.А., Тарасенкова Н.Н., Горбан Д.Г. Мирошниченко Н.А., Мамедов Р.Ф. Пересмотр классических представлений о трахеостомии РМЖ, № 6, от 23.03.2011, с. 381.

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт Института: адрес ресурса – <https://sklif.mos.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации;
2. ЭБС «Консультант врача» – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;
7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

6.3. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <http://www.consultant.ru> Консультант – компьютерная справочная правовая система в РФ;
2. <https://www.garant.ru> Гарант – справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
3. <https://www.elibrary.ru> – eLIBRARY.RU научная электронная библиотека.

6.4. Материально-техническое обеспечение дисциплины

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Учебные аудитории для проведения занятий лекционного и семинарского типов, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Мультимедиа-проектор, рабочее место преподавателя (компьютер персональный в комплекте), проекционный экран.
2	Компьютерные классы	Персональные компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде Института
3	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Персональные компьютеры с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде Института

6.5. Программное обеспечение

- MICROSOFT WINDOWS 7, 10;
- MS Office (Word, Excel, Power Point) 2010, 2013;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- iSpring;
- ZOOM;
- Adobe Reader; – Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Public License;
- 7-Zip;
- Учебная версия медицинской информационной системы медицинской организации (InterinPromis, InterinPromisAlfa, ЕМИАС или аналогичные);
- Свободное программное обеспечение для создания блок-схем (draw.io);
- Сайт клинических рекомендаций Минздрава РФ (cr.rosminzdrav.ru);
- Портал нормативно-справочной информации Минздрава РФ (nci.rosminzdrav.ru);
- Клинический калькулятор (Clicalc.com).

7. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

7.1. Примеры тестовых заданий (1 этап)

1. Сосуды и нерв межрёберного сосудисто-нервного пучка в направлении сверху вниз располагаются в следующем порядке:

- а) вена, нерв, артерия
- б) артерия, вена, нерв
- в) нерв, артерия, вена
- г) вена, артерия, нерв

2. Из-под края ребра межрёберный сосудисто-нервный пучок больше всего выступает:

- а) на задней стенке груди
- б) на боковой стенке
- в) на передней стенке груди

Правильный ответ: в

3. В плевральной полости выделяют синусы:

- а) рёберно-диафрагмальный
- б) рёберно-медиастинальный
- в) позвоночно-медиастинальный
- г) диафрагмально-медиастинальный
- д) все перечисленные

4. Жидкость в плевральной полости скапливается прежде всего в синусе:

- а) рёберно-диафрагмальном
- б) реберно-медиастинальном
- в) позвоночно-медиастинальном
- г) во всех перечисленных
- д) ни в одном из перечисленных

5. Основной камерой сердца, участвующей в образовании его нижней поверхности, является:

- а) левое предсердие
- б) левый желудочек
- в) правый желудочек
- г) правое предсердие

6. Главный бронх и лёгочные сосуды в воротах левого лёгкого располагаются сверху вниз в следующем порядке (сверху-вниз):

- а) артерия, бронх, вены
- б) бронх, артерия, вены
- в) вены, бронх, артерия

7. По верхнему краю корня правого лёгкого проходит:

- а) правая плечеголовная вена
- б) верхняя полая вена
- в) дуга аорты
- г) грудной лимфатический проток
- д) непарная вена

8. Корень правого лёгкого сверху огибает:

- а) грудной лимфатический проток
- б) верхняя полая вена
- в) непарная вена
- г) плечеголовной ствол
- д) правая плечеголовная вена

9. Бронхиальные артерии, входящие в каждое лёгкое через его корень, являются ветвями:

- а) внутренних грудных артерий
- б) задних межреберных артерий
- в) грудного отдела аорты
- г) передних межреберных артерий
- д) всех перечисленных

10. Бронхиальные вены, несущие кровь от тканей лёгкого, впадают в:

- а) межреберные вены
- б) непарную и полунепарную вены
- в) внутренние грудные вены
- г) все перечисленные

11. Хрящевые полукольца содержат:

- а) трахея
- б) гортань
- в) бронхи
- г) все перечисленное

12. Хрящевые кольца содержат:

- а) трахея
- б) гортань
- в) бронхи
- г) все перечисленное

13. Где по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы проецируется выход ветвей шейного сплетения?

- а) нижняя треть
- б) средняя треть
- в) верхняя треть
- г) граница верхней и средней трети

14. Что проходит в треугольнике Пирогова на шее?

- а) общая сонная артерия
- б) язычные артерия и вена
- в) подъязычный нерв
- г) блуждающий нерв

15. Как, по отношению к магистральным сосудам шеи, расположен блуждающий нерв ?

- а) спереди общей сонной артерии
- б) медиальнее общей сонной артерии
- в) снаружи внутренней яремной вены
- г) между общей сонной артерией и внутренней яремной веной

16. К мышцам вдоха относятся:

- а) зубчатые
- б) внутренние межреберные
- в) большие и малые грудные
- г) грудино-ключично-сосцевидная
- д) диафрагма
- е) мышцы передней брюшной стенки
- ж) наружные межреберные
- з) лестничная
- и) широчайшая мышца спины

17. За счет каких факторов происходит пассивный выдох?

- а) эластического сопротивления легких
- б) перистальтики кишечника
- в) сдавления органов брюшной полости
- г) эластического сопротивления реберных хрящей грудной клетки
- д) сокращение мышц передней брюшной стенки

18. Какова роль сурфактанта ?

