MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 1 | Вопросов: 12

Сформировано: 21.11.2026, 02:56 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3

Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4

Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 53 лет самостоятельно обратился за медицинской помощью в приемное отделение Клинической больницы №1 и был госпитализирован в хирургическое отделение.

1.2. Жалобы

На умеренные ноющие боли в верхних отделах живота, общую слабость, периодическое повышение температуры тела до 38°C.

1.3. Анамнез заболевания

За несколько лет до обращения пациент перенес острый деструктивный панкреатит, по поводу которого лечился в стационаре хирургического профиля, где ему была проведена диагностическая лапароскопия с последующим дренированием брюшной полости и комплексная консервативная терапия. Ухудшение самочувствия пациент отмечает около 2 недель, когда появились сильные боли в брюшной полости, которые и побудили пациента обратиться за медицинской помощью.

1.4. Анамнез жизни

- Вредные привычки: Алкоголем злоупотребляет регулярно (через день до 100 мл в пересчете на 96% C_2H_5OH), не курит
- Гемотрансфузий не было
- Семейный анамнез: не отягощен
- Наличие аллергических реакций на препараты, пищевые продукты отрицает.

1.5. Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Живот не увеличен, не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. При пальпации живот и болезненный в эпигастральной области, где определяется плотное образование. Симптомов раздражения брюшины нет. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в минуту, АД 127/83 мм рт. ст. Температура тела 37,5 С.

1.6. Ультразвуковое исследование

При проведении планового ультразвукового исследования органов брюшной полости было обнаружено в проекции хвоста и тела поджелудочной железы образование до 80 мм в диаметре, неправильной формы, пониженной эхогенности, неоднородной структуры за счёт множества мелких эхопозитивных включений.

1. План обследования

Вопрос 1

Наиболее информативным и доступным методом инструментальной диагностики для верификации данной патологии в стационаре 2 уровня является

1. колоноскопия
2. **компьютерная томография с контрастным усилением**
3. магнитно - резонансная томография с контрастным усилением
4. ультразвуковое исследование с контрастным усилением

Правильный ответ:
2 - компьютерная томография с контрастным усилением

ОБОСНОВАНИЕ

Выполнение компьютерной томографии с применением контрастного вещества (контрастного усиления, болюсного введения контрастного вещества) в настоящее время выступает как метод выбора. Информативность компьютерной томографии весьма высока. Она позволяет верифицировать заболевание практически у всех исследуемых пациентов, может быть выполнена в короткие сроки и доступна большинству крупных стационаров.

КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием является методикой выбора для первичной диагностики ХП, значимо превосходит по диагностической ценности трансабдоминальное УЗИ и более доступна в России сегодня, относительно других методов – ЭСПБЗ и магнитно-резонансной холангиопанкреатикографии (МРХПГ) с секретином.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г. (1)

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Компьютерная томография с контрастным усилением

При проведении компьютерной томографии с болюсным контрастным усилением было обнаружено гетерогенное жидкостное образование в проекции тела и хвоста поджелудочной железы, с неровными нечеткими контурами, размером 83 х 45 мм, с отсутствием накопления контрастного вещества.

3.4. Колоноскопия

При исследовании осмотрены все отделы ободочной кишки до баугиниевой заслонки. В области селезеночного угла создается впечатление о сдавление из вне. Слизистая не изменена.

Вопрос 2

На основе имеющейся клинической, анамнестической и инструментальной информации данному пациенту целесообразно провести

1. пункцию очагового образования поджелудочной железы под контролем магнитно – резонансной томографии
2. лапаротомию с ревизией органов брюшной полости и забрюшинного пространства
3. пункцию очагового образования поджелудочной железы под контролем компьютерной томографии
4. **диагностическую пункцию очагового образования поджелудочной железы под ультразвуковым контролем**

Правильный ответ:
4 - диагностическую пункцию очагового образования поджелудочной железы под ультразвуковым контролем

ОБОСНОВАНИЕ

На современном этапе развития контролируемых миниинвазивных вмешательств при заболеваниях поджелудочной железы ультразвуковой контроль, позволяющий выполнять манипуляции в режиме реального времени и не имеющий лучевой нагрузки ни на пациента, ни на выполняющего процедуру врача, распространен наиболее широко.

Под эндосонографическим контролем может быть произведена диагностическая пункционная биопсия (биопсия поджелудочной железы пункционная под контролем ультразвукового исследования), для цитологической (цитологическое исследование микропрепарата тканей поджелудочной железы) и гистологической верификации сомнительных зон с целью дифференциальной диагностики ХП, аутоиммунного панкреатита и опухолевого поражения

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 3

Целесообразно содержимое псевдокисты поджелудочной железы, полученное при проведении пункции, направлять на _____ исследование

1. только бактериологическое
2. только цитологическое
3. иммуногистохимическое и бактериологическое
4. **цитологическое и бактериологическое**

Правильный ответ:
4 - цитологическое и бактериологическое

ОБОСНОВАНИЕ

При аспирации содержимого полученную жидкость отправляют на цитологическое исследование в химически чистой посуде. Посев на микрофлору отправляют в стерильных закрытых пробирках с соблюдением правил асептики, с последующим назначением алгоритма антибактериальной терапии с учетом полученных результатов исследования.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г. (1)

2. Лечение

Вопрос 4

Следующим этапом для данного пациента является проведение

1. хирургического вмешательства с последующим санацией патологического очага
2. **дренирования псевдокисты тела поджелудочной железы под контролем ультразвуковой навигации**
3. интенсивной медикаментозной терапии
4. дренирования полости под контролем компьютерной томографии

Правильный ответ:
2 - дренирования псевдокисты тела поджелудочной железы под контролем ультразвуковой навигации

ОБОСНОВАНИЕ

Показаниями к дренированию постнекротической кисты являются ее размер более 5 см, абсцедирование, боль,
наружное дренирование под ультразвуковым контролем является вынужденной мерой и показано лишь при абсцедировании.
У пациента исходя из анамнеза и обследования имеется нагноение постнекротической кисты.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2024 г. (1)

Вопрос 5

В зависимости от установленного дренажа основными видами дренирования под ультразвуковым контролем являются

1. **малокалиберное и крупнокалиберное**
2. одномоментное и двухмоментное
3. по методике Сельдингера и с помощью стилет - катетера
4. первичное и вторичное

Правильный ответ:
1 - малокалиберное и крупнокалиберное

ОБОСНОВАНИЕ

Различают следующие виды дренирования под ультразвуковым контролем: малокалиберное (с помощью стилет – катетера; по методике Сельдингера; с применением лапароскопического троакара и установкой дренажа через его просвет) и крупнокалиберное (первичное; вторичное).

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8 (1)

Вопрос 6

Во время проведения вмешательства после установки дренажа в полость кисты рекомендуется выполнить

1. гастрографию
2. **фистулографию**
3. колоноскопию
4. холангиографию

Правильный ответ:
2 - фистулографию

ОБОСНОВАНИЕ

Правильность его установки проверяют по появлению из катетера ожидаемого субстрата (гноя, крови, желчи) и обязательно затем выполняют фистулографию под рентгенологическим контролем.

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8 (1)

Вопрос 7

Методом дренирования под ультразвуковым контролем, при котором используется катетер типа «pig tail», является дренирование

1. **малокалиберное**
2. по методике Сельдингера под контролем компьютерной томографии
3. с помощью стилет – катетера под контролем магнитно – резонансной томографии
4. крупнокалиберное

Правильный ответ:
1 - малокалиберное

ОБОСНОВАНИЕ

Фиксация катетера в жидкостном очаге происходит за счёт термочувствительной «памяти» пластика, который деформируется в незамкнутое кольцо заданного диаметра (свиной хвост – «pig tail») после удаления металлического стилета.

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения (1)

Вопрос 8

Максимальным диаметром телескопического бужа при крупнокалиберном дренировании является ___ Fr

1. 24
2. **36**
3. 32
4. 38

Правильный ответ:
2 - 36

ОБОСНОВАНИЕ

По проводнику в полость вводятся установочная канюля, по которой последовательно винтообразно вводятся телескопические бужи от 9 F до 36 F. Затем на установочной канюле все бужи удаляются кроме последнего, по которому в полость проводится полимерный термопластический дренаж.

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения (1)

Вопрос 9

Максимальный диаметр бужа (Fr), используемого при дренировании по Сельдингеру, является ___ Fr

1. 20
2. 12
3. **15**
4. 8

Правильный ответ:
3 - 15

ОБОСНОВАНИЕ

При дренировании под ультразвуковым контролем по методике Сельдингера через проводник – струну заводят пластиковые бужи со ступенчатым увеличением диаметра от 8 Fr до 15 Fr

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения (1)

Вопрос 10

Отличием вторичного крупнокалиберного дренирования от первичного является то, что

1. вторичное крупнокалиберное дренирование проводится после хирургического вмешательства
2. вторичное крупнокалиберное дренирование проводится перед первичным крупнокалиберным дренированием
3. вторичное крупнокалиберное дренирование проводится после малокалиберного дренирования
4. **при вторичном крупнокалиберном дренировании направляющую канюлю устанавливают в сформированный канал**

Правильный ответ:
4 - при вторичном крупнокалиберном дренировании направляющую канюлю устанавливают в сформированный канал

ОБОСНОВАНИЕ

При первичном крупнокалиберном дренировании по проводнику в очаг вводят направляющую канюлю – «шпагу». При вторичном крупнокалиберном дренировании направляющую канюлю устанавливают в уже сформированный канал.

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения (1)

При первичном крупнокалиберном дренировании по проводнику в очаг вводят направляющую канюлю — «шпагу» (рис. 2.106-а). При вторичном крупнокалиберном дренировании направляющую канюлю устанавливают в сформированный канал (рис. 2.106-б).

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Практическое руководство для последипломной профессиональной подготовки врачей. - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2007 г (1)

Вопрос 11

В случае отсутствия эффективности от проведенного дренирования под ультразвуковым контролем по методике Сельдингера, данному пациенту можно выполнить

1. первичное крупнокалиберное дренирование
2. дополнительное дренирование стилет - катетером
3. открытое хирургическое вмешательство с последующей ревизией патологического очага
4. **вторичное крупнокалиберное дренирование**

Правильный ответ:
4 - вторичное крупнокалиберное дренирование

ОБОСНОВАНИЕ

При отсутствии клинического улучшения возможно поэтапное выполнение вторичного крупнокалиберного бужирования с проведением по уже сформированному каналу в гнойную полость телескопических бужей и увеличение оттока содержимого полости.

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения (1)

3. Вариатив

Вопрос 12

При панкреатогенном абсцессе размером более 20 мм в полость образования устанавливается _____ дренажную(ых) трубку(и)

1. 1
2. 3
3. 4
4. **2**

Правильный ответ:
4 - 2

ОБОСНОВАНИЕ

Катетерное дренирование производят при панкреатогенных абсцессах размером более 20 мм из двух точек.

Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии / гл. ред. тома Г. Г. Кармаз, гл. ред. серии С. К. Терновой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 920 с. (Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии) - ISBN 978-5-9704-3053-8

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения (1)