ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет

им. Х.М. Бербекова»

Центр дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки

и повышения квалификации медицинского факультета

(ЦДПО ПП и ПК КБГУ)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| СОГЛАСОВАНО |  | УТВЕРЖДАЮ |
| Заместитель министра здравоохранения КБР | Проректор КБГУ |
| к.м.н.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.О.Асанов | проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.М.Кумыков |
| «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |  | «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. |

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

по виду дополнительного профессионального образования –

**ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ**

Специальность **«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»**

Срок обучения: 144 часа

**2018**

Состав рабочей группы по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «***Торакальная хирургия***»

1. Мизиев Исмаил Алимович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заведующий кафедрой факультетской и эндоскопической хирургии, директор ЦДПО ПП и ПК ФГБОУ КБГУ;
2. Ахкубеков Рустам Анатольевич, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой непрерывного медицинского образования ЦДПО ПП и ПК ФГБОУ КБГУ;
3. Шогенова Фатима Мухамедовна кандидат медицинских наук, преподаватель высшей квалификационной категории вуза Федерального подчинения, преподаватель ЦДПО ПП и ПК КБГУ;
4. Гяургиева Оксана Хатиковна, доктор медицинских наук, профессор, преподаватель ЦДПО ПП и ПК КБГУ.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «***Торакальная хирургия***» обсуждена и одобрена на заседании Центра дополнительного профессионального образования, профессиональной переподготовки и повышения квалификации ФГБОУ «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова»

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г. Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_.

Директор ЦДПО ПП и ПК ФГБОУ «КБГУ им. Х.М. Бербекова»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., профессор Мизиев И.А.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «***Торакальная хирургия***» обсуждена и одобрена на заседании учебно-методического совета медицинского факультета (УМС МФ) КБГУ

«\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г. Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_.

Председатель УМС МФ КБГУ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ д.м.н., профессор Мизиев И.А.

©Мизиев И.А., ©ФГБОУ ВО КБГУ, 2018

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Данная программа позволяет совершенствовать имеющиеся и получать новые компетенции для профессиональной деятельности и повышать профессиональный уровень в рамках имеющейся квалификации, что соответствует положениям ст.76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (ФЗ 273 от 29.12.2012 г.): ч.1 «Дополнительное профессиональное образование направлено на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды»; ч.2: «Дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)»: ч.4: «Программа повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации».

Трудоемкость освоения – 144 академических часа.

Основными компонентами программы являются:

- цель программы;

- планируемые результаты обучения(планируемые результаты обучения соответствуют профессиональным стандартам, квалификационным характеристикам по соответствующим должностям, профессиям и специальностям);

- учебный план;

- учебно-тематический план;

- рабочие программы учебных модулей: «Основы социальной гигиены и организация службы социальной гигиены и организация службы торакальной хирургии», «Специальные дисциплины», «Региональный компонент социально-значимых болезней», «Медицина катастроф», «Занятия в симуляционном центре»;

- организационные условия реализации программы включают учебно-методическую документацию, учебно-методическую литературу, материально-техническую базу, оснащение учебных аудиторий, клинические базы, кадровое обеспечение реализации программы, Положение Центра ДПО ПП и ПК КБГУ;

- образцы оценочных материалов для проведения итоговой аттестации (вопросы к экзамену, примеры тестовых заданий и клинических задач).

В учебном плане указывается перечень изучаемых тем, трудоемкость, формы организации учебного процесса, виды контроля знаний и умений.

Обучение слушателей завершает итоговая аттестация по программе повышения квалификации врачей-торакальных хирургов посредством проведения экзамена для выявления теоретической и практической подготовки слушателей.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОЙ КВАЛИФИКАЦИИ И СВЯЗАННЫХ С НЕЙ ВИДОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ТРУДОВЫХ ФУНКЦИЙ И (ИЛИ) УРОВНЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Приказ Министерства здравоохранения, социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г.№541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

***2.1. Должностные обязанности.*** Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи. Проводит экспертизу временной нетрудоспособности, направляет пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу. Оформляет необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению. Проводит санитарно-просветительную работу с населением и больными. Составляет отчет о своей работе и проводит анализ ее эффективности.

***Должен знать***: ***2.2. Должен знать***:

1. Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;
2. Основы организации медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной;
3. Теоретические основы, принципы и методы диспансеризации;
4. Организационно-экономические основы деятельности врача торакального хирурга и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины;
5. Основы гигиены труда, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии;
6. Правовые аспекты медицинской деятельности;
7. Общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма;
8. Этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний;
9. Правила оказания неотложной медицинской помощи;
10. Основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;
11. Современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
12. Содержание и разделы торакальной хирургии как самостоятельной клинической дисциплины;
13. Задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение службы торакальной хирургии;
14. Правила оформления медицинской документации;
15. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы;
16. Принципы планирования деятельности и отчетности службы торакальной хирургии;
17. О территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации;
18. Вопросы связи хирургических торакальных заболеваний с профессией;
19. Правила санитарно-эпидемиологического режима;
20. Основы трудового законодательства;
21. Правила внутреннего трудового распорядка;
22. Правила по охране труда и пожарной безопасности.

***2.3. Требования к квалификации***

Высшее профессиональное образование по одной из специальностей «Лечебное дело», «Педиатрия» и послевузовское профессиональное образование-подготовка в клинической ординатуре по специальности «Торакальная хирургия» без предъявления требований к стажу работы.

***Дополнительное профессиональное образование***: повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

***Должности***: врач-торакальный хирург; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-торакальный хирург; врач приемного отделения (в специализированной медицинской организации или при наличии в медицинской организации соответствующего специализированного структурного подразделения).

***2.4. Характеристика универсальных и профессиональных компетенций, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Торакальная хирургия»***

В результате освоения программы у слушателей должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

***универсальные компетенции:***

-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

-готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

-готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

***профессиональные компетенции:***

*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 хирургических заболеваний органов грудной клетки, 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 пациентами с травмами и их последствиями и хирургической торакальной патологией (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 травматизме и хирургической торакальной заболеваемости (ПК-4);

*диагностическая деятельность:*

- готовность к диагностике травм и хирургических торакальных заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

*лечебная деятельность:*

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической торакальной помощи (ПК-7);

- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

*реабилитационная деятельность:*

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, не медикаментозной терапии и других методов у пациентов перенесших травмы грудной клетки и торакальной патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

*психолого-педагогическая деятельность:*

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике травм и заболеваний (ПК-10);

*организационно-управленческая деятельность:*

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

- готовность к проведению оценки качества оказания хирургической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

***2.5. Перечень знаний, умений и навыков врача-травматолога-ортопеда после завершения обучения***

*По окончании обучения врач торакальный хирург будет обладать знаниями:*

- основополагающие характеристики врачаторакального хирурга, принятые профессиональными организациями;

- обязательные компетенции врачаторакального хирурга;

- новейшие формы организации службы торакальной хирургии в современном мире;

- модели организации учреждений первичной медико-санитарной помощи;

- основные принципы обязательного медицинского страхования, права и обязанности застрахованных граждан;

- определение и основные принципы доказательной медицины;

- принципы критической оценки качества научных исследований по диагностике, лечению и прогнозу заболеваний;

- принципы разработки клинических рекомендаций.