- а) способствует вдоху
- б) снижает поверхностное натяжение
- в) обладает бактериостатическим эффектом
- г) препятствует ателектазу
- д) регулирует скорость кровотока в легких

19. Отрицательное давление в плевральной полости обусловлено

- а) эластической тягой легких
- б) сокращением инспираторных мышц
- в) наличием серозной жидкости в плевральной полости

20. Жизненная емкость легких включает:

- а) остаточный объем

- б) резервный объем вдоха
- в) резервный объем выдоха
- г) дыхательный объем
- д) все перечисленное

21. Первичный спонтанный пневмоторакс это:

- а) первый в жизни пациента эпизод спонтанного пневмоторакса, независимо от характера пневмоторакса
- б) спонтанный пневмоторакс, развившийся у человека без каких-либо заболеваний лёгких
- в) спонтанный пневмоторакс, развившийся у пациента, страдающего ХОБЛ
- г) впервые развившийся травматический пневмоторакс без наличия костной травмы
- д) пневмоторакс, развившийся на фоне физического напряжения

22. При первом эпизоде спонтанного пневмоторакса и наличии большого по объёму пневмоторакса показано:

- а) выполнение КТ
- б) выполнение экстренной торакоскопии
- в) дренирование плевральной полости
- г) неотложная торакотомия
- д) рентгенография груди каждые 3 часа

23. Оптимальным объёмом хирургической операции при наличии булл является:

- а) торакотомия, лобэктомия
- б) видеоторакоскопия, санация, прицельное дренирование плевральной полости
- в) пункционный плевродез тальком или доксициклином
- г) торакоскопическая лобэктомия
- д) торакоскопия, краевая резекция лёгкого, париеетальная плеврэктомия

24. Операция плеврэктомии при спонтанном пневмотораксе наиболее целесообразна и оправдана при:

- а) одиночный булле с субплевральным расположением
- б) рецидивирующем пневмотораксе, обусловленном диффузной буллезной эмфиземой
- в) спонтанном пневмотораксе, осложнённом эмпиемой плевры
- г) апикальном спонтанном пневмотораксе после ранее перенесенной операции
- д) первом эпизоде пневмоторакса с коллапсом легкого на 20%

25. Больному 27 лет. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

- а) сухой плеврит
- б) инфаркт миокарда
- в) тромбоэмболию ветвей легочной артерии
- г) спонтанный неспецифический пневмоторакс
- д) ущемленную диафрагмальную грыжу

26. Агенезия легкого диагностируется с помощью

- а) биохимических исследований;
- б) гистологических исследований;
- в) рентгенографии;
- г) спирометрии

27. Бронхоскопические изменения при агенезии легких включает в себя

- а) гнойный эндобронхит;
- б) деформация бронхов;
- в) полное отсутствие бронха;
- г) сохранение рудимента бронха.

28. В основе синдрома Вильямса-Кэмпбелла лежит

- а) нарушение строения мышечной части бронхов
- б) полное отсутствие или нарушение строения хрящевой основы бронхов 2-6 порядков
- в) порок крупных сосудов;
- г) приобретенные бронхоэктазы.

29. Ведущими клиническими проявлениями синдрома Вильямса-Кэмпбелла являются

- а) инфекционный процесс в бронхолегочной системе;
- б) проксимальные бронхоэктазы;
- в) синдром ранней реполяризации желудочков;
- г) стойкий обструктивный синдром

30. Для агенезии легких характерно

- а) обратное расположение внутренних органов;
- б) полное отсутствие легочных структур
- в) хронический бронхит с бронхоэктазами
- г) все перечисленное

31. Осложнения лобарной эмфиземы включают в себя

- а) дыхательную недостаточность
- б) кровотечения из сосудов трахеи и бронхов
- в) пневмоторакс
- г) судорожный синдром

32. Секвестрация легкого – это

- а) аномальный участок легочной ткани, не связанный с бронхиальной системой, имеющий автономное кровообращение
- б) добавочная доля легкого
- в) отсутствие доли легкого

33. Эмфизема мягких тканей шеи при ранениях I зоны может быть признаком повреждения:

- а) трахеи
- б) легкого
- в) пищевода
- г) бронхов
- д) всего перечисленного

34. Пропущенные ранения полых органов шеи приводят к развитию:

- а) флегмоны шеи
- б) абсцедирующей пневмонии
- в) гнойного медиастинита
- г) эмпиемы плевры
- д) все перечисленное

35. Что должно включать в себя рентгенологическое исследование при ранениях шеи?

- а) обзорная рентгенография шеи

- б) обзорная рентгенография груди
- в) рентгеноконтрастное исследование глотки и пищевода
- г) только 1 и 2
- д) все выше перечисленное

36. Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:

- а) кровохарканье
- б) гемоторакс
- в) пневмоторакс
- г) затенение легкого при рентгенологическом исследовании
- д) гемопневмоторакс

37. Как следует ушивать перикард при операциях по поводу ранений сердца:

- а) не ушивается
- б) резецируется
- в) частыми швами
- г) непрерывным швом
- д) редкими швами с оставлением дренажного «окна»

38. При напряженном пневмотораксе показано:

- а) ИВЛ
- б) Немедленное дренирование плевральной полости
- в) Срочная торакотомия
- г) Торакоскопия
- д) Трахеостомия

39. Как следует ушивать перикард при операциях по поводу ранений сердца:

- а) не ушивается
- б) резецируется
- в) частыми швами
- г) непрерывным швом
- д) редкими швами с оставлением дренажного «окна»

40. При выраженном рефлюкс-эзофагите, обусловленном грыжей пищеводного отверстия диафрагмы показано следующее оперативное лечение:

- а) операция Геллера
- б) кардиофундопликация по Ниссену
- в) селективная проксимальная ваготомия
- г) кардиофундопексия
- д) крурорафия

41. Какие осложнения возможны при рубцовой стриктуре пищевода:

- а) хронический эзофагит
- б) кровотечение
- в) рак пищевода
- г) полипоз пищевода
- д) перфорация пищевода

42. Для диагностики повреждения пищевода применяют:

- а) рентгеноскопию с контрастированием
- б) томографию средостения
- в) эзофагоскопию

- г) торакоскопию
- д) селективную ангиографию

43. Наиболее частая причина развития острого медиастинита:

- 1. Разрыв пищевода
- 2. Хирургическое вмешательство
- 3. Гнойный лимфаденит с распространением процесса
- 4. Распространение гнойных процессов с шеи
- 5. Вовлечение средостения в туберкулезный процесс или грибковое поражение при заболеваниях легких

44. Что не является ранним (первичным) симптомом химического ожога пищевода?

