ԿՐԾՔԱՅԻՆ ՎԻՐԱԲՈՒԺՈՒԹՅՈՒՆ

1. Աջակողմյան վերին լոբէկտոմիա նախատեսվող պացիենտի FEV_1-ը կազմում է կանխատեսված ցուցանիշի 72%-ը: Ընդունված հաշվարկով թոքերն ունեն 19 անատոմիական սեգմենտ: Հեռացվող բլթի մեկ սեգմենտը երկարատև խցանման հետևանքով ֆունկցիա չունի: Մյուս 18 սեգմենտների ֆունկցիոնալ ներդրումը համարվում է հավասար: Որքա՞ն է $ppoFEV_1$-ի մոտավոր արժեքը:

Ա-57%

Բ-64%

Գ-68%

Դ-61%

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

2. Ձախակողմյան պնևմոնէկտոմիայի թեկնածուի FEV_1-ը 2,4 լ է, DLCO-ն՝ կանխատեսվածի 62%-ը: Քանակական պերֆուզիոն հետազոտությամբ ձախ թոքին բաժին է ընկնում ընդհանուր պերֆուզիայի 42%-ը: Ո՞ր զույգն է առավել մոտ $ppoFEV_1$-ի և ppoDLCO-ի հաշվարկային արժեքներին:

Ա-1,39 լ և 36%

Բ-1,39 լ և 62%

Գ-1,01 լ և 26%

Դ-1,68 լ և 43%

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

3. Աջակողմյան ստորին լոբէկտոմիայի թեկնածուի FEV_1-ը կանխատեսվածի 91%-ն է, DLCO-ն՝ 38%-ը, SpO_2-ը հանգստի վիճակում՝ 97%: ՀՇ-ով առկա են էմֆիզեմատոզ փոփոխություններ: Ո՞րն է վիրահատական ռիսկի գնահատման հաջորդ առավել հիմնավորված քայլը:

Ա-Ընտրել սեգմենտէկտոմիա՝ որոշումը հիմնավորելով միայն DLCO-ի ելակետային արժեքով

Բ-Նախատեսել լոբէկտոմիա՝ հենվելով FEV_1-ի և SpO_2-ի պահպանված ցուցանիշների վրա

Գ-Երկու շաբաթ անց կրկնել միայն սպիրոմետրիան և ստացված արդյունքով որոշել միջամտության ծավալը

Դ-Հաշվարկել ppoDLCO-ն և կատարել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության օբյեկտիվ գնահատում՝ անհրաժեշտության դեպքում CPET-ով

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

4. Լոբէկտոմիա նախատեսվող պացիենտի հեմոգլոբինը 86 գ/լ է, DLCO-ն՝ կանխատեսվածի 44%-ը, իսկ FEV_1-ը՝ 79%-ը: Չկան շտապ վիրահատության ցուցումներ: Ինչպե՞ս պետք է մեկնաբանել DLCO-ն մինչև ռիսկի վերջնական գնահատումը:

Ա-DLCO-ի արդյունքն ընդունել առանց փոփոխության, քանի որ հեմոգլոբինը չի ազդում գազերի դիֆուզիայի չափման վրա

Բ-DLCO-ն փոխարինել KCO-ով՝ վերջինիս արժեքն ընդունելով որպես հեմոգլոբինից անկախ ցուցանիշ

Գ-DLCO-ն գնահատել միայն FEV_1-ի հետ հարաբերությամբ՝ առանց անեմիայի ազդեցության հաշվառման

Դ-DLCO-ն ճշգրտել ըստ հեմոգլոբինի, պարզել և հնարավորության դեպքում շտկել անեմիան, ապա վերագնահատել ռիսկը

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

5. Պնևմոնէկտոմիայի թեկնածուի $ppoFEV_1$-ը 43% է, ppoDLCO-ն՝ 39%: Աստիճաններով բարձրանալու փորձը դադարեցվել է 40 վայրկյան անց՝ ծնկահոդի արտահայտված ցավի պատճառով, մինչդեռ հևոց չի առաջացել: Պացիենտը նստած դիրքում կարողանում է առանց ցավի ոտնակել հեծանվային էրգոմետրը: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Աստիճաններով փորձի արդյունքը գնահատել որպես սիրտ-թոքային ծանր անբավարարության ապացույց

Բ-Կատարել CPET՝ հեծանվային էրգոմետրով, և արդյունքը համադրել ppo ցուցանիշների հետ

Գ-Կրկնել նույն աստիճաններով փորձը՝ արդյունքը մեկնաբանելով անկախ դադարեցման պատճառից

Դ-Հետագա ռիսկը գնահատել միայն հանգստի վիճակում SpO_2-ով, քանի որ աստիճաններով փորձը չի ավարտվել

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

6. Թոքի մեծածավալ մասնահատում նախատեսվող պացիենտի ppoFEV_1-ը 45% է, իսկ ppoDLCO-ն՝ 37%: Անհրաժեշտ է տարբերակել սրտային, օդափոխական և գազափոխանակային սահմանափակումները՝ միաժամանակ չափելով ծանրաբեռնվածության գագաթնակետային թթվածնային պահանջարկը: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել ամբողջական:

Ա-Սիրտ-թոքային ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության հետազոտություն՝ CPET

Բ-Վեցրոպեանոց քայլքի փորձ՝ SpO_2-ի և սրտի հաճախության հսկողությամբ

Գ-Աստիճաններով բարձրանալու փորձ՝ բարձրացված ուղղաձիգ տարածության գրանցմամբ

Դ-Ծանրաբեռնվածության էխոկարդիոգրաֆիա՝ սրտամկանի կծկողականության գնահատմամբ

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

7. Ձախ գլխավոր բրոնխի ուռուցքի պատճառով ձախ թոքն ունի խիստ նվազած օդափոխություն: FEV_1-ը 1,8 լ է: Քննարկվում է ձախակողմյան պնևմոնէկտոմիա, և անհրաժեշտ է որոշել, թե հեռացվող թոքն ընդհանուր թոքային արյան հոսքի որ մասն է ապահովում: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել ուղղակիորեն տալիս պահանջվող քանակական տվյալը:

Ա-Սեգմենտների թվի վրա հիմնված ppoFEV_1-ի հաշվարկը

Բ-Թոքերի քանակական պերֆուզիոն սցինտիգրաֆիան

Գ-Սպիրոմետրիայի կրկնությունը՝ բրոնխալայնիչ փորձից հետո

Դ-Կրծքավանդակի ՀԾ-ն՝ միայն թոքերի ընդհանուր ծավալի չափմամբ

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

8. Լոբէկտոմիայի նախապատրաստվող 67-ամյա պացիենտի մոտ վերջին երկու շաբաթում ի հայտ է եկել արագ քայլքի ժամանակ կրկնվող ճնշող հետկրծոսկրային ցավ, որն անցնում է հանգստանալուց հետո: Հանգստի ԷՍԳ-ում սուր փոփոխություններ չկան: Ի՞նչ պետք է անել մինչև պլանային վիրահատության օրը հաստատելը:

Ա-Կազմակերպել սրտաբանական գնահատում՝ կորոնար իշեմիայի և անհրաժեշտ կայունացման հարցը լուծելու համար

Բ-Վիրահատության օրը կրկնել ԷՍԳ-ն և անփոփոխ արդյունքի դեպքում շարունակել պլանը

Գ-Նախ կատարել CPET՝ կրծքավանդակի ցավը շնչառական սահմանափակումից տարբերակելու համար

Դ-Նախատեսել հետվիրահատական տրոպոնինի հսկողություն՝ առանց նախավիրահատական լրացուցիչ գնահատման

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

9. Առաջային միջնորմի 11 սմ գոյացություն ունեցող պացիենտի մոտ առկա են պառկած դիրքում ուժեղացող ստրիդոր և վերին սիներակի սեղմման նշաններ: Նախատեսվում է ախտորոշիչ բիոպսիա, որը տեխնիկապես հասանելի է: Ո՞ր անեսթեզիոլոգիական ռազմավարությունն է առավել անվտանգ այս փուլում:

Ա-Ընդհանուր անզգայացման ներածում՝ վաղ մկանային թուլացմամբ և ստանդարտ ինտուբացիայով

Բ-Խոր սեդացիայով բրոնխոսկոպիկ բիոպսիա՝ առանց դիրքային ախտանիշների գնահատման

Գ-Տեղային անզգայացմամբ բիոպսիա՝ ինքնուրույն շնչառությունը պահպանելով և շնչառության խանգարման դեպքում անհետաձգելի միջոցառումները նախապես համաձայնեցնելով:

Դ-Սկզբում ընդհանուր անզգայացմամբ միջնորմային զանգվածի հեռացում՝ առանց հյուսվածքաբանական հաստատման

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

10. Աջ S6 սեգմենտէկտոմիայից առաջ եռաչափ ՀՇ-վերակառուցմամբ պարզվում է, որ նախատեսվող մասնահատման հարթությամբ անցնող երակային ճյուղը դրենավորում է նաև պահպանվող բազալ սեգմենտներից մեկը: Ինչպե՞ս պետք է պլանավորել երակի մշակումը:

Ա-Ճշտել ճյուղերի դրենավորման տարածքները և հնարավորության դեպքում պահպանել բազալ սեգմենտների երակային արտահոսքը

Բ-Երակը հատել սեգմենտների սահմանին՝ ենթադրելով, որ միջսեգմենտային ճյուղը նշանակություն չունի պահպանվող պարենխիմայի համար

Գ-Մասնահատման հարթությունը որոշել բացառապես սեգմենտային զարկերակի ընթացքով՝ անկախ երակային անատոմիայից

Դ-Երակային ճյուղը մշակել միայն միջսեգմենտային հարթության վերջնական բաժանումից հետո՝ առանց նախնական քարտեզագրման

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

11. Ձախակողմյան վերին լոբէկտոմիայի ընթացքում հայտնաբերվում է վերին և ստորին թոքային երակների կարճ ընդհանուր ցողուն: Նախավիրահատական ՀՇ-ում այդ տարբերակը տեսանելի է: Ո՞րն է անոթային մշակման առավել անվտանգ սկզբունքը:

Ա-Առանձնացնել վերին բլթի երակային ճյուղերը ընդհանուր ցողունից և պահպանել ստորին բլթի անխափան արտահոսքը

Բ-Ընդհանուր ցողունը հատել ներպերիկարդային մակարդակում, ապա գնահատել ստորին բլթի կենսունակությունը

Գ-Սկզբում կապել ստորին թոքային երակը՝ վերին երակային ճյուղերի անջատումը հեշտացնելու համար

Դ-Ընդհանուր ցողունը ժամանակավորապես փակել, իսկ ստորին բլթի երակային անատոմիան գնահատել մասնահատումից հետո

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

12. Աջ վերին բլթի բրոնխը սկիզբ է առնում շնչափողից՝ կարինայից 15 մմ վեր: Նախատեսվում է կրծքավանդակի վիրահատություն՝ մեկ թոքի օդափոխությամբ:

Ո՞ր հանգամանքը պետք է հատուկ ստուգել բրոնխոսկոպիկ հսկողությամբ՝ ինտուբացիոն խողովակը տեղադրելիս:

Ա-Կարինայի և ձախ գլխավոր բրոնխի անկյունը՝ որպես շնչափողային բրոնխի տեղակայման փոխարինող նշան

Բ-Շնչափողային բրոնխի բացվածքի դիրքը՝ ինտուբացիոն խողովակի մանժետի նկատմամբ:

Գ-Աջ ստորին բլթի բրոնխի ճյուղավորման խորությունը՝ առանց շնչափողային բացվածքի զննման

Դ-Խողովակի ծայրի դիրքը աուսկուլտացիայով՝ առանց բրոնխոսկոպիկ վերահսկման

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

13. Հետին միջնորմի 5 սմ նեյրոգեն գոյացությունը ՀՇ-ով լայնացնում է Th5–Th6 միջողնային անցքը: Պացիենտն ունի նույն կողմի միջկողային նևրալգիա, սակայն վերջույթներում ուժի նվազում չկա: Ո՞ր հետազոտությունն է պարտադիր առաջնահերթ՝ նախքան գոյացության հեռացման ծավալը որոշելը:

Ա-Կոնտրաստային PET-ՀՇ՝ գոյացության նյութափոխանակային ակտիվությունը պարզելու համար

Բ-Կրծքավանդակի բազմափուլ ՀՇ-անգիոգրաֆիա՝ հիմնական անոթների հարաբերությունը գնահատելու համար

Գ-Էլեկտրանեյրոմիոգրաֆիա՝ միջկողային նյարդի վնասումը քանակապես գնահատելու համար

Դ-Ողնաշարի ՄՌՇ՝ ողնաշարային խողովակ և ներողնաշարային տարածություն ներթափանցումը պարզելու համար

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

14. Աջ թոքի գագաթի ուռուցք ունեցող պացիենտի մոտ առաջացել են C8 և Th1 նյարդարմատների ախտահարմանը բնորոշ ցավ և ձեռքի մանր մկանների թուլություն: ՀՇ-ով հնարավոր չէ վստահ որոշել ուռուցքի հարաբերությունը բազկային հյուսակի հետ: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել տեղեկատվական տեղային տարածվածությունը ճշտելու համար:

Ա-Բարձր հստակության ՀՇ՝ առաջին երկու կողերի ոսկրային կառուցվածքը գնահատելու համար

Բ-Կրծքավանդակի վերին բացվածքի և բազկային հյուսակի ՄՌՇ՝ համապատասխան հարթություններով

Գ-PET-ՀՇ՝ ուռուցքի նյութափոխանակային ակտիվության և հեռավոր տարածման գնահատմամբ

Դ-Էլեկտրանեյրոմիոգրաֆիա՝ վնասման ֆունկցիոնալ արտահայտվածությունը որոշելու համար

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

15. ՀՇ-ով հայտնաբերվել է աջ ստոծանու գմբեթի կայուն բարձր դիրք: Պացիենտի մոտ կասկածվում է միակողմանի ստոծանիական պարեզ, սակայն անհրաժեշտ է տարբերակել այն ճողվածքից և հաստատել շարժման պարադոքսալ բնույթը: Ո՞ր եղանակն է առավել անմիջականորեն լուծում այս խնդիրը:

Ա-Ստոծանու հաստության չափում սովորական կրծքավանդակի ՀՇ-ով

Բ-Ստոծանու շարժումների դինամիկ ռենտգենոսկոպիա կամ ՈւՁՀ՝ կտրուկ ներշնչման փորձի (sniff test) ընթացքում

Գ-Դիֆուզիոն կարողության չափում՝ թոքային սահմանափակիչ խանգարման աստիճանը որոշելու համար

Դ-Ֆունկցիոնալ մնացորդային ծավալի չափում՝ պլետիզմոգրաֆիայի միջոցով

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

16. Թոքի ձախ վերին բլթում 12 մմ պինդ հանգույց ունեցող պացիենտի 30 ամիս առաջ կատարված ՀՇ-ում նույն օջախը եղել է 7 մմ: Պատկերները կատարվել են համադրելի տեխնիկական պայմաններում: Ո՞ր վերլուծությունն է առավել օգտակար՝ հանգույցի աճը և չարորակության հավանականությունը գնահատելու համար:

Ա-Ներկայիս ՀՇ-ում միայն առավելագույն տրամագիծը համեմատել PET-ի SUVmax-ի հետ

Բ-Դիտարկել հանգույցի փոփոխությունը բացառապես ըստ ներկայիս խտության՝ անտեսելով հին պատկերները

Գ-Համադրել նախկին և ներկայիս ՀԾ-ները՝ գնահատելով ծավալային աճը, կրկնապատկման ժամանակը և կառուցվածքային փոփոխությունները

Դ-Կրկնել բարակ շերտերով ՀԾ-ն մեկ տարի անց՝ առանց առկա նախորդ պատկերների քանակական համեմատության

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

17. Պլանային լոբէկտոմիայով պացիենտի սպիրոմետրիայի երեք փորձերից ստացված FEV_1-ը տատանվում է 1,45–2,10 լ միջակայքում: Հոսք–ծավալ կորերից երկուսում առկա են արտաշնչման վաղ ընդհատում և հազ, իսկ լաբորատոր եզրակացությամբ չափումները չեն համապատասխանում ընդունելիության չափանիշներին: Ո՞ր քայլն է առավել ճիշտ մինչև ppoFEV_1-ի հաշվարկը:

Ա-Որպես ելակետ ընդունել երեք փորձերի միջին արժեքը՝ արտահոսքի ծավալի տատանումը նվազեցնելու համար

Բ-Ընտրել ամենաբարձր FEV_1-ը՝ ենթադրելով, որ այն առավել մոտ է իրական ֆունկցիային

Գ-Կրկնել և որակապես վերահսկել սպիրոմետրիան՝ ստանալով ընդունելի ու վերարտադրելի արդյունքներ

Դ-FEV_1-ի փոխարեն հաշվարկում կիրառել հանգստի վիճակում SpO_2-ը և թոքերի ընդհանուր ծավալը

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

18. 68-ամյա ծխող պացիենտի աջ թոքի վերին բլթում առկա է 19 մմ ճառագայթաձև եզրերով պինդ հանգույց՝ PET-ՀԾ-ով բարձր FDG կուտակմամբ: ՀԾ հսկողությամբ կատարված ասեղային բիոպսիայի պատասխանը «ֆիբրոզ և բորբոքային բջիջներ» է, իսկ նմուշի բավարարությունը կասկածելի է: Ո՞րն է առավել ճիշտ հաջորդ քայլը:

Ա-Հանգույցը դասել բարորակների շարքին և անցնել տարեկան ՀԾ հսկողության

Բ-Վերագնահատել չարորակության հավանականությունը և քննարկել նոր բիոպսիա կամ ախտորոշիչ մասնահատում

Գ-Ախտորոշումը համարել հաստատված թոքի քաղցկեղ և առանց լրացուցիչ գնահատման կատարել լոբէկտոմիա

Դ-Նախապես նշանակել ստերեոտաքսիկ ճառագայթային բուժում՝ չարորակությունը համարելով ապացուցված

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

19. Թոքերի քրոնիկական օբստրուկտիվ հիվանդություն ունեցող պացիենտին պլանավորվում է աջից ստորին լոբէկտոմիա: Բրոնխալայնիչ բուժումից և շնչառական օպտիմալացումից հետո FEV_1-ը 1,45 լ-ից բարձրացել է մինչև 1,82 լ: Վերջին չափումն ընդունելի է և վերարտադրելի: Ի՞նչ ելակետային տվյալներով է նպատակահարմար նորից գնահատել վիրահատական ռիսկը:

Ա-Բուժումից առաջ ստացված FEV_1-ով՝ բացառելու համար բարելավման չափազանց լավատեսական գնահատումը

Բ-Նախաբուժական և հետբուժական FEV_1-ների միջինով՝ առանց այլ հետազոտությունների

Գ-Միայն վերջին FEV_1-ով՝ առանց DLCO-ի և հետվիրահատական կանխատեսման հաշվարկի

Դ-Օպտիմալացված վիճակում ստացված որակյալ սպիրոմետրիայով, DLCO-ով և համապատասխան ppo ցուցանիշներով

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

20. Թոքի քաղցկեղի պատճառով լոբէկտոմիայի թեկնածու 71-ամյա պացիենտի BMI-ն 23 կգ/մ² է, սակայն վերջին երեք ամսում նա առանց նպատակային դիետայի կորցրել է մարմնի քաշի 9%-ը: ՀՇ-ում առկա են մկանային զանգվածի նվազման նշաններ: Ո՞ր եզրակացությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նորմալ BMI-ի դեպքում սնուցման անբավարարությունն աննշան է և լրացուցիչ գնահատման կարիք չունի

Բ-Նախավիրահատական սնուցման ռիսկը կարելի է որոշել միայն շիճուկային ալբումինի մակարդակով

Գ-Առկա է թերսնուցման և մկանային զանգվածի կորստի (սարկոպենիայի) պատկեր: Անհրաժեշտ է սննդակարգի ամբողջական գնահատում և համապատասխան կարգավորում:

Դ-Քաշի կորուստը պետք է վերագրել միայն ուռուցքի տարածվածությանը և սահմանել հիվանդության ավելի բարձր TNM փուլ

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

21. 79-ամյա պացիենտի մոտ նախատեսվում է թոքի անատոմիական մասնահատում: FEV_1-ը և DLCO-ն համեմատաբար պահպանված են, սակայն քայլքի արագությունը ցածր է, վերջին մեկ տարում եղել են ընկնելու դրվագներ, և պացիենտը դժվարությամբ է կատարում առօրյա գործերը: Ո՞ր գնահատումն է առավել օգտակար միջամտության անհատական ռիսկը որոշելու համար:

Ա-Ռիսկը գնահատել միայն ըստ տարիքային խմբի և ASA դասակարգման

Բ-Կենտրոնանալ միայն ppoFEV_1-ի և ppoDLCO-ի վրա՝ հաշվի չառնելով առօրյա ինքնուրույնությունը

Գ-Կատարել համապարփակ գերիատրիկ գնահատում՝ ներառելով խոցելիությունը, սնուցումը, շարժունակությունն ու ինքնուրույնությունը

Դ-Հաշվել միայն համակցված հիվանդությունների Charlson ինդեքսը՝ որպես վիրահատելիության վերջնական չափանիշ

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

22. Թոքի տեղային տարածված քաղցկեղով 63-ամյա պացիենտը նեոադյուվանտ քիմիահիմունաթերապիայի համակցված նախավիրահատական բուժումից հետո գանգատվում է նոր առաջացած հևոցից: ՀՇ-ում ուռուցքի չափը նվազել է, բայց ի հայտ են եկել թոքի երկկողմանի նոր միջանկյալ հյուսվածքային փոփոխություններ: Ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ մինչև նախատեսված լոբէկտոմիան:

Ա-Հետաձգել վիրահատական միջամտությունը և վերագնահատել շնչառական ֆունկցիան, DLCO-ն ու հնարավոր բուժման հետ կապված թոքաբորբը՝ անհրաժեշտ մասնագիտական խորհրդատվությամբ

Բ-Առաջնահերթ գնահատել միայն ուռուցքի պատասխանը PET-ՀՇ-ով՝ նախաբուժական ֆունկցիոնալ ցուցանիշները թողնելով անփոփոխ

Գ-Ստացված պատասխանը համարել վիրահատության ծավալը փոքրացնելու բավարար հիմք՝ առանց թոքային փոփոխությունները պարզելու

Դ-Շնչառական նոր ախտանիշներն անմիջապես վերագրել ուռուցքի առաջընթացին և անցնել երկրորդ գծի բուժման

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

23. CPET-ի ընթացքում գրանցվել են հետևյալ ցուցանիշները՝ VO_2peak՝ 15 մլ/կգ/րոպե, VE/VCO_2 slope՝ 37, O_2 pulse՝ 10 մլ/զարկ, RER՝ 1,12: Ո՞ր ցուցանիշն է առավել անմիջականորեն արտացոլում ամբողջ օրգանիզմի առավելագույն աերոբ ունակությունը, այլ ոչ թե դրա առանձին ֆիզիոլոգիական բաղադրիչը:

Ա-VE/VCO_2 slope-ը՝ որպես օդափոխության արդյունավետության բնութագիր

Բ-VO_2peak-ը՝ որպես գագաթնակետային թթվածնի յուրացման չափում

Գ-O_2 pulse-ը՝ որպես թթվածնի յուրացման հարաբերություն սրտի կծկումների հաճախությանը

Դ-RER-ը՝ որպես արտադրված CO_2-ի և յուրացված O_2-ի հարաբերություն

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

24. Սեգմենտների քանակով ppoFEV_1 հաշվարկելիս թոքի բլթի երկարատև խցանման հետևանքով հեռացվող սեգմենտների օդափոխությունն ու պերֆուզիան խիստ նվազած են: Ո՞ր մեթոդաբանական ենթադրությունն է առավել շատ նպաստում իրական ֆունկցիոնալ կորստի գերագնահատմանը:

Ա-Այն ենթադրությունը, որ ppoFEV_1-ի կանխատեսումը կիրառվում է միայն պնևմոնէկտոմիայի ժամանակ

Բ-Այն ենթադրությունը, որ յուրաքանչյուր անատոմիական սեգմենտ ընդհանուր թոքային ֆունկցիայում ունի մոտավորապես հավասար ներդրում

Գ-Այն ենթադրությունը, որ DLCO-ն արտացոլում է միայն շնչուղիների անցանելիությունը

Դ-Այն ենթադրությունը, որ ՀՇ-ով տեսանելի էմֆիզեման միշտ համաչափ է տարածված երկու թոքերում

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

25. Թոքի դրունքի առաջային մակերեսի և հարակից սրտապարկի շրջանում միջնորմային թոքամիզը անջատելիս վիրաբույժը պետք է տարանջատի ստոծանիական և թափառող նյարդերի ընթացքը: Ո՞ր անատոմիական նկարագրությունն է ճիշտ:

Ա-Ստոծանիական նյարդը թոքի դրունքի հետևով է անցնում, իսկ թափառողը՝ առջևով

Բ-Երկու նյարդերն էլ ընթանում են թոքի դրունքի առջևով՝ նույն անոթային խրձի կազմում

Գ-Ստոծանիական նյարդն անցնում է թոքային զարկերակի և գլխավոր բրոնխի միջև, իսկ թափառողը՝ սրտապարկի վրա

Դ-Ստոծանիական նյարդը սրտապարկի վրայով անցնում է թոքի դրունքի առջևով, իսկ թափառողը՝ դրունքի հետևով

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

26. Ձախ 4L ավշահանգուցային խմբի հեռացման ընթացքում վիրաբույժը աշխատում է աորտայի աղեղի և թոքային զարկերակի միջև: Ո՞ր նյարդի ընթացքի առանձնահատկությունն է որոշում ձայնալարերի հետվիրահատական պարեզի վտանգը:

Ա-Ձախ ստոծանիական նյարդի անցումը թոքի դրունքի առջևով՝ սրտապարկի վրա

Բ-Ձախ թափառող նյարդի ընթացքը թոքի դրունքի հետևով՝ թոքային հյուսակի կազմում

Գ-Ձախ հետադարձ կոկորդային նյարդի շրջադարձը աորտայի աղեղի տակ՝ զարկերակային կապանի հարևանությամբ

Դ-Կրծքային սիմպաթիկ ցողունի ընթացքը ողնաշարի մարմինների մոտ՝ հետին միջնորմում

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

27. Հետին-կողմնային միջկողային տարածությունով փոքր տրամագծի թորակոսկոպիկ պորտ տեղադրելիս անհրաժեշտ է նվազեցնել հիմնական միջկողային անոթանյարդային խրձի վնասման վտանգը՝ հաշվի առնելով նաև հավելյալ կոլատերալ ճյուղերի առկայությունը: Ո՞ր անատոմիական կողմնորոշումն է ճիշտ:

Ա-Հիմնական խուրձը տեղակայված է ստորին կողի վերին մակերեսին, ուստի պորտը պետք է մոտեցնել վերին կողին

Բ-Հիմնական խուրձն անցնում է միջկողային տարածության կենտրոնով, ուստի անվտանգ են միայն կողային մուտքերը

Գ-Խուրձն անցնում է վերին կողի ստորին ակոսով. մուտքը պլանավորել ստորին կողի վերին եզրի մոտ՝ հաշվի առնելով կոլատերալները

Դ-Հիմնական խուրձը տեղակայված է միջկողային ներքին մկանից մակերեսային՝ անկախ կողային ակոսի դիրքից

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

28. Ձախից S1+2 անատոմիական սեգմենտէկտոմիայի եռաչափ ՀՇ-պլանավորման ժամանակ անհրաժեշտ է որոշել պահպանվող և հեռացվող պարենխիմայի սահմանը: Ո՞ր անոթային կառուցվածքներն են սովորաբար առավել օգտակար միջսեգմենտային հարթությունը որոշելու և պահպանվող սեգմենտների արտահոսքը գնահատելու համար:

Ա-Սեգմենտային թոքային զարկերակների կենտրոնական ճյուղերը՝ որպես միջսեգմենտային սահմաններ

Բ-Սեգմենտային բրոնխները՝ որպես միջսեգմենտային երակային դրենավորման ուղղակի փոխարինողներ

Գ-Միջսեգմենտային թոքային երակները և դրանց պահպանվող սեգմենտներից եկող ճյուղերը

Դ-Բրոնխային զարկերակները՝ որպես միջսեգմենտային հարթությամբ հաստատուն ընթացող անոթներ

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

29. 68-ամյա պացիենտին նախատեսվում է ձախից ստորին լոբէկտոմիա: ppoFEV$_1$-ը 64% է, ppoDLCO-ն՝ 62%: CPET-ի ժամանակ VO$_2$peak-ը 17 մլ/կգ/րոպե է, իսկ VE/VCO$_2$ slope-ը՝ 44: Այլ սուր հիվանդություն չի հայտնաբերվել: Ո՞րն է ռիսկի գնահատման առավել հիմնավորված եզրակացությունը՝ ըստ ERS/ESTS 2025 մոտեցման:

Ա-Բավարար ppoFEV$_1$-ը թույլ է տալիս բացառել սիրտ-թոքային բարձր ռիսկը՝ անկախ CPET-ի այլ ցուցանիշներից

Բ-VE/VCO$_2$ slope-ի արտահայտված բարձրացումը պահանջում է բարձր ռիսկի քննարկում և բուժման այլընտրանքների գնահատում

Գ-VO_2peak-ի 15-ից բարձր լինելը թույլ է տալիս անտեսել օդափոխության արդյունավետության ցուցանիշները

Դ-Միայն հանգստի SpO_2-ի կրկնակի չափումը բավարար է CPET-ի հակասական արդյունքը վերջնական պարզելու համար

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

30. Թոքի քաղցկեղի միջնորմային մետաստատիկ ախտահարումը բացահայտող թեստի զգայունությունը և սպեցիֆիկությունը երկուսն էլ 90% են: Եթե հետազոտվող պացիենտների խմբում հիվանդության տարածվածությունը 10%-ից բարձրանում է մինչև 40%, իսկ թեստի հատկությունները չեն փոխվում, ի՞նչ կլինի բացասական կանխատեսող արժեքի (NPV) հետ:

Ա-Կնվազի՝ մոտ 98,8%-ից մինչև 93,1%

Բ-Կմնա 90%, քանի որ զգայունությունն ու սպեցիֆիկությունը չեն փոխվել

Գ-Կբարձրանա՝ մոտ 93,1%-ից մինչև 98,8%

Դ-Կհավասարվի դրական կանխատեսող արժեքին՝ անկախ տարածվածությունից

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

31. Աջ ստորին բլթի 3,2 սմ ոչ մանրբջջային քաղցկեղը տեղային գնահատմամբ հնարավոր է ամբողջությամբ հեռացնել լոբէկտոմիայով (cT2aN0M0): Սակայն պացիենտի ppoDLCO-ն 29% է, իսկ CPET-ով VO_2peak-ը՝ 9 մլ/կգ/րոպե: Ո՞ր եզրակացությունն է առավել ճշգրիտ վիրահատելիության և ուռուցքի մասնահատելիության վերաբերյալ:

Ա-Ցածր VO_2peak-ը նշանակում է ուռուցքի անատոմիական ոչ մասնահատելիություն՝ անկախ դրա տեղակայությունից

Բ-R0 մասնահատման տեխնիկական հնարավորությունը բավարար է լոբէկտոմիայի ցուցումը հաստատելու համար

Գ-Անգամ մասնահատելի ուռուցքի դեպքում վիրահատական ռիսկը շատ բարձր է. քննարկել այլ բուժումներ բազմամասնագիտական խորհրդում

Դ-ppoDLCO-ի և VO_2peak-ի ցածր արժեքները ինքնին նշանակում են N2 կամ հեռավոր մետաստատիկ հիվանդություն

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

32. Թոքի ոչ մանրբջջային քաղցկեղով պացիենտի մոտ նախատեսվում է արմատական նպատակով համակցված բուժում: PET-ՀՇ-ով արտակրծքային օջախներ չեն հայտնաբերվել, այդ թվում և գլխուղեղում: Ո՞րն է գլխուղեղի փուլավորման վերաբերյալ առավել ճիշտ հաջորդ քայլը և դրա հիմնավորումը:

Ա-Կատարել գլխուղեղի կոնտրաստային ՄՌՇ, քանի որ ուղեղում FDG-ի բնականոն բարձր կուտակումը և PET-ի սահմանափակ հնարավորությունը կարող են քողարկել փոքր մետաստազները

Բ-Կրկնել PET-ՀՇ-ն գլխուղեղի ուշացած պատկերավորմամբ՝ առանց ՄՌՇ-ի, քանի որ դա բավարար չափով վերացնում է բնականոն FDG կուտակման ազդեցությունը

Գ-Կատարել գլխուղեղի կոնտրաստային ՀՇ՝ որպես ՄՌՇ-ին համարժեք հետազոտություն, քանի որ սահմանափակումը պայմանավորված է միայն PET-ի ոչ կոնտրաստային բնույթով

Դ-Գլխուղեղի ՄՌՇ-ն վերապահել նյարդաբանական գանգատներ ունեցող պացիենտներին՝ բացասական PET-ՀՇ-ն համարելով բավարար անախտանիշ դեպքերում

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

33. Աջ վերին բլթի ծայրամասային ադենոկարցինոմայի ինվազիվ բաղադրիչը ՀՇ-ով 2,6 սմ է: Չկան ընդերային թոքամզի, գլխավոր բրոնխի կամ հարակից կառուցվածքների ներգրավման, ինչպես նաև նույն բլթում առանձին ուռուցքային հանգույցների նշաններ: Ո՞րն է cT կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T2b

Բ-T2a

Գ-T1c

Դ-T1b

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

34. Ձախ ստորին բլթի ոչ մանրբջջային քաղցկեղի առավելագույն չափը 4,4 սմ է: ՀՇ-ով ուռուցքը հարում է ընդերային թոքամզին՝ առանց կրծքավանդակի պատի ներաճման կամ առանձին ուռուցքային հանգույցների: Ի՞նչ cT կատեգորիա պետք է սահմանել (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T2a

Բ-T3

Գ-T2b

Դ-T1c

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

35. Սեգմենտէկտոմիայից հետո 2,0 սմ ինվազիվ ադենոկարցինոմայի հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ հաստատվել է ինվազիա ընդերային թոքամզի առաձգական շերտից այն կողմ (PL1): Գլխավոր բրոնխը և այլ հարակից կառուցվածքներ ախտահարված չեն: Ո՞րն է pT կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T1b

Բ-T4

Գ-T2a

Դ-T3

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

36. Աջ վերին բլթի 2,8 սմ չափի ուռուցքը ՀՇ-ով ներաճում է կրծքավանդակի պատի միջկողային մկանները: Միջնորմային օրգանների կամ ողնաշարի ներգրավում չկա: Ո՞ր T կատեգորիան է համապատասխանում նկարագրված տեղային տարածմանը (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T4

Բ-T2a

Գ-T1c

Դ-T3

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

37. Ձախ ստորին բլթի քաղցկեղով պացիենտի ՀՇ-ն և ՄՌՇ-ն վկայում են ստոծանու մկանային հատվածի անմիջական ուռուցքային ներաճման մասին: Կրծքավանդակի պատի և սրտի ներգրավում չկա: Ո՞ր T կատեգորիան է սահմանվում (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T3

Բ-T4

Գ-T2a

Դ-T2b

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

38. Աջ գլխավոր բրոնխի 2 սմ չափի ոչ մանրբջջային ուռուցքի մոտակա եզրը կարինայից 1 սմ հեռավորության վրա է: Բրոնխոսկոպիայով կարինայի լորձաթաղանթի ներգրավում չկա: Ո՞րն է cT կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T1b

Բ-T4

Գ-T2a

Դ-T3

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

39. Կենտրոնական ոչ մանրբջջային քաղցկեղը 2,4 սմ է: Բրոնխոսկոպիկ բիոպսիայով հաստատվել է կարինայի ուռուցքային ներգրավումը, իսկ հեռավոր մետաստազներ չեն հայտնաբերվել: Ո՞րն է տեղային տարածումն արտահայտող T կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T4

Բ-T3

Գ-T2b

Դ-T2a

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

40. Աջ վերին բլթի 2,1 սմ չափի առաջնային ադենոկարցինոմայի հետ նույն բլթում հայտնաբերվել է 0,7 սմ առանձին հանգույց: Համեմատական հյուսվածքաբանական և մոլեկուլային տվյալներով երկրորդ հանգույցը գնահատվել է որպես նույն ուռուցքի ներթոքային տարածում, ոչ թե անկախ առաջնային քաղցկեղ: Ո՞րն է T կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-T4

Բ-T3

Գ-T1c

Դ-T2b

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

41. Երկու տարի առաջ աջից վերին լոբէկտոմիա և համակարգված լիմֆոդիսեկցիա տարած պացիենտի հսկողության ՀՇ-ով հայտնաբերվել է մեկուսացված աճող գոյացություն բրոնխի ծայրատի մոտ: PET-ՀՇ-ով հեռավոր տարածում չկա: Ո՞րն է առավել հիմնավորված հաջորդ քայլը՝ կրկնակի վիրահատության հարցը որոշելուց առաջ:

Ա-Անմիջապես կատարել ավարտական պնևմոնէկտոմիա՝ միայն PET-ՀՇ-ի աճող ակտիվության հիմքով

Բ-Սկսել համակարգային քիմիաթերապիա՝ առանց ախտաբանական հաստատման և տեղային տարածման գնահատման

Գ-Հաստատել ախտորոշումը հյուսվածքաբանորեն, լրացնել տարածման գնահատումը և քննարկել բազմամասնագիտական խորհրդում

Դ-Սահմանափակվել վեցամսյա ՀԾ-հսկողությամբ՝ քանի որ վերականգնված բրոնխի շրջանում կրկնությունը հազվադեպ է

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

42. Աջ վերին բլթի քաղցկեղով հիվանդի ձախ թոքի օջախի բիոպսիան և մոլեկուլային համեմատությունը հաստատել են դրա մետաստատիկ բնույթը: Այլ հեռավոր մետաստազներ չկան: Ո՞ր M ենթակատեգորիան է կիրառվում (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-M1a

Բ-M1b

Գ-M1c1

Դ-M0

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

43. Մասնահատելի թվացող աջ ստորին բլթի քաղցկեղով հիվանդի մոտ ախտորոշիչ թորակոսկոպիայի ընթացքում վերցված թոքամզային հեղուկի բջջաբանական հետազոտությամբ հայտնաբերվել են քաղցկեղային բջիջներ: Արտակրծքային մետաստազներ չեն հայտնաբերվել: Ո՞րն է M կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-M1c2

Բ-M0

Գ-M1a

Դ-M1b

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

44. Թոքի ադենոկարցինոմայի փուլավորման ժամանակ աջ մակերիկամի մեկ օջախի բիոպսիայով հաստատվել է թոքային ծագման մետաստազ: PET-ՀՇ-ն և գլխուղեղի ՄՌՇ-ն այլ մետաստազներ չեն հայտնաբերել: Ո՞րն է M կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-M1b

Բ-M1a

Գ-M1c1

Դ-M1c2

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

45. Թոքի քաղցկեղով հիվանդի մոտ հայտնաբերվել են երեք առանձին ոսկրային մետաստազներ՝ ողնաշարում և կոնքում: Թոքամզային տարածում և այլ օրգանային համակարգերի մետաստազներ չկան: Ո՞րն է M կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-M1b

Բ-M1c1

Գ-M1c2

Դ-M1a

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

46. EGFR-մուտացիայով մետաստատիկ թոքային ադենոկարցինոմայով հիվանդը նպատակային բուժման ընթացքում 18 ամիս ունի արտահայտված ընդհանուր վերահսկում: Նոր ՀՇ-ով միայն թոքային մեկ օջախն է աճել. մյուս հայտնի

օջախները կայուն են, ընդհանուր վիճակը լավ է: Ո՞րն է առավել հիմնավորված քննարկումը:

Ա-Բոլոր դեպքերում դադարեցնել արդյունավետ նպատակային բուժումը՝ բացառելով տեղային վերահսկման հնարավորությունը

Բ-Բազմամասնագիտական խորհրդում գնահատել օլիգոպրոգրեսիան և տեղային աբլատիվ բուժման հնարավորությունը

Գ-Կատարել պնևմոնէկտոմիա՝ առանց ամբողջական վերափուլավորման և ռիսկի գնահատման

Դ-Անտեսել աճող օջախը՝ քանի դեռ մյուս մետաստազները կայուն են մնում

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

47. Աջ վերին բլթի քաղցկեղով հիվանդի EBUS-TBNA-ով 4R խմբի երեք առանձին ավշային հանգույցներում հաստատվել են մետաստազներ: 2R, 7, 10R և մյուս գնահատված խմբերը բացասական են: Ո՞րն է cN կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-N1

Բ-N2a

Գ-N2b

Դ-N3

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

48. Աջ վերին բլթի քաղցկեղի դեպքում EBUS-TBNA-ով մետաստատիկ ախտահարումը հաստատվել է 4R և 7 խմբերի ավշային հանգույցներում: Կոնտրալատերալ միջնորմային և վերանրակային հանգույցները բացասական են: Ո՞րն է cN կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-N3

Բ-N1

Գ-N2b

Դ-N2a

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

49. Աջ թոքի ոչ մանրբջջային քաղցկեղով հիվանդի EBUS-TBNA-ով 4L խմբի ավշային հանգույցում հաստատվել է մետաստազ: Այլ խմբերի արդյունքները բացասական են: Ո՞րն է N կատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-N2a

Բ-N3

Գ-N1

Դ-N2b

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

50. 70-ամյա պացիենտի մոտ հայտնաբերվել է 2,1 սմ ծայրամասային թոքի ուռուցք (NSCLC) և ՀՇ-ով սովորական ինտերստիցիալ թոքաբորբին (UIP) բնորոշ արտահայտված ինտերստիցիալ փոփոխություններ: FEV_1-ը 82% է, DLCO-ն՝ 53%: Թոքերի ինտերստիցիալ հիվանդությունն այժմ կլինիկապես կայուն է: Ո՞րն է վիրահատության հնարավորությունը քննարկելիս առավել հիմնավորված մոտեցումը:

Ա-Թիմային քննարկման ընթացքում գնահատել նաև ինտերստիցիալ հիվանդության սրացման ռիսկը՝ ոչ միայն սպիրոմետրիայի ցուցանիշները

Բ-Մասնահատումը համարել սովորական ցածր ռիսկի գործողություն, քանի որ FEV_1-ը գերազանցում է 80%-ը

Գ-Անտեսել UIP-ի ՀՇ պատկերը՝ եթե հանգստի վիճակում SpO_2-ը նորմայի սահմաններում է

Դ-Վիրահատությունը պարտադիր հակացուցել բոլոր UIP պացիենտներին՝ առանց այլ բուժումներ քննարկելու

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9851481/

51. Աջից վերին բլթի 2,5 սմ ադենոկարցինոմայով հիվանդի ՀՇ-ով 4R հանգույցի կարճ առանցքը 16 մմ է, իսկ PET-ՀՇ-ով՝ FDG-ի բարձր կուտակում: Հեռավոր մետաստազներ չկան, և քննարկվում է արմատական վիրահատությունը: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար հաջորդ քայլը:

Ա-Վեցամսյա ՀՇ հսկողություն

Բ-Կատարել 4R հանգույցի ինվազիվ նմուշառում

Գ-N2-ի հաստատում միայն հանգույցի չափով

Դ-Վերին լոբէկտոմիա աջից, միջնորմային լիմֆոդիսեկցիա

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

52. Աջ թոքի կենտրոնական քաղցկեղով հիվանդի 4R հանգույցը ՀՇ-ով 18 մմ է և PET-դրական: Առաջին EBUS-TBNA-ի պատասխանը՝ «արյան տարրեր, ավշային հյուսվածք չի հայտնաբերվել, ուռուցքային բջիջներ չկան»: Ո՞րն է այս արդյունքի ամենաճշգրիտ մեկնաբանությունը՝ վիրահատության մասին որոշում կայացնելիս:

Ա-Բացասական պատասխանը հաստատում է cN0 փուլը

Բ-Նմուշը հաստատում է ուռուցքի բարորակ բնույթը

Գ-PET-ՀՇ-ի պատասխանը հաստատում է pN2 փուլը

Դ-Նմուշը բավարար չէ հանգույցը գնահատելու համար

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

53. 68-ամյա պացիենտի աջ թոքի վերին բլթում հայտնաբերվել է 4,1 սմ կենտրոնական գոյացություն, իսկ նույն կողմի վերանրակային շրջանում՝ 15 մմ ավշային հանգույց: PET-ՀՇ-ով երկու օջախներն էլ ակտիվ են: Հեռավոր մետաստազների նշաններ չկան, և երկու օջախներն էլ հասանելի են բիոպսիայի համար: Ո՞րն է ախտորոշման և փուլավորման նպատակով առաջին առավել նպատակահարմար միջամտությունը:

Ա-Թոքային գոյացության ՀՇ-ուղղորդմամբ տրանսթորակալ բիոպսիա՝ դրանից հետո առանձին հանգուցային փուլավորմամբ

Բ-Առաջնային գոյացության բրոնխոսկոպիկ բիոպսիա՝ վերանրակային հանգույցի հետագա հսկողությամբ

Գ-ՈւՁՀ-ուղղորդմամբ բիոպսիայի ենթարկել վերանրակային հանգույցը՝ ապահովելով բավարար նյութ

Դ-Առաջնային ուռուցքի ախտորոշիչ VATS մասնահատում՝ հետագայում հանգույցի վիճակը ճշտելու նպատակով

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

54. 59-ամյա պացիենտի մոտ cT2aN0 ոչ մանրբջջային թոքի քաղցկեղի փուլավորման PET-ՀՇ-ով հայտնաբերվել է մակերիկամի 1,8 սմ FDG-ակտիվ հանգույց: Նախկին պատկերային հետազոտությունները հասանելի չեն: Ուռուցքաբանական խորհուրդը դիտարկում է արմատական տեղային բուժում, եթե մակերիկամային օջախը բարորակ է: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Մակերիկամի օջախը համարել մետաստազ և սկսել IV փուլի համակարգային բուժում

Բ-Կրկնել միայն կրծքավանդակի ՀՇ-ն՝ երեք ամիս անց գնահատելով առաջնային ուռուցքի չափը

Գ-Անմիջապես կատարել թոքային լոբէկտոմիա՝ մակերիկամը հետվիրահատական շրջանում գնահատելու ծրագրով

Դ-Բնութագրել մակերիկամային օջախը պատկերային մեթոդներով: Բիոպսիան իրականացնել միայն անհրաժեշտության դեպքում՝ նախապես պարտադիր բացառելով ֆեոխրոմոցիտոման:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

55. 64-ամյա պացիենտի աջ թոքի վերին բլթի կենտրոնական 3,3 սմ ոչ մանրբջջային քաղցկեղը ՀՇ-ով չի ուղեկցվում մեծացած միջնորմային հանգույցներով, իսկ PET-ՀՇ-ով միջնորմը FDG-բացասական է: Պացիենտը պոտենցիալ վիրահատելի է: Ո՞րն է նախավիրահատական հանգուցային գնահատման առավել հիմնավորված տարբերակը:

Ա-Կատարել միջնորմի ինվազիվ փուլավորում՝ չնայած PET-ՀՇ-ով բացասական հանգույցներին

Բ-Սահմանել cN0 որպես վերջնական pN0 և կատարել լոբէկտոմիա՝ առանց լրացուցիչ միջնորմային գնահատման

Գ-Կրկնել PET-ՀՇ-ն նույն պայմաններով մեկ շաբաթ անց՝ բացասական արդյունքի հաստատման նպատակով

Դ-Կատարել միայն առաջնային ուռուցքի կրկնակի բիոպսիա՝ հանգուցային փուլավորումը թողնելով հսկողությանը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

56. Թոքի ադենոկարցինոմայի պատճառով նախատեսված VATS լոբէկտոմիայի սկզբում հայտնաբերվում են առպատային թոքամզի 3–4 մմ բազմաթիվ սպիտակավուն հանգույցներ, որոնք նախավիրահատական ՀՇ-ով չեն երևացել: Պացիենտը հեմոդինամիկորեն կայուն է, իսկ շտապ հյուսվածքաբանական հետազոտությունը հասանելի է: Ո՞րն է առավել ճիշտ հաջորդ քայլը:

Ա-Շարունակել պլանավորված լոբէկտոմիան և հանգույցները հեռացնել վիրահատության վերջում

Բ-Կատարել թոքամզի մակերեսային դեկորտիկացիա՝ առանց օջախների առանձին հյուսվածքաբանական ստուգման

Գ-Ընդլայնել լոբէկտոմիան մինչև պնևմոնէկտոմիա՝ հնարավոր թոքամզային տարածումը վերահսկելու նպատակով

Դ-Հանգույցները ենթարկել շտապ հյուսվածաբանության, իսկ մետաստազի հաստատմամբ վերանայել լոբէկտոմիայի ցուցումը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

57. 1,7 սմ ծայրամասային ոչ մանրբջջային թոքի քաղցկեղի կապակցությամբ կատարվում է անատոմիական սեգմենտէկտոմիա: Սառեցված կտրվածքի քննությամբ հայտնաբերվել է ուռուցքային բջիջ մասնահատման պարենխիմային եզրում: Հարակից բլթի և մնացած սեգմենտների անատոմիան թույլ է տալիս կատարել լրացուցիչ մասնահատում, իսկ պացիենտի ֆունկցիոնալ ցուցանիշները՝ լոբէկտոմիա: Ո՞րն է առավել ճիշտ ռազմավարությունը:

Ա-Պահպանել սեգմենտէկտոմիայի ծավալը՝ հույս դնելով հետվիրահատական համակարգային բուժման վրա

Բ-Ընդլայնել միջնորմային ավշային հանգույցների հեռացումը՝ թողնելով դրական պարենխիմային եզրը

Գ-Կատարել լրացուցիչ անատոմիական մասնահատում կամ անհրաժեշտության դեպքում լոբէկտոմիա՝ ուռուցքից ազատ եզր ստանալու նպատակով

Դ-Տեղային աբլացիայի միջոցով մշակել դրական եզրը և այլևս չուղարկել հյուսվածքաբանական հետազոտության

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

58. Աջ վերին բլթի կենտրոնական 3,1 սմ ոչ մանրբջջային թոքի քաղցկեղը ընդգրկում է վերին բլթային բրոնխի մուտքը, բայց չի ներաճում թոքային զարկերակ կամ կարինա: Ստորին և միջին բլթերը լավ օդափոխվում են, իսկ բրոնխի շրջանաձև մասնահատմամբ հնարավոր է ստանալ R0 եզրեր: Հիվանդի ֆունկցիոնալ պաշարը սահմանափակ է: Ո՞ր վիրահատությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Աջ պնևմոնէկտոմիա՝ հրաժարվելով բրոնխային վերականգնումից, չնայած R0-ի հնարավորությանը

Բ-Վերին բլթի սեպաձև պարենխիմային մասնահատում՝ թողնելով բրոնխի ընդգրկված հատվածը

Գ-Աջից վերին բրոնխոպլաստիկ լոբէկտոմիա՝ բրոնխի շրջանաձև մասնահատմամբ և բերանակցմամբ

Դ-Աջ վերին բլթի ստանդարտ լոբէկտոմիա՝ պահպանելով բրոնխի ուռուցքով ընդգրկված պրոքսիմալ եզրը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

59. Կրծքավանդակի պատի մեջ ներաճող թոքի ուռուցքը (NSCLC) տեխնիկապես հնարավոր է հեռացնել: Վիրահատության ո՞ր սկզբունքն է ճիշտ:

Ա-Հեռացնել միայն կրծքավանդակի պատին հպվող ուռուցքի մակերեսը

Բ-Հեռացնել ուռուցքն ու ախտահարված կրծքավանդակի պատը մեկ բլոկով

Գ-Ուռուցքն անջատել կրծքավանդակի պատից՝ առանց դրա մասնահատման

Դ-Հեռացնել միայն թոքային օջախը՝ պատին թողնելով հետագա ճառագայթման ենթակա հյուսվածք

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

60. 61-ամյա պացիենտի աջ թոքի ոչ մանրբջջային քաղցկեղի դեպքում EBUS-TBNA-ով հաստատված են 4R և 7 խմբերի մեծածավալ, իրար միաձուլված մետաստատիկ հանգույցներ: Հեռավոր մետաստազներ չկան: Բազմամասնագիտական գնահատմամբ ներկայում R0 վիրահատությունը հավանական չէ, ECOG-ը 1 է: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նախավիրահատական քիմիաթերապիայից հետո պնևմոնէկտոմիան դիտարկել որպես պարտադիր հաջորդ քայլ՝ անկախ միջնորմի պատասխանից

Բ-Արմատական նպատակով միաժամանակյա քիմիաճառագայթային բուժում՝ հետագա կոնսոլիդացիոն բուժման հնարավորության գնահատմամբ

Գ-Նախապատվությունը տալ առաջնային լոբէկտոմիային՝ սահմանափակելով միջնորմային հանգույցների հեռացումը

Դ-Իրականացնել միայն համակարգային բուժում՝ առանց ճառագայթային բաղադրիչի քննարկման, չնայած արմատական բուժման հնարավորությանը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

61. 76-ամյա պացիենտի մոտ հաստատվել է 1,9 սմ ծայրամասային cT1bN0M0 ոչ մանրբջջային թոքի քաղցկեղ: ppoDLCO-ն 24% է, VO_2peak-ը՝ 8,8 մլ/կգ/րոպե, և բազմամասնագիտական խորհրդով անատոմիական մասնահատումն անընդունելի բարձր ռիսկ ունի: Հեռավոր մետաստազներ չկան: Ո՞ր արմատական տեղային բուժումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ստերեոտաքսիկ մարմնային ճառագայթային բուժում (SBRT)

Բ-Կոնվենցիոն ֆրակցիոնացված ճառագայթային բուժում՝ որպես պարտադիր առաջին ընտրություն՝ անկախ SBRT-ի հնարավորությունից

Գ-Տեղային էնդոբրոնխային բրախիթերապիա՝ ծայրամասային օջախը ճառագայթելու նպատակով

Դ-Անատոմիական լոբէկտոմիա

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

62. 65-ամյա պացիենտի մոտ հաստատվել է մասնահատելի IIIA փուլի ոչ մանրբջջային թոքի քաղցկեղ: Բազմամասնագիտական խորհուրդը քննարկում է շուրջվիրահատական համակարգային բուժումը, և ուռուցքից ստացվել է բավարար նյութ EGFR, ALK և PD-L1 հետազոտությունների համար: Ինչո՞ւ է EGFR-ի ու ALK-ի նախաբուժական որոշումն էական:

Ա-Դրանք թույլ են տալիս վերջնական հյուսվածքաբանական ախտորոշումը փոխարինել միայն մոլեկուլային արդյունքով

Բ-Դրանք անհրաժեշտ են միայն R0 եզրի լայնությունը վիրահատության ընթացքում որոշելու համար

Գ-Դրանք նույնականացնում են PET-ՀՇ-ով անհայտ N2 ավշահանգույցները՝ առանց հյուսվածքային փուլավորման

Դ-Դրանք կարող են փոխել նեոադյուվանտ և ադյուվանտ դեղորայքային ռազմավարության ընտրությունը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

63. Ծայրամասային, 1.8 սմ տրամագծով թոքի քաղցկեղի (NSCLC) դեպքում նախատեսվում է բլթից փոքր ծավալով անատոմիական մասնահատում: Ո՞ր պայմանն է անհրաժեշտ դրա ուռուցքաբանական հիմնավորման համար:

Ա-Ապահովել բավարար եզր և համակարգված գնահատել դրունքային ու միջնորմային հանգույցները

Բ-Ընտրել սեգմենտէկտոմիա ըստ հիվանդի նախընտրության՝ անկախ ուռուցքի կենսաբանությունից

Գ-Ընտրել սեգմենտէկտոմիա միայն ուռուցքի չափով՝ առանց ներվիրահատական հանգուցային ստուգման

Դ-Սեգմենտէկտոմիայի ցուցումը որոշել միայն PET-ՀՇ-ով ցածր FDG կուտակման հիման վրա

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

64. Երկու թոքերում հայտնաբերված ուռուցքներն ունեն տարբեր հյուսվածքաբանական կառուցվածք: Ո՞ր մոտեցումն է ճիշտ:

Ա-Երկու օջախների չափերը գումարել՝ որպես մեկ առաջնային ուռուցք

Բ-Երկու օջախներն անմիջապես դասել M1a՝ առանց համեմատության

Գ-Դիտարկել որպես հնարավոր անկախ առաջնային ուռուցքներ

Դ-Երկու օջախների առկայությամբ բացառել արմատական բուժումը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

65. Նեոադյուվանտ բուժումից հետո PET-ՀՇ-ով նախկին ուռուցքային օջախում ախտաբանական կուտակում չի հայտնաբերվում: Ո՞ր եզրակացությունն է հիմնավորված:

Ա-PET-ՀՇ-ի պատասխանը հաստատում է pN0 վիճակը

Բ-PET-ՀՇ-ի պատասխանը հաստատում է ընդհանուր pCR

Գ-PET-ՀՇ-ի մետաբոլիկ պատասխանը չի ապացուցում pCR

Դ-PET-ՀՇ-ի պատասխանը վերացնում է նմուշի քննության կարիքը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

66. Թոքի քաղցկեղի կասկածով վերցված նմուշը պարունակում է միայն նեկրոտիկ հյուսվածք: Ի՞նչ է անհրաժեշտ անել մինչև համակարգային բուժումը:

Ա-Նշանակել բուժում միայն PET-ՀՇ-ի հիման վրա

Բ-Ընդունել նմուշը որպես բարորակ պատասխան

Գ-Ստանալ կենսունակ հյուսվածքի բավարար նմուշ

Դ-Համարել նեկրոզը ադենոկարցինոմա

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

67. Ծխող հիվանդի մոտ աճող, 9 մմ տրամագծով պինդ թոքային հանգույցում PET-ՀՇ-ով FDG-ի ախտաբանական կուտակում չի հայտնաբերվել: Ո՞ր մեկնաբանությունն է ճիշտ:

Ա-Դադարեցնել հսկողությունը՝ PET-ՀՇ-ի բացասական պատասխանի հիմքով

Բ-Աճող հանգույցը գնահատել որպես համարտոմա՝ միայն PET-ՀՇ-ից ելնելով

Գ-Բացառել չարորակությունը՝ անտեսելով հանգույցի աճի դինամիկան

Դ-Փոքր հանգույցների դեպքում PET-ՀՇ-ի զգայունությունը սահմանափակ է

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

68. Մասամբ պինդ թոքային հանգույցի պինդ բաղադրիչը մեծանում է, մինչդեռ հանգույցի ընդհանուր տրամագիծը չի փոխվում: Ի՞նչ է հուշում այս փոփոխությունը:

Ա-Բարորակ ընթացքի հաստատում

Բ-Ուռուցքի ինվազիվ բաղադրիչի աճի կասկած

Գ-Կլինիկական նշանակություն չունեցող չափային փոփոխություն

Դ-Հակաբակտերիալ բուժման արդյունավետության հաստատում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

69. Առաջին ՀՇ հետազոտությամբ հայտնաբերված 3 սմ տրամագծով պինդ թոքային հանգույցը պարունակում է ճարպ և «պոպկորնի» նման կալցիֆիկատներ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա-Համարտոմա

Բ-Մանրբջջային քաղցկեղ

Գ-Ինվազիվ ադենոկարցինոմա

Դ-Մեզոթելիոմա

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

70. 64-ամյա պացիենտի մոտ առանց նախավիրահատական համակարգային բուժման կատարվել է R0 լոբէկտոմիա և համակարգված ավշահանգուցային դիսեկցիա: Հյուսվածաբանությամբ՝ 3,6 սմ ադենոկարցինոմա, մեկ ախտահարված N1 ավշահանգույց, N2՝ բացասական: Հայտնաբերվել է EGFR exon 19 deletion, ALK վերադասավորում չկա, PD-L1 TPS-ը՝ 70%: ECOG 0 է, ցիսպլատինի հակացուցումներ չկան: Ո՞ր ադյուվանտ բուժման հաջորդականությունն է առավել հիմնավորված՝ ըստ ESMO 2025 ուղեցույցի:

Ա-Ցիսպլատինային երկբաղադրիչ քիմիաթերապիա, ապա օսիմերտինիբ՝ երեք տարի

Բ-Ցիսպլատինային երկբաղադրիչ քիմիաթերապիա, ապա ատեզոլիզումաբ՝ մեկ տարի

Գ-Օսիմերտինիբ՝ երեք տարի՝ առանց նախապես ցուցված ցիսպլատինային քիմիաթերապիայի

Դ-Ցիսպլատինային երկբաղադրիչ քիմիաթերապիա, ապա դիտարկում՝ առանց թիրախային բուժման

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

71. Երկու պացիենտի մոտ թոքի ուռուցքի (NSCLC) կապակցությամբ լոբէկտոմիայից հետո քննարկվում է հետվիրահատական ճառագայթային թերապիան /PORT/: I պացիենտ՝ R0 մասնահատում, pN2 ախտահարում և ավշահանգույցից դուրս ուռուցքային տարածում, սակայն բոլոր վիրահատական եզրերը բացասական են: II պացիենտ՝ pN0, բայց բրոնխային եզրում միկրոսկոպիկ մնացորդային ուռուցք (R1), և կրկնակի մասնահատումը տեխնիկապես հնարավոր չէ: Երկուսի մոտ հեռավոր մետաստազներ չկան: Ո՞ր որոշումն է առավել հիմնավորված՝ ըստ ESMO 2025 ուղեցույցի:

Ա-Առաջին դեպքում կատարել PORT՝ pN2-ի պատճառով, երկրորդում սահմանափակվել համակարգային բուժմամբ

Բ-Առաջին դեպքում PORT-ը չկիրառել ռուտին, երկրորդում այն քննարկել բազմամասնագիտական խորհրդում

Գ-Առաջին դեպքում կատարել PORT՝ արտահանգուցային տարածման պատճառով, երկրորդում ընտրել միայն հսկողություն

Դ-Երկու դեպքում էլ կատարել PORT՝ անկախ R կարգավիճակից և հետվիրահատական համակարգային բուժումից

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

72. Թոքային հյուսվածքի մասնահատման եզրում ջերմային վնասման պատճառով ուռուցքային բջիջների առկայությունը հնարավոր չէ հստակ գնահատել: Ի՞նչ է անհրաժեշտ անել մինչև հետագա բուժման որոշումը:

Ա-Վերագնահատել եզրի վիճակը հյուսվածքաբանական պատրաստուկներում

Բ-Եզրը դասել R2՝ անկախ լրացուցիչ հյուսվածաբանությունից

Գ-Եզրը դասել R0՝ անտեսելով ջերմային վնասումը

Դ-Սահմանել IV փուլ՝ բացառապես եզրի գնահատման դժվարությամբ

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

73. Աջ թոքի վերին բլթի 2,6 սմ ոչ մանրբջջային քաղցկեղի կապակցությամբ լոբէկտոմիայից հետո ախտաբանն արձանագրում է բացասական մասնահատման եզրեր, հեռացված 10R և 11R խմբերի ավշային հանգույցներում՝ մետաստազների բացակայություն: Միջնորմային որևէ խմբից նմուշ չի ստացվել: PET-ՀՇ-ով նախավիրահատական միջնորմը եղել է բացասական: Ո՞րն է ստացված ախտաբանական փուլավորման հիմնական սահմանափակումը:

Ա-Հյուսվածքաբանորեն հաստատված pN0-ի պատճառով հարկավոր է ավտոմատ նվազեցնել T կատեգորիան

Բ-Միջնորմային ավշային հանգույցների չհետազոտման պատճառով մնում է չբացահայտված N2 ախտահարման և հանգուցային փուլի թերագնահատման հավանականություն

Գ-Դրունքային հանգույցների բացասական արդյունքը բավարար է նույն վիրահատության ընթացքում pM0-ը հաստատելու համար

Դ-Միջնորմային նմուշների բացակայությունը ինքնին նշանակում է N2b կատեգորիա՝ անկախ պատկերային տվյալներից

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

74. Թոքի 2 սմ տրամագծով ուռուցքն առաջացրել է ամբողջ թոքի օբստրուկտիվ ատելեկտազ: Այլ ինվազիայի նշաններ չկան: Ո՞րն է T կատեգորիան՝ ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության:

Ա-T4

Բ-T1b

Գ-T3

Դ-T2a

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

75. Թոքի քաղցկեղով հիվանդի մոտ առաջացել է ձայնի խռպոտություն: Հաստատված է հետադարձ կոկորդային նյարդի ուռուցքային ինվազիան: Ո՞րն է T կատեգորիան՝ ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության:

Ա-T3

Բ-T2a

Գ-T4

Դ-T2b

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

76. Սեգմենտէկտոմիա նախատեսվող թոքի քաղցկեղով հիվանդի մոտ նույն բլթի միջսեգմենտային ավշային հանգույցում հայտնաբերվել է մետաստազ: Ի՞նչ է անհրաժեշտ անել:

Ա-Անտեսել հանգույցը փոքր ուռուցքի դեպքում

Բ-Դադարեցնել բոլոր հանգույցների գնահատումը

Գ-Վերագնահատել փուլն ու նախատեսվող մասնահատման ծավալը

Դ-Հանգույցը դասել հեռավոր տարածման M1a կատեգորիայի

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

77. 63-ամյա պացիենտը ստացել է նախավիրահատական քիմիահիմունաթերապիայի երեք կուրս՝ աջ թոքի վերին բլթի տեղային տարածված ադենոկարցինոմայի կապակցությամբ: Վերափուլավորման ՀՇ-ով առաջնային ուռուցքը փոքրացել է 5,1-ից մինչև 2,9 սմ, սակայն լյարդի VI սեգմենտում հայտնվել է նոր՝ 1,4 սմ օջախ: Լյարդի կոնտրաստային ՄՌՇ-ով այն մնում է մետաստազի առումով կասկածելի, և հնարավոր է կատարել անվտանգ ասեղային բիոպսիա: Նախատեսվում էր լոբէկտոմիա: Ո՞րն է հաջորդ առավել հիմնավորված քայլը:

Ա-Շարունակել պլանավորված լոբէկտոմիան՝ լյարդի օջախը հետվիրահատական հսկողության ընթացքում գնահատելու պայմանով

Բ-Լյարդի նոր օջախը գնահատել որպես մետաստազ՝ միայն պատկերային տվյալներով և անմիջապես հրաժարվել արմատական բուժումից

Գ-Կրկնել միայն կրծքավանդակի PET-ՀՇ-ն՝ առաջնային ուռուցքի պատասխանը վերահաստատելու համար

Դ-Կատարել լյարդի օջախի թիրախային բիոպսիա՝ մինչև բուժման նպատակի և վիրահատության ցուցման վերագնահատումը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

78. Հյուսվածքաբանորեն հաստատված թոքի մանրբջջային քաղցկեղով պացիենտի կլինիկական փուլը cT1N0M0 է: PET-ՀՇ հետազոտությամբ միջնորմային ավշային հանգույցների ախտահարման նշաններ չեն հայտնաբերվել: Գլխուղեղի ՄՌՇ-ով մետաստազներ չեն հայտնաբերվել: Քննարկվում է լոբէկտոմիայի կատարումը: Ո՞րն է նախավիրահատական փուլում առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-Անցնել լոբէկտոմիայի՝ միջնորմային ավշային հանգույցների համակարգված հեռացումը կատարելով վիրահատության ընթացքում

Բ-Կրկնել PET-ՀՇ հետազոտությունը 4–6 շաբաթ անց և բացասական արդյունքի դեպքում կատարել լոբէկտոմիա

Գ-Սկսել պլատինի հիմքով քիմիաթերապիա և միջնորմային ավշային հանգույցների վիճակը գնահատել բուժումից հետո

Դ-Կատարել միջնորմային ավշային հանգույցների նախավիրահատական ինվազիվ փուլավորում՝ EBUS-TBNA-ի կամ այլ համապատասխան մեթոդի կիրառմամբ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9464246/

79. Թոքի մանրբջջային քաղցկեղով պացիենտի մոտ հաստատվել է միջնորմային ավշային հանգույցների մեծածավալ մետաստատիկ ախտահարում (bulky N2): Հեռավոր մետաստազներ չեն հայտնաբերվել: Պացիենտի ընդհանուր վիճակը բավարար է (ECOG 1): Ո՞ր բուժական մարտավարությունն է նախընտրելի:

Ա-Պլատինի հիմքով դեղամիջոցների և էտոպոզիդի զուգակցմամբ քիմիաթերապիայի ամբողջական կուրս, որից հետո՝ կրծքավանդակի ճառագայթային բուժում

Բ-Պլատինի, էտոպոզիդի և իմունաթերապիայի համակցում՝ առանց կրծքավանդակի արմատական ճառագայթային բուժման

Գ-Նախավիրահատական քիմիաթերապիա, այնուհետև՝ վիրահատական բուժման հնարավորության վերագնահատում՝ ուռուցքի արտահայտված հետաճի դեպքում

Դ-Համատեղված քիմիաճառագայթային բուժում (պլատինի դեղամիջոցներ + էտոպոզիդ)՝ հաջորդող կոնսոլիդացնող իմունաթերապիայի հնարավորությամբ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9464246/

https://www.fda.gov/drugs/resources-information-approved-drugs/fda-approves-durvalumab-limited-stage-small-cell-lung-cancer

80. 52-ամյա պացիենտի մոտ ձախ գլխավոր բրոնխում հայտնաբերվել է 1,6 սմ չափի տիպիկ կարցինոիդ: Բրոնխոսկոպիայի և ՀՇ հետազոտության տվյալներով՝ ուռուցքն ընդգրկում է բրոնխի պատի շրջագծի մոտ երկու երրորդը՝ առանց արտաբրոնխային տարածման: Ձախ թոքի երկու բլթերի բրոնխներն ու թոքային հյուսվածքը պահպանված են: Ռեգիոնար ավշային հանգույցների մետաստատիկ ախտահարման նշաններ չկան: Ո՞ր վիրահատական միջամտությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Ուռուցքի էնդոբրոնխային հեռացում՝ հետագա պարբերական բրոնխոսկոպիկ հսկողությամբ

Բ-Ձախ գլխավոր բրոնխի սեպաձև մասնահատում՝ բրոնխի պատի պլաստիկ վերականգնմամբ

Գ-Ձախ վերին բլթի բրոնխոպլաստիկ լոբէկտոմիա՝ գլխավոր բրոնխի մասնահատմամբ

Դ-Կատարել գլխավոր բրոնխի շրջանաձև մասնահատում և բերանակցում՝ պահպանելով թոքը և գնահատելով հանգույցները

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

81. 61-ամյա պացիենտի մոտ միջանկյալ բրոնխի 1,5 սմ հիպերվասկուլյար գոյացությունը գրեթե ամբողջությամբ փակում է լուսանցքը: ՀՇ-ով նշվում է անոթներով հարուստ ներքին կառուցվածք, սակայն բրոնխի պատից դուրս տարածումը պարզ չէ: Բրոնխոսկոպիայի ընթացքում պլանավորվում է ախտորոշիչ բիոպսիա: Պացիենտը հեմոդինամիկորեն կայուն է: Ո՞ր կազմակերպչական մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Բիոպսիան կատարել վերահսկելի միջավայրում՝ նախապես պատրաստելով շնչուղիների անցանելիության ապահովման և էնդոբրոնխային հեմոստազի միջոցները

Բ-Նախ կատարել կրիոթերապիա և ապա բիոպսիա՝ արյունահոսության պատրաստվածությունը սահմանափակելով

Գ-Կատարել բիոպսիան սովորական ճկուն բրոնխոսկոպիայով՝ հեմոստազի լրացուցիչ պատրաստվածությունը փոխարինելով նեղ լուսանցքի մոնիթորինգով

Դ-Բիոպսիայից հրաժարվել և միայն ՀՇ-ի հիման վրա ընդունել կարցինոիդի վերջնական հյուսվածքաբանական ախտորոշումը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

82. 67-ամյա պացիենտի մոտ 6 տարի առաջ կատարվել է հաստ աղու քաղցկեղի R0 մասնահատում: Այժմ հայտնաբերվել է աջ թոքի վերին բլթի 1,9 սմ եզակի սպիկուլածև հանգույց, PET-ՀՇ-ով՝ FDG-ի չափավոր կուտակում, իսկ այլ տեղակայման օջախներ չկան: Բիոպսիայում՝ ադենոկարցինոմա, բայց իմունահյուսվածքաքիմիական եզրակացությունը դեռ պատրաստ չէ: Ո՞ր նախնական պնդումն է առավել քիչ հիմնավորված:

Ա-Երկրորդ առաջնային (մետախրոն) թոքային ադենոկարցինոման մնում է տարբերակիչ ախտորոշման մեջ

Բ-Առաջնային ու նախկին ուռուցքի նյութերի համեմատությունն ունի որոշիչ ախտորոշիչ նշանակություն

Գ-Նախկին հաստաղիքային քաղցկեղի փաստն ինքնին ապացուցում է հայտնաբերված հանգույցի մետաստատիկ ծագումը

Դ-Ուռուցքների մորֆոլոգիական ու իմունահյուսվածքաքիմիական տվյալները պետք է քննարկել բազմամասնագիտական թիմում

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

83. 59-ամյա պացիենտի մոտ հաստ աղու քաղցկեղի R0 մասնահատումից երեք տարի անց ՀՇ-ով հայտնաբերվել են երկու տեխնիկապես հեռացվող ծայրամասային թոքային հանգույցներ: Նույն ժամանակահատվածում բազմակի լյարդային օջախները մեծացել են՝ չնայած երկու հաջորդական համակարգային բուժման գծերի: ECOG 1, FEV_1-ը և DLCO-ն բավարար են անատոմիական մասնահատման համար: Ո՞ր գործոնն է առավելապես սահմանափակում թոքային մետաստազների վիրահատական հեռացման նպատակահարմարությունը:

Ա-Թոքային հանգույցների ծայրամասային տեղակայումը

Բ-Պահպանված շնչառական ֆունկցիան

Գ-Առաջնային ուռուցքի նախկին R0 մասնահատումը

Դ-Չվերահսկվող արտակրծքային առաջընթացը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

84. 62-ամյա պացիենտի թոքի ադենոկարցինոմայի կապակցությամբ լոբէկտոմիայից և համակարգված լիմֆոդիսեկցիայից հետո հաստատվել է R0, pT2aN1: Ուռուցքում հայտնաբերվել է ALK վերադասավորում, իսկ PD-L1 TPS-ը 75% է: Պացիենտը բավարար ֆունկցիոնալ վիճակում է: Ո՞ր ադյուվանտ բուժման ուղղությունն է առավել հիմնավորված քննարկել՝ հաշվի առնելով մոլեկուլային արդյունքը:

Ա-Բարձր PD-L1-ի հիմքով ընտրել միայն իմունաթերապիա՝ անկախ ALK վերադասավորումից

Բ-Քննարկել ադյուվանտ ալեկտինիբը՝ ALK-դրական մասնահատված ուռուցքի համապատասխան ցուցումով

Գ-Ընտրել միայն դիտարկում, քանի որ R0 մասնահատումը վերացնում է բոլոր հետագա ռիսկերը

Դ-Սկսել ադյուվանտ օսիմերտինիբ՝ ALK վերադասավորումը համարելով EGFR մուտացիայի համարժեք

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

85. 58-ամյա պացիենտն ունի հյուսվածքաբանորեն հաստատված սարկոիդոզ և նոր հայտնաբերված աջ վերին բլթի 2,7 սմ ադենոկարցինոմա: PET-ՀՇ-ով 4R և 7 խմբերի հանգույցներում FDG-ի բարձր կուտակում կա: Քննարկվում է վիրահատական բուժում: Ո՞րն է առավել ճիշտ մոտեցումը:

Ա-FDG-ակտիվ բոլոր հանգույցները սահմանել մետաստատիկ՝ առանց լրացուցիչ հաստատման

Բ-Նմուշառել միջնորմային հանգույցները՝ մետաստազը գրանուլոմատոզ ախտահարումից տարբերակելու համար

Գ-Սարկոիդոզի փաստով բացառել միջնորմային մետաստազների առկայությունը

Դ-Միջնորմը համարել cN0, քանի որ սարկոիդոզն արդեն ախտորոշված է

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

86. Թոքի մասնահատման եզրը մակրոսկոպիկորեն ազատ է ուռուցքից, սակայն մանրադիտակային հետազոտությամբ այնտեղ հայտնաբերվել են ուռուցքային բջիջներ: Ո՞րն է R կատեգորիան:

Ա-R2

Բ-R1

Գ-Պարտադիր RX

Դ-R0

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

87. 68-ամյա պացիենտի բրոնխոսկոպիկ բիոպսիայում հայտնաբերվել է ոչ մանրբջջային քաղցկեղ, և սահմանափակ իմունահյուսվածքաքիմիական քննությամբ հաստատվել է ադենոկարցինոմա: Պարաֆինային բլոկում մնացել է քիչ ուռուցքային հյուսվածք: Ընդլայնված հիվանդության բուժումն ընտրելու համար անհրաժեշտ են

PD-L1-ի գնահատում և մոլեկուլային պրոֆիլավորում: Ինչպե՞ս է նպատակահարմար պլանավորել նմուշի հետագա օգտագործումը:

Ա-Սահմանափակվել ախտորոշումն ապահովող անհրաժեշտ ներկումներով և հյուսվածքը առաջնահերթ պահպանել PD-L1-ի ու DNA/RNA հիմքով մոլեկուլային քննության համար