*По окончании обучения врач торакальный хирург будет обладать умениями:*

- интерпретировать результаты современных лабораторных тестов и делать по ним заключения;

- проводить диагностику и дифференциальную диагностику с учетом всего комплекса клинических, лабораторных, инструментальных данных;

- определять степень поражения органов-мишеней и воздействовать на скорость и интенсивность прогрессирования их поражения;

- оценивать отдаленные риски развития осложнений в зависимости от возраста и половых различий;

- формулировать диагноз с учетом МКБ-10 и национальных рекомендаций;

- использовать в лечении средства с доказанным политропным или класс специфическим действием, используя данные доказательной медицины;

- применять знания по фармакокинетике и взаимодействию этих средств с лекарственными препаратами других групп;

- оказывать неотложную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.

*По окончании обучения врач торакальный хирург будет владеть навыками:*

*профилактическая деятельность:*

- предупреждение возникновения хирургических заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях травматизма и хирургической заболеваемости органов грудной клетки различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;

*диагностическая деятельность:*

- диагностика травм, заболеваний и патологических состояний пациентов;

- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

*лечебная деятельность:*

- оказание торакальной хирургической помощи пациентам;

- участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

*реабилитационная деятельность:*

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов после травм и заболеваний органов грудной клетки;

*психолого-педагогическая деятельность:*

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

*организационно-управленческая деятельность:*

- применение основных принципов организации оказания торакальной хирургической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- создание в медицинских организациях торакального хирургического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях и ее структурных подразделениях;

- организация проведения медицинской экспертизы;

- участие в организации оценки качества оказания торакальной хирургической помощи пациентам;

- соблюдение основных требований информационной безопасности.

3. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация проводится в форме сертификационного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача торакального хирурга в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Торакальная хирургия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации и сертификат специалиста.

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

**«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРУГИЯ»**

**Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Торакальная хирургия» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи торакальные хирурги стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

**Форма обучения: очная**

**Режим занятий**: 6 часов в день

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** | | |
| **лекции** | **практ.** | **сам.**  **работа** |
| Модуль **1** | **Вопросы организации здравоохранения и оказания помощи по торакальной хирургии в РФ** | **24** | **8** | **16** | **-** |
| 1.1 | Организация помощи по торакальной хирургии в РФ. Организация работы структурных подразделений в лечебно-профилактических учреждениях грудной хирургии | 4 | 2 | 2 | - |
| 1.2. | Медицинское страхование в торакальной хирургии | 2 | - | 2 | - |
| 1.3. | Медицинская деонтология и врачебная этика в торакальной хирургии | 2 | - | 2 | - |
| 1.4. | Санитарно-противоэпидемические нормы в торакальной хирургии. Безопасность врача-торакального хирурга на рабочем месте. Индивидуальные средства защиты врача-торакального хирурга | 4 | 2 | 2 | - |
| 1.5. | Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Правила работы с ВИЧ-инфицированными пациентами | 8 | 2 | 6 | - |
| 1.6. | Профилактика социально-значимых заболеваний. Туберкулез | 4 | 2 | 2 | - |
|  |  |  |  |  |  |
| Модуль 2 | Общие вопросы торакальной хирургии | **16** | **2** | **14** | - |
| 2.1. | Общие принципы обследования торакальных хирургических больных | 4 | - | 4 | - |
| 2.2. | Послеоперационная интенсивная терапия у торакальных хирургических больных | 6 | - | 6 | - |
| 2.3. | Осложнения послеоперационного периода и их лечение у торакальных хирургических больных | 6 | 2 | 4 | - |
| Модуль 3 | Частные вопросы торакальной хирургии | 82 | 36 | 46 | **-** |
| 3.1. | Хирургия молочной железы | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.2. | Хирургия грудной стенки | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.3. | Хирургия лёгких | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.4. | Хирургия плевры | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.5. | Хирургия перикарда | 8 | 4 | 4 | - |
| 3.6. | Хирургия средостения | 8 | 4 | 4 | - |
| 3.7. | Хирургия пищевода | 10 | 4 | 6 | - |
| 3.8. | Хирургия диафрагмы | 8 | 4 | 4 | - |
| 3.9. | Торакоскопия в грудной хирургии | 8 | 4 | 4 | - |
| Модуль 4 | Вопросы смежных дисциплин | 12 | 2 | 10 | **-** |
| 4.1. | Анестезиологическое обеспечение операций в торакальной хирургии | 4 | 2 | 2 | - |
| 4.2. | Торакоабдоминальные ранения и их диагностика и лечение | 4 | - | 4 | - |
| 4.3. | Реабилитация больных после торакальных операций | 4 | - | 4 | - |
| Модуль 5 | Симуляцинно-тренинговое обучение | 10 | **-** | **10** | - |
| 5.1. | Отработка практических навыков по сердечно-легочной реанимации | 4 | - | 4 | - |
| 5.2. | Отработка практических навыков микро-инвазивных хирургических вмешательств в торакальной хирургии | 6 | - | 6 | - |
|  | Итоговая аттестация |  |  |  |  |
|  | **Итого:** | **144** | **48** | **96** | **-** |

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

**«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»**

**Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Торакальная хирургия» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи торакальные хирургия стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

**Форма обучения: очная**

**Режим занятий**: 6 часов в день

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** | | |
| **лекции** | **практ.** | **сам.**  **работа** |
| Модуль 1 | Вопросы организации здравоохранения и оказания помощи по торакальной хирургии в РФ | 24 | 8 | 16 | - |
| Модуль 2 | Общие вопросы торакальной хирургии | 16 | 2 | 14 | - |
| Модуль 3 | Частные вопросы торакальной хирургии | 82 | 36 | 46 | - |
| Модуль 4 | Вопросы смежных дисциплин | 12 | 2 | 10 | - |
| Модуль 5 | Симуляционно-тренинговое обучение | 10 | - | 10 | - |
|  | Итоговая аттестация |  |  |  |  |
|  | **Итого:** | **144** | **48** | **96** | **-** |

**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН**

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

**«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»**

**Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Торакальная хирургия» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи торакальные хирурги стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

**Форма обучения: *очно-заочная***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** | | |
| **лекции** | **пракзан.** | **сам.**  **работа** |
| Модуль **1** | **Вопросы организации здравоохранения и оказания помощи по торакальной хирургии в РФ** | **24** | **2** | **4** | **18** |
| 1.1 | Организация помощи по торакальной хирургии в РФ. Организация работы структурных подразделений в лечебно-профилактических учреждениях грудной хирургии | 4 | - | - | 4 |
| 1.2. | Медицинское страхование в торакальной хирургии | 2 | - | - | 2 |
| 1.3. | Медицинская деонтология и врачебная этика в торакальной хирургии | 2 | - | - | 2 |
| 1.4. | Санитарно-противоэпидемические нормы в торакальной хирургии. Безопасность врача торакального хирурга на рабочем месте. Индивидуальные средства защиты врача торакального хирурга | 4 | - | 2 | 2 |
| 1.5. | Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Правила работы с ВИЧ-инфицированными пациентами | 8 | 2 | - | 6 |
| 1.6. | Профилактика социально-значимых заболеваний. Туберкулез | 4 | - | 2 | 2 |
|  |  |  |  |  |  |
| Модуль 2 | Общие вопросы торакальной хирургии | **16** | **-** | **4** | **12** |
| 2.1. | Общие принципы обследования торакальных хирургических больных | 4 | - | 2 | 2 |
| 2.2. | Послеоперационная интенсивная терапия у торакальных хирургических больных | 6 | - | 2 | 4 |
| 2.3. | Осложнения послеоперационного периода и их лечение у торакальных хирургических больных | 6 | - | - | 6 |
| Модуль 3 | Частные вопросы торакальной хирургии | 82 | 10 | 8 | **64** |
| 3.1. | Хирургия молочной железы | 10 | - | 2 | 8 |
| 3.2. | Хирургия грудной стенки | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.3. | Хирургия лёгких | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.4. | Хирургия плевры | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.5. | Хирургия перикарда | 8 | 2 | - | 6 |
| 3.6. | Хирургия средостения | 8 | - | 2 | 6 |
| 3.7. | Хирургия пищевода | 10 | 2 | - | 8 |
| 3.8. | Хирургия диафрагмы | 8 | - | 2 | 6 |
| 3.9. | Торакоскопия в грудной хирургии | 8 | - | 2 | 6 |
| Модуль 4 | Вопросы смежных дисциплин | 12 | - | 2 | **10** |
| 4.1. | Анестезиологическое обеспечение операций в торакальной хирургии | 4 | - | - | 4 |
| 4.2. | Торакоабдоминальные ранения и их диагностика и лечение | 4 | - | 2 | 2 |
| 4.3. | Реабилитация больных после торакальных операций | 4 | - | - | 4 |
| Модуль 5 | Симуляцинно-тренинговое обучение | 10 | **-** | **6** | **4** |
| 5.1. | Отработка практических навыков по сердечно-легочной реанимации | 4 | - | 2 | 2 |
| 5.2. | Отработка практических навыков микро-инвазивных хирургических вмешательств в торакальной хирургии | 6 | - | 4 | 2 |
|  | Итоговая аттестация | **экзамен** | | | |
|  | **Итого:** | **144** | **12** | **24** | **108** |

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН**

**курсов усовершенствования и сертификации врачей по специальности**

**«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»**

**Цель:** усовершенствование и подготовка к сертификационному экзамену врачей-специалистов по специальности«Торакальная хирургия» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

**Категория слушателей:** врачи торакальные хирурги стационаров и поликлиник всех форм собственности

**Срок обучения**: 144 часа, 1 месяц

**Форма обучения: *очно-заочная***

**Режим занятий**: 6 часов в день

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование разделов, дисциплин и тем** | **Всего часов** | **В том числе** | | |
| **лекции** | **практ.** | **сам.**  **работа** |
| Модуль 1 | Вопросы организации здравоохранения и оказания помощи по торакальной хирургии в РФ | 24 | 2 | 4 | 18 |
| Модуль 2 | Общие вопросы торакальной хирургии | 16 | - | 4 | 12 |
| Модуль 3 | Частные вопросы торакальной хирургии | 82 | 10 | 8 | 64 |
| Модуль 4 | Вопросы смежных дисциплин | 12 | - | 2 | 10 |
| Модуль 5 | Симуляцинно-тренинговое обучение | 10 | - | 6 | 14 |
|  | Итоговая аттестация | экзамен | | | |
|  | **Итого:** | **144** | **12** | **24** | **108** |

***УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ***

**Нормативные правовые акты:**

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541 и 1«Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».
7. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
8. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».
9. Приказ Минздрава России №1183н от 24.12.2010г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля". Зарегистрирован Минюстом России 11.02.2011г.
10. Приказ Минздрава России №543н от 15.05.2012г. об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

**Основная литература:**

1. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия / под ред. П.К. Яблонского. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2014.
2. Абакумов М.М. и соавт. Ранения сердца. М.: Бином, 2004.106 с.
3. Бисенков Л.Н. Торакальная хирургия. Руководство для врачей. СПб: ЭЛБИ-СПб. 2004. 927 с.
4. Гостищев В.К. Инфекция в торакальной хирургии. Руководство для врачей. М. 2004. 585 с.
5. Золлингер Р. Атлас хирургических операций. М., 2002. 420 с.
6. Зубарев П.Н., Трофимов В.М. Хирургические болезни пищевода и кардии. СПб: Фолиант, 2005. 200 с.
7. Калинин А.П. Хирургическая эндокринология. М.: Медицина, 2005. 605 с.
8. Ступин В.А. и соавт. Критические состояния в хирургии. М., 2005. 224 с.
9. Черкасов В.А и др. Травма груди (учебник для медицинских ВУЗов). Пермь, 2005.
10. Черкасов В.А. Хирургия поздних осложнений и последствий травм груди. Пермь, 2004.
11. Шарипов И.А. Травма груди. Проблемы и решения. М. 2003. 324 с.
12. Шулутко А.М. и соавт. Эндоскопическая торакальная хирургия. М., 2006. 390 с.

**Базы данных, информационно-справочные системы**

1. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия. Под ред. П.К. Яблонского. http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432129.html
2. Стандарты медицинской помощи: <http://www.rspor.ru/index.php7mod>1 =standarts3&mod2=db1
3. Протоколы ведения больных: <http://www.rspor.ru/index.php7modl=protocols3&mod2=dbl>
4. Государственный реестр лекарственных средств: <http://grls.rosminzdrav.ru/>
5. ФГУ Научный центр экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора. Обращение лекарственных средств: <http://www.regmed.ru>
6. Фонд фармацевтической информации: <http://www.drugreg.ru>
7. Российская энциклопедия лекарств (РЛС): <http://www.rlsnet.ru>
8. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: <http://www.vidal.ru>
9. Сайт Главного внештатного специалиста - клинического фармаколога Министерства здравоохранения и социального развития РФ - <http://www.clinpharmrussia.ru>
10. Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины. <http://www.osdm.org/index.php>
11. Московский центр доказательной медицины, <http://evbmed.fbm.msu.ru/>
12. Сайт «Формулярная система России». <http://www.formuIar.ru>
13. Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии (МАКМАХ). <http://antibiotic.ru/iacmac/>
14. Сайт программы для клинических фармакологов: <http://pharmsuite.ru/>
15. Европейское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. <http://www.eacpt.org>
16. Американское общество клинических фармакологов и фармакотерапевтов. <http://www.ascpt.org/>
17. Администрация по продуктам и лекарствам США (FDA). <http://www.fda.gov>
18. Ресурс по фармакогенетике, <http://www.phartngkb.org/>
19. Сайт СЗ ГМУ им И.И. Мечникова М3 РФ - <http://www.szgmu.ru/>
20. Сайт Российского кардиологического научно-производственного комплекса - URL: <http://cardioweb.ru/>
21. Сайт Российского респираторного общества - URL: <http://www.pulmonology.ru/>
22. Сайт Научно-клинического центра геронтологии - URL: <http://www.niigeront.org>
23. Сайт Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины - URL: <http://www.gnicpm.ru/>

**МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

1. Кабинеты. Аудитории №№101, 401, 416, 417 Центра ДПО ПП и ПК медицинского факультета КБГУ, аудитории клинических баз КБГУ.
2. Кабинеты функциональных и инструментальных методов исследования клинических баз КБГУ.
3. Лаборатории в лечебно-профилактических учреждениях – базах медицинского факультета КБГУ.
4. Мебель. 65 столов, 150 стульев, 3 интерактивные доски, экраны.
5. Оснащение симуляционного цента: тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи, спирографы, электрокардиографы.
6. Технические средства обучения: персональные компьютеры с выходом в интернет – 30,мультимедийное оборудование.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

Контроль успеваемости осуществляют путем оценки освоения модулей. Промежуточная аттестация проводится в форме зачета. Итоговая аттестация – в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача торакального хирурга по программе «Торакальная хирургия» в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Примерная тематика рефератов:

1. Особенности организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в Российской Федерации.
2. Определение научно-доказательной медицины (НДМ) и предпосылки к развитию НДМ. Этапы внедрения НДМ в практическую деятельность врача. Классификация уровней доказательности, используемая в научной литературе и клинических рекомендациях.
3. Понятие переживания болезни личностью.
4. Особенности возрастной психологии.

**Примерная тематика контрольных вопросов для итоговой аттестации** **по торакальной хирургии**

1. Легочные кровотечения: этиология, классификация, клиническая картина.
2. Ахалазия пищевода: классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Бронхоэктатическая болезнь: классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Спонтанный пневмоторакс. Клиника. Диагностика. Виды лечения.
5. Острая эмпиема плевры: классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к оперативному лечению.
6. Рак пищевода. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия( формы опухоли). Гистологические формы. Классификация по TMN. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Пионевмоторакс. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
8. Проникающие торакоабдоминальные ранения. Клиника. Дианостика. Лечение.
9. Закрытая травма груди: перелом грудины. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Дивертикулы пищевода. Классификация. Методы диагностики. Осложнения. Лечение.
11. Гангрена легкого. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Ранения сердца. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Острый абсцесс легкого. Клиника. Диагностика. Лечения. Показания к оперативному лечению.
14. Периферический рак легкого. Клинические формы периферического рака легкого. Дифференциальная диагностика и принципы лечения.
15. Инородные тела бронхов. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
16. Травматический пневмоторакс. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Послеожоговые стриктуры пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы лечения.
18. Буллезная эмфизема легких. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Бронхиальные свищи. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Центральный рак легкого. Клинические формы центрального рака легкого. Классификация по TMN. Основные принципы лечения.
21. Медиастиниты. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
22. Закрытая тупая травма груди: множественные переломы ребер. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
23. Травматические повреждения трахеи. Этиология и клиника. Диагностика. Принципы лечения.
24. Ахалазия кардии. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
25. Грыжи диафрагмы Ларрея-Морганьи и Бохдалека. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Эмфизема грудной клетки. Клиника. Диагностика . Лечение.
27. Пищевод Баррета. Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Инородные тела и повреждения пищевода. Клиника. Методы диагностики. Лечение.
29. Доброкачественные опухоли легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
30. Стеноз трахеи. Этиология, методы диагностики, лечебная тактика. Показания к эндоскопическому лечению.

**Примеры тестовых заданий**

Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. ***Что такое агенезия легкого?***

а) отсутствие легкого с главным бронхом **+**

б) отсутствие только паренхимы легкого

в) эмфизематозно измененное легкое

г) легочная секвестрация

д) недоразвитие паренхимы легкого

1. ***Какой метод применяется для диагностики трахеобронхомегалии:***

а) бронхография

б) торакоскопия

в) бронхоскопия

г) ангиопульмонография **+**

д) микроскопия мокроты

1. ***Для диагностики трахеобронхомегалии не применяется следующий метод исследования:***

а) рентгенография

б) томография

в) бронхоскопия

г) бронхография

д) ангиопульмонография **+**

1. ***Наружными границами воронкообразной деформации грудной клетки являются:***

а) ключица

б) хрящевые отделы ребер

в) костные отделы ребер **+**

г) среднеключичная линия

д) подмышечная линия

1. ***Что такое симптом «парадокса вдоха» при воронкообразной деформации грудной клетки?***

а) стридорозное дыхание

б) апноэ

в) западение грудины и ребер при вдохе **+**

г) смещение средостения

д) тахипноэ

1. ***В каком возрасте при воронкообразной деформации грудной клетки проводится оперативное лечение?***

а) до 1 год

б) в 1-3 года

в) в 3-5 лет **+**

г) в 5-8 лет

д) в 12-15 лет

1. ***Какого легочно-плеврального осложнения нет при острой гнойной деструктивной пневмонии?***

а) пневмоторакс

б) бронхит **+**

в) пиоторакс

г) выпотной плеврит

д) пиопневмоторакс

1. ***Что относится к внутрилегочной форме острой гнойной деструктивной пневмонии?***

а) пневмоторакс

б) выпотной плеврит

в) пиоторакс

г) пиопневмоторакс

д) буллы **+**

1. ***Клиническая картина бронхоэктатической болезни зависит от:***

а) стороны поражения дыхательной системы

б) выраженности, распространенности бронхоэктазов **+**

в) врожденных пороков желудочно-кишечного тракта

г) наследственности

д) состояния сердечно-сосудистой системы

1. ***Торакотомия при травме грудной клетки не показана при:***

а) ранении в опасных зонах для сердца

б) повреждении диафрагмы

в) нарастающем гемотораксе

г) травматической пневмонии **+**

д) повреждении органов средостении

1. ***В каком возрасте у детей чаще встречаются травмы грудной клетки?***

а) период новорожденности

б) грудной

в) преддошкольный

г) дошкольный

д) школьный **+**

1. ***В каком возрасте чаще встречаются химические ожоги пищевода у детей?***

а) 1-3 года **+**

б) 4-6 лет

в) 7-10 лет

г) 11-12 лет

д) 13-15 лет

1. ***Лечебная тактика при врожденных кистах легких предусматривает:***

а) наблюдение

б) дренирование кисты

в) пункцию кисты

г) радикальное удаление кисты **+**

д) введение склерозирующих веществ

1. ***Какие методы лечения используются при легочной секвестрации:***

а) консервативные

б) оперативное после длительного консервативного

в) наблюдение

г) оперативное по мере диагностики **+**

д) санаторно-курортное лечение

1. ***К патогенетическим факторам формирования деформаций грудной клетки не относится:***

а) хондродисплазия реберных хрящей

б) родовая травма **+**

в) укорочение грудино-диафрагмальной связки

г) избыточный рост реберных хрящей

д) хондродисплазия грудины

1. ***В каком возрасте воронкообразная деформация грудной клетки принимает типичный вид?***

а) в период новорожденности

б) в школьном возрасте

в) в ясельном возрасте

г) в дошкольном возрасте **+**

д) в подростковом возрасте

1. ***Наиболее эффективный метод фиксации грудины и ребер при операции по поводу воронкообразной деформации грудной клетки:***

а) наложение швов из синтетического материала

б) костные трансплантанты

в) титановая пластина **+**

г) наложение кетгутовых швов на грудино-реберный комплекс

д) наружные тракционные швы

1. ***При остром абсцессе легкого, дренирующемся в бронхиальное дерево, проводится:***

а) наложение пневмоторакса

б) чрескожная пункция абсцесса

в) чрезбронхиальная катетеризация абсцесса **+**

г) радикальная операция

д) дренирование плевральной полости

1. ***В каком возрасте дети чаще болеют острой гнойной деструктивной пневмонией?***

а) 3-5 лет

б) 1-3 года **+**

в) до 10 лет

г) до 15 лет

д) 5-7 лет

1. ***Укажите, какой фактор не влияет на возникновение бронхоэктатической болезни:***

а) дизонтогенетический

б) опухоли средостения **+**

в) воздушно-капельные инфекции

г) инородные тела

д) туберкулез легких

1. ***Достоверным признаком проникающего ранения грудной клетки является:***

а) затруднение дыхания

б) кровохаркание

в) рана грудной клетки с выделением воздуха **+**

г) подкожная эмфизема

д) гемопневмоторакс

1. ***С чем обычно дифференцируют травматический гемоторакс?***

а) абсцесс легкого

б) выпотной плеврит **+**

в) опухоль средостения

г) врожденный поликистоз легкого

д) врожденная лобарная эмфизема

1. ***Когда следует проводить первую эзофагоскопию при свежих химических ожогах пищевода?***

а) 5-6 день **+**

б) через 2 недели

в) через 3 недели

г) через месяц

д) через 1 год

1. ***Для синдрома (триады) Картангенера не характерно:***

а) декстракардия

б) стеноз трахеи **+**

в) полисинусит

г) бронхоэктазы

д) правильно все

1. ***Назовите наиболее грозное осложнение при оперативном лечении легочной секвестрации:***

а) пневмоторакс

б) медиастинит

в) кровотечение **+**

г) плеврит

д) пиоторакс

1. ***Чем характеризуется симметричная воронкообразная деформация грудной клетки?***

а) углубление располагается в центре грудной клетки **+**

б) деформация половин грудной клетки выражена неодинаково

в) значительное вдавление всей передней поверхности грудной клетки

г) выступание грудины кпереди

1. ***Какие методы исследования помогают уточнить стадию воронкообразной деформации грудной клетки?***

а) физикальные данные

б) анализ крови

в) функция внешнего дыхания, ЭКГ **+**

г) рентгенография грудной клетки

д) КТ

1. ***После радикальной операции при воронкообразной деформации грудной клетки могут возникнуть все осложнения, кроме:***

а) кровотечения из зоны операции

б) пневмоторакса

в) пневмонии

г) смещения фиксирующей пластины

д) коронарной недостаточности **+**

1. ***Объем удаляемого экссудата при первой плевральной пункции?***

а) 1/4 объема

б) 1/3 объема

в) 1/2 объема

г) 2/3 объема **+**

д) весь объем

1. ***Что является главным в основе патогенеза острой гнойной деструктивной пневмонии?***

а) наследственность

б) неблагоприятное течение беременности

в) алиментарный фактор

г) вредные привычки

д) свойства возбудителя **+**

1. ***Укажите классификацию бронхоэктазов по генезу:***

а) приобретенные, врожденные **+**

б) цилиндрические, мешотчатые

в) односторонние, двусторонние

г) дизонтогенетические, кистовидные

д) диффузные, локальные

1. ***Что не является противопоказанием к оперативному лечению бронхоэктатической болезни?***

а) период обострения

б) врожденный вывих бедра **+**

в) наличие гнойных очагов инфекции в других органах и тканях

г) поражение более 13 сегментов легких

д) выраженное снижение показателей внешнего дыхания

1. ***При подозрении на травматическую диафрагмальную грыжу не показан метод исследования:***

а) обзорная рентгенография грудной клетки

б) плевральная пункция **+**

в) контрастное исследование с барием через рот

г) пневмоперитонеум

д) УЗИ

1. ***Что не характерно для перелома грудины?***

а) припухлость в области грудины

б) локальная боль при дыхании и пальпации

в) патологическая подвижность

г) акцент 2-го тона на аорте **+**

д) крепитация в области грудины

1. ***На 6-ой день после химического ожога пищевода при эзофагоскопии определили гиперемию, отек, наложения фибрина. Выберите правильную лечебную тактику:***

а) продолжать симптоматическое лечение в стационаре

б) выписать под наблюдение

в) бужирование пищевода **+**

г) гастростомия

д) эзофагостомия

1. ***Для асимметричной формы воронкообразной деформации грудной клетки не характерно:***

а) неравномерное западение грудины с той или иной стороны

б) неравномерное развитие половин грудной клетки

в) значительное вдавление передней поверхности грудной клетки **+**

г) разная ширина межреберных промежутков половин грудной клетки

д) развитие сколиоза

1. ***Что характерно для аплазии легкого?***

а) отсутствие легкого с главным бронхом

б) эмфиземотазно измененная доля

в) бронхоэктазы

г) отсутствие паренхимы легкого при наличии зачатка главного бронха**+**

д) недоразвитие паренхимы легкого

1. ***Трахеобронхомегалия – это:***

а) врожденное расширение трахеи и бронхов **+**

б) хронический деформирующий бронхит

в) синдром Хаммана – Рича

г) кистозная форма бронхоэктазов

д) синдром Картагенера

1. ***Назовите наиболее тяжелую форму воронкообразной деформации грудной клетки?***

а) асимметричная

б) плосковороночная **+**

в) симметричная

г) рахитическая

д) бочкообразная

1. ***Какие изменения в организме не характерны при воронкообразной деформации грудной клетки?***

а) отставание в физическом развитии

б) склонность к повторным воспалениям бронхолегочного аппарата

в) грудной кифоз, сколиоз

г) нарушение функции сердечной деятельности

д) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы **+**

1. ***Острый гнойно-фибринозный плеврит предполагает:***

а) радикальную операцию

б) многократные плевральные пункции

в) дренирование плевральной полости **+**

г) консервативное лечение без плевральной пункции

д) наложение пневмоторакса

1. ***Перечислите синдромы, которые не встречаются у детей при острой гнойной деструктивной пневмонии:***

а) дыхательная недостаточность

б) нейротоксический

в) синдром внутригрудного напряжения

г) абдоминальный

д) геморрагический **+**

1. ***Назовите бронхоэктазы по форме:***

а) мешотчатые, кистовидные, цилиндрические **+**

б) приобретенные, врожденные

в) дизонтогенетические, цилиндрические

г) односторонние, двухсторонние

д) дизонтогенетические, кистовидные

1. ***В чем заключается радикальное хирургическое лечение бронхоэктатической болезни?***

а) удаление сегмента или доли **+**

б) окклюзия бронха

в) дренирование плевральной полости

г) наложение пневмоторакса

д) чрезбронхиальная катетеризация

1. ***При торакоабдоминальном ранении и стабильной гемодинамике какая операция выполняется в первую очередь?***

а) лапаротомия

б) торакотомия

в) одновременно и торакотомия и лапаротомия (двумя бригадами)

г) торакотомия с последующей лапаротомией **+**

д) лапароскопия

Правильный ответ:

1. ***У ребенка с химическим ожогом пищевода через 3 недели при эзофагоскопии видны грануляции, наложения фибрина. Что необходимо сделать?***

а) гастростомию

б) бужирование **+**

в) физиолечение

г) продолжить консервативное лечение

д) наблюдение в стационаре

1. ***Какой фактор является ведущим в формировании воронкообразной деформации грудной клетки?***

а) экологический

б) неблагоприятное течение беременности

в) наследственный **+**

г) вредные привычки

д) травма

1. ***Диагностика синдрома Картагенера не предусматривает:***

а) рентгенографию грудной клетки и придаточных полостей носа

б) бронхоскопию, бронхографию

в) ЭКГ

г) фиброэзофагоскопию **+**

д) риноскопию

1. ***Какие нарушения эмбриогенеза бронхо-легочного аппарата по Мональди относится к 1 степени?***

а) отсутствие первичной бронхиальной почки **+**

б) недоразвитие главного бронха, отсутствие паренхимы легкого

в) стенозы трахеи, бронхов

г) врожденные кисты легкого

д) легочная секвестрация

1. ***Как часто обнаруживаются врожденные деформации грудной клетки у детей?***

а) 1%

б) 0,3% **+**

в) 0,04%

г) 15%

д) 2%

1. ***При прорыве абсцесса легкого в плевральную полость необходимо:***

а) пункция плевральной полости

б) дренирование плевральной полости **+**

в) только антибактериальная терапия

г) радикальная операция – торакотомия с резекцией легкого

д) чрезбронхиальная катетеризация абсцесса

1. **Что не характерно для дренирующегося в бронх абсцесса легкого?**

а) сильный кашель с обильной мокротой

б) влажные хрипы

в) гиперсаливация **+**

г) ослабление дыхания

д) притупление перкуторного звука

1. ***По распространенности различают следующие бронхоэктазы:***

а) односторонние, двусторонние **+**

б) эмфизематозные, ателектатические

в) мешотчатые, кистовидные

г) цилиндрические, локальные

д) кистовидные, двусторонние

1. ***Что не относится к осложнениям при хирургическом лечении бронхоэктатической болезни?***

а) ателектаз легкого

б) кровотечение

в) несостоятельность швов бронха

г) нагноение

д) некроз кожного лоскута **+**

1. ***Чем не следует промывать желудок при химическом ожоге пищевода щелочами?***

а) водой

б) молоком

в) 0,1% раствором соляной кислоты

г) 4% раствором соды **+**

1. ***Основной причиной врожденной лобарной эмфиземы являются:***

а) аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха **+**

б) аспирация мекония

в) аномальное отхождение легочных сосудов

г) опухоли средостения

д) дефицит сурфактанта

1. ***Какова ангиографическая картина при врожденной лобарной эмфиземе?***

а) сосудистый рисунок доли не изменен

б) сосудистый рисунок доли резко усилен

в) сосудистый рисунок доли резко обеднен **+**

г) аневризматические изменения легочной артерии или ее ветвей

д) все неверно

1. ***Наиболее тяжелая степень воронкообразной деформации грудной клетки по Гижицкой:***

а) I ст.

б) II ст.

в) III ст. **+**

г) IV ст.

д) V ст

1. ***В какой синдром входит воронкообразная деформация грудной клетки?***

а) синдром Иценко-Кушинга

б) синдром Дауна

в) синдром Марфана **+**

г) синдром Картагенера

д) синдром Ледда

1. ***Где обычно выявляются бронхогенные кисты?***

а) область периферических бронхов

б) над диафрагмой

в) переднее средостение, область крупных бронхов **+**

г) заднее средостение

д) грудная стенка

1. ***В какой срок развиваются плевральные осложнения при острой гнойной деструктивной пневмонии у маленьких детей?***

а) в первый день

б) через 1-1,5 месяца

в) через 3 месяца

г) на 1-ой – 2-ой неделе **+**

д) одновременно с развитием острой гнойной деструкции легких

1. ***Какие рентгенологические признаки не характерны для тотального выпотного плеврита?***

а) интенсивное гомогенное затенение гемиторакса

б) расширение межреберных промежутков на стороне поражения

в) смещение средостения в противоположную сторону

г) расширение тени средостения **+**

д) увеличение в объеме гемиторакса на больной стороне

1. ***В какое время суток больше всего больной с бронхоэктатической болезнью выделяет гнойную мокроту?***

а) ночью

б) днем

в) утром **+**

г) вечером

д) не зависит от времени суток

1. ***Какие этиологические факторы не влияют на формирование бронхоэктазов?***

а) врожденные пороки развития и аномалии бронхиального дерева

б) рецидивирующие неспецифические воспалительные заболевания легких

в) детские инфекционные заболевания, туберкулез

г) инородные тела трахеобронхиального дерева

д) пороки развития костно-суставной системы **+**

1. ***Место дренирования плевральной полости после торакотомии по поводу травмы легкого:***

а) во 2-м межреберье по среднеключичной линии

б) в 10-м межреберье по лопаточной линии

в) через торакотомный доступ

г) в 5-6-м межреберье по средне-подмышечной линии **+**

д) во 2-м межреберье по задне-подмышечной линии

1. ***Чем не следует промывать желудок при химическом ожоге пищевода кислотами?***

а) водой

б) молоком

в) 4% р-ром соды

г) 0,1% р-ром соляной кислоты **+**

д) 2% р-ром соды

1. ***Ведущим методом исследования при легочной секвестрации является:***

а) обзорная рентгенография

б) бронхоскопия

в) бронхография

г) томография

д) ангиография **+**

1. ***Врожденную лобарную эмфизему дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:***

а) пневмоторакса

б) напряженной кисты легкого

в) обструктивной эмфиземы на почве инородного тела

г) агенезии легкого **+**

д) компенсаторной эмфиземы легкого при наличии ателектаза или гипоплазии на противоположной стороне

1. ***Чем определяется степень воронкообразной деформации грудной клетки?***

а) функциональными расстройствами

б) рентгенологическими данными **+**

в) клиническими данными

г) клинико-рентгенологическими данными

д) данными ЭКГ

1. ***Для синдрома Марфана не характерно:***

а) арахнодактилия

б) воронкообразная грудь

в) слабое развитие связочно-мышечного аппарата

г) крипторхизм **+**

д) аневризма аорты

1. ***При осмотре больного с бронхоэктатической болезнью наблюдается все, кроме:***

а) бледность кожи

б) цианотичный оттенок

в) одышка

г) петехиальная сыпь **+**

д) деформация пальцев («барабанные палочки», «часовые стекла»)

1. ***К признакам напряженного пневмоторакса при закрытой травме грудной клетки не относится:***

а) увеличение объема соответствующей половины грудной клетки

б) перкуторный коробочный звук

в) аускультативно отсутствие дыхания

г) смещение средостения в противоположную сторону

д) сужение межреберий на стороне поражения **+**

1. ***Длительность бужирования пищевода при ожогах III степени?***

а) 1 месяц

б) 3 месяца

в) 6 месяцев

г) 1 год

д) 2 года и более **+**

1. ***Что характеризует индекс Гижицкой?***

а) отношение наибольшего поперечного размера грудной клетки к наименьшему

б) отношение наименьшего поперечного размера грудной клетки к наибольшему **+**

в) отношение длины грудной клетки к ее ширине

г) отношение высоты грудной клетки к ее ширине

д) отношение верхней апертуры грудной клетки к нижней

1. ***Для I степени воронкообразной деформации грудной клетки характерен индекс Гижицкой:***

а) 1,0

б) 1,0-0,8 **+**

в) 0,7-0,6

г) 0,5-0

д) 0-(-0,5)

1. ***Для IIстепени воронкообразной деформации грудной клетки характерен индекс Гижицкой:***

а) 1,0

б) 1,0-0,8

в) 0,7-0,6 **+**

г) 0,5-0

д) 0-(-0,5)

1. ***Для III степени воронкообразной деформации грудной клетки характерен индекс Гижицкой:***

а) 1,0

б) 1,0-0,8

в) 0,7-0,6

г) 0,5-0 **+**

д) 0-(-0,5)

1. ***В каком возрасте чаще диагностируются врожденные пороки развития легких?***

а) до 5 лет **+**

б) до 10 лет

в) до 20 лет

г) свыше 20 лет

д) в любом возрасте

1. ***При врожденных бронхоэктазах наблюдаются следующие формы:***

а) цилиндрические

б) мешотчатые

в) кистовидные

г) правильно все **+**

д) все неверно

1. ***Оперативное лечение воронкообразной деформации грудной клетки не показано:***

а) при врожденной деформации грудной клетки II-IIIстепени

б) при прогрессировании деформации

в) при появлении изменений со стороны легких и сердца

г) по косметическим показаниям

д) детям младше 2-х лет **+**

1. ***К методам исследования бронхоэктатической болезни не относится:***

а) рентгенография грудной клетки

б) УЗИ **+**

в) бронхоскопия

г) бронхография

д) исследование функции внешнего дыхания

1. ***Для перелома ребер не характерно:***

а) локальная боль, усиливающаяся при глубоком дыхании

б) поверхностное дыхание

в) припухлость, кровоподтек, кровоизлияние

г) вынужденное положение

д) глубокая экскурсия грудной клетки **+**

1. ***При химическом ожоге пищевода II степени ребенка не госпитализировали. Каковы последствия?***

а) выздоровление

б) умеренное сужение пищевода

в) выраженное сужение пищевода **+**

г) язва ДПК

д) медиастинит

1. ***Наиболее эффективный метод лечения врожденных бронхоэктазов:***

а) курортно-санаторное

б) консервативное лечение в стационаре

в) дренирование плевральной полости

г) резекция пораженных участков легкого **+**

д) гормонотерапия

1. ***В каких случаях ребенку необходимо проводить бронхологическое исследование?***

а) при часто повторяющихся бронхитах с мокротой

б) при врожденных пороках и аномалиях бронхолегочного аппарата

в) при подозрении на инородные тела трахеобронхиального дерева

г) все перечисленное **+**

д) все неверно

1. ***Что относится к легочно-плевральной форме острой гнойной деструкции легких?***

а) абсцесс легкого

б) пневмоторакс **+**

в) буллы

г) врожденные кисты

д) мелкоочаговая множественная деструкция

1. ***Изменения на ЭКГ при бронхоэктатической болезни обусловлены:***

а) повышением давления в аорте

б) повышением давления в легочной артерии **+**

в) увеличением воздушности легких

г) пороком сердца

д) синдром «верхней полой вены»

1. ***Объем первой помощи при травме грудной клетки не включает:***

а) профилактику аспирации и регургитации

б) проведение искусственной вентиляции легких при травматической асфиксии

в) обильное питье **+**

г) наложение окклюзионной повязки

д) транспортную иммобилизацию

1. ***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 **+**

1. ***Для детей с выраженной воронкообразной деформацией грудной клетки не характерно:***

а) изменение функции внешнего дыхания и гемодинамики

б) повышение центрального венозного давления

в) тахикардия

г) одышка

д) кашель **+**

1. ***Тактика ведения больных с агенезией легкого не предусматривает:***

а) наблюдение

б) профилактику пневмонии

в) предупреждение травм грудной клетки

г) оперативное лечение **+**

д) выбор профессии

1. ***Какое осложнение не развивается после операции удаления бронхогенной кисты средостения?***

а) медиастинит

б) плеврит

в) кровотечение

г) ателектаз легкого

д) синдром Меллори-Вейса **+**

1. ***Какой путь проникновения инфекции при острой гнойной деструкции легких является наиболее частым?***

а) гематогенный

б) аэробронхиальный **+**

в) алиментарный

г) контактный

д) лимфогенный

1. ***В каком возрасте чаще всего диагностируют бронхоэктатическую болезнь?***

а) в грудном возрасте

б) до 5 лет **+**

в) до 15 лет

г) старше 15 лет

д) в любом возрасте одинаково

1. ***Что является радикальным в лечении закрытой травмы грудной клетки с повреждением бронха?***

а) пункция плевральной полости

б) дренирование по Бюлау

в) срочная торакотомия, ушивание бронха **+**

г) бронхоскопия, обтурация бронха

д) медикаментозная терапия, наблюдение

1. ***Какой тип килевидной грудной клетки включает в себя пирамидальную форму?***

а) костальный

б) манубриокостальный

в) корпорокостальный **+**

г) гипоплазия ребер

д) правильно все

1. ***Какой тип деформации грудной клетки не относится к килевидной?***

а) манубриокостальный

б) корпорокостальный

в) костальный

г) гипоплазия ребер **+**

д) правильно все

1. ***Через 3 недели после химического ожога пищевода при эзофагоскопии выявлены язвы, грануляции, отек, сужение просвета. Какова степень ожога?***

а) ожог I степени

б) ожог II степени

в) ожог III степени **+**

г) ожог IVстепени

д) ожог Vстепени

1. ***Больные с килевидной деформацией грудной клетки чаще предъявляют жалобы на:***

а) боли за грудиной

б) перебои ритма сердца

в) деформацию грудной клетки **+**

г) одышку при физической нагрузке

д) снижение аппетита

1. ***Острую гнойную деструкцию легких необходимо дифференцировать со всеми заболеваниями, кроме:***

а) ателектаза легкого

б) агенезии легкого

в) врожденной лобарной эмфиземы

г) аплазии легкого

д) бронхита **+**

**Торакальная хирургия**

***Задача № 1***

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

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

1. О каком заболевании можно думать?

2. Классификация данного заболевания?

3. Вариабельность клинической картины в зависимости от различий этиопатогенезе?

4. Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?

5. Какие могут развиться осложнения?

6. Методы лечения данного заболевания?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Травматическая диафрагмальная грыжа

2. Классификация диафрагмальных грыж (К.Д. Тоскин, 1990)

- Грыжи собственно диафрагмы:

а) врожденные: реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы

б) травматические

в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи)

- Грыжи естественных отверстий диафрагмы:

а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный)

б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

в) параэзофагеальные грыжи

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

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

4. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

5. Ущемление.

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

***Задача № 2***

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

1. Классификация этой патологии.

2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?

3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?

4. Какую тактику лечения следует избрать?

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

6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

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

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение.

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

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

***Задача № 3***

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

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?

3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.

6. Какие стадии заболевания по Б.В. Петровскому следует различать?

7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?

8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии.

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

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

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

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

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

***Задача № 4***

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

1. Ваш диагноз?

2. Классификация заболевания?

3. Этиология и этапы развития заболевания?

4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза итактики лечения?

5. Лечение заболевания?

6. Возможные осложнения заболевания?

7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного   периода.   Сана­торно-курортное лечение?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

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

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

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

***Задача № 5***

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

1. Ваш диагноз?

2. Этиология и патогенез данного заболевания?

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?

4. Какую клиническую классификацию следует применить для по­становки диагноза?

5. Какие осложнения могут развиться у больной?

6. Какова должна быть лечебная тактика?

7. Показания к оперативному лечению при данной патологии?

8. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

Диагноз: Диффузный тиреотоксический зоб, II степени, легкая степень тяжести. Из дополнительных методов исследования необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов; по показаниям (смешанные и узловые формы) - радиоизотопное сканирование, тонкоигольная биопсия, КТ, определение тиреоглобулина, кальцитонина, АТ к тиреоглобулину.

При неэффективности консервативного лечения – субтотальная резекция щитовидной железы.

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

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

***Задача № 6***

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

1. Ваш диагноз?

2. Каковы причины данного заболевания?

3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?

4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагно­стику?

5. Какова лечебная тактика?

6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?

7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?

8. Назначьте антибактериальную терапию

9. Меры профилактики данного заболевания?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

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

***Задача 7***

Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование, к специалистам не обращалась до настоящего времени. Отмечает некоторое увеличение опухоли в размерах, неприятных ощущений в молочной железе нет. Общее состояние хорошее, Молочные железы правильной формы, видимой деформации нет. В правой железе картина диффузной мастопатии. В левой- на границе наружных квадрантов пальпируется опухоль округлой формы около 4-х см в диаметре, без четких границ, безболезненная, подвижность ее ограничена, кожа над опухолью не изменена. В левой подмышечной области пальпируется одиночный лимфатический узел, подвижный, эластической консистенции, размерами 1,5 х 1 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, ин-волютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется уплотнение 2 х 2 см с нечеткими лучистыми кон­урами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Выберите план дальнейшего обследования?

3. Каким  методом следует  получить  морфологическую верификацию  диагноза?

4. Назовите факторы риска возникновения заболевания?

5. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо опреде­лить?

6. Возможные варианты лечебной тактики, дайте обоснования?

7. Задачи реабилитационного лечения?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

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

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

***Задача № 8***

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

1. Диагноз.

2. Тактика в районной больнице.

3. Выбор анестезии.

4. Принципы операции.

5. Возможные осложнения после операции, их профилактика.

6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения.

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева???)

2. Срочное оперативное лечение.

3. Эндотрахеальный наркоз.

4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберьи, рассечение продольное перикарда, наложение   капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.

5.   Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс.

6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови.

***Задача № 9***

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

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы исследования.

3.Клинический диагноз.

4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.

5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.

6. Показания к торакотомии при гематораксе.

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

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

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

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

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

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

***Задача № 10***

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

1. Ваш диагноз?

2. Классификация данного заболевания

3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?

4. Возможна ли консервативная тактика?

5. С каким заболеванием следует дифференцировать?

6. Можно ли продолжать кормление ребенка?

7. Какие средства применяются для прекращения лактации?

8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов

9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

2. 1) - острый 3) - ретромаммарный

- хронический - субареолярный

- премаммарный

2) - серозная форма - паренхиматозный

- инфильтративная - интерстициальный

- абсцедирующая

3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммаграфия, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),

4. Консервативная тактика возможна.

5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз.

6. Кормление грудью не прекращают.

7. Бромкрептин, парлоден.

8. Амоксиклав

Цефазолин 1,0

9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

***Задача 11***

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

1. Ваш диагноз?

2. Клиническая классификация этого заболевания?

3. Этиопатогенез этого заболевания?

4. В каком обследовании нуждаются больные с этим заболеванием? Назовите характерные признаки данной патологии, которые выявляются при этом обследовании?

5. В каком лечении нуждается данный больной? Каковы основные цели этих лечебных мероприятий?

6. Правила выполнения специальной медицинской манипуляции, выполняемой при лечении этого заболевания?

7. Возможные осложнения этого заболевания?

***Ответ к задаче***

1. Экссудативный правосторонний плеврит.

2. Невоспалительный плеврит (хилоторакс). Воспалительный, серозный, фибринозно-гнойный.

3. Невоспалительные плевриты – состояние, вызывающее асцит и затруднение венозного и лимфатического оттока из грудной клетки. Воспалительные – результат воспаления структур, прилегающих к плевральной полости.

4. Физикальные признаки – притупленный звук, отсутствие дыхания.

Рентгенологические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции.

УЗИ – жидкость в плевральной полости.

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

полости.

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

7. Эмпиема плевры

***Задача № 12***

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

1. Ваш окончательный диагноз?

2. Принципы этиотропного и патогенетического лечения?

3. Какой метод местного лечения необходимо использовать в данной ситуации?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

1. Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.

2. Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость.

3. Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.

4. Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакопластика.

5. Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.

***Задача № 13***

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характе­ра за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40С, озноб, сопровождающийся проливным потом. Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи». Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл. Дополнительные методы обследования: Анализ крови: количество лейкоцитов 18 х 10/л, выраженный сдвиг формулы влево. ФГДС: на уровне Сб - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 - 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого нахо­дится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

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

1. Ваш предварительный диагноз?

2. План дополнительного обследования больною?

3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томогра­фии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?

4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболева­нии?

5. Тактика лечения данного больного?

6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?

7. Принципы консервативной терапии?

8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагосокопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.

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

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

5. При лечении медиастинита используется активная хирургическая тактика.

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

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

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

***Задача №14***

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

1. Ваш диагноз?

2. Какое осложнение возникло у больного?

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

4. Какова тактика лечения больного в стационаре?

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

6. Виды оперативных доступов.

7. Медиастинит.

*ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ*

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

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

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

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

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