- а) боль во рту, глотке
- б) рвота
- в) гиперемия, отек слизистой рта
- г) следы ожога губ, кожи лица
- д) гипотрофия

45. Для гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не характерно

- а) изжога
- б) боль в эпигастральной области
- в) диарея
- г) кашель по утрам

46. Неспецифическая эмпиема плевры, это:

- а) парапневмонический экссудативный плеврит
- б) хилезный/псевдохилезный экссудат в плевральной полости
- в) неспецифический экссудативный бактериальный гнойный плеврит
- г) скопление геморрагического экссудата в плевральной полости

47. Основными факторами возникновения эмпиемы плевры являются:

- а) наличие жидкости в плевральной полости и ее инфицирование
- б) нарушение функции внешнего дыхания
- в) курение
- г) любой патологический процесс в легком

48. Пиопневмоторакс, как вид эмпиемы плевры, это:

- а) любая распространенная эмпиема плевры
- б) закрытая эмпиема плевры с деструкцией легочной ткани
- в) хроническая эмпиема плевры
- г) острая открытая эмпиема плевры с бронхоплевральным сообщением на фоне гнойно-деструктивного процесса в легком

49. Основным критерием хронической эмпиемы плевры является:

- а) утолщение костальной плевры с нарушением функции внешнего дыхания
- б) наличие очага хронической инфекции в легком
- в) стойкая остаточная плевральная полость с наличием источника, поддерживающего воспаление
- г) наличие жидкости в плевральной полости

50. Плеврорегочная полость это:

- а) пристеночное скопление экссудата в плевральной полости
- б) субплевральный абсцесс грудной стенки

в) большой субкортикальный, пристеночный абсцесс легкого, наружная стенка которого представлена костальной плеврой

4) ограниченный паракостальный пневмоторакс

51. Причиной прямого закрытого повреждения диафрагмы является:

а) внезапное повышение внутрибрюшного давления

б) внезапное повышение внутриплеврального давления

в) выступающие в плевральную полость отломки «нижних ребер» при переломах

г) колото-резаное ранение груди

52. Причиной дислокации органов брюшной полости в плевральную при разрывах диафрагмы являются:

а) переполнение полых органов брюшной полости

б) множественные переломы ребер

в) разность давления в плевральной и брюшной полости

г) все перечисленное

53. Признаки релаксации диафрагмы:

а) высокое расположение диафрагмы на рентгенограмме до 2-3 ребра (счет спереди)

б) высокое расположение органов брюшной полости

в) диафрагма полностью прослеживается на всем протяжении при УЗИ

г) все перечисленное

54. Основным показанием к операции при релаксации диафрагмы является:

а) выраженные нарушения ФВД

б) высокое расположение диафрагмы

в) компрессия легкого

г) высокое расположение желудка

55. К каким грыжам относятся грыжа Богдалека, грыжи Морганьи и Ларрея

а) ложные врожденные грыжи

б) истинные грыжи слабых зон диафрагмы

в) истинные грыжи атипичной локализации

г) грыжи естественных отверстий диафрагмы

56. Что относится к способам консервативного лечения хилоторакса?

а) диета, парентеральное питание

б) пункции плевральной полости

в) фармакотерапия

г) плевродез

д) все перечисленное

57. У пациента за сутки при кашле выделилось 150 мл крови? Какова степень легочного кровотечения по классификации Е.Г. Григорьева?

а) 1а

б) 1б

в) 1в

г) II б

д) III а

58. Основные причины легочных кровотечений:

а) туберкулез легких

- б) острые деструктивные процессы в легких и бронхах
- в) онкологические процессы
- г) ранения легких и бронхов
- д) все перечисленное

59.Эндоскопические способы гемостаза при легочных кровотечениях:

- а) бронхиальный лаваж кровоточащего бронха
- б) коагуляция видимого источника кровотечения
- в) окклюзия бронха (установка бронхоблокатора)
- г) эгдобронхиальное введение гемостатических препаратов
- д) все перечисленное

60.При обследовании у пациента выявлен плоскоклеточный рак верхней доли левого легкого, размерами по данным КТ 3,5 см. При ФБС отмечается инфильтрация левого главного бронха на расстоянии 1см от карины. Лимфатические узлы легких и средостения не увеличены. Экстраторакальной очаговой патологии не выявлено. Какую стадию по TNM вы поставите:

- а) T2aN0M0
- б) T2vNxM0
- в) T3NxM0
- г) T3N0M0
- д) T2aNxM0

61.У пациента по данным обследования выявлена опухоль S6 правого легкого, размерами 2,5 см. Лимфатические узлы трахеобронхиальной группы справа увеличены до 1,5 см. По данным ФБС – патологии не выявлено, однако при трансbronхиальной биопсии выявлены признаки мелкоклеточного рака. Какое лечение вы порекомендуете пациенту?

- а) нижняя лобэктомия без лимфодиссекции
- б) нижняя лобэктомия с лимфодиссекцией
- в) полихимиотерапия
- г) сегментэктомия с лимфодиссекцией
- д) пневмонэктомия с лимфодиссекцией

62.Что нельзя отнести к преимуществам миниинвазивных хирургических вмешательств на легких (торакоскопия, VATS) по сравнению с открытыми хирургическими вмешательствами:

- а) радикальность операции
- б) отсутствие необходимости использования ранорасширителей
- в) низкую травматичность доступа
- г) ранние сроки реабилитации
- д) менее выраженный болевой синдром после операции

63.Прорастание в какую структуру НЕ повышает стадию опухолевого процесса до T3:

- а) грудную стенку
- б) диафрагму
- в) медиастинальную плевру
- г) висцеральную плевру
- д) перикард

64.При наличии большой гистологически не верифицированной опухоли средостения с признаками сдавления трахеи и стридором, первоочередной задачей является:

- а) хирургическая верификация диагноза

- б) проведение химиотерапии без верификации диагноза
- в) восстановление просвета трахеи
- г) радикальное хирургическое удаление опухоли
- д) проведение лучевой терапии без верификации диагноза

65. При какой форме рака легкого наблюдается триада Горнера и боль по ходу плечевого сплетения?

- 1.эндобронхиальной
- 2.перибронхиальной
- 3.пневмониеподобной
- 4.раке Пенкоста
- 5.круглой (шаровидной) опухоли

Правильный ответ: 4

66. Как происходит заражение человека эхинококком?

- а) попадание личинки эхинококка на кожу
- б) при употреблении копченого мяса и рыбы
- в) проглатывание личинки эхинококка
- г) проглатывание яиц эхинококка
- д) вдыхание пыли с яйцами эхинококка

67.Как распространяется эхинококк в организме человека?

- а) по кишечнику
- б) по кровеносным сосудам
- в) по мочевыводящим путям
- г) по межфасциальным пространствам
- д) по желчевыводящим путям

68. Укажите специфические серологические реакции при эхинококкозе:

- а) проба Видаля
- б) проба Кацони
- в) реакция Манту
- г) реакция латекс-агглютинации
- д) проба Анфилюгова

69. Причины развития плеврального амебиоза

- а) распространение амёб по лимфатическим сосудам
- б) распространение амёб по кровеносным сосудам
- в) попадание амёб в дыхательные пути
- г) в результате прорыва амёбного абсцесса печени через диафрагму
- д) все перечисленное

70. Показаниями к хирургическому лечению легочных форм парагонимоза являются следующие осложнения:

- а) плевральные шварты, сопровождаемые ограничением подвижности диафрагмы и легкого
- б) пневмоторакс
- в) постоянное кровохарканье или повторяющиеся легочные кровотечения
- г) абсцессы легкого, эмпиема плевры
- д) безуспешность консервативной терапии и прогрессирующая легочная недостаточность
- е) все перечисленное

71. Какой метод подходит для окончательной верификации диагноза хронического легочного аспергиллеза?

- а) КТ органов грудной клетки
- б) микробиологическое исследование мокроты
- в) серологическое исследование (IgG, IgE специфические к грибам рода *Aspergillus*)
- г) бронхоальвеолярный лаваж с микроскопией, посевом на микологические среды и исследованием галактоманнана)

72. Для каких видов хронического легочного аспергиллеза наиболее эффективно хирургическое лечение:

- а) аспергиллома
- б) хронический фиброзирующий аспергиллез
- в) нодулярный аспергиллез
- г) подострый инвазивный аспергиллез
- д) аллергический бронхолегочный аспергиллез

73. Эмфизема мягких тканей шеи при ранениях I зоны может быть признаком повреждения:

- а) трахеи
- б) легкого
- в) пищевода
- г) бронхов
- д) всего перечисленного

74. Пункционный метод лечения эмпиемы плевры обоснован при:

- а) любом виде эмпиемы плевры как начальный метод лечения
- б) ограниченной эмпиеме с бронхо-плевральным свищом
- в) только ограниченной эмпиеме плевры
- г) закрытой эмпиеме плевры небольшого (менее 300 мл) объема

75. Показаниями к торакастомии являются:

- а) распространенная деструкция легкого с эмпиемой плевры и невозможностью ее санации дренажным способом
- б) легочные деструкции с эмпиемой плевры и обширным нагноением раны грудной стенки
- в) распространенная эмпиема плевры со свищами и выраженной гнойной интоксикацией при неэффективности дренажного способа лечения
- г) все перечисленное

76. Наиболее оптимальной точкой для дренирования плевральной полости при эмпиеме плевры с бронхоплевральным свищом является:

- а) любая точка грудной стенки
- б) пятое межреберье по среднеподмышечной линии
- в) второе межреберье по среднеключичной линии
- г) самая нижняя точка остаточной плевральной полости

77. У больного при промывании плевральной полости раствором антисептика через дренаж возник кашель с «привкусом лекарства во рту». О чем это говорит:

- а) о коллабировании легкого вводимым промывным раствором
- б) о наличии бронхо-плеврального сообщения
- в) о непереносимости антисептического препарата

г) не имеет диагностического значения

78. Эндоскопическая картина изменений в плевральной полости при эмпиеме плевры характеризуется:

- а) наличием гнойного экссудата
- б) гнойно-фибринозные наложения на поверхности париетальной и висцеральной плевры
- в) утолщенная и ригидная париетальная и висцеральная плевро
- г) все из перечисленного в зависимости от стадии воспалительного процесса

79. Стандартной точкой для введения первого торакопорта в плевральную полость для торакоскопии при эмпиеме плевры является:

- а) V межреберье по средней подмышечной линии
- б) V межреберье по передней подмышечной линии
- в) нет стандартной точки; торакоцентез необходимо выполнять в месте наибольшего расхождения листков париетальной и висцеральной плевры, исходя из локализации и распространенности эмпиемы
- г) VI межреберье по задней подмышечной линии

80. Особенности торакоскопии при ограниченном гнойно-воспалительном процессе в плевре:

- а) повышенная кровоточивость тканей
- б) трудности четкого определения анатомических границ
- в) работа в ограниченном пространстве
- г) все из перечисленного

7.2. Примеры практических заданий (1 этап)

1. Пункция плевральной полости.
2. Дренирование плевральной полости.
3. Непрямой массаж сердца.
4. Катетеризация центральных вен.
5. Определение группы и Rh-принадлежности крови (индивидуальной совместимости).
6. Трахеостомия.
7. Коникотомия.
8. Первичная хирургическая обработка ран
9. Трахеостомия
10. Плевродез
11. Пункция плевральной полости с морфологическим и бактериологическим исследованием полученного содержимого.
12. Дренирование переднего и заднего средостения
13. Вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон.
14. Закрытая пункционная биопсия патологических образований грудной стенки, шеи и пристеночно расположенных полостей и объемных образований плевральной полости
15. Открытая биопсия патологических образований грудной стенки, плевральной полости, средостения, шеи.
16. Овладение техникой видеоторакоскопии
17. Овладение методикой наложения вакуумных повязок
18. Цервикотомия
19. Резекция ребра
20. Резекция грудины
21. Стернотомия

22. Торакотомия
23. Ушивание раны легкого
24. Декортикация легкого
25. Плеврэктомия
26. Атипичная резекция легкого
27. Лобэктомия
28. Пульмонэктомия
29. Бужирование пищевода
30. Баллонная дилатация пищевода
31. Ушивание дефекта пищевода
32. Наложение гастро- и еюностомы
33. Стволовая ваготомия
34. Наложение гастроэнтероанастомоза
35. Резекция желудка
36. Эзофагокардиомиотомия
37. Фундопликация в различных модификациях
38. Ушивание раны сердца
39. Остановка кровотечения из крупных сосудов грудной полости

7.3. Примерные вопросы, выносимые на государственный экзамен (2 этап)

1. Первичный спонтанный пневмоторакс: определение, причины развития. Лечебная тактика при первичном спонтанном пневмотораксе.
2. Классификации рубцовых сужений трахеи.
3. Принципы лечения пациентов с 0–Ib стадиями НМРЛ
4. Оценка тяжести лёгочного кровотечения.
5. Лимфангиолейомиоматоз общая характеристика заболевания. Характерные осложнения ЛАМ, требующие паллиативного хирургического вмешательства. Радикальное лечение ЛАМ.
6. Карциноидные опухоли лёгких. Особенности течения и хирургического лечения.
7. Жизнеугрожающие лёгочные кровотечения: понятие, лечебно-диагностическая тактика.
8. «Слабые места» диафрагмы. Грыжи «слабых мест» диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение.
9. Релаксация диафрагмы. Патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика. Классификация Б.В. Петровского. Показания к хирургическому лечению.
10. Кистозный фиброз лёгкого. Общая характеристика заболевания. Наиболее часто встречающееся осложнение, требующие хирургического лечения и способ его устранения. Радикальное лечение.
11. Тактика при I – IIIA стадии НМРЛ.
12. Лечебная тактика при жизнеугрожающем лёгочном кровотечении.
13. Обоснуйте лечебную тактику у пострадавшего с разрывом диафрагмы через 2 месяца после травмы.
14. Гистиоцитоз Лангерганса. Общие сведения о заболевании, факторы, предрасполагающие его развитию. Хирургические осложнения и методы их устранения.
15. Адьювантная и неоадьювантная терапия: показания и противопоказания.
16. Кровотечение из малого круга кровообращения. Характеристика и основные направления диагностики и лечения.
17. В чём различия первичного и вторичного спонтанного пневмоторакса по этиологии и лечебной тактике?
18. Показания к этапным реконструктивно-пластическим вмешательствам при сужениях трахеи.

19. Дивертикулы пищевода, классификация, диагностика, традиционные и современные методы лечения.
20. Кровотечения из большого круга кровообращения. Характеристика и основные направления диагностики и лечения.
21. Дайте определение рецидива спонтанного пневмоторакса. Лечебная тактика при рецидиве СП.
22. Эндоваскулярное лечение лёгочных кровотечений. Показания, противопоказания
23. У пациента с периферической аденокарциномой правого лёгкого диаметром 22 мм, при ПЭТ КТ выявлено увеличение нижних трахеальных узлов до 12 мм, SUV – 5,3. Определите стадию процесса и обоснованную лечебную тактику.
24. Сформулируйте показания и противопоказания к хирургическому лечению у больных с диффузной гетерогенной эмфиземой лёгких.
25. Бронхогенные кисты лёгких: источник формирования, типичные локализации, структура. Хирургическое лечение.
26. Жизнеугрожающее лёгочное кровотечение. Источник, лечебно-диагностическая тактика.
27. Торако-абдоминальные ранения: классификация, диагностика, лечебная тактика.
28. Флотирующие переломы рёбер: механизм развития, патогенез дыхательной недостаточности. Способы лечения ФПР.
29. Что такое плевродез. Виды плевродеза. Основные показания к выполнению плевродеза. Техника выполнения плевродеза доксициклином.
30. Экссудативный плеврит. Диагностика и дифференциальная диагностика плевритов. плевритов. Виды плевритов.
31. Каковы принципы и цели лечения пациентов с IV стадией НМРЛ?
32. Цистный эхинококкоз лёгких. Принципы хирургического лечения.
33. Релаксация купола диафрагмы, этиология, клиника, диагностика, лечение.
34. Дивертикул глоточно-пищеводного перехода. Патогенез, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
35. Основные направления терапии IIIA стадии НМРЛ.
36. Свернувшийся гемоторакс патогенез, диагностика, лечебная тактика.
37. Назовите экстренные и срочные показания для хирургической операции при спонтанном пневмотораксе.
38. Группы лимфатических узлов средостения.
39. Пищевод Баррета: определение, причины развития, клиника, диагностика, лечение.
40. Лёгочные секвестрации: патогенез, классификация, лечебная тактика.

7.4. Примерные ситуационные задачи.

Задача1.

Пациент 42 лет поступил в отделение с жалобами на общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, кашель с отхождением гнойной мокроты, подъем температуры тела. Ранее заболеваний легких не было. Курит. Заболел внезапно, 8 дней назад, когда после переохлаждения поднялась температура тела до 39°C, появился сухой кашель. За день до госпитализации отметил отхождение обильного количества гнойной мокроты, снижение температуры тела до 37,2°C. Состояние средней тяжести, в сознании. При кашле в положении на животе – отделяется гнойная мокрота. Кожные покровы горячие на ощупь. Температура тела 37,2°C. Пульс 96 уд. в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Дыхание справа в нижних отделах – ослаблено. Влажные хрипы в нижних отделах справа. ЧД – 19 мин. Общий анализ крови: гемоглобин – 125 г/л; лейкоциты – $12,6 \times 10^9/\text{л}$; СРБ – 85 мг/л. На обзорной рентгенограмме легких в прямой и правой боковой проекциях справа в проекции верхнего сегмента нижней доли определяется зона перифокальной воспалительной инфильтрации легочной ткани, в центре которой определяется с зона

разряжения до 4,0 см в диаметре с нечетким наружным контурами, в полости незначительное количество жидкости.

- 1) Сформулировать предварительный клинический диагноз.
- 2) Назначить и обосновать дополнительные методы обследования.
- 3) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 4) Какая оптимальная лечебная тактика в конкретном случае?

Задача 2.

Мужчина, 56 лет, доставлен бригадой СМП в приемное отделение стационара с жалобами на общую слабость, одышку при физической нагрузке, кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой и прожилками крови. Анамнез: со слов 3 месяца назад впервые находился на стационарном лечении по поводу «нагноения в легком». Выписан с улучшением. Каких-либо операций на легких не было. Медицинской документации не представил. После выписки из стационара отмечал периодический подъем температуры тела до 37,6°C, кашель со скудным отхождением гнойной мокроты. Постепенное ухудшение состояния в течение последней недели, когда поднялась температура тела до 37,8°C, возникла одышка при физической нагрузке, появился сухой, затем кашель с трудноотделяемой слизисто-гнойной мокротой и прожилками крови. Курит. Состояние средней тяжести, в сознании. При кашле отделяется скудное количество слизисто-гнойной мокроты. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,2°C. Пульс 88 уд. в мин. АД 120/85 мм рт. ст. Правая половина грудной клетки несколько отстает в акте дыхания. Дыхание везикулярное, в верхних отделах справа – ослаблено. Единичные сухие и влажные хрипы в верхних отделах справа. ЧД – 19 мин. Общий анализ крови: гемоглобин – 118 г/л; лейкоциты – $11,3 \times 10^9$ /л; сдвига лейкоцитарной формулы влево нет; СРБ – 40 мг/л. Рентгенография: справа – в средней и прикорневой зонах верхней доли определяется полость 6,1x8,0x5,3 см с толстыми стенками, неровным внутренним контуром и небольшим жидкостным содержимым. Воспалительной инфильтрации легочной ткани нет. В других отделах правого легкого и в левом легком – без патологии.

- 1) Сформулировать клинический диагноз.
- 2) Назначить дополнительные методы обследования.
- 3) Перечислить заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 4) Какая оптимальная лечебная тактика?

Задача 3.

Мужчина 36 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии с жалобами на постоянную боль в груди слева, усиливающуюся при дыхании, одышку в покое, сухой кашель, подъем температуры тела. Заболел внезапно, за две недели до поступления, когда после переохлаждения поднялась температура тела до 39°C, появился сухой кашель, одышка. Амбулаторно получал лечение по поводу предполагаемой левосторонней пневмонии. На фоне лечения состояние ухудшалось, нарастала одышка, сохранялась лихорадка, появилась боль в груди слева. Состояние тяжелое, в сознании. Положение вынужденное на левом боку. Кожные покровы горячие на ощупь. Температура тела 38,7°C. Пульс 122 уд. в мин. АД 105/70 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно – слева притупление звука. Дыхание слева – резко ослаблено. ЧД – 25 мин. Общий анализ крови: гемоглобин – 108 г/л; лейкоциты – $22,6 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 13%; СРБ – 106 мг/л. Рентгенография груди в вертикальном положении. Слева – субтотальное затенение левого легочного поля, наличие свободной жидкости с косой границей от уровня второго ребра, органы

средостения несколько смещены вправо. Справа – в легком без очаговых и инфильтративных изменений. Жидкости и газа в плевральной полости нет.

- 1) Сформулировать предварительный клинический диагноз.
- 2) Назначить и обосновать дополнительные методы обследования.
- 3) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 4) Какая оптимальная лечебная тактика?

Задача 4.

Женщина 30 лет года госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на постоянную боль в груди слева, усиливающуюся при дыхании, одышку в покое, кашель с отхождением гнойной мокроты в положении на правом боку, подъем температуры тела до 38,0°C. Анамнез: заболела внезапно, за две недели до поступления, когда после переохлаждения поднялась температура тела до 38,8°C, появился сухой кашель, одышка. Амбулаторно получала лечение по поводу правосторонней пневмонии. На фоне лечения состояние ухудшалось, сохранялась лихорадка, нарастала одышка появились постоянная боль в груди слева, кашель с гнойной мокротой. Состояние средней тяжести, в сознании. Положение вынужденное – полусидя. Кожные покровы горячие на ощупь. Температура тела 38,0°C. Пульс 118 уд. в мин. АД 110/75 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки несколько отстаёт в акте дыхания. Перкуторно – слева притупление звука в нижних отделах; в верхних – коробочный. Дыхание слева – резко ослаблено. ЧД – 23 мин. Общий анализ крови: гемоглобин – 99 г/л; лейкоциты – $19,2 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 18%; СРБ – 258 мг/л. Рентгенография груди. Слева – в плевральной полости газ до переднего отрезка четвертого ребра и широким горизонтальным уровнем жидкости; нижняя доля коллабирована, воздушность легочной ткани понижена.

- 1) Сформулировать предварительный клинический диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Назначить и обосновать основные методы обследования.
- 4) Назначить дополнительные методы обследования с целью уточнения этиологического фактора и характера патологического процесса.
- 5) Какая оптимальная лечебная тактика?

Задача 5.

Мужчина 36 лет госпитализирован в отделение торакальной с жалобами на боль в задних отделах груди справа, усиливающуюся при глубоком вдохе, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, подъем температуры тела до 37,8°C, наличие гнойного отделяемого из грудной стенки. Анамнез: около трех с половиной месяцев назад находился на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу правосторонней эмпиемы плевры. Выполнено дренирование правой плевральной полости. Проведено комплексное лечение с положительным эффектом, дренаж удален. Постепенное ухудшение состояния в течение последних двух недель, когда поднялась температура тела до 38,8°C, появилась боль в задних отделах груди справа, сухой кашель, за два дня до госпитализации отметил выделение гноя из грудной стенки справа в области ранее стоявшего плеврального дренажа. Состояние средней тяжести, в сознании. Кожные покровы бледно-розовые, теплые. Температура тела 37,8°C. Пульс 124 уд. в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах справа – ослаблено. ЧД – 19 мин. Местно: в восьмом межреберье справа по заднеподмышечной линии определяется кожное отверстие до 1,5 см в диаметре с неровными краями и незначительной перифокальной инфильтрацией мягких тканей; из отверстия поступает гнойное отделяемое.

Общий анализ крови: гемоглобин – 115 г/л; лейкоциты – $18,9 \times 10^9$ /л; палочкоядерные нейтрофилы – 12%; СРБ – 178 мг/л.

Рентгенография груди. Справа – в заднебазальном отделе паракостально определяется воздушная полость веретенообразной формы 11,0х8,2х7,1 см, костальная и висцеральная плевро утолщены, в полости – жидкость с горизонтальным уровнем.

- 1) Сформулировать предварительный клинический диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Назначить и обосновать дополнительные методы обследования.
- 4) Какая оптимальная лечебная тактика?

Задача 6.

Мужчина, 40 лет, доставлен бригадой СМП в приемное отделение стационара с жалобами на общую слабость, одышку в покое, кашель с отхождением обильного количества гнойной мокроты. Перед заболеванием в течении 5 дней злоупотреблял алкоголем. Заболел остро с повышения температуры тела до 40°C, озноба, болей в груди, рвоты. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно не лечился. Состояние ухудшалось, через 7 дней от начала заболевания стал откашливать гнойную мокроту, количество которой постепенно увеличилось до 300 мл в сутки, появились прожилки крови. Ранее заболеваний легких не было. Состояние тяжелое, в сознании. Кашель с гнойной мокротой грязно-серого цвета, гнилостным запахом на расстоянии. Кожные покровы землистого цвета, горячие на ощупь. Температура тела 39,6°C. Пульс 108 уд. в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Укорочение перкуторного звука справа над всем легочным полем. Дыхание справа – резко ослаблено. Влажные хрипы справа по всему легочному полю. ЧД – 26 мин. Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л; лейкоциты – $29,6 \times 10^9/\text{л}$; сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Вопрос: Какой из перечисленных диагнозов является наиболее вероятным?

- А. бронхоэктатическая болезнь в стадии деструкции
- Б. полисегментарная абсцедирующая пневмония
- В. гангрена легкого
- Г. цирроз легкого
- Д. абсцесс легкого с секвестрацией

Задача 7.

Мужчина, 56 лет, доставлен бригадой СМП в приемное отделение стационара с жалобами на боль в груди справа, одышку при физической нагрузке, подъем температуры тела, кашель с отхождением гнойной мокроты и прожилками крови. Два месяца назад выполнена операция: верхняя лобэктомия справа по поводу рака верхней доли правого легкого. Ранний послеоперационный период – без осложнений. Ухудшение состояния около 10 дней назад, когда усилилась одышка, появились боли в груди справа, кашель с отхождением слизистой, затем гнойной мокроты. Состояние средней тяжести, в сознании. Температура тела 37,4°C. Пульс 106 уд. в мин. АД 130/80 мм рт. ст. Правая половина грудной клетки несколько отстаёт в акте дыхания. Дыхание в верхних отделах справа – резко ослаблено. ЧД – 19 мин. В четвертом межреберье справа – окрепший послеоперационный рубец без признаков воспаления. Общий анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; лейкоциты – $11,6 \times 10^9/\text{л}$; СРБ – 80 мг/л.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: правое легкое уменьшено в объеме за счет отсутствия верхней доли. Апикально определяется воздушная полость 10,2х7,5 см, содержащая жидкость с широким уровнем на половину объема полости. Легочный рисунок средней и нижней долей усилен. В области корня легкого – цепочки металлических швов. Левое легкое без очаговых и инфильтративных изменений.

Врачом приемного отделения поставлен предварительный диагноз: свищ культи верхнедолевого бронха справа с эмпиемой плевры.

Вопрос: Какой уточняющий метод исследования целесообразен?

- А. фиброbronхоскопия
- Б. УЗИ плевральных полостей
- В. МСКТ органов грудной клетки
- Г. пункция правой плевральной полости
- Д. бронхография

Задача8.

Мужчина, 63 лет, госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на одышку при умеренной нагрузке, сердцебиение, боль в области послеоперационного рубца и за грудиной, подъем температуры тела до 37,7°C. Страдает сахарным диабетом 2 типа. Месяц назад больному выполнена операция: протезирование восходящей аорты из стернотомического доступа. Ранний послеоперационный период (на первые сутки) осложнился кровотечением, что потребовало выполнения рестернотомии, остановки кровотечения. Выписан с улучшением. Ухудшение состояния около шести дней, когда появились вышеуказанные жалобы. Состояние средней тяжести, в сознании. Температура тела 37,9°C. Кожные покровы чистые. Пульс 108 уд. в мин. АД 110/75 мм рт. ст. Тоны сердца равномерно приглушены. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, не физиологическая подвижность грудины. Дыхание везикулярное с обеих сторон. Хрипов нет. ЧД – 19 в мин. Местно: по срединной линии от яремной вырезки до мечевидного отростка атрофический послеоперационный рубец длиной 26 см с участками гиперемии. Диастаз грудины до 2,0 см на вдохе. Пальпация грудины болезненная. В нижней трети кожного рубца – свищевое отверстие до 0,4 см, из которого поступает гнойное отделяемое. Общий анализ крови: гемоглобин–101 г/л; лейкоциты–16,8х10⁹/л; палочкоядерные нейтрофилы – 12%; СРБ – 165 мг/л.

МСКТ органов грудной клетки с ангиографией сосудов: на всем протяжении определяется диастаз грудины до 2,0 см. Клетчатка переднего средостения уплотнена с наличием жидкостного содержимого плотностью 15-20 НУ. Признаки остеомиелита грудины и передних отростков 3-6 ребер с обеих сторон.

Поставлен диагноз: послеоперационный распространенный медиастинит, остеомиелит грудины и ребер. Определены показания к хирургическому лечению.

Вопрос: Какая оптимальная хирургическая тактика?

- А. хирургическая обработка гнойного очага, открытое ведение раны до полного заживления вторичным натяжением
- Б. хирургическая обработка гнойного очага, закрытое проточно-аспирационное дренирование
- В. хирургическая обработка гнойного очага, с одномоментным замещением дефекта тканей мышцами груди или/и большим салъником
- Г. хирургическая обработка гнойного очага, открытое ведение раны до очищения с последующим пластическим закрытием тканевого дефекта

Задача9.

Мужчина 35 лет, находится на стационарном лечении в отделении торакальной хирургии с диагнозом: двусторонняя полисегментарная септическая пневмония, осложненная правосторонней распространенной закрытой эмпиемой плевры. 9 сутки пребывания в стационаре. Проводиться комплексное лечение, антибактериальная терапия, санация

правой плевральной полости через дренаж с положительным результатом в виде улучшения общего самочувствия, снижения интоксикации, уменьшения количества и изменения характера (серозный) отделяемого из плевральной полости. Ухудшение состояния сутки назад, когда появились боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, озноб, усилилась одышка, поднялась температура тела до 39,6°C. Состояние тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь. Пульс 118 уд. в мин. Тоны сердца равномерно приглушены. АД 105/70 мм рт. ст. Дыхание ослабленное везикулярное с обеих сторон. Единичный сухой хрипы справа. ЧД – 24 мин. По плевральному дренажу – серозное отделяемое с фибрином, сброса воздуха нет. Общий анализ крови: гемоглобин – 105 г/л; лейкоциты – $25,6 \times 10^9/\text{л}$; палочкоядерные нейтрофилы – 12%; СРБ – 199 мг/л. В динамике – нарастание лейкоцитоза, СРБ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Рентгенография органов грудной клетки: в обоих легких – неоднородная воспалительная инфильтрация легочной ткани с наличием множественных «сухих» полостей распада от 1,0 до 2,0 см. Справа – в плевральной полости небольшое количество жидкости; в динамике – объем жидкости уменьшился. Дренаж в правой плевральной полости. Расширение тени сердца.

Заподозрен гнойный перикардит.

Вопрос: Какой диагностический метод исследования целесообразен в первую очередь?

- А. трансторакальная эхокардиография
- Б. чреспищеводная эхокардиография
- В. пункция перикарда
- Г. МСКТ органов грудной клетки
- Д. полипозиционная рентгеноскопия органов грудной клетки

Задача 10.

Мужчина 47 лет, обратился к хирургу клинко-диагностического отделения стационара с жалобами на постоянную боль в области послеоперационного рубца грудной клетки, гнойное отделяемое из послеоперационного рубца. Полтора месяца назад в отделении торакальной хирургии выполнена операция: плеврэктомиа, декорткация правого легкого из торакотомного доступа с резекцией ребра по поводу хронической эмпиемы плевры. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Ухудшение состояния около 8 дней назад, когда появились боль, припухлость в области послеоперационного рубца, поднялась температура тела до 37,3°C. Четыре дня назад отметил выделение гноя из области припухлости. Лечился самостоятельно, принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Припухлость исчезла, но сохраняется постоянная боль и гнойное отделяемое области рубца. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0°C. Пульс 78 уд. в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах справа несколько ослаблено. Хрипов нет. ЧД – 18 мин. Местно: в пятом межреберье справа – окрепший послеоперационный рубец длиной 18 см болезненный при пальпации; в передней трети рубца определяется свищевое отверстие с гиперемизированными краями, диаметром около 0,4 см и гнойным отделяемым.

Вопрос: Какой из перечисленных диагнозов является наиболее вероятным?

- А. лигатурный свищ грудной стенки
- Б. абсцесс мягких тканей грудной стенки
- В. остеомиелит ребра, свищевая форма
- Г. эмпиема плевры с плевро-кожным свищом
- Д. остеомиелит ребра с эмпиемой плевры