Բ-Կատարել իմունահյուսվածքաքիմիական հնարավորինս լայն պանել, այնուհետև մնացած նյութով որոշել՝ արդյոք հնարավոր է մոլեկուլային քննություն

Գ-Նախ օգտագործել ամբողջ մնացորդային նյութը PD-L1-ի կրկնակի որոշումների համար, իսկ մոլեկուլային հետազոտությունը տեղափոխել հիվանդության առաջընթացի փուլ

Դ-Ընտրել միայն պլազմային ctDNA հետազոտություն՝ առանց գնահատելու պահպանված հյուսվածքի բջջայնությունն ու լրացուցիչ բիոպսիայի հնարավորությունը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

88. Նեոադյուվանտ քիմիահիմունաթերապիայից հետո կատարվել է աջից վերին լոբէկտոմիա՝ ավշային հանգույցների համակարգված հեռացմամբ: Նախկին առաջնային ուռուցքի տեղում հայտնաբերվել է միայն ֆիբրոզ և բուժման հետևանքով առաջացած փոփոխություններ՝ առանց կենսունակ ուռուցքային բջիջների: Սակայն 11R խմբի մեկ ավշային հանգույցում հայտնաբերվել է 2 մմ չափի կենսունակ մետաստատիկ օջախ: Այլ հանգույցները բացասական են: Ո՞րն է հետբուժական ախտաբանական T և N կատեգորիաների ճիշտ նշագրումը (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-pT0N0՝ առանց հետբուժական նախածանցի

Բ-ypTisN1՝ առաջնային օջախի ֆիբրոզը գնահատելով որպես մնացորդային in situ քաղցկեղ

Գ-ypT0N1՝ առաջնային օջախում ուռուցք չկա, N1 հանգույցում պահպանվել է մետաստազ

Դ-ycT0N0՝ պատկերային պատասխանի հիման վրա

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

89. Աջ թոքի ուռուցքի դեպքում մետաստազ է հայտնաբերվել 11R խմբի ավշային հանգույցում: Ո՞րն է N կատեգորիան: (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության)

Ա-N2b

Բ-N1

Գ-N3

Դ-N2a

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

90. Միջնորմի հետազոտության ընթացքում անհրաժեշտ է նմուշներ վերցնել N3, N2 և N1 խմբերի կասկածելի ավշային հանգույցներից: Ո՞ր հերթականությունն է նվազեցնում գործիքով ուռուցքային բջիջների տեղափոխման պատճառով սխալ արդյունքի վտանգը:

Ա-Միայն N1

Բ-N1 ապա N2 ապա N3

Գ-Միայն ամենամեծ հանգույցը՝ անկախ կայանից

Դ-N3 ապա N2 ապա N1

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

91. Երեք տարի առաջ աջից վերին լոբէկտոմիայով հեռացվել է KRAS G12C մուտացիայով թոքային ադենոկարցինոման (pN0): Հսկողության ՀՇ-ով ձախ ստորին բլթում հայտնաբերվել է 1,7 սմ նոր պինդ հանգույց: Բիոպսիայով հաստատվել է ադենոկարցինոմա՝ EGFR exon 19 deletion-ով և առանց նախկին ուռուցքի KRAS մուտացիայի: Հեռավոր տարածման և միջնորմային մետաստազների տվյալներ չկան: Ո՞ր եզրակացությունն է առավել հիմնավորված հաջորդ բուժումը պլանավորելիս:

Ա-Հակառակ թոքի օջախը դասել M1a՝ անկախ ուռուցքների հյուսվածքաբանական և մոլեկուլային տարբերություններից

Բ-Նոր օջախը գնահատել որպես նախկին քաղցկեղի ուշացած ռեցիդիվ՝ ելնելով միայն ժամանակային միջակայքից

Գ-Միայն նոր հանգույցի SUVmax-ի համեմատությամբ որոշել՝ դա մետաստա՞զ է, թե՞ անկախ առաջնային ուռուցք

Դ-Հավանական համարել երկրորդ անկախ առաջնային ուռուցքը՝ համադրելով մոլեկուլային, հյուսվածքաբանական և պատկերային տվյալները

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

92. Ի՞նչ փոփոխություն է կատարվել թոքի քաղցկեղի TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության N բաժնում:

Ա-N3-ը միավորվել է M1a-ի հետ՝ առանց այլ փոփոխության

Բ-N1 կատեգորիան հեռացվել է ավշահանգուցային համակարգից

Գ-Հանգուցային կայանների գնահատումը դուրս է եկել TNM-ից

Դ-N2-ը բաժանվել է մեկ և բազմակայանային ախտահարման

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

93. Թոքի քաղցկեղի դեպքում թոքամզի ախտահարման PL2 աստիճանը ո՞ր ներածն է նշանակում:

Ա-Ուռուցքը ներաճում է առպատային թոքամզի մեջ

Բ-Ուռուցքը չի անցնում ընդերային թոքամզի էլաստիկ շերտը

Գ-Ուռուցքը հասնում է ընդերային թոքամզի արտաքին մակերեսին

Դ-Ուռուցքը ներաճում է ստոծանու միջաձիգ մկանների մեջ

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

94. Ո՞րն է cTNM և pTNM դասակարգումների հիմնական տարբերությունը:

Ա-cTNM-ը հիմնվում է PET-ի, իսկ pTNM-ը՝ միայն ՄՌՇ-ի տվյալներով

Բ-cTNM-ը և pTNM-ը նշանակում են TNM-ի հին և նոր տարբերակները

Գ-cTNM-ը և pTNM-ը տարբերվում են միայն ուռուցքի աջ կամ ձախ կողմով

Դ-cTNM-ը կլինիկական, pTNM-ը՝ վիրահատական նյութի ախտաբանական գնահատումն է

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

95. 67-ամյա պացիենտի աջ թոքի վերին բլթում ՀՇ-ով հայտնաբերվել է 3,4 սմ մասամբ պինդ, ոչ մուցինոզ ադենոկարցինոմային բնորոշ հանգույց, որի պինդ բաղադրիչի առավելագույն չափը 1,7 սմ է: Ընդերային թոքամզի կամ գլխավոր բրոնխի ներգրավման նշաններ չկան: Առանձին ուռուցքային հանգույցներ չեն հայտնաբերվել: Ո՞րն է կլինիկական T ենթակատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-cT1a՝ հիմք ընդունելով ապակենման բաղադրիչի հարաբերական գերակշռությունը

Բ-cT1b՝ հիմք ընդունելով պինդ բաղադրիչի չափը

Գ-cT2a՝ հիմք ընդունելով հանգույցի ամբողջ՝ 3,4 սմ տրամագիծը

Դ-cT1c՝ հիմք ընդունելով ամբողջ հանգույցի և պինդ բաղադրիչի չափերի միջին արժեքը

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

96. 59-ամյա պացիենտի թոքի ծայրամասային 1,8 սմ ադենոկարցինոման հեռացվել է սեպաձև մասնահատմամբ: Մասնահատման եզրը բացասական է, սակայն վերջնական հյուսվածքաբանական հետազոտությամբ ուռուցքի սահմաններից դուրս ալվեոլային օդային տարածություններում հայտնաբերվել են ուռուցքային բջիջների խմբեր (STAS+): Պացիենտի ֆունկցիոնալ վիճակը բավարար է: Ի՞նչ նշանակություն ունի այս արդյունքը հետագա մարտավարության համար:

Ա-STAS-ի առկայությունն ինքնին փոխում է M կատեգորիան՝ անկախ այլ տարածումից

Բ-STAS-ը համարժեք է բրոնխային մասնահատման դրական եզրին և պարտադրում է R1 նշագրում

Գ-STAS-ի հայտնաբերումը պահանջում է կանխարգելիչ ճառագայթում՝ անկախ մասնահատման ծավալից և հանգույցների վիճակից

Դ-STAS-ի առկայությունը մեծացնում է տեղային կրկնության ռիսկը և հիմք է քննարկելու լրացուցիչ անատոմիական մասնահատումը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

97. Թոքի 1,9 սմ ծայրամասային ադենոկարցինոմայի կապակցությամբ անատոմիական սեգմենտէկտոմիայի ընթացքում սառեցված կտրվածքով (frozen section) ստուգված նմուշում STAS չի հայտնաբերվել: Այնուամենայնիվ, ուռուցքն ունի արտահայտված պինդ բաղադրիչ, և ինտրաոպերացիոն քննության համար օգտագործվել է սահմանափակ քանակի պարենխիմա: Ո՞րն է բացասական STAS արդյունքի առավել ճիշտ մեկնաբանությունը:

Ա-Այն վերջնականապես բացառում է STAS-ը, ուստի այլ ուռուցքաբանական ցուցանիշներ նշանակություն չունեն

Բ-Բացասական frozen section-ը չի բացառում STAS-ը. կարևոր են նաև եզրերը, հանգույցներն ու վերջնական հյուսվածաբանությունը

Գ-Այն ինքնին հավաստում է ուռուցքի ոչ ինվազիվ բնույթը՝ անկախ պինդ բաղադրիչի չափից

Դ-Այն նշանակում է, որ լրացուցիչ մշտական հյուսվածքաբանական կտրվածքներն այլևս չեն կարող փոխել եզրակացությունը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

98. Թոքի կենտրոնական նեյրոէնդոկրին ուռուցքի կապակցությամբ լոբէկտոմիայից հետո ամբողջական պատրաստուկում հայտնաբերվել է բարձր տարբերակված կարցինոիդային կառուցվածք, 1 միտոզ՝ 2 մմ² տարածքում, և հստակ հաստատված կետային նեկրոզ: Ki-67-ը 4% է: Ո՞ր հյուսվածքաբանական ախտորոշումն է առավել ճիշտ:

Ա-Տիպիկ կարցինոիդ

Բ-Կարցինոիդ՝ առանց տիպի վերջնական որոշման (NOS)

Գ-Ատիպիկ կարցինոիդ

Դ-Խոշորբջջային նեյրոէնդոկրին քաղցկեղ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

99. Ի՞նչ է նշանակում թոքի ուռուցքի R2 մասնահատումը:

Ա-Միայն միկրոսկոպիկ դրական եզր

Բ-Միայն երկու հանգույցի հեռացում

Գ-Բոլոր եզրերի բացասականություն

Դ-Մակրոսկոպիկ մնացորդային ուռուցք

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

100. Լոբէկտոմիայի և համակարգված միջնորմային լիմֆոդիսեկցիայի արդյունքում ստացվել է R0, pT2aN1 ոչ մանրբջջային թոքի քաղցկեղ: Միջնորմային հանգույցները բացասական են, հիվանդն ունի բավարար ֆունկցիոնալ վիճակ: Բժիշկը առաջարկում է հետվիրահատական ճառագայթային բուժում (PORT) միայն pN1 լինելու հիմքով: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-PORT-ը պարտադիր է pN1 բոլոր դեպքերում՝ անկախ եզրերից և լիմֆոդիսեկցիայի արդյունքից

Բ-Հետվիրահատական բուժումը որոշվում է ըստ ամբողջական փուլի, բիոմարկերների և ռիսկերի. R0 pN1-ը ինքնին PORT-ի պարտադիր ցուցում չէ

Գ-PORT-ի ցուցումը հաստատվում է միայն N1 հանգույցների քանակով՝ առանց այլ ռիսկերի գնահատման

Դ-R0 մասնահատումից հետո որևէ համակարգային ադյուվանտ բուժում այլևս չի քննարկվում pN1 հիվանդների մոտ

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

https://academic.oup.com/ejcts/article/30/5/787/365261

101. Պատկերային հետազոտությամբ արձանագրված լիակատար պատասխանը (complete response) մեկնաբանելիս ո՞ր սահմանափակումն է անհրաժեշտ հաշվի առնել:

Ա-Այն միշտ հավասար է pCR-ին

Բ-Այն հաստատում է R0-ը

Գ-Այն հաստատում է բոլոր հանգույցների բացասականությունը

Դ-Կենսունակ ուռուցք կարող է պահպանվել

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

102. 58-ամյա պացիենտի մոտ հաստատվել է աջ թոքի վերին ակոսի (superior sulcus) ոչ մանրբջջային քաղցկեղ՝ առաջին և երկրորդ կողերի սահմանափակ ներգրավմամբ: PET-ՀՇ-ով և ինվազիվ փուլավորմամբ միջնորմային մետաստազներ չեն հայտնաբերվել, հեռավոր օջախներ չկան: ՄՌՇ-ով ողնաշարային խողովակի, վերին բազկային հյուսակի և խոշոր անոթների ոչ մասնահատելի ներգրավում չի հաստատվել: Պացիենտի ֆունկցիոնալ ցուցանիշները թույլ են տալիս համակցված վիրահատություն: Ո՞ր հաջորդականությունն է առավել հիմնավորված արմատական բուժման համար:

Ա-Սկզբում en bloc մասնահատում, ապա միայն դրական եզրերի դեպքում ճառագայթային բուժում

Բ-Նախավիրահատական քիմիահիմունաթերապիա՝ առանց ճառագայթային բաղադրիչի, ապա անմիջապես վիրահատություն

Գ-Արմատական քիմիաճառագայթային բուժում՝ վիրահատության հնարավորությունը չքննարկելով, չնայած պոտենցիալ R0 մասնահատմանը

Դ-Նախավիրահատական միաժամանակյա քիմիաճառագայթային բուժում, վերագնահատում և տեխնիկապես հնարավորության դեպքում en bloc R0 մասնահատում

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

103. Ո՞ր իրավիճակում է PET-ՀՇ-ի կեղծ բացասական արդյունքն ավելի հավանական:

Ա-Ցածր մետաբոլիկ ակտիվությամբ փոքր ուռուցքում

Բ-Բոլոր խոռոչավոր ուռուցքներում

Գ-Բարձր ակտիվությամբ խոշոր ուռուցքում

Դ-Բոլոր մեծածավալ մետաստատիկ ավշային հանգույցների դեպքում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

104. 66-ամյա պացիենտի աջ թոքի վերին բլթում առկա է 2,8 սմ ծայրամասային գոյացություն: PET-ՀԾ-ով հայտնաբերվել է նաև 4R խմբի 16 մմ FDG-ակտիվ ավշային հանգույց: Պացիենտն ունի ծանր բշտիկային էմֆիզեմա, իսկ 4R հանգույցը հասանելի է EBUS-TBNA-ի համար: Ո՞ր միջամտությունն է նպատակահարմար ընտրել առաջին հերթին՝ հնարավորինս մեկ քայլով հյուսվածքաբանական ախտորոշումն ու միջնորմային փուլավորումն ապահովելու նպատակով:

Ա-4R հանգույցի EBUS-TBNA՝ բավարար նյութ վերցնելով բջջաբանական և, անհրաժեշտության դեպքում, մոլեկուլային հետազոտությունների համար

Բ-Թոքային գոյացության ՀԾ-ուղղորդմամբ տրանսթորակալ բիոպսիա՝ միջնորմային հանգույցը հետագայում ստուգելու ծրագրով

Գ-Առաջնային օջախի նավիգացիոն բրոնխոսկոպիկ բիոպսիա՝ միջնորմի ինվազիվ փուլավորումը հաջորդ փուլ տեղափոխելով

Դ-Թորակոսկոպիկ սեպաձև մասնահատում՝ հետագա հանգուցային փուլավորումը հյուսվածքաբանական արդյունքից կախված որոշելով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

105. Թոքի ստորին բլթի 2,3 սմ ադենոկարցինոմայի վերջնական հետազոտությամբ հաստատվել է ընդերային թոքամզի էլաստիկ շերտից այն կողմ ներաճ (PL1): Նույն վիրահատության սկզբում առպատային թոքամզում հայտնաբերված առանձին հանգույցի բիոպսիան հաստատել է մետաստատիկ ադենոկարցինոմա: Ավշային հանգույցները բացասական են: Ո՞ր համակցությունն է առավել ճիշտ՝ T և M կատեգորիաների համար (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-pT3, pM0՝ թոքամզային ախտահարումները դիտարկելով որպես տեղային ներաճում

Բ-pT2a, pM1a՝ հաշվի առնելով PL1-ը և առանձին թոքամզային մետաստազը

Գ-pT1c, pM1b՝ PL1-ը չներառելով T-ի, իսկ թոքամզային օջախը համարելով արտակրծքային

Դ-pT2b, pM1c1՝ առանձին թոքամզային օջախը հաշվելով որպես բազմակի օրգանային մետաստազ

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

106. Աջ թոքի S6 սեգմենտի 1,6 սմ ծայրամասային ադենոկարցինոման գտնվում է S6 և բազալ սեգմենտների սահմանին: Ստանդարտ S6 սեգմենտէկտոմիայով հաշվարկված պարենխիմային եզրը կլինի 4 մմ: Եռաչափ ՀՇ-ով հնարավոր է կատարել հարակից բազալ ենթասեգմենտի լրացուցիչ անատոմիական մասնահատում՝ պահպանելով մնացող սեգմենտների երակային արտահոսքը: ppoDLCO-ն 39% է: Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար՝ ուռուցքաբանական բավարար եզր և թոքային հյուսվածքի խնայողությունը համադրելու համար:

Ա-Կատարել ստանդարտ S6 սեգմենտէկտոմիա՝ ընդունելով նախապես հայտնի 4 մմ եզրը

Բ-Փոխարինել այն ոչ անատոմիական սեպաձև մասնահատմամբ՝ առանց սեգմենտային անոթների գնահատման

Գ-Կատարել ընդլայնված անատոմիական S6 սեգմենտէկտոմիա՝ հարակից ենթասեգմենտի հեռացմամբ և պատշաճ հանգուցային գնահատմամբ

Դ-Նախատեսել ամբողջական ստորին լոբէկտոմիա՝ առանց սահմանափակված ֆունկցիոնալ պահուստի և այլընտրանքային եզրի հնարավորության գնահատման

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

107. Աջ վերին բլթի քաղցկեղի կապակցությամբ կատարվում է բրոնխի շրջանաձև մասնահատմամբ լոբէկտոմիա: Սառեցված կտրվածքով բրոնխի պրոքսիմալ եզրում հայտնաբերվում են ուռուցքային բջիջներ: Բրոնխոսկոպիկ և ներվիրահատական գնահատմամբ հնարավոր է լրացուցիչ հեռացնել 4 մմ բրոնխային հատված և, դրանից հետո, կատարել առանց լարվածության բերանակցում: Ո՞րն է նախընտրելի հաջորդ քայլը:

Ա-Ավարտել բերանակցումը ներկայիս դրական եզրով և հետվիրահատական շրջանում նշանակել ճառագայթային բուժում

Բ-Լրացուցիչ մասնահատել բրոնխը, կրկնել եզրի շտապ հյուսվածքաբանական քննությունը և բացասական արդյունքի դեպքում ձևավորել բերանակցումը

Գ-Անմիջապես անցնել պնևմոնէկտոմիայի՝ չփորձելով ապահովել բրոնխոպլաստիկ R0 մասնահատում

Դ-Բրոնխի դրական եզրը փոխհատուցել լրացուցիչ միջնորմային լիմֆոդիսեկցիայով՝ առանց բրոնխի նոր մասնահատման

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

108. Ինչո՞վ է արտահայտված ախտաբանական պատասխանը (MPR) տարբերվում լիակատար ախտաբանական պատասխանից (pCR):

Ա-Արտահայտված պատասխանը նշանակում է նոր մետաստազի առաջացում

Բ-Դրանք միշտ նույնն են

Գ-MPR-ում կենսունակ ուռուցք կարող է մնալ

Դ-Ամբողջական պատասխանը որոշվում է միայն PET-ով

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

109. Նախատեսվում է լոբէկտոմիա 3,0 սմ ոչ մանրբջջային թոքի քաղցկեղի կապակցությամբ: PET-ՀՇ-ով վեցերորդ կողի հետին հատվածում հայտնաբերվել է առանձին FDG-ակտիվ օջախ, սակայն ՀՇ-ում նույն հատվածում երևում է նախկին վնասվածքի հետ համատեղելի կեղևային փոփոխություն: Ոսկրային այլ օջախներ չեն հայտնաբերվել: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված մինչև վիրահատական որոշումը:

Ա-Նպատակային պատկերային հետազոտությամբ և, մնացող կասկածի դեպքում, բիոպսիայով ճշտել ոսկրային օջախի բնույթը, քանի որ այն կարող է փոխել բուժման նպատակը

Բ-Օջախը համարել M1b՝ PET-ՀՇ-ով FDG-ի կուտակման հիման վրա, և առանց լրացուցիչ ստուգման հրաժարվել տեղային բուժումից

Գ-Շարունակել լոբէկտոմիան՝ կողի օջախը գնահատելով միայն հետվիրահատական համակարգային բուժումից առաջ

Դ-Կատարել կողի օջախի ստերեոտաքսիկ ճառագայթում և այնուհետև լոբէկտոմիա՝ առանց մետաստատիկ բնույթը ճշտելու

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

110. Աջ ստորին բլթի 1,8 սմ ադենոկարցինոման հեռացվել է անատոմիական սեգմենտէկտոմիայով և համակարգված լիմֆոդիսեկցիայով: Արդյունքը՝ R0, pT1bN0, առանց լրացուցիչ բարձր ռիսկի հատկանիշների: Մոլեկուլային պանելում հայտնաբերվել է KRAS G12C: Ի՞նչն է առավել հիմնավորված քննարկել հետվիրահատական փուլում:

Ա-Ադյուվանտ KRAS G12C ինհիբիտոր՝ որպես այս վաղ փուլի հաստատված պարտադիր ստանդարտ

Բ-Անհատականացված հսկողություն. KRAS G12C-ը միայնակ չի ստեղծում ադյուվանտ ինհիբիտորի ստանդարտ ցուցում

Գ-Պարտադիր համակցված քիմիահիմունաթերապիա՝ անկախ pT1bN0 և R0 կարգավիճակից

Դ-Պրոֆիլակտիկ կրծքային ճառագայթային բուժում՝ մոլեկուլային մուտացիայի առկայության պատճառով

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

111. Աջ թոքի վերին բլթի քաղցկեղով պացիենտի EBUS-TBNA-ով մետաստազ է հաստատվել ենթակարինային՝ 7-րդ խմբի մեկ հանգույցում և նույն կողմի 10R խմբի մեկ հանգույցում: 2R, 4R, 4L և մնացած միջնորմային խմբերը բացասական են: Ո՞րն է կլինիկական N ենթակատեգորիան (ըստ TNM դասակարգման 9-րդ հրատարակության):

Ա-cN1՝ քանի որ առկա է դրունքային հանգույցի մետաստազ

Բ-cN2b՝ քանի որ մետաստազներ կան ընդհանուր առմամբ երկու ավշահանգուցային խմբում

Գ-cN3՝ քանի որ 7-րդ խումբը չի դասվում որևէ թոքի նույն կողմի միջնորմին

Դ-cN2a՝ քանի որ ախտահարված է մեկ միջնորմային խումբ՝ 7, անկախ միաժամանակյա N1 ախտահարումից

https://www.iaslc.org/science-research/scientific-projects/iaslc-staging-project-lung-cancer-thymic-tumors-and

112. Վաղ փուլի ծայրամասային թոքի քաղցկեղի (NSCLC) կապակցությամբ ստերեոտակտիկ ճառագայթային թերապիայից (SBRT) 20 ամիս անց հսկողության ՀՇ-ով ճառագայթված գոտում աճել է անհամաչափ պինդ խտացում: PET-ՀՇ-ով առկա է FDG-ի չափավոր կուտակում: Հիվանդը կլինիկապես կայուն է, իսկ կրկնության դեպքում հնարավոր է տեղային բուժում: Ո՞րն է առավել հիմնավորված հաջորդ քայլը:

Ա-SBRT-ից հետո ցանկացած խտացում համարել անխուսափելի ֆիբրոզ և դադարեցնել հսկողությունը

Բ-PET-ՀՇ-ի մեկ դրական արդյունքով անմիջապես հաստատել ռեցիդիվ և նշանակել համակարգային բուժում

Գ-Նոր փոփոխությունը մեկնաբանել միայն որպես ճառագայթային պնևմոնիտ՝ առանց դինամիկ գնահատման

Դ-Վերագնահատել պատկերները դինամիկայում և հնարավորության դեպքում ստանալ հյուսվածքային հաստատում՝ վիրահատություն քննարկելուց առաջ

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3749714/

113. Աջ թոքի վերին բլթի կենտրոնական քաղցկեղով պացիենտի մոտ դիտարկվում է վերին բրոնխոպլաստիկ լոբէկտոմիա: ՀՇ-ով ուռուցքը հարում է աջ գլխավոր բրոնխին, իսկ բրոնխոպլաստիկ միջամտության հնարավորությունը կախված է պրոքսիմալ լորձաթաղանթային տարածումից: Ո՞ր հետազոտական քայլն է առավել անմիջականորեն օգնում որոշել բրոնխի նախատեսվող մոտակա մասնահատման սահմանը:

Ա-Բրոնխոսկոպիայով քարտեզագրել պրոքսիմալ սահմանը և վերցնել կասկածելի լորձաթաղանթի բիոպսիա

Բ-Կրծքավանդակի կոնտրաստային ՀՇ՝ շնչուղիների արտաքին տրամագծի ճշգրիտ չափմամբ

Գ-EBUS-TBNA՝ 4R և 7 խմբերի ավշային հանգույցների նմուշառմամբ

Դ-PET-ՀՇ՝ բրոնխի պատի շրջանում FDG-ի կուտակման գնահատմամբ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

114. 65-ամյա պացիենտի մոտ աջից վերին լոբէկտոմիայից հետո հաստատվել է R0, pT2aN1 ոչ մանրբջջային ադենոկարցինոմա: Մոլեկուլային հետազոտությամբ հայտնաբերվել է EGFR exon 19 deletion, ALK վերադասավորում չկա, իսկ PD-L1 TPS-ը՝ 80%: Պացիենտը կարող է ստանալ պլատինի հիմքով ադյուվանտ քիմիաթերապիա: Ո՞ր հետվիրահատական համակարգային ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ադյուվանտ պեմբրոլիզումաբ՝ որպես նախընտրելի միակ բուժում՝ PD-L1 TPS 80%-ի հիման վրա

Բ-Ադյուվանտ քիմիահիմունաթերապիա՝ առանց EGFR փոփոխությունը բուժման ընտրության մեջ հաշվի առնելու

Գ-Հսկողություն առանց ադյուվանտ բուժման՝ քանի որ R0 մասնահատումն ամբողջությամբ վերացնում է ռիսկը

Դ-Պլատինի հիմքով ադյուվանտ քիմիաթերապիա, ապա օսիմերտինիբ՝ EGFR մուտացիային համապատասխան ցուցումով

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

115. Աջից վերին լոբէկտոմիայի ընթացքում ապահովվել են մանրադիտակով բացասական բրոնխային, անոթային և պարենխիմային եզրեր: Կատարվել է միջնորմային ու դրունքային ավշային հանգույցների համակարգված հեռացում: Հյուսվածքաբանությամբ 4R և 7 խմբերը բացասական են, սակայն հեռացված ամենաբարձր միջնորմային՝ 2R խմբի ավշային հանգույցում հաստատվել է մետաստազ: Արտահանգուցային տարածում չկա, տեսանելի մնացորդային ուռուցք չի հայտնաբերվել: Ըստ IASLC-ի՝ մասնահատման ամբողջականության ո՞ր կարգավիճակն է առավել համապատասխան:

Ա-R0(un)՝ քանի որ հեռացված ամենաբարձր միջնորմային խմբում հայտնաբերվել է մետաստազ

Բ-R0՝ քանի որ եզրերը բացասական են և հանգույցները համակարգված հեռացվել են

Գ-R1՝ քանի որ ցանկացած միջնորմային մետաստազ հավասարեցվում է դրական մասնահատման եզրին

Դ-R2՝ քանի որ 2R խմբի մետաստազը համարվում է մակրոսկոպիկ մնացորդային ուռուցք

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

116. Աջից բրոնխոպլաստիկ վերին լոբէկտոմիայի ընթացքում բրոնխային եզրերը բացասական են, սակայն նախատեսվող ծայրը ծայրին բերանակցումը, նախնական մոբիլիզացիայից հետո, ունի արտահայտված լարվածություն: Արյունամատակարարումը բավարար է, իսկ թոքի միջին և ստորին բլթերի պահպանումը հնարավոր է, եթե հաջողվի նվազեցնել անաստոմոզի լարվածությունը: Ո՞րն է առաջնահերթ տեխնիկական մոտեցումը:

Ա-Բրոնխի լրացուցիչ հեռացում՝ անաստոմոզի երկու ծայրերը միմյանց մոտեցնելու նպատակով

Բ-Անմիջապես կատարել պնևմոնէկտոմիա՝ առանց ազատող մանևրների կիրառման

Գ-Անաստոմոզը ծածկել անոթավորված հյուսվածքով՝ թողնելով նույն արտահայտված լարվածությունը

Դ-Ավելացնել դրունքի մոբիլիզացիան և անհրաժեշտության դեպքում կատարել պերիկարդիալ ազատող մանևր

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

117. 58-ամյա պացիենտի մոտ 8 տարի շարունակ առկա են աջ թոքի ստորին բլթով սահմանափակված բրոնխոէկտազներ: Վերջին 12 ամսում, չնայած խորխի ցանքսի հիման վրա ընտրված հակաբիոտիկներին, շնչուղիների մաքրման կանոնավոր մեթոդներին և ուղեկցող հիվանդությունների շտկմանը, գրանցվել է հոսպիտալացում պահանջող երեք սրացում: ՀՇ-ով մնացած բլթերը պահպանված են, ppoFEV₁-ը՝ 76%, ppoDLCO-ն՝ 71%: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ընդլայնել հակամանրէային կանխարգելիչ բուժումը՝ վիրահատական տարբերակը վերագնահատելով միայն նոր հոսպիտալացումից հետո

Բ-Քննարկել աջից ստորին լոբէկտոմիան մասնագիտացված բազմամասնագիտական խորհրդում՝ որպես բուժման լրացուցիչ տարբերակ

Գ-Առաջարկել ստորին բլթի ամենախիստ ախտահարված բազալ սեգմենտի սահմանափակ մասնահատում՝ մնացած հիվանդ բրոնխոէկտատիկ սեգմենտները պահպանելով

Դ-Կատարել ստորին բլթի առավել վնասված մասի ոչ անատոմիական սեպաձև մասնահատում՝ որպես ամբողջ բլթային ախտահարման բուժում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6326298/

118. 49-ամյա պացիենտի մոտ առկա են երկկողմանի բրոնխոէկտազներ՝ գերակշռող աջ ստորին բլթում: Այդ բլթից են ծագում կրկնվող տենդային սրացումներն ու թարախային խորխի մեծ մասը: Ձախ թոքի փոփոխությունները չափավոր են և վերահսկվում են պահպանողական բուժմամբ: Քննարկվում է աջից ստորին լոբէկտոմիա: Ո՞րն է միջամտության ակնկալվող արդյունքի առավել ճշգրիտ գնահատականը:

Ա-Ենթադրել, որ գերակշռող օջախի հեռացումից հետո կարելի կլինի աստիճանաբար դադարեցնել ձախ թոքի համար նշանակված շնչուղիների մաքրման ծրագիրը

Բ-Վիրահատությունը հետաձգել մինչև ձախ թոքի սրացումների լիակատար վերացումը՝ անկախ աջակողմյան վարակների ծանրությունից

Գ-Մասնահատումը կարող է նվազեցնել գերակշռող տեղային վարակի բեռը, բայց մնացած բրոնխոէկտազները կպահանջեն շարունակական հսկողություն և բուժում

Դ-Նախապատվություն տալ երկկողմանի փուլային անատոմիական մասնահատմանը՝ տեղային սրացումների ամբողջական կանխարգելման նպատակով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6326298/

119. Բրոնխոէկտազներով 56-ամյա պացիենտի մոտ կրկնվել է կյանքին սպառնացող թոքային արյունահոսությունը: Շնչուղիները պաշտպանված են, պացիենտը հեմոդինամիկորեն կայուն է: Կոնտրաստային ՀՇ-անգիոգրաֆիայով հայտնաբերվել են աջ ստորին բլթին համապատասխան լայնացած բրոնխային զարկերակներ, առանց թոքային զարկերակի պսևդոանևրիզմայի: Ո՞ր միջամտությունն է առավել հիմնավորված որպես արյունահոսության անոթային աղբյուրի նպատակային վերահսկում:

Ա-Աջ ստորին լոբէկտոմիա՝ որպես անհետաձգելի առաջին միջամտություն՝ առանց էնդովասկուլյար տարբերակը գնահատելու

Բ-Բրոնխոսկոպիկ տեղային հեմոստազ՝ որպես անոթային աղբյուրի վերջնական բուժում

Գ-Բրոնխային զարկերակների սելեկտիվ էմբոլիզացիա՝ նախապես բացառելով ողնուղեղային վտանգավոր անոթային կապերը

Դ-Տրանեքսամաթթվով պահպանողական բուժում՝ առանց անոթային աղբյուրի միջամտական գնահատման

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9117352/

120. Ձախ թոքի ստորին բլթի բրոնխոէկտազներով պացիենտի մոտ սկսվել է թոքային առատ արյունահոսություն: Մինչև շնչուղիների մեկուսացումը պացիենտը գիտակից է, ինքնուրույն շնչում է և չի կարողանում արդյունավետ արտահազել արյունը: Արյունահոսության ձախակողմյան աղբյուրը նախապես հաստատված է: Ո՞ր դիրքն է առավել նպատակահարմար՝ առողջ թոքի աղտոտումը նվազեցնելու համար:

Ա-Ձախ կողմնային դիրք՝ արյունահոսող թոքը ներքևում պահելով

Բ-Աջ կողմնային դիրք՝ օդափոխվող թոքը ներքևում պահելով

Գ-Մեջքի վրա հորիզոնական դիրք՝ առանց կողմնային նախապատվության

Դ-Կիսանստած դիրք՝ անկախ արյունահոսության կողմնայնությունից

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9117352/

121. Բրոնխոէկտազներով պացիենտի կրկնվող արյունախխումը դադարել է, հեմոդինամիկան կայուն է: Միջամտական ռադիոլոգը պատրաստվում է էմբոլիզացիայի, սակայն նախկինում անոթների մանրամասն քարտեզագրում չի կատարվել: Անհրաժեշտ է գնահատել բրոնխային և ոչ բրոնխային համակարգային կոլատերալները, ինչպես նաև բացառել թոքային զարկերակից արյունահոսության աղբյուրը: Ո՞րն է նախամիջամտական առավել ինֆորմատիվ հետազոտությունը:

Ա-Կրծքավանդակի բարձր հստակության ՀԾ՝ առանց ներերակային կոնտրաստավորման

Բ-Դիագնոստիկ բրոնխոսկոպիա՝ խորխի բջջաբանական հետազոտությամբ

Գ-Թոքերի պերֆուզիոն սցինտիգրաֆիա՝ յուրաքանչյուր թոքի մասնաբաժինը որոշելու համար

Դ-Կրծքավանդակի կոնտրաստային ՀՇ-անգիոգրաֆիա՝ համապատասխան անոթային փուլերով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9117352/

122. Աջ բրոնխային զարկերակի էմբոլիզացիայի նախապատրաստման ժամանակ սելեկտիվ անգիոգրաֆիայով հայտնաբերվում է ճյուղ, որը ողնուղեղային զարկերակի հետ հաղորդակցվում է ընդհանուր ցողունով: Ո՞ր ծանր բարդության վտանգն է առավել անմիջականորեն ազդում էմբոլիզացիայի եղանակի և կատետերի դիրքի ընտրության վրա:

Ա-Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիա՝ էմբոլիզացնող նյութի երակային անցման պատճառով

Բ-Կերակրափողի իշեմիկ վնասում՝ բրոնխային զարկերակի կոլատերալների փակման պատճառով

Գ-Ողնուղեղի իշեմիա և պարապլեգիա՝ էմբոլիզացնող նյութի ոչ նպատակային անցման հետևանքով

Դ-Աջ նախասրտի հաղորդչական համակարգի իշեմիա՝ վերին միջնորմի անոթների փակման հետևանքով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9117352/

123. 58-ամյա նախկինում տուբերկուլոզով հիվանդ պացիենտի թոքի ձախ վերին բլթում ՀՇ-ով տեսանելի է մեկ խոռոչում շարժուն սնկային զանգված՝ պարզ ասպերգիլոմային համապատասխան պատկերով: Վերջին երեք ամսում եղել է երեք նշանակալի արյունախխում: Բրոնխային զարկերակների էմբոլիզացիայից հետո արյունահոսությունը կրկնվել է, իսկ ppoFEV₁-ը և ppoDLCO-ն բավարար են մասնահատման համար: Ո՞րն է առավել հիմնավորված հաջորդ բուժական մոտեցումը:

Ա-Քննարկել տեղայնացված ախտահարված հատվածի վիրահատական հեռացումը՝ գնահատելով մասնահատման սահմաններն ու վիրահատական ռիսկը

Բ-Շարունակել միայն հերթական էմբոլիզացիաները՝ չքննարկելով արյունահոսության պահպանվող տեղային պատճառը

Գ-Ընտրել կարճատև հակասնկային բուժում՝ համարելով, որ այն անպայման կվերացնի սնկային զանգվածը

Դ-Կատարել սնկային զանգվածի էնդոբրոնխային մեխանիկական հեռացում՝ խոռոչային պատը պահպանելով

https://www.idsociety.org/practice-guideline/aspergillosis/

124. Անախտանիշ, իմունային համակարգի պահպանված պացիենտի մոտ նախորդ տուբերկուլոզից հետո ձևավորված թոքի մեկ խոռոչում կա ասպերգիլոմա: Վերջին 20 ամսվա ՀՇ-ներով խոռոչի և սնկային զանգվածի չափերը չեն փոխվել, արյունախխում չկա, թոքերի ֆունկցիան պահպանված է: Ո՞ր մարտավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Պլանային բրոնխային զարկերակների էմբոլիզացիա՝ հնարավոր ապագա արյունահոսությունը կանխելու համար

Բ-Պարբերական կլինիկական և պատկերային հսկողություն՝ նոր ախտանիշների կամ աճի դեպքում մարտավարության վերագնահատմամբ

Գ-Երկարատև համակարգային հակասնկային բուժում՝ անկախ կլինիկական ակտիվությունից

Դ-Պլանային լոբէկտոմիա՝ որպես պարտադիր մոտեցում ցանկացած ասպերգիլոմայի դեպքում

https://www.idsociety.org/practice-guideline/aspergillosis/

125. Սուր միելոիդ լեյկոզով 42-ամյա պացիենտն ունի 12 օր տևողությամբ խորը նեյտրոպենիա և ջերմություն՝ չնայած լայն սպեկտրի հակաբակտերիալ բուժմանը: ՀՇ-ով երկու թոքերում հայտնաբերվել են նոր պինդ հանգույցներ՝ շրջապատող աղոտ խտացմամբ (halo sign): Ո՞ր ախտորոշումն է այս տվյալներով առավել հավանական և պահանջում անհապաղ նպատակային գնահատում:

Ա-Ինվազիվ թոքային ասպերգիլոզ

Բ-Թոքերի նոկարդիոզ՝ առանց լրացուցիչ նախատրամադրող գործոնների

Գ-Հեմատոգեն սեպտիկ էմբոլներ՝ ենթադրյալ էնդոկարդիտից

Դ-Դեղորայքային կազմակերպվող թոքաբորբ՝ որպես հանգույցների առավել բնորոշ պատճառ

https://www.idsociety.org/practice-guideline/aspergillosis/

126. 55-ամյա պացիենտի մոտ հաստատվել է Mycobacterium avium complex-ով պայմանավորված խոռոչային թոքային հիվանդություն: 14 ամիս մասնագիտացված համակցված բուժման ընթացքում ձախ վերին բլթի մեկ մեծ խոռոչում մանրէային արտազատումը պահպանվում է, մինչդեռ այլ բլթերում ակտիվ օջախներ չկան: Թոքային ֆունկցիան բավարար է մասնահատման համար: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Շարունակել նույն համակցված դեղորայքային բուժումն անժամկետ՝ առանց տեղայնացված շարունակվող օջախի վիրահատական գնահատման

Բ-Կատարել ախտահարված բլթի մասնահատում և անմիջապես դադարեցնել հակամիկոբակտերիալ բուժումը՝ անկախ հետվիրահատական ցանքսերից

Գ-Կրկնել բրոնխոսկոպիկ սանացիաները՝ դիտարկելով դրանք որպես դեղորայքակայուն խոռոչային հիվանդության հիմնական բուժում

Դ-Մասնագիտացված խորհրդում քննարկել տեղային անատոմիական մասնահատումը՝ որպես շարունակվող համապատասխան դեղորայքային բուժման լրացում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8375621/

127. 65-ամյա պացիենտի բարձր հստակության ՀՇ-ում առկա են հանգուցա-բրոնխոէկտատիկ փոփոխություններ, սակայն կլինիկական ախտանիշները նվազ արտահայտված են: Առաջին խորխի ցանքսում աճել է Mycobacterium avium complex, հաջորդ նմուշները դեռ չեն հետազոտվել: Ո՞րն է ախտորոշման ամենաճիշտ մեկնաբանությունն ու հաջորդ քայլը:

Ա-Գնահատել կլինիկական, պատկերային և մանրէաբանական չափանիշների ամբողջությունը և ստանալ լրացուցիչ անկախ խորխային նմուշների ցանքսեր

Բ-Մեկ դրական խորխային ցանքսը համարել մանրէաբանական վերջնական ապացույց՝ անկախ տեսակային նույնականացումից

Գ-Ելակետային ՀՇ-ի հիման վրա անմիջապես եզրակացնել, որ պացիենտին պետք է թոքի անատոմիական մասնահատում

Դ-Սկսել համակարգային հակասնկային բուժում, քանի որ միկոբակտերիաները հաճախ գաղութացնում են բրոնխոէկտազները

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8375621/

128. 38-ամյա պացիենտի աջ թոքի ստորին բլթում կա 6 սմ հարթ պատերով կիստոզ գոյացություն, որի ներսում ՀՇ-ով երևում են առանձնացած թաղանթներ: Առկա է գյուղատնտեսական կենդանիների հետ սերտ շփման անամնեզ: Պլանավորվում է վերջնական բուժման ընտրություն: Ո՞ր միջամտությունից է նպատակահարմար խուսափել մինչև էխինոկոկոզի հարցի հստակեցումը:

Ա-Համակցված լյարդային ախտահարումը պարզելու նպատակով որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտությունից

Բ-Կիստայի հարաբերությունը բրոնխների հետ գնահատող կոնտրաստային ՀՇ-ից

Գ-Էխինոկոկային ծագումը ստուգելու համար թիրախավորված սերոլոգիական հետազոտությունից

Դ-Կիստայի պերկուտան ասեղային բիոպսիայից՝ որպես առաջնային սովորական ախտորոշիչ քայլ

https://www.who.int/publications/i/item/9789240110472

129. Թոքային էխինոկոկային կիստայի օրգանապահպան վիրահատության ընթացքում հեռացվել են կիստայի թաղանթներն ու պարունակությունը: Մնացորդային խոռոչում ջրային փորձի ժամանակ հայտնաբերվել են երեք բրոնխային հաղորդակցություններ, որոնցից երկուսը մանր են: Ո՞ր քայլն է առավել կարևոր՝ հետվիրահատական շարունակական օդային արտահոսքը կանխելու համար:

Ա-Կատարել խոռոչի կապիտոնաժ՝ բաց բրոնխային հաղորդակցությունները թողնելով առանց առանձին մշակման

Բ-Առանձին-առանձին փակել տեսանելի բրոնխային բացվածքները, կրկնել հերմետիկության փորձը և ապա որոշել խոռոչի մշակման եղանակը

Գ-Տեղադրել լայն պլևրալ դրենաժ՝ որպես բրոնխային բացվածքների փակման համարժեք միջոց

Դ-Ավարտել վիրահատությունը՝ ենթադրելով, որ մանր բրոնխային հաղորդակցությունները կհերմետիկանան հակապարազիտային բուժման արդյունքում

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://www.who.int/publications/i/item/9789240110472

130. Թոքի էխինոկոկային կիստայի վիրահատության պլանավորման ընթացքում պացիենտը չունի որովայնային գանգատներ, և լյարդի կենսաքիմիական ցուցանիշները նորմալ են: Ո՞ր լրացուցիչ հետազոտությունը առավել նպատակահարմար է բազմաօրգանային ախտահարումը բացահայտելու համար:

Ա-Ոսկրերի սցինտիգրաֆիա՝ առանց ոսկրային գանգատների

Բ-Գլխուղեղի ՄՌՇ՝ որպես բոլոր պացիենտների պարտադիր սկրինինգ

Գ-Որովայնի ուլտրաձայնային հետազոտություն՝ առաջին հերթին լյարդի օջախների որոնմամբ

Դ-FDG-PET-ՀՇ՝ որպես կիստայի կենսունակությունը գնահատող առաջնային մեթոդ

https://www.who.int/publications/i/item/9789240110472

131. 64-ամյա ծխող պացիենտի աջ թոքի ստորին բլթի թարախակույտը մասամբ փոքրացել է վեցշաբաթյա նպատակային հակաբիոտիկային բուժումից հետո, սակայն նույն տեղակայմամբ շարունակում են կրկնվել թարախային բորբոքումները: ՀՇ-ով նկատվում է սեգմենտային բրոնխի կտրուկ նեղացում: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նախատեսել թարախակույտի պերկուտան դրենավորում՝ առանց բրոնխի կայուն նեղացման պատճառը ճշտելու

Բ-Կատարել բրոնխոսկոպիա՝ բացառելու համար ներբրոնխային ուռուցքը, օտար մարմինը կամ այլ խցանում

Գ-Երկարաձգել նույն հակաբակտերիալ սխեման՝ ելնելով խոռոչի մասնակի փոքրացումից և անկախ բրոնխային օբստրուկցիայից

Դ-Պլանավորել բլթի մասնահատում՝ առանց ներբրոնխային տարածման սահմանների նախնական գնահատման

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

132. 56-ամյա պացիենտի թոքի ստորին բլթի թարախակույտը պատռվել է թոքամզի խոռոչ: Առկա են թոքամզային թարախային հեղուկ, բարձր ջերմություն, սեպսիսի լաբորատոր նշաններ և ՀՇ-ով միջբլթային բազմախոռոչ կուտակումներ: Ո՞րն է առավել ճիշտ սկզբնական բուժական համակցությունը:

Ա-Սկսել ներերակային հակաբիոտիկներ և անհապաղ դրենավորել թոքամզային խոռոչը՝ անհրաժեշտության դեպքում սանացիայով

Բ-Տրանսբրոնխային սանացիա՝ որպես թոքամզային թարախային կուտակումների ամբողջական բուժում

Գ-Անհապաղ լոբէկտոմիա բոլոր դեպքերում՝ նախքան հակաբիոտիկային բուժումն ու թոքամզի դրենավորումը

Դ-Թոքային թարախակույտի առանձին պերկուտան պունկցիա՝ առանց թոքամզի խոռոչի բուժման

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

133. Նեկրոզացվող թոքաբորբով 45-ամյա պացիենտի ՀՇ-ում կան բազմաթիվ փոքր խոռոչներ՝ աջ ստորին բլթում, սակայն հակամանրէային բուժման հինգերորդ օրը ջերմությունը նվազում է, թթվածնային պահանջարկը՝ պակասում, սեպսիսի ցուցանիշները բարելավվում են: Չկան թոքամզային էմպիեմա, նշանակալի արյունահոսություն կամ բրոնխային խցանում: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մոտեցումը:

Ա-Կատարել ախտահարված բլթի պլանային մասնահատում՝ ելնելով միայն ՀՇ-ով խոռոչների թվից

Բ-Շարունակել հակամանրէային և օժանդակ բուժումը՝ հսկողությամբ: Բուժման անարդյունավետության կամ բարդությունների ի հայտ գալու դեպքում՝ վիրահատական բուժում:

Գ-Կատարել բոլոր փոքր խոռոչների հերթական պերկուտան դրենավորում՝ անկախ դրանց միջև հաղորդակցությունից

Դ-Կատարել վաղ թոքային դեկորտիկացիա՝ որպես ներպարենխիմային նեկրոզի բուժման հիմնական քայլ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

134. 32-ամյա պացիենտի ձախ թոքի ստորին բլթում կրկնվում են թոքաբորբեր: ՀՇ-անգիոգրաֆիայով երևում է աորտայից եկող 7 մմ սնուցող զարկերակ, որը մտնում է փոփոխված պարենխիմայի մեջ, իսկ երակային արտահոսքը կատարվում է ստորին թոքային երակով: Ախտահարված հյուսվածքը պատված է հարակից բլթի հետ ընդհանուր ընդերային թոքամզով: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա-Ներբլթային թոքային սեկվեստրացիա

Բ-Արտաբլթային թոքային սեկվեստրացիա

Գ-Թոքային զարկերակ-երակային խուղակ

Դ-Բնածին շնչուղիների թոքային մալֆորմացիա

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

135. Ձախ թոքի ստորին բլթի ներբլթային սեկվեստրացիայի VATS մասնահատման նախօրեին ՀՇ-անգիոգրաֆիան ցույց է տալիս աորտայի կրծքաորովայնային հատվածից սկիզբ առնող 9 մմ անոմալ զարկերակ, որն անցնում է ստորին թոքային կապանի մեջ: Ո՞ր անոթային կառուցվածքի նախնական հայտնաբերումն ու հսկողությունն է հատկապես կարևոր հանկարծակի զանգվածային արյունահոսությունը կանխելու համար:

Ա-Սեկվեստրացիայից արյունը հեռացնող ստորին թոքային երակի կարճ ցողունի առաջնահերթ հատումը

Բ-Դրունքի շրջանում ընթացող բրոնխային զարկերակների կապումը՝ որպես անոմալ սնուցման համարժեք վերահսկում

Գ-Թոքային զարկերակի բազալ ճյուղերի առաջնահերթ հատումը՝ մինչև համակարգային սնուցման անջատումը

Դ-Աորտայից սկիզբ առնող անոմալ սնուցող զարկերակի ամբողջ ընթացքը և անվտանգ անջատման մակարդակը

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

136. 63-ամյա պացիենտի մոտ ՀՇ-ով աջ թոքի վերին բլթում առկա է 13 սմ հսկա բուլլա, որը զբաղեցնում է հեմիթորաքսի մոտ 35%-ը և սեղմում է հարակից, հարաբերականորեն պահպանված թոքային պարենխիման: Առկա են արտահայտված հևոց և օդային ծուղակման նշաններ, բայց տարածուն ծանր էմֆիզեմա չկա: Ո՞ր միջամտությունն է առավել նպատակահարմար քննարկել ֆունկցիոնալ գնահատումից հետո:

Ա-Վերին բլթի ամբողջական լոբէկտոմիա՝ անկախ շրջակա պարենխիմայի պահպանվածությունից

Բ-Էնդոբրոնխային փականների տեղադրում՝ առանց բուլլայի ու հարակից պարենխիմայի անատոմիան հաշվի առնելու

Գ-Բուլլէկտոմիա՝ սեղմված կենսունակ թոքային հյուսվածքի վերաընդարձակումը հնարավոր դարձնելու նպատակով

Դ-Երկկողմանի թոքային ծավալի նվազեցման վիրահատություն՝ չնայած միակողմանի սահմանափակ ախտահարմանը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

137. Ծանր էմֆիզեմայով 67-ամյա պացիենտի մնացորդային ծավալը (RV)՝ կանխատեսվածի 225%-ն է, FEV_1-ը՝ 31%-ը: Քննարկվում է ձախ թոքի վերին բլթի էնդոբրոնխային փականով ծավալի նվազեցումը: ՀՇ-ով միջբլթային ճեղքը գրեթե ամբողջական է, սակայն անհրաժեշտ է կանխատեսել թիրախային բլթի ամբողջական ատելեկտազի հնարավորությունը: Ո՞ր լրացուցիչ ցուցանիշն է այս նպատակի համար առավել որոշիչ:

Ա-Թիրախային բլթի FDG-ի կուտակման բացակայությունը PET-ՀՇ-ով

Բ-Թիրախային բլթի բրոնխի տրամագծի համապատասխանությունը փականի չափին

Գ-Վերին բլթի էմֆիզեմայի ավելի մեծ արտահայտվածությունը ստորինի համեմատ

Դ-Թիրախային բլթի կոլատերալ օդափոխության բացակայությունը՝ համապատասխան ֆունկցիոնալ գնահատմամբ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

138. 72-ամյա տղամարդու մոտ առկա են աստիճանաբար խորացող հևոց և երկկողմանի բազալ կրեպիտացիա: Բարձր հստակության ՀՇ-ն ցույց է տալիս ենթաթոքամզային, ստորին բլթերում գերակշռող մեղրաբջջային փոփոխություններ՝ տիպիկ սովորական ինտերստիցիալ թոքաբորբի (UIP) պատկերով: Հայտնի դեղորայքային, մասնագիտական կամ շարակցական հյուսվածքի հիվանդության պատճառներ չեն հայտնաբերվել: Ո՞րն է ախտորոշիչ առավել ճիշտ քայլը:

Ա-Կատարել VATS բիոպսիա երկու բլթից՝ ցանկացած տիպիկ UIP պատկերը հյուսվածքաբանորեն հաստատելու համար

Բ-Կատարել բրոնխների լվացում և դրանով բացառել ֆիբրոզի այլ ձևերը

Գ-Բազմամասնագիտական քննարկմամբ գնահատել իդիոպաթիկ թոքային ֆիբրոզի ախտորոշումը՝ առանց պարտադիր վիրահատական բիոպսիայի

Դ-Կատարել ՀՇ-ուղղորդմամբ պունկցիոն բիոպսիա առավել խիստ մեղրաբջջային փոփոխված հատվածից

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9851481/

139. 54-ամյա պացիենտի ինտերստիցիալ թոքային հիվանդությունը բազմամասնագիտական քննարկումից հետո մնում է չդասակարգված, և որոշվել է կատարել VATS բիոպսիա: ՀՇ-ով աջ ստորին բլթի հիմքում կա արտահայտված մեղրաբջջային վերջնափուլային ֆիբրոզ, իսկ միջին ու վերին բլթերում՝ միջին աստիճանի տարբեր կառուցվածքային փոփոխություններ: Ո՞ր տեղակայությունն է առավել աննպատակահարմար որպես հետազոտության միակ նմուշ:

Ա-Ակտիվ ախտահարման և հարաբերականորեն պահպանված պարենխիմայի սահմանագոտին

Բ-Մյուս բլթի ոչ վերջնափուլային, սակայն բնորոշ ախտահարված հատվածը

Գ-Միայն խիստ սպիացած, մեղրաբջջային վերջնափուլային հյուսվածքը

Դ-Պատկերային և վիրաբուժական գնահատմամբ ընտրված երկրորդ թիրախային օջախը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9851481/

140. 69-ամյա պացիենտի մոտ ինտերստիցիալ թոքային հիվանդության սուր վատթարացման ընթացքում PaO_2/FiO_2 հարաբերությունը 130 է, անհրաժեշտ է բարձր հոսքով թթվածին, և ՀՇ-ով կան նոր երկկողմանի տարածուն աղոտ խտացումներ՝ նախորդ ֆիբրոզի ֆոնին: Վիրահատական բիոպսիայի արդյունքը հավանաբար չի փոխի անհետաձգելի բուժումը: Ո՞ր որոշումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել բաց թոքային բիոպսիա՝ ախտորոշիչ անորոշությունը ցանկացած գնով վերացնելու նպատակով

Բ-Կատարել երկկողմանի VATS բիոպսիա՝ հյուսվածքաբանական տարատեսակությունը առավել լիարժեք գնահատելու համար

Գ-Սպասել թթվածնային պահանջարկի նվազմանը և կատարել պարտադիր բիոպսիա՝ անկախ կլինիկական նոր տվյալներից

Դ-Ձերծ մնալ բարձր ռիսկի վիրահատական բիոպսիայից տվյալ փուլում՝ առավելություն տալով անվտանգ ախտորոշիչ մեթոդներին և բուժման վրա ազդող տվյալներին

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9851481/

141. 47-ամյա պացիենտի միջնորմային ավշային հանգույցի բիոպսիայով հայտնաբերվել են ոչ կազեոզ էպիթելոիդ գրանուլոմաներ: Պացիենտը նախկինում բնակվել է տուբերկուլոզի բարձր տարածվածությամբ տարածաշրջանում, իսկ ՀՇ-ում կա նաև մեկ անկանոն թոքային հանգույց: Ո՞ր գնահատումն է պարտադիր մինչև սարկոիդոզը համարելը վերջնական ախտորոշում:

Ա-Բացառել տուբերկուլոզային, սնկային և այլ գրանուլոմատոզ պատճառները՝ համադրելով մանրէաբանական, կլինիկական ու պատկերային տվյալները

Բ-Բարձր շիճուկային ACE-ը ընդունել որպես սարկոիդոզի միանշանակ հաստատում՝ առանց այլ հիվանդությունների բացառման

Գ-FDG-ակտիվ ավշային հանգույցները համարել սարկոիդոզի յուրահատուկ նշան՝ անկախ հյուսվածաբանությունից

Դ-Սկսել համակարգային գլյուկոկորտիկոիդային բուժում՝ օգտագործելով պատասխանը որպես հիմնական տարբերակիչ թեստ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

142. 35-ամյա պացիենտի աջ թոքի ստորին բլթում վերջին մեկ տարվա ընթացքում եղել է նույն սեգմենտի երեք թոքաբորբ: ՀՇ-ով երևում է միջանկյալ բրոնխի լուսանցքում բարձր խտությամբ 8 մմ գոյացություն և դրանից հեռու լորձային խցանում: Հիվանդը մանկության շրջանում հիշում է սննդի ասպիրացիայի դրվագ: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել բրոնխոսկոպիա՝ լուսանցքը գնահատելու և օտար մարմնի հեռացման հնարավորությունը որոշելու համար

Բ-Նախատեսել ստորին լոբէկտոմիա՝ առանց բրոնխի լուսանցքի ախտորոշիչ զննման

Գ-Կատարել կրծքավանդակի կրկնակի ՀՇ վեց ամիս անց՝ պահպանելով նույն հակաբիոտիկային սխեման

Դ-Կատարել ՀՇ-ուղղորդմամբ թոքային պարենխիմայի պունկցիոն բիոպսիա՝ որպես օբստրուկցիայի առաջին ախտորոշիչ քայլ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

143. 29-ամյա պացիենտի մոտ հայտնաբերվել է աջ թոքի ստորին բլթի թոքային զարկերակաերակային արատ: ՀՇ-անգիոգրաֆիայով առկա է եղել 2,2 սմ տրամագծով անոթային պարկ՝ մեկ հիմնական սնուցող զարկերակով: Կատարվել է այդ զարկերակի սելեկտիվ էմբոլիզացիա: Վեց ամիս անց վերահսկիչ ՀՇ-անգիոգրաֆիայով պահպանվում է պարկի կոնտրաստավորումը: Նախկինում էմբոլիզացված ճյուղը փակ է, սակայն երևում է պարկին մոտեցող լրացուցիչ անոթ, որի ծագումն ու հոսքի բնույթը ՀՇ-ով միանշանակ չեն որոշվում: Պացիենտի վիճակը կայուն է: Ո՞ր միջամտական մարտավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կրկնակի սելեկտիվ անգիոգրաֆիա՝ մնացորդային սնուցող անոթների քարտեզագրմամբ և նպատակային էմբոլիզացիայով

Բ-Վիդեոթորակոսկոպիկ սեպաձև մասնահատում՝ ամբողջ անոթային արատը պարունակող թոքային հատվածի հեռացմամբ

Գ-Աջ ստորին բլթային թոքային զարկերակի պրոքսիմալ էմբոլիզացիա՝ թոքային ներհոսքի լայնածավալ սահմանափակմամբ

Դ-Դրենավորող թոքային երակի էնդովասկուլյար փակում՝ պարկի մնացորդային շունտավորումը դադարեցնելու նպատակով

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

[83] Shovlin CL, Condliffe R, Donaldson JW, Kiely DG, Wort SJ. British Thoracic Society Clinical Statement on Pulmonary Arteriovenous Malformations. Thorax. 2017;72:1154–1163. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2017-210764. ↗ Աղբյուր

144. 60-ամյա պացիենտը ունի կուլ տալու խանգարում և գիշերային ռեգուրգիտացիա: Աջ թոքի ստորին բլթի հետին բազալ հատվածում ՀԾ-ով կա հաստ պատերով թարախակույտ, խորխը գարշահոտ է, բերանի խոռոչի հիգիենան՝ վատ: Արյան ցանքսերը բացասական են, բրոնխային խցանում չի հայտնաբերվել: Ո՞ր ծագումն է առավել հավանական:

Ա-Հեմատոգեն սեպտիկ էմբոլիա՝ բազմակի մանր թոքային ինֆարկտներով

Բ-Թոքային ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիալ վարակ՝ որպես մեկուսացված թարախակույտի առավել բնորոշ պատճառ

Գ-Ինվազիվ սնկային անգիոինֆեկցիա՝ առանց իմունաճնշման այլ տվյալների

Դ-Օրոֆարինգեալ պարունակության ասպիրացիայով պայմանավորված պոլիմանրէային վարակ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

145. Բրոնխոէկտազների պատճառով անատոմիական լոբէկտոմիա պլանավորելիս ինչո՞ւ է կարևոր ոչ միայն հեռացնել վարակների հիմնական օջախը, այլ նաև պարզել մասնահատման ենթակա և պահպանվող հատվածների ախտահարման աստիճանը:

Ա-Լոբէկտոմիայի սահմանները որոշել ըստ ՀԾ-ով առավել արտահայտված լայնացած բրոնխի տրամագծի՝ անկախ պահպանվող սեգմենտների ֆունկցիայից

Բ-Որպեսզի հեռացվի հիմնական անդառնալի վնասված օջախը՝ պահպանելով ֆունկցիոնալ պարենխիման և գնահատելով մնացող հիվանդության բուժման անհրաժեշտությունը

Գ-Հիվանդության հնարավոր կրկնությունը կանխելու համար վիրահատական ծավալը սահմանել առավելագույն անատոմիական սահմաններով՝ նույնիսկ պահպանված բլթերի հաշվին

Դ-Վիրահատության արդյունավետությունը չափել բացառապես վաղ հետվիրահատական խորխի մանրէաբանական բացասականացմամբ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6326298/

146. Կյանքին սպառնացող թոքային արյունահոսության ծանրությունը գնահատելիս ինչո՞ւ արտահոսած արյան չափված ծավալը բավարար չէ որպես որոշիչ չափանիշ:

Ա-Քանի որ մահացու անմիջական վտանգը հաճախ առաջանում է շնչուղու խցանումից և ասֆիքսիայից, որը կարող է զարգանալ նաև ոչ շատ մեծ ծավալի դեպքում

Բ-Քանի որ արյունահոսության ընթացքում հեմոդինամիկ շոկը սովորաբար զարգանում է շնչուղու խցանումից շուտ

Գ-Քանի որ թոքային հիպերտենզիայի կտրուկ բարձրացումը համարվում է բոլոր դեպքերում ամենավաղ մահացու մեխանիզմը

Դ-Քանի որ սրտային առիթմիայի ռիսկը կախված է միայն արտահոսած արյան լաբորատոր գնահատականից

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9117352/

147. Բրոնխոէկտազներով կամ թոքի քրոնիկական խոռոչային հիվանդությամբ պացիենտի կյանքին սպառնացող թոքային արյունահոսության դեպքում ո՞ր անոթային համակարգն է վիճակագրորեն առավել հաճախ աղբյուրը, և ինչո՞վ է դա պայմանավորված:

Ա-Թոքային երակային համակարգը՝ արյան թթվածնով բարձր հագեցվածության պատճառով

Բ-Թոքային զարկերակային համակարգը՝ դրա անոթների մեծ տրամագծի պատճառով

Գ-Վերին սիներակի վտակները՝ աջ նախասրտի հետ անմիջական հաղորդակցության պատճառով

Դ-Բրոնխային զարկերակները՝ բարձր համակարգային ճնշման և քրոնիկական բորբոքային անգիոգենեզի պատճառով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9117352/

148. Թոքային սեկվեստրացիայի ներբլթային և արտաբլթային ձևերը համեմատելիս ո՞ր հատկանիշն է առավել հուսալի անատոմիական տարբերակիչը՝ անկախ համակարգային զարկերակի սկիզբը առնելու մակարդակից:

Ա-Ներբլթային սեկվեստրացիայի պարտադիր դրենավորումը համակարգային երակային համակարգով

Բ-Արտաբլթային սեկվեստրացիայի զարկերակային սնուցումը բացառապես որովայնային աորտայից

Գ-Ներբլթային սեկվեստրացիայի առավել հաճախ հանդիպումը մեծահասակների, իսկ արտաբլթայինինը՝ մանկական տարիքում

Դ-Արտաբլթային ձևի սեփական ընդերային թոքամզային պատյանը՝ հարակից բլթից անջատ

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

149. Բարձր ջերմությամբ և CRP-ի 150 մգ/լ մակարդակով պացիենտի ՀՇ-ով աջ ստորին թոքադաշտում կա ոսպնյակաձև հեղուկային կուտակում, որը լայն հիմքով հպվում է կրծքավանդակի պատին, սեղմում է հարակից թոքը և ուղեկցվում է երկու կոնտրաստավորվող թոքամզային թերթիկների տարանջատմամբ (split pleura sign): Ո՞ր մեկնաբանությունն է առավել կարևոր դրենավորման եղանակը որոշելիս:

Ա-Պատկերը բնորոշ է թոքամզային էմպիեմային, ոչ թե թոքային թարախակույտին

Բ-Ներպարենխիմային թարախակույտ՝ թոքամզային թերթիկների ռեակտիվ փոփոխություններով

Գ-Վարակազերծ, սահմանափակված պարապնևմոնիկ հեղուկ՝ թոքամզի երկրորդային կոնտրաստավորմամբ

Դ-Սահմանափակված հեմոթորաքս՝ ուղեկցող թոքային կոմպրեսիոն ատելեկտազով

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

150. Երկու պացիենտների մոտ ՀՇ-ով կա թոքի խոռոչային ախտահարում: Առաջինի մոտ նախկին տուբերկուլոզային խոռոչում շարժուն սնկային զանգված կա, իմունաճնշում չկա: Երկրորդը նեյտրոպենիայով է, ունի նոր հանգույցներ, halo նշան և սնկային հակածնի դրական ցուցանիշ: Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ այս երկու ձևերի պաթոգենեզի վերաբերյալ:

Ա-Առաջինում առավել հավանական է նախապես գոյություն ունեցող խոռոչի ոչ ինվազիվ սնկային գաղութացումը, երկրորդում՝ հյուսվածքային, հնարավոր է նաև անոթային ինվազիան

Բ-Առաջինի մոտ հնարավոր է անգիոինվազիա, իսկ երկրորդի մոտ՝ խոռոչի գաղութացում, քանի որ halo նշանը գնահատվում է որպես խոռոչի պատի հաստացում

Գ-Երկուսի միջև տարբերակիչը հիմնականում շիճուկային Aspergillus IgG-ի քանակն է, իսկ հիվանդության հյուսվածքային բնույթը երկրորդական է

Դ-Երկուսի ախտաբանական մեխանիզմը նույնն է, իսկ տարբեր բուժումը պայմանավորված է բացառապես հիվանդի տարիքով

https://www.idsociety.org/practice-guideline/aspergillosis/

151. 6 սմ թոքային էխինոկոկային կիստայով պացիենտի մոտ քննարկվում է լյարդային էխինոկոկոզից հայտնի PAIR (Puncture, Aspiration, Injection, Re-aspiration) մեթոդի ուղղակի կիրառումը: Ո՞րն է առավել ծանրակշիռ պատճառը, որ թոքային կիստաների բուժման ընտրությունը պետք է առանձին հիմնավորել:

Ա-PAIR մեթոդը հավասարապես ուսումնասիրված է բոլոր օրգանների էխինոկոկային կիստաների համար

Բ-Բրոնխային հաղորդակցության և պարունակության տարածման վտանգի պատճառով նախընտրելի է մասնագիտացված վիրահատական բուժումը

Գ-Թոքային կիստաները չունեն պարազիտային կենսունակ թաղանթ և ուստի չեն պահանջում օրգանապահպանության գնահատում

Դ-Թոքային կիստայի ասեղային դատարկումը ապահովում է բրոնխային հաղորդակցությունների ամբողջական փակումը

https://www.who.int/publications/i/item/9789240110472

152. Չդասակարգված ինտերստիցիալ թոքային հիվանդության դեպքում պլանավորվում է VATS բիոպսիա երկու ախտահարված բլթերից: Ո՞րն է բազմատեղ նմուշառման հիմնական ախտորոշիչ առավելությունը, երբ ՀՇ-ով ախտահարումը տարածականորեն անհամասեռ է:

Ա-Բազմատեղ նմուշառման դեպքում հնարավոր է անտեսել բիոպսիայի նախնական ՀՇ-քարտեզագրումը՝ նմուշների թվի հաշվին

Բ-Բազմատեղ նմուշառումն առավելապես ծառայում է մեկ բլթի նմուշառման տեխնիկական դժվարությունները շրջանցելուն

Գ-Տարբեր բլթերից նմուշառումը թույլ է տալիս ախտորոշումը սահմանել միայն նմուշների ընդհանուր ծավալի հիման վրա՝ անտեսելով տարածական պատկերը

Դ-Հնարավոր է բացահայտել հյուսվածքաբանական տարբերությունը և նվազեցնել մեկ ոչ ինֆորմատիվ նմուշով սխալ դասակարգման վտանգը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9851481/

153. Ծանր էմֆիզեմայով երկու պացիենտներն ունեն FEV_1՝ 30%: Առաջինի մոտ ՀՇ-ով արտահայտված վերին բլթային գերակշռող էմֆիզեմա և ծանր հիպերինֆլյացիա կա, երկրորդի մոտ՝ համասեռ ախտահարում, DLCO՝ 17%, և տարածուն ֆիբրոզի բաղադրիչ: Թոքային ծավալի նվազեցման միջամտության ընտրության ո՞ր սկզբունքն է առավել ճիշտ:

Ա-Որոշումն ընդունել բացառապես FEV_1-ի նույն արժեքի հիման վրա, քանի որ պատկերային բաշխումը չի փոխում սպասվող օգուտը

Բ-Ծավալի նվազեցման վիրահատությունը նախընտրել համասեռ ախտահարմամբ պացիենտի մոտ՝ անկախ DLCO-ից

Գ-Համադրել էմֆիզեմայի բաշխումը, հիպերինֆլյացիան, ֆունկցիոնալ ռեզերվն ու սպասվող օգուտը

Դ-Ծավալի նվազեցման միջամտության թեկնածու համարել ցանկացած պացիենտի՝ անկախ ուղեկցող թոքային ֆիբրոզից

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

154. Տեղայնացված բրոնխոէկտազների պատճառով երկու շաբաթ անց լոբէկտոմիա նախատեսվող 46-ամյա պացիենտն ունի թարախային խորխ, իսկ վերջին ցանքսում աճել է Pseudomonas aeruginosa: ՀՇ-ով չկա նոր թոքամզային էմպիեմա: Ո՞ր նախավիրահատական մարտավարությունն է առավել նպատակահարմար՝ վաղ վարակային բարդությունների վտանգը նվազեցնելու համար:

Ա-Կատարել կարճատև լայն սպեկտրի էմպիրիկ բուժում՝ անտեսելով արդեն հայտնի Pseudomonas-ի զգայունությունը

Բ-Կազմակերպել ցանքսով ուղղորդված հակամանրէային բուժում և խորխի արդյունավետ հեռացում՝ վիրահատությունից առաջ կլինիկական օպտիմալացում ապահովելով

Գ-Բավարարվել ստանդարտ նախավիրահատական հակաբիոտիկային կանխարգելմամբ՝ առանց առկա վարակային սրացման առանձին կառավարման

Դ-Հետաձգել միջամտությունը մինչև Pseudomonas-ի քրոնիկական գաղութացման լաբորատոր վերջնական վերացումը՝ անկախ ախտանիշների վերահսկումից

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6326298/

155. 26-ամյա պացիենտի թոքային զարկերակաերակային արատը առաջացնում է աջից ձախ շունտ: Նա նախկինում ունեցել է կարճատև անցողիկ նյարդաբանական ախտանիշներ՝ առանց նախասրտերի ֆիբրիլյացիայի կամ քնային զարկերակների ախտահարման: Ո՞ր մեխանիզմն է առավել բնորոշ ուղեղային իշեմիկ կամ թարախակույտային բարդությունների զարգացմանը:

Ա-Սովորական թոքային մազանոթներում թրոմբերի ավելի ինտենսիվ ֆիլտրացիան

Բ-Էմբոլները շրջանցում են թոքային մազանոթային ֆիլտրը՝ աջից ձախ շունտով անցնելով մեծ շրջանառություն

Գ-Թոքային երակի խցանման հետևանքով ուղեղից երակային արտահոսքի սուր արգելափակումը

Դ-Բրոնխային զարկերակների հիպերտրոֆիայի պատճառով ուղեղային հյուսվածքի ուղղակի վարակումը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

156. 58-ամյա շաքարային դիաբետով և երկարատև թարախային բրոնխոէկտազներով պացիենտի մոտ անհրաժեշտ է կատարել ձախից ստորին լոբէկտոմիա: Վիրահատության ընթացքում բրոնխի ծայրատի կենսունակությունը սահմանային է, առկա են տեղային բորբոքային փոփոխություններ: Ո՞ր լրացուցիչ տեխնիկան է առավել հիմնավորված կարերի անբավարարության վտանգը նվազեցնելու համար:

Ա-Բրոնխի ծայրատի լրացուցիչ կարճացում՝ մինչև բրոնխի առավել պրոքսիմալ հատված, առանց հյուսվածքների պերֆուզիան բարելավելու

Բ-Ծայրատի պարբերական արտաքին սոսնձում՝ որպես տեղային արյունամատակարարման շտկման հիմնական մեթոդ

Գ-Բրոնխի ծայրատի ամրացում լավ արյունամատակարարվող հյուսվածքով՝ օրինակ միջկողային մկանային լաթով

Դ-Պլևրալ թերթիկների մեխանիկական մոտեցում՝ առանց անոթավորված հյուսվածքի մասնակցության՝ որպես ծայրատի սնուցման բավարար փոխարինում

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

157. 59-ամյա պացիենտը հոսպիտալացվել է թոքաբորբով: 72 ժամ ներերակային հակաբիոտիկային բուժումից հետո ջերմությունը 38,5 °C է, CRP-ն՝ 185 մգ/լ: ՈւՁՀ-ով առկա է 5 սմ լայնությամբ ազատ թոքամզային հեղուկ, որն անվտանգ է դրենավորման համար: Առաջին պունկցիայում հեղուկը պղտոր է, pH՝ 7,08 (չափվել է արյան գազերի անալիզատորով), գլյուկոզա՝ 2,1 մմոլ/լ, LDH՝ 1600 ՄՄ/լ, Gram ներկումը բացասական: Ո՞րն է հաջորդ առավել հիմնավորված միջամտությունը:

Ա-Շարունակել նույն հակաբիոտիկային բուժումը և 24 ժամ անց կրկնել պունկցիան՝ գնահատելով pH-ի դինամիկան

Բ-Նշանակել ներերակային հակաբիոտիկներ և վաղ ներթոքամզային tPA/DNase՝ առանց դրենավորման

Գ-Առաջնային VATS սանացիա

Դ-Պատկերային հսկողությամբ դրենավորել թոքամզային խոռոչը և շարունակել հակաբիոտիկային բուժումը

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

158. 63-ամյա պացիենտի մոտ թոքաբորբի բուժման հինգերորդ օրը պահպանվում են տենդը և CRP-ի բարձր մակարդակը: Թոքամզային պունկցիայում pH՝ 7,30, գլյուկոզա՝ 3,1 մմոլ/լ, LDH՝ 1500 ՄՄ/լ, Gram ներկումն ու ցանքսը՝ բացասական: ՈւՁՀ-ով առկա է 4,5 սմ սեպարացիայով միջնապատերով հեղուկ, որի դրենավորումն անվտանգ է: Ո՞րն է առավել հիմնավորված որոշումը:

Ա-Պունկցիան կրկնել 48 ժամ անց՝ քանի դեռ pH-ը չի իջել 7,20-ից

Բ-Քննարկել ուլտրաձայնային ուղղորդմամբ դրենավորում՝ համադրելով LDH-ը, գլյուկոզան, տենդը և միջնապատերը

Գ-Նախ կատարել VATS դեկորտիկացիա, քանի որ միջնապատերը բացառում են դրենավորման հնարավորությունը

Դ-Պահպանել միայն հակաբիոտիկները՝ բացասական ցանքսը համարելով չբարդացած հեղուկի բավարար ապացույց

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

159. 68-ամյա պացիենտի մոտ թոքաբորբից հետո ձևավորված թոքամզային հեղուկը դրենավորման համար հասանելի է: Ախտորոշիչ պունկցիայով ստացվում է խիտ, դեղնականաչավուն ակնհայտ թարախ: Հեղուկի pH-ն ու ցանքսը դեռ չեն պատրաստվել: Պացիենտը հեմոդինամիկորեն կայուն է և ստանում է համարժեք հակաբակտերիալ բուժում: Ո՞րն է առավել ճիշտ հաջորդ քայլը:

Ա-Կատարել պատկերային ուղղորդմամբ թոքամզային դրենավորում՝ չսպասելով pH-ին կամ ցանքսին

Բ-Դրենավորում նախաձեռնել միայն, եթե pH-ը ≤7,20 է և Gram ներկումը դրական

Գ-Նշանակել ներթոքամզային tPA/DNase՝ առանց դրենավորման, քանի որ թարախը մածուցիկ է

Դ-Նախ կատարել VATS սանացիա բոլոր կայուն հիվանդների մոտ՝ անկախ դրենավորման հնարավորությունից

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

160. Թոքամզային էմպիեմայով պացիենտի մոտ 12 Fr դրենաժ տեղադրելուց հետո առաջին օրը արտահոսել է 350 մլ թարախային հեղուկ: Երկրորդ օրը արտահոսքը գրեթե դադարել է, սակայն տենդն ու CRP-ի բարձր մակարդակը պահպանվում են: Կրկնակի ՀՇ-ով հայտնաբերվում է 6 սմ միջնապատերով մնացորդային

պարունակություն, իսկ դրենաժի ծայրը գտնվում է դրա ստորին սահմանին: Ո՞րն է հաջորդ առավել ճիշտ գործողությունը:

Ա-Անմիջապես հայտարարել tPA/DNase-ի ձախողում և կատարել դեկորտիկացիա

Բ-Հեռացնել դրենաժը՝ ելնելով արտահոսքի փոքր ծավալից, և վերահսկել ՀԾ-ով

Գ-Ստուգել դրենաժի դիրքն ու անցանելիությունը և անհրաժեշտության դեպքում ուղղել կամ լրացուցիչ դրենավորել

Դ-Միայն երկարացնել հակաբիոտիկային բուժման տևողությունը մինչև մնացորդային կուտակման ինքնուրույն ներծծումը

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

161. Պացիենտը բուժվում է թոքամզային ինֆեկցիայի կապակցությամբ: Հակաբիոտիկներն ընտրված են, 14 Fr դրենաժը ռենտգենաբանորեն ճիշտ դիրքում է և անցանելի, սակայն երրորդ օրը արտահոսքը կանգ է առել. ՈւՁՀ-ով պահպանվում է 400 մլ մոտավոր ծավալով բազմախոռոչ կուտակում: Հիվանդը կայուն է, թրոմբոցիտները՝ 240×10^9/լ, ակտիվ արյունահոսություն չկա: Վիրաբուժական խորհրդատվությունը հասանելի է: Ո՞ր լրացուցիչ բուժումը առավել հիմնավորված է քննարկել:

Ա-Մեկ բաղադրիչ tPA՝ առանց DNase, քանի որ խոռոչը միջնապատերով է

Բ-Մեկ բաղադրիչ DNase՝ որպես tPA-ին համարժեք ապացուցված տարբերակ

Գ-Հերթական մեծածավալ պունկցիաներ՝ առանց գործող դրենաժի օգտագործման

Դ-Քննարկել tPA/DNase՝ գնահատելով արյունահոսության ռիսկն ու վիրահատական այլընտրանքը

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

162. 70-ամյա պացիենտն ունի միջնապատերով էմպիեմա. դրենաժի ճիշտ դիրքն ու անցանելիությունը հաստատված են, բայց թարախային հեղուկի արտահոսքը քիչ է: Նա ստանում է ապիքսաբան նախասրտերի ֆիբրիլյացիայի պատճառով, և վերջին 24 ժամում ունեցել է ակտիվ աղեստամոքսային արյունահոսություն, որը դեռ չի կայունացվել: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Օգտագործել ստանդարտ tPA/DNase սխեմա՝ առանց հակամակարդիչ բուժումը կամ արյունահոսությունը հաշվի առնելու

Բ-Նախ վերահսկել արյունահոսությունը և վերագնահատել հակամակարդիչը, ապա ընտրել վարակի օջախի վերահսկման անվտանգ ուղին

Գ-Օգտագործել միայն tPA՝ ենթադրելով, որ DNase-ի հեռացումը վերացնում է արյունահոսության վտանգը

Դ-Դադարեցնել վարակի օջախի տեղային բուժման բոլոր տարբերակները և անցնել միայն հակաբիոտիկների

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

163. 56-ամյա պացիենտին տեղադրվել են երկու ուլտրաձայնային ուղղորդմամբ դրենաժներ՝ բազմախոռոչ էմպիեմայի համար: Հակաբիոտիկների և tPA/DNase բուժման ավարտից հետո յոթերորդ օրը շարունակում են պահպանվել ջերմությունը, CRP՝ 170 մգ/լ և 7 սմ մնացորդային խոռոչ՝ հաստ թոքամզային պատյանով ու թոքի ոչ լրիվ վերաընդարձակումով: Վիրահատական ռիսկն ընդունելի է: Ո՞րն է հաջորդ առավել հիմնավորված մոտեցումը:

Ա-Կրծքային վիրաբուժական գնահատում՝ VATS/բաց սանացիայի և դեկորտիկացիայի հնարավորությունը որոշելու համար

Բ-Առանց լրացուցիչ գնահատման կրկնել նույն tPA/DNase կուրսը՝ անկախ մնացորդային կուտակման պատկերի

Գ-Հեռացնել երկու դրենաժները և շարունակել միայն հակաբիոտիկները ևս երկու շաբաթ

Դ-Կատարել քիմիական պլևրոդեզ՝ հաստ պարիետալ պատյանը պահպանելով

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

164. 73-ամյա սրտային անբավարարությամբ պացիենտը ստացել է ֆուրոսեմիդի բարձր դեղաչափեր և 4 օրում կորցրել 3,5 կգ: Նոր ախտորոշված թոքամզային հեղուկում սպիտակուց՝ 3,2 գ/դլ, շիճուկում՝ 5,7 գ/դլ (հարաբերությունը 0,56), թոքամզային LDH՝ 145 ՄՄ/լ, շիճուկային LDH՝ 270 ՄՄ/լ: Չկան տենդ, թոքամզային հանգույցներ կամ վարակային նշաններ: Շիճուկային ալբումին՝ 3,8 գ/դլ, հեղուկում՝ 2,1 գ/դլ: Ո՞րն է ամենահիմնավորված մեկնաբանությունը:

Ա-Light-ի չափանիշները հավաստիորեն ապացուցում են չարորակ էքսուդատ՝ անկախ դիուրեզից

Բ-Հեղուկի սպիտակուցային հարաբերությունը բավարար է խիլոթորաքս ախտորոշելու համար

Գ-Ալբումինի գրադիենտը 1,7 գ/դլ է և աջակցում է դիուրետիկներից հետո պսևդոէքսուդատի հավանականությանը

Դ-Շիճուկ–հեղուկ ալբումինի գրադիենտը փոքր է 1,2 գ/դլ-ից, ուստի սրտային բնույթը բացառված է

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

165. Կրծքային ծորանի վնասման կասկածով 57-ամյա պացիենտի պլևրալ դրենաժից արտահոսում է 700 մլ/օր բաց գույնի հեղուկ, և վերջին 24 ժամում նա չի կերակրվել: Հեղուկի տրիգլիցերիդները 78 մգ/դլ են, խոլեստերինը՝ 45 մգ/դլ: Հեղուկի տեսքն ու սահմանային տրիգլիցերիդները թույլ չեն տալիս հաստատել խիլոթորաքսը: Ո՞ր քննությունն է առավել որոշիչ:

Ա-Լիպոպրոտեինների էլեկտրոֆորեզով թոքամզային հեղուկում խիլոմիկրոնների հայտնաբերում

Բ-Կրկնել հեղուկի ընդհանուր սպիտակուցը և Light-ի չափանիշները

Գ-Չափել թոքամզային LDH-ը՝ խիլոթորաքսը պսևդոխիլոթորաքսից տարբերակելու համար

Դ-Չափել միայն շիճուկային տրիգլիցերիդները և հաշվարկել հեղուկ/շիճուկ հարաբերությունը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

166. Կերակրափողի վիրահատությունից հետո հինգերորդ օրը պացիենտի աջ պլևրալ դրենաժով արտահոսում է 1,4 լ/օր խիլոզ հեղուկ: Պահպանողական բուժման երկու օրում արտահոսքը մնում է >1 լ/օր, և ալբումինը նվազում է 26 գ/լ: Ո՞ր հաջորդ ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Շարունակել նույն պահպանողական բուժումը մի քանի շաբաթ՝ անկախ արտահոսքի ծավալից և սնուցման վատթարացումից

Բ-Վաղ քննարկել լիմֆանգիոգրաֆիա և կրծքային ծորանի էմբոլիզացիա կամ վիրաբուժական լիգավորում՝ շարունակելով սնուցման և հեղուկների կորուստների շտկումը

Գ-Նշանակել քիմիական պլևրոդեզ որպես պարտադիր առաջին բուժում՝ անկախ ծորանի արտահոսքի ծավալից

Դ-Սահմանափակել միայն բերանով ընդունվող ճարպը՝ առանց սպիտակուցային և հեղուկային կորուստների փոխհատուցման

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

167. 67-ամյա պացիենտի ձախակողմյան էքսուդատիվ թոքամզային հեղուկի առաջին ցիտոլոգիան բացասական է: ՀՇ-ով առկա է 1,8 սմ կրծքավանդակի պատին հարակից հանգուցավոր թոքամզային հաստացում: Պացիենտն ունի նախկինում ասբեստային ազդեցություն, և մեզոթելիոմայի կասկածը բարձր է: Ո՞ր ախտորոշիչ մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Երկրորդ ցիտոլոգիայի բացասական արդյունքը համարել մեզոթելիոմայի բացառման բավարար հիմք

Բ-Կրկնել միայն PET-ՀՇ-ն՝ առանց հյուսվածքաբանական հաստատման հնարավորության դիտարկման

Գ-Ցածր հավանականության դեպքում կատարել տարեկան ՀՇ հսկողություն՝ առանց բիոպսիայի

Դ-Ստանալ թոքամզի բավարար հյուսվածքային նմուշ՝ պատկերային ուղղորդմամբ հաստ ասեղով կամ թորակոսկոպիկ բիոպսիայով

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.11.005

168. Պացիենտի մոտ կրկնվող չարորակ թոքամզային հեղուկի պատճառով կատարվել է 1,2 լ թերապևտիկ պունկցիա: Հետազոտությունից հետո ՀՇ-ով թոքի ստորին բլթը չի վերաընդարձակվել, իսկ թոքամզային ճնշման մոնիտորինգով բարձր էլաստանս է գրանցվել: Նոր պունկցիայից հետո նույն երևույթի կրկնությունը

սպասելի է: Հիվանդն ունի արտահայտված հևոց և ակնկալվող կյանքի տևողություն՝ մի քանի ամիս: Ո՞ր պալիատիվ մոտեցումն է առավել նպատակահարմար քննարկել:

Ա-Տալկով պլևրոդեզ՝ չնայած թոքամզային թերթիկների բացակայող համադրմանը

Բ-Պարբերական միայն մեծածավալ պունկցիաներ՝ բացառելով երկարաժամկետ դրենավորման քննարկումը

Գ-Երկարաժամկետ թունելացված թոքամզային կաթետեր (IPC)՝ հաշվի առնելով չընդարձակվող թոքը

Դ-Վաղ վիրաբուժական դեկորտիկացիա՝ որպես բոլոր չընդարձակվող թոքերի պարտադիր պալիատիվ բուժում

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

169. Տուբերկուլոզային պլևրիտի երկարամյա պատմությամբ 62-ամյա հիվանդի մոտ առկա է կաթնանման քրոնիկ թոքամզային հեղուկ: Հեղուկի տրիգլիցերիդները 35 մգ/դլ են, խոլեստերինը՝ 265 մգ/դլ, մանրադիտակով հայտնաբերվում են խոլեստերինի բյուրեղներ: Ո՞ր ախտորոշումն է առավել հավանական:

Ա-Սուր բարձրադեբիտ (առատ արտահոսքով) խիլոթորաքս՝ կրծքային ծորանի թարմ վնասման հետևանքով

Բ-Թարախային էմպիեմա՝ միայն կաթնանման տեսքի, երկարատև բորբոքման պատճառով

Գ-Պսևդոխիլոթորաքս՝ թոքամզային խոռոչում խոլեստերինի խրոնիկ կուտակմամբ

Դ-Պարզ տրանսուդատ՝ շիճուկի սպիտակուցների նվազման հետ կապված

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

170. Նախկինում ասբեստի ազդեցությամբ 71-ամյա պացիենտի թորակոսկոպիկ նմուշում հայտնաբերվել է մեզոթելիալ պրոլիֆերացիա: Իմունոհիստոքիմիայով առկա է BAP1-ի միջուկային արտահայտման կորուստ, սակայն ներկայացված նմուշը բաղկացած է առավելապես մակերեսային թոքամզից՝ առանց ճարպային կամ խոր ստրոմալ հյուսվածքի: Ուռուցքաբանները քննարկում են արմատական նպատակով բուժում: Ո՞ր գնահատումն է առավել ամբողջական:

Ա-BAP1-ի կորուստը հաստատում է չարորակ մեզոթելիալ բնույթը, սակայն ինվազիայի ու տարածվածության համար ցանկալի է բավարար խորությամբ և ծավալով հյուսվածքային նմուշ

Բ-BAP1-ի կորուստն ինքնին ապացուցում է կրծքավանդակի պատի մկանային ինվազիան, ուստի կրկնակի նմուշառում չի պահանջվում

Գ-Մեզոթելինի բարձր մակարդակը շիճուկում կարող է փոխարինել խորքային նմուշին և վերջնական ենթատեսակի որոշմանը

Դ-Մակերեսային նմուշի բացակայող ճարպային շերտը բավարար հիմք է մեզոթելիոման որպես ինվազիվ սարկոմատոիդ ենթատեսակ գնահատելու համար

https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.11.005

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

171. Մետաստատիկ ադենոկարցինոմայով 66-ամյա պացիենտին ձախակողմյան 1,1 լ թոքամզային հեղուկի դանդաղ հեռացումից հետո կրկին տեսանելի է չընդարձակվող թոք: Սակայն հևոցը չի փոխվել նույնիսկ արտահոսքի ավարտից հետո, հանգստի վիճակում SpO_2-ը 94% է, իսկ սրտի էխոկարդիոգրաֆիան ցույց է տալիս ծանր ձախփորոքային դիսֆունկցիա: Ո՞րն է հաջորդ ամենահիմնավորված քայլը՝ մինչև երկարաժամկետ կաթետերի տեղադրումը:

Ա-Անմիջապես կատարել տալկային պլևրոդեզ՝ չնայած թոքամզային մակերեսների չհպվելուն

Բ-Նույն օրը տեղադրել երկարաժամկետ թունելացված թոքամզային կաթետեր (IPC)՝ հեղուկի հետագա կրկնությունը համարելով հևոցի միակ պատճառ

Գ-Կատարել թոքամզի դեկորտիկացիա՝ թոքային էլաստանսը նվազեցնելու նպատակով

Դ-Վերագնահատել հևոցի մյուս պատճառները և ախտանշանային օգուտը, ապա հիվանդի հետ քննարկել IPC-ի նպատակահարմարությունը

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

172. 70-ամյա պացիենտի մոտ հաստատված է թոքի ադենոկարցինոմայով պայմանավորված կրկնվող, ախտանշանային թոքամզային հեղուկ: Ախտորոշիչ պունկցիայից հետո թոքն ամբողջությամբ ընդարձակվել է, իսկ հևոցն էապես նվազել է: Հիվանդն ապրում է հիվանդանոցից հեռու, ցանկանում է խուսափել պարբերական տնային դրենավորումից և համաձայն է կարճատև

հոսպիտալացմանը՝ հնարավոր կրկնակի միջամտությունները նվազեցնելու նպատակով: Ո՞ր պալիատիվ ընտրությունն է առավել համահունչ տվյալ իրավիճակին:

Ա-Տեղադրել երկարաժամկետ թունելացված թոքամզային կաթետեր (IPC) և պահպանել այն անորոշ ժամկետով՝ անկախ հիվանդի նախընտրությունից

Բ-Քննարկել տալկային պլևրոդեզ՝ լիովին ընդարձակված թոքի պայմաններում և հիվանդին բացատրելով IPC-ի այլընտրանքը

Գ-Հետաձգել ցանկացած թոքամզային միջամտություն մինչև համակարգային բուժման առնվազն երեք կուրսի ավարտը

Դ-Նշանակել պարբերական պունկցիաներ որպես միակ հնարավոր բուժում՝ անկախ հեղուկի կրկնության արագությունից

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

173. 69-ամյա պացիենտի ախտանշանային մեծ թոքամզային հեղուկի պունկցիան կատարվում է ՈւՁՀ հսկողությամբ և առանց վակուումային ասպիրացիայի: Առաջին 850 մլ-ից հետո առաջանում են կրծքավանդակի սեղմող ցավ, համառ հազ և SpO_2-ի նվազում 96%-ից մինչև 91%: Դրենավորման հոսքը դանդաղ է, համակարգը տեխնիկապես աշխատում է: Ո՞րն է անմիջական ճիշտ գործողությունը:

Ա-Դադարեցնել պունկցիան, գնահատել օքսիգենացիան և ըստ ցուցումների կատարել շտապ պատկերային ստուգում

Բ-Շարունակել դատարկումը մինչև 1,5 լ՝ այն համարելով պարտադիր անվտանգ սահման, անկախ կլինիկական նշաններից

Գ-Միացնել թույլ բացասական ճնշման ասպիրացիան՝ ցավը կապելով հեղուկի ոչ բավարար արտահոսքի հետ

Դ-Փոխարինել կաթետերը ավելի լայն դրենաժով՝ կլինիկական վատթարացումը համարելով կաթետերի խցանման նշան

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

174. Ուռուցքով պայմանավորված չընդարձակվող թոք ունեցող պացիենտի 1,0 լ թոքամզային հեղուկի հեռացումից հետո ռենտգենագրությամբ երևում է նախկին հեղուկի տեղում բազալ օդային ստվեր: Պացիենտը հեմոդինամիկորեն կայուն է, հևոցը չի ավելացել: Վերահսկիչ պատկերում օդային ստվերը չի մեծացել, իսկ

պունկցիայի հետ կապված ներքին օրգանների վնասման նշաններ չկան: Ո՞րն է առավել ճշգրիտ մեկնաբանությունը:

Ա-Բարձր ճնշմամբ զարգացող լարված պնևմոթորաքս, որը պահանջում է շտապ դրենավորում

Բ-Թոքամզային խոռոչում օդ՝ շարունակական ալվեոլաթոքամզային խուղակից, որը պետք է փակել ներբրոնխային փականով

Գ-Pneumothorax ex vacuo՝ թոքի չընդարձակվելու պատճառով, որի դեպքում առանց ախտանշանների դրենավորումը հաճախ օգտակար չէ

Դ-Դրենաժի սուր խցանում՝ թոքամզային հեղուկի վերակուտակմամբ, չնայած պունկցիայից հետո հեղուկի նվազմանը

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

175. 24-ամյա պացիենտի առաջնային սպոնտան պնևմոթորաքսի պատճառով տեղադրված դրենաժի ջրային փականում առկա է շարունակական փրփրացող օդային արտահոսք, իսկ թոքը միայն մասամբ է ընդարձակվել: Բուժքույրը առաջարկում է մեկ ժամով սեղմել խողովակը՝ պարզելու համար, թե արդյոք արտահոսքը դադարել է: Հիվանդը կայուն է, բայց օդային արտահոսքի աղբյուրը դեռ պարզված չէ: Ո՞ր պատասխանն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել կարճ սեղմման փորձ՝ միաժամանակ մեծացնելով ներծծումը

Բ-Սեղմել դրենաժը միայն այն դեպքում, երբ հաջորդ ռենտգենում թոքը լրիվ ընդարձակվի

Գ-Փոխարինել ջրային փականը փակ հավաքիչով՝ օդային կորուստը չափելու նպատակով

Դ-Չսեղմել ակտիվ օդային արտահոսքով դրենաժը՝ լարված պնևմոթորաքսի վտանգի պատճառով

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

176. 22-ամյա չծխող տղամարդու մոտ առաջին անգամ հայտնաբերվել է ձախակողմյան առաջնային սպոնտան եզրային պնևմոթորաքս: Ախտանշանները

սահմանափակվում են թույլ ցավով, SpO_2-ը 99% է, հեմոդինամիկան կայուն է, և 3 ժամ հսկողության ընթացքում պատկերային պրոգրեսիա չի գրանցվել: Հիվանդը բնակվում է հիվանդանոցից 20 րոպե հեռավորության վրա, իսկ հաջորդօրյա հսկողությունն ապահովված է: Ո՞ր մոտեցումն է լավագույնս համատեղելի ժամանակակից ապացույցների հետ:

Ա-Քննարկել պահպանողական վարումը՝ հստակ վերադարձի ցուցումներով և արագ կրկնակի կլինիկական հսկողությամբ

Բ-Քննարկել ասեղային ասպիրացիա՝ որպես առաջին ընտրություն, չնայած պացիենտի թույլ ախտանշաններին և հսկողության բավարար հնարավորությանը

Գ-Առաջնահերթ կատարել փոքր տրամագծի թոքամզային դրենավորում՝ ելնելով ռենտգենաբանական չափից և չառաջնորդվելով ախտանշաններով

Դ-Կազմակերպել ամբուլատոր միակողմանի փականով դրենավորում՝ առանց պահպանողական տարբերակի համատեղ քննարկման

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

177. 28-ամյա առողջ պացիենտն ունեցել է ձախակողմյան առաջնային սպոնտան պնևմոթորաքս՝ կատարվել էր ասեղային ասպիրացիա: Ութ ամիս անց նույն կողմում առաջացել է երկրորդ էպիզոդը, այս անգամ՝ արտահայտված ցավով, որը վերահսկվել է դրենավորմամբ: Բարձր հստակության ՀՇ-ով (HRCT - High-Resolution Computed Tomography) առկա են գագաթային բուլլաներ, թոքային ֆունկցիան պահպանված է, և պացիենտի համար կրկնության կանխումը առաջնահերթություն է: Ո՞ր ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Շարունակել կլինիկական ու պատկերային հսկողությունը՝ վիրահատական կանխարգելումը քննարկելով միայն հաջորդ կրկնության դեպքում

Բ-Առաջարկել կրկնակի ասեղային ասպիրացիա և հետագա դիտարկում՝ որպես կրկնության կանխարգելման երկարաժամկետ ռազմավարություն

Գ-Քննարկել VATS եղանակով վիրահատական միջամտությունը՝ բացատրելով մեթոդների սահմանափակումները

Դ-Ընտրել միայն դեղորայքային պլևրոդեզ՝ նախքան պացիենտին VATS տարբերակի առավելություններն ու ռիսկերը բացատրելը

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

178. 35-ամյա առևտրային օդաչուի մոտ առաջին անգամ զարգացած աջակողմյան առաջնային սպոնտան պնևմոթորաքսը շտկվել է դրենավորման միջոցով: Այժմ թոքը լրիվ ընդարձակված է, և օդի արտահոսք չկա: Նա մտադիր է վերադառնալ մասնագիտական թռիչքներին, որոնց ընթացքում կրկնությունը կարող է վտանգավոր լինել: Ո՞ր քննարկումն է անհրաժեշտ մինչև նրա հետագա վարումը որոշելը:

Ա-Վերադարձը թռիչքներին գնահատել միայն հաջորդ վերահսկիչ ռենտգենով՝ առանց մասնագիտական կրկնության ռիսկի գնահատման

Բ-Դիտարկել վաղ վիրաբուժական կանխարգելման տարբերակը և մասնագիտացված ավիաբժշկական թույլտվության պահանջները՝ չնույնացնելով բուժման ավարտն ու աշխատանքի վերադարձը

Գ-Առաջարկել բուլլէկտոմիա բոլոր առաջին էպիզոդների համար՝ առանց մասնագիտական պայմանները տարբերակելու

Դ-Կրկնության կանխարգելման որոշումը հետաձգել մինչև երկրորդ էպիզոդ՝ սահմանափակվելով բուժման ավարտի փաստաթղթավորմամբ

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

179. 74-ամյա պացիենտն ունի ծանր COPD (FEV_1՝ 29%) և տնային թթվածնաթերապիա: Սուր հևոցի ֆոնին հայտնաբերվել է միջին չափի աջակողմյան երկրորդային սպոնտան պնևմոթորաքս, SpO_2՝ 86% սովորական թթվածնի հոսքով, շնչառության հաճախությունը՝ 30/րոպե, բայց արտահայտված հեմոդինամիկ անկայունություն չկա: Ո՞րն է սկզբնական առավել հիմնավորված ռազմավարությունը:

Ա-Ընտրել կարճատև հիվանդանոցային դիտարկում՝ թթվածնի հոսքի փոփոխմամբ, առանց թոքամզային օդի ակտիվ հեռացման

Բ-Ընտրել 8 Fr դրենաժով ամբուլատոր բուժում՝ նախապես ապահովելով օրվա ընթացքում վերահսկիչ այց, բայց առանց հոսպիտալացման

Գ-Փորձել միայն մեկանգամյա ասեղային ասպիրացիա և վաղ դուրսգրում՝ հենվելով պնևմոթորաքսի միջին չափի վրա

Դ-Կազմակերպել հիվանդանոցային բուժում և ակտիվ թոքամզային օդի հեռացում՝ հաշվի առնելով վատ գազափոխանակությունն ու սահմանափակ ֆունկցիոնալ ռեզերվը

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

180. 76-ամյա պացիենտն ունի տարածուն էմֆիզեմա և երկրորդային սպոնտան պնևմոթորաքս: Պլևրալ դրենաժի ճիշտ դիրքի պայմաններում օդի արտահոսքը պահպանվում է յոթերորդ օրը: Հիվանդն ընդունելի վիրահատական թեկնածու չէ, ՀՇ-ով չկա բրոնխի խոշոր խուղակ, իսկ թոքի զգալի մասը վերաընդարձակված է: Մասնագիտացված կենտրոնում հնարավոր է և՛ աուտոլոգիական արյան պլևրալ ներարկում, և՛ էնդոբրոնխային փականի տեղադրում: Ո՞ր միջամտության կիրառումը կարելի է քննարկել ERS/EACTS/ESTS 2024 ուղեցույցի պայմանական առաջարկության հիման վրա:

Ա-Քննարկել սեփական արյան ներթոքամզային ներարկում (autologous blood patch)՝ օդի շարունակվող արտահոսքի վերահսկման համար

Բ-Նախ ընտրել էնդոբրոնխային փականի տեղադրում՝ այն դիտելով որպես ուղեցույցով առաջարկվող առավել ստանդարտ մեթոդ

Գ-Շարունակել դրենաժով մշտական ասպիրացիան և դրանով սահմանափակել միջամտությունները ևս երկու շաբաթ

Դ-Նախընտրել դեղորայքային քիմիական պլևրոդեզ՝ չվերագնահատելով պահպանվող օդային արտահոսքը և մակերեսների համադրումը

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

181. 31-ամյա կնոջ մոտ աջակողմյան պնևմոթորաքսը կրկնվել է երեք անգամ՝ դաշտանից 24–48 ժամ առաջ կամ հետո: Պլանավորված VATS-ի ժամանակ գագաթային բուլլաներ չեն հայտնաբերվում, սակայն աջ ստոծանու ջլային կենտրոնում կան մանր բացվածքներ և շագանակագույն բծեր: Ո՞րն է առավել ամբողջական վիրահատական և հետվիրահատական մոտեցումը:

Ա-Կատարել գագաթային թոքամզային աբրազիա և բուլլաների որոնում՝ տեսանելի ստոծանիական բացվածքները թողնելով պահպանված

Բ-Փակել/մասնահատել ստոծանու ախտահարված հատվածները ըստ անատոմիայի, քննարկել թոքամզային ռեցիդիվի կանխարգելումը և գինեկոլոգիական հորմոնալ մարտավարությունը

Գ-Հեռացնել միայն տեսանելի ստոծանիական օջախները՝ առանց թոքամզային կրկնության կանխարգելման և գինեկոլոգիական բուժման քննարկման

Դ-Կատարել աջակողմյան պլևրոդեզ և սահմանափակվել հետվիրահատական ՀԾ հսկողությամբ՝ առանց ստոծանիական փոփոխությունների նպատակային մշակման

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

182. 29-ամյա պացիենտի կրկնվող առաջնային սպոնտան պնևմոթորաքսի պատճառով կատարվում է VATS բուլլէկտոմիա: Վիրաբուժական թիմում քննարկվում են մեխանիկական աբրազիան, մասնակի պարիետալ պլևրէկտոմիան և քիմիական պլևրոդեզը: Բոլոր մեթոդները հասանելի են, սակայն համեմատական հետազոտությունները տարբեր արդյունքներ են տվել: Ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ՝ մեթոդն ընտրելիս:

Ա-Առաջնահերթ ընտրել մասնակի պլևրէկտոմիա՝ այն գնահատելով որպես համոզիչ առավելություն ունեցող մեթոդ բոլոր ցածր ռիսկային հիվանդների համար

Բ-Ընտրել միայն մեխանիկական աբրազիա՝ անկախ բուլլաների բնույթից և կենտրոնի փորձից, քանի որ դրա բարդությունները նվազագույնն են

Գ-Ընտրությունը անհատականացնել՝ համադրելով կրկնության կանխարգելման նպատակը, բարդությունների ռիսկը և տեղային փորձը՝ չպնդելով որևէ մեթոդի հաստատված համընդհանուր առավելություն

Դ-Նախընտրել միայն տալկով քիմիական պլևրոդեզ՝ անկախ վիրաբուժական մշակման ծավալից՝ այն համարելով գերազանցող մեթոդ

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

183. 61-ամյա պացիենտը դրենավորվել է թոքամզային բազմախոռոչային թարախային կուտակման կապակցությամբ: Նա մինչ դրենավորումը 5 օր ստացել է լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ: Հեղուկի pH-ը 6,95 է, գլյուկոզան՝ 0,8 մմոլ/լ, բայց

Gram ներկումն ու ցանքսը բացասական են: Տենդը դեռ պահպանվում է: Ո՞ր եզրակացությունն է առավել ճշգրիտ:

Ա-Բացասական ցանքսը վկայում է, որ պունկցիայի ժամանակ հեղուկն արդեն ստերիլ էր և այլ միջամտություն պետք չէ

Բ-Հաստատել ոչ վարակային ռևմատոիդ պլևրիտ՝ միայն գլյուկոզայի ցածր արժեքով

Գ-Համադրել կենսաքիմիական ու կլինիկական տվյալները և շարունակել թոքամզային վարակի բուժումն ու օջախի վերահսկումը

Դ-Դադարեցնել դրենավորումը՝ սպասելով PCR-ի դրական պատասխանին որպես բուժման պարտադիր նախապայման

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

184. 43-ամյա պացիենտն ունի բարձր ջերմություն, գիշերային քրտնարտադրություն և միակողմանի լիմֆոցիտար էքսուդատ: Թոքամզային հեղուկի ադենոզինդեզամինազայի (ADA) ակտիվությունը 82 U/L է, թթվակայուն մանրէների (AFB) առաջին ներկումը՝ բացասական: ՀՇ-ով կա նաև միջնորմային ավշահանգույցների ասիմետրիկ մեծացում, իսկ ընտանիքում եղել է տուբերկուլոզի դեպք: Պացիենտը կենսաբանական իմունաճնշող բուժում է ստացել: Ո՞րն է առավել հիմնավորված ախտորոշիչ մարտավարությունը:

Ա-Բարձր ADA-ի պայմաններում հակատուբերկուլոզային բուժումը սկսել և հիվանդության բոլոր այլ պատճառները համարել քիչ հավանական՝ առանց լրացուցիչ նմուշառման

Բ-Ստանալ համապատասխան միկոբակտերիոլոգիական և անհրաժեշտության դեպքում թոքամզային հյուսվածքային նմուշներ՝ գնահատելով նաև լիմֆոմայի ու այլ պատճառների հավանականությունը

Գ-Նախ կատարել կրկնակի թոքամզային ցիտոլոգիա՝ մանրէաբանական հետազոտությունը թողնելով միայն դրական ցիտոլոգիայի բացակայության դեպքում

Դ-Ընտրել ՀՇ հսկողություն մի քանի շաբաթ անց՝ մանրէաբանական և հյուսվածքային հետազոտությունները հետաձգելով մինչև կլինիկական առաջընթաց

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

185. 67-ամյա կնոջ մոտ երկարատև սերոպոզիտիվ ռևմատոիդ արթրիտի ֆոնին զարգացել է միակողմանի թոքամզային էքսուդատ: Հեղուկի գլյուկոզան՝ 0,5 մմոլ/լ, pH՝ 7,12, LDH-ը՝ 1800 ՄՄ/լ: Միաժամանակ ջերմությունը 37,8 °C է, իսկ ՀՇ-ով տեսանելի է բազմակի ֆիբրինային միջնապատերով թոքամզային արտաքիրտ:Առաջին ցանքսը բացասական է: Ո՞ր որոշումն է առավել անվտանգ:

Ա-Ցածր գլյուկոզան վերագրել միայն ռևմատոիդ հիվանդությանը և չդիտարկել վարակը

Բ-Ցածր pH-ը համարել միայն էմպիեմային բնորոշ և բացառել ռևմատոիդ պատճառը

Գ-Սկսել ուժեղ իմունաճնշում՝ հիմնվելով ցանքսի բացասականության վրա

Դ-Գնահատել և՛ ռևմատոիդ պլևրիտը, և՛ վարակը՝ անհրաժեշտության դեպքում կատարելով դրենավորում

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

186. 62-ամյա պացիենտի մոտ աջակողմյան պնևմոնէկտոմիայից հինգ ամիս անց ի հայտ են եկել հիպերթերմիա և վիրահատված կողմում հեղուկ–օդ մակարդակ: Նախկինում հետվիրահատական հեղուկի մակարդակը կայուն էր, իսկ վերջին ռենտգենում այն կտրուկ նվազել է: Պացիենտը հազում է մեծ քանակությամբ թարախային խորխի արտազատմամբ: Ո՞ր բարդությունը պետք է առաջին հերթին նպատակային հաստատել և ո՞ր եղանակով:

Ա-Բրոնխաթոքամզային խուղակ՝ բրոնխոսկոպիայով ծայրատի գնահատմամբ, զուգակցելով խոռոչի ՀՇ տվյալներին

Բ-Սկզբում որոշել մնացորդային հեղուկի սպիտակուցը և LDH-ը՝ բրոնխի ծայրատի գնահատումը վերապահելով ախտանիշների խորացմանը

Գ-Ենթադրել քրոնիկ թոքամզային խոռոչի վարակ առանց խուղակի՝ բրոնխոսկոպիան կատարելով միայն կրկնվող էմպիեմայի դեպքում

Դ-Կատարել առաջնային պլևրալ դրենավորում և հակաբիոտիկային բուժում՝ առանց նոր օդային մակարդակի պատճառը նպատակային ճշտելու

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

187. 58-ամյա պացիենտի մոտ քրոնիկ տուբերկուլոզային էմպիեմայի ֆոնին կրծքավանդակի ՀՇ-ն հայտնաբերում է թոքամզային խոռոչից 6-րդ միջկողային տարածքով դեպի ենթամաշկային հյուսվածքներ ձգվող հեղուկային ճանապարհ և արտաքին ցավոտ ֆլյուկտուացվող գոյացություն: Կրծքավանդակի պատում առանձին ոսկրային քայքայում չկա: Ո՞րն է նկարագրված բարդության ամենաճշգրիտ անվանումն ու բնույթը:

Ա-Առանձին կրծքավանդակի պատի փափուկ հյուսվածքների աբսցես՝ առանց թոքամզային կապի

Բ-Կրծքավանդակի պատի ենթամաշկային էմֆիզեմա՝ թոքային ալվեոլներից օդի դիսեկցիայով

Գ-Empyema necessitatis՝ թոքամզային էմպիեմա, կրծքավանդակի պատի թափածակումով

Դ-Տեղային լիմֆանգիտ՝ թոքամզային հեղուկի երկրորդային ռեակտիվ նշաններով

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

188. 66-ամյա պացիենտի մոտ ՀՇ-ով հայտնաբերվել է թոքամզից սկիզբ առնող 13 սմ լավ սահմանագծված պինդ գոյացություն: Վերջին շաբաթում արձանագրվել են կրկնվող հիպոգլիկեմիկ դրվագներ՝ գլյուկոզա 2,2 մմոլ/լ, ինսուլինի և C-պեպտիդի ցածր մակարդակներով: Լյարդի և մակերիկամների հիվանդություններ չեն հայտնաբերվել: Ո՞ր ախտաբանական մեխանիզմն է առավել հավանական և փոխում է նախավիրահատական պատրաստումը:

Ա-Սոլիտար ֆիբրոզ ուռուցքի հետ կապված IGF-1-ի գերարտադրություն՝ ինսուլինանման ակտիվության գերակշռմամբ

Բ-Դոյջ–Փոթերի (Doege–Potter) համախտանիշ՝ խոշոր թոքամզային սոլիտար ֆիբրոզ ուռուցքի կողմից արտադրվող IGF-2-ի հետ կապված հիպոգլիկեմիա

Գ-Ինսուլինի ընկալիչի նկատմամբ աուտոհակամարմիններով պայմանավորված հիպոգլիկեմիա՝ ուռուցքից անկախ աուտոիմուն մեխանիզմով

Դ-Մեծ ուռուցքի կողմից գլյուկոզայի ինտենսիվ սպառմամբ պայմանավորված հիպոգլիկեմիա՝ առանց IGF-2-ի միջնորդության

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

189. 73-ամյա պացիենտը մի քանի ամիս ունի քրոնիկ հետվիրահատական էմպիեմա և չընդարձակվող թոք՝ հաստ ֆիբրոզ պատյանով: Բազմակի դրենավորումից հետո վարակված խոռոչը պահպանվում է, սակայն նրա սիրտ-թոքային ռեզերվը բավարար չէ երկարատև դեկորտիկացիայի համար: Բրոնխաթոքամզային մեծ խուղակ չի հայտնաբերվել: Ո՞ր փուլային ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նախատեսել անհապաղ թոքամզի ամբողջական պլևրէկտոմիա՝ անկախ վիրահատական ռիսկից

Բ-Շարունակել միայն կարճատև հակաբիոտիկները և հեռացնել դրենաժը՝ խոռոչի փակմանը սպասելով

Գ-Կատարել կրկնվող թորակոցենտեզներ՝ առանց մշտական օջախի վերահսկման ծրագրի

Դ-Քննարկել թորակոստոմիա՝ վարակի երկարաժամկետ վերահսկման և հնարավոր հետագա փակման փուլային ծրագրով

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

190. 76-ամյա պացիենտն ունի սրտային անբավարարություն, սակայն վերջին երեք շաբաթում պահպանվում է ձախակողմյան միակողմանի թոքամզային հեղուկ՝ բավարար դիուրետիկ բուժման և քաշի նվազման պայմաններում: Առկա են պլևրիտիկ ցավ և ՀՇ-ով ոչ համաչափ պարիետալ հաստացում: Էխոկարդիոգրաֆիայով լցման ճնշումները բուժման ֆոնին նվազել են: Թոքամզային հեղուկի ախտորոշիչ պունկցիա դեռ չի կատարվել, իսկ ՈւՁՀ-ով նմուշառումը անվտանգ է: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ավելացնել դիուրետիկները՝ վերագնահատման համար սահմանելով ևս երկու շաբաթ, չնայած պլևրիտիկ ցավին և հաստացմանը

Բ-Կատարել ՈւՁՀ-ուղղորդմամբ ախտորոշիչ պունկցիա և ըստ արդյունքների քննարկել բիոպսիա

Գ-Ընտրել թոքամզային պլևրոդեզ՝ որպես կրկնվող հեղուկի բուժում, նախքան հեղուկի պատճառի հյուսվածքային գնահատումը

Դ-Կատարել PET-ՀՇ՝ թոքամզային հաստացումը բնութագրելու համար, սակայն հետաձգել հասանելի ախտորոշիչ պունկցիան

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

191. Պլևրալ ախտորոշման քննարկման ժամանակ երեք պացիենտների թոքամզային հեղուկի ցուցանիշներն են՝ I՝ հեղուկ/շիճուկ սպիտակուց 0,48, հեղուկ/շիճուկ LDH 0,68, հեղուկի LDH 120 ՄՄ/լ; II՝ 0,54, 0,51, 90 ՄՄ/լ; III՝ 0,42, 0,57, 230 ՄՄ/լ: Շիճուկային LDH-ի նորմայի վերին սահմանը 300 ՄՄ/լ է: Ո՞ր պացիենտների հեղուկներն են էքսուդատ ըստ Light-ի չափանիշների:

Ա-I-ի և II-ի, քանի որ երկուսն էլ բավարարում են հարաբերակցային չափանիշներից առնվազն մեկին

Բ-II-ի և III-ի, քանի որ I-ի ցածր ընդհանուր սպիտակուցային հարաբերությունն ավելի ծանրակշիռ է, քան LDH հարաբերությունը

Գ-Բոլոր երեքի, քանի որ յուրաքանչյուրի մոտ բավարարվում է առնվազն մեկ չափանիշ

Դ-I-ի և III-ի, քանի որ II-ի LDH հարաբերությունը և բացարձակ արժեքը շեմերից ցածր են

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

192. Լաբորատորիան ներկայացրել է հետևյալ տվյալները՝ A պացիենտի թոքամզային/շիճուկային ընդհանուր սպիտակուցը 30/60 գ/լ, B-ինը՝ 33/60 գ/լ: Երկուսի LDH չափանիշներն էլ Light-ի շեմերին չեն հասնում: Ըստ Light-ի սպիտակուցային հարաբերակցության խիստ սահմանման՝ ո՞ր գնահատումն է ճիշտ:

Ա-A-ն և B-ն, եթե 0,50-ն ընդունվի որպես >0,5 շեմի բավարարում՝ հաշվի առնելով լաբորատոր կլորացումը

Բ-Միայն B-ն է բավարարում սպիտակուցային չափանիշին (0,55 > 0,50), իսկ A-ի 0,50-ը չի բավարարում խիստ >0,5 պայմանին

Գ-Միայն A-ն, քանի որ նրա սպիտակուցային հարաբերությունը 0,50 է՝ հաճախ կիրառվող սահմանային տիրույթում

Դ-Ոչ մեկը, եթե շեմը սխալմամբ կիրառվի ոչ թե 0,5, այլ 0,6 հարաբերակցության մակարդակով

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

193. Երկու պացիենտներին պլանավորվում է տալկային պլևրոդեզ: Առաջինի մոտ 1,0 լ հեղուկի հեռացումից հետո թոքը լիովին ընդարձակվել է և թոքամզային մակերեսները հպվում են: Երկրորդի մոտ ՀԾ-ն և մանոմետրիան ցույց են տալիս կայուն չընդարձակվող թոք՝ բարձր էլաստանսով: Եթե երկու դեպքում էլ հեղուկը չարորակ և կրկնվող է, ո՞րն է տարբերության հիմնական ֆիզիոլոգիական բացատրությունը:

Ա-Երկրորդի դեպքում թոքամզային սահմանափակող շերտը կարող է ինքնին արագացնել կպումները՝ չնայած չընդարձակվող թոքին

Բ-Երկրորդի դեպքում ավելի նպատակահարմար է կրկնել հեղուկի հեռացումը մինչև ճնշման լրացուցիչ նվազում և դրանից հետո կատարել պլևրոդեզ

Գ-Առաջինի դեպքում նախընտրելի է միայն կրկնվող պունկցիաները՝ թոքամզային մակերեսների հպումը չհամարելով որոշիչ

Դ-Պլևրոդեզի համար անհրաժեշտ է թոքամզային մակերեսների համադրում, որը երկրորդի մոտ չկա. այդ դեպքում դիտարկվում է երկարաժամկետ թունելավորված պլևրալ կաթետեր (IPC)

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

194. Ուռուցքային թոքամզային հեղուկի կապակցությամբ որոշվել է կատարել տալկային պլևրոդեզ: Բժշկական կենտրոնում հասանելի են տարբեր մասնիկային չափի պատրաստուկներ, և թիմը ցանկանում է նվազեցնել համակարգային բորբոքային արձագանքի ու ծանր հիպօքսեմիայի վտանգը՝ առանց հրաժարվելու արդյունավետությունից: Ո՞ր նյութաբանական պահանջն է առավել կարևոր:

Ա-Ընտրել չափերով դասակարգված, խոշոր մասնիկներ պարունակող բժշկական տալկ՝ մանր մասնիկներով աղտոտումը նվազեցնելով

Բ-Ընտրել մանր մասնիկների ավելի բարձր տոկոս ունեցող պատրաստուկ՝ հենվելով նյութի ենթադրյալ ավելի հավասար տարածման վրա

Գ-Ընտրել ոչ դասակարգված բժշկական տալկ՝ համարելով, որ միևնույն դեղաչափի դեպքում մասնիկների բաշխումը կարևոր չէ

Դ-Ընտրել ստերիլ բժշկական տալկ առանց մասնիկային չափերի ստուգման՝ հենվելով արտադրողի ընդհանուր անվտանգության հավաստման վրա

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

195. Քննարկվում է 58-ամյա պացիենտի փոքր, բազմախոռոչ թոքամզային հեղուկի ախտորոշիչ պունկցիան: Հիվանդն ունի ստոծանու բարձր դիրք, իսկ նախորդ օրվա ՀՇ-ում հեղուկը տեղակայված էր հետին-կողմնային: Նստած և պառկած դիրքերում հեղուկի պատկերը տարբեր է: Ո՞րն է ուլտրաձայնային գնահատման գլխավոր սկզբունքը մինչև ասեղի մուտքը:

Ա-Ընտրել նախորդ օրվա ՀՇ-ով ամենախոր կետը և պունկցիայի պահին ՈւՁՀ-ով ստուգել միայն հեղուկի առկայությունը

Բ-Ընտրել ՈւՁՀ-ում ամենախոր հեղուկային գոտին՝ առանց շնչառության ընթացքում ստոծանու շարժի առանձին գնահատման

Գ-Պունկցիայի դիրքում անմիջապես գնահատել անվտանգ հեղուկային պատուհանը, թոքը, ստոծանին և հարակից օրգանները՝ ընտրելով համապատասխան մուտք

Դ-Կողմնորոշվել անատոմիական անվտանգ եռանկյան հիմքով և միջկողային լայնությամբ՝ չնայած հեղուկի սահմանափակված բնույթին

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

196. Քրոնիկ էմպիեմայով պացիենտի մոտ երեք ամիս անց վարակային ցուցանիշները կարգավորված են, բայց թոքը չի վերաընդարձակվում՝ հաստ ընդերային թոքամզային ֆիբրոզ պատյանի պատճառով: Ո՞րն է վիրաբուժական դեկորտիկացիայի ուղղակի անատոմիական նպատակը, երբ հիվանդը ընտրված է վիրահատության համար:

Ա-Հեռացնել հիմնականում պարիետալ թոքամիզը՝ ենթադրելով, որ թոքի ընդերային ֆիբրոզ շերտը աստիճանաբար կթուլանա

Բ-Ազատել թոքի մակերեսը սահմանափակող ֆիբրոզ պատյանից՝ ապահովելով կենդանի պարենխիմայի վերաընդարձակման և թոքամզային խոռոչի վերացման հնարավորություն

Գ-Ընտրել թոքի փոքր ծավալի լրացուցիչ մասնահատումներ՝ առանց սահմանափակող ընդերային պատյանի ուղղակի ազատման

Դ-Վիրահատական դեկորտիկացիան փոխարինել աստիճանական բացասական ճնշմամբ ներծծմամբ, եթե խոռոչը դրենավորված է

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

197. Պնևմոնիայի ֆոնին թոքամզային հեղուկի պունկցիայով ստացվել է 20 մլ պղտոր պարունակություն: Հիվանդը դեռ չի ստացել նոր նշանակված հակաբիոտիկը: Լաբորատորիան առաջարկում է հեղուկը ուղարկել միայն սովորական ստերիլ տարայով, սակայն հասանելի են նաև աէրոբ և անաէրոբ արյան ցանքսի սրվակներ: Ո՞ր նմուշառման ռազմավարությունն է առավել նպատակահարմար հարուցիչի հայտնաբերման հավանականությունն ավելացնելու համար:

Ա-Ուղարկել նմուշի մեծ մասը ստերիլ տարայով և կատարել հարստացման ցանքս միայն կրկնակի պունկցիայի դեպքում

Բ-Առաջին հերթին ստանալ անտիբիոտիկների դեղաչափից հետո երկրորդ նմուշ՝ համեմատելու բուժման ազդեցությունը

Գ-Նախընտրել միայն ստանդարտ ստերիլ տարան, իսկ արյան ցանքսի սրվակները կիրառել միայն արյան դրական ցանքսի դեպքում

Դ-Պահպանելով ստերիլ ստանդարտ նմուշը՝ մահճակալի մոտ համապատասխան ծավալներ ներարկել աէրոբ և անաերոբ արյան ցանքսի սրվակներում

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

198. 62-ամյա պացիենտը երկար տարիներ ենթարկվել է ասբեստի ազդեցության, բայց չունի թոքամզային հեղուկ կամ կասկածելի հանգույց ՀՇ-ով: Նա հարցնում է՝ արդյոք շիճուկային soluble mesothelin-related peptide (SMRP) կամ fibulin-3 հետազոտության տարեկան կրկնությունը կարող է փոխարինել կլինիկական

գնահատմանը՝ վաղ մեզոթելիոման հայտնաբերելու համար: Ո՞ր պատասխանն է առավել ճշգրիտ:

Ա-Հաստատված չէ շճային որևէ առանձին մարկեր, որը բավարար զգայունությամբ և սպեցիֆիկությամբ խորհուրդ տրվի որպես ինքնուրույն սքրինինգային թեստ

Բ-SMRP-ի նորմալ արդյունքը բավարար բացասական կանխատեսող արժեք ունի, որպեսզի բարձր ռիսկային խմբում բացառի ախտանիշազուրկ վաղ հիվանդությունը

Գ-Fibulin-3-ի կրկնակի բարձր արդյունքները կարող են օգտագործվել որպես հաստատող ախտորոշում՝ առանց թոքամզային նմուշի

Դ-Երկու մարկերների համատեղ կիրառումը ներկայում ստանդարտացված սքրինինգային մոտեցում է ասբեստի ազդեցություն ունեցած մարդկանց համար

https://doi.org/10.1016/j.annonc.2021.11.005

199. Երկու պացիենտների մոտ կա թոքամզային հեղուկ: I-ի մոտ սրտային անբավարարությամբ բարձրացել է համակարգային երակային հիդրոստատիկ ճնշումը, II-ի մոտ թոքամզային վարակով բարձրացել է անոթային թափանցելիությունը և խանգարվել է լիմֆատիկ դրենաժը: Ո՞ր համադրությունն է ճիշտ՝ ըստ Starling-ի ֆիզիոլոգիական սկզբունքի:

Ա-I-ում նույնպես կարող է լինել էքսուդատ, ուստի հիդրոստատիկ մեխանիզմը հնարավոր չէ հիմնական համարել նույնիսկ բուժման սկզբում

Բ-I-ում բորբոքային թափանցելիությունը հիմնականն է, մինչդեռ II-ում հեղուկը պայմանավորված է գերակշռող օնկոտիկ ճնշման անկմամբ

Գ-I-ում գերակշռում է հիդրոստատիկ տրանսուդատի մեխանիզմը, II-ում՝ բորբոքային էքսուդատի

Դ-Հեղուկի ծավալային աճը երկու դեպքում էլ նույնն է, և առանց կենսաքիմիական չափանիշների մեխանիզմները չեն տարբերվում

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

200. Չարորակ թոքամզային հեղուկով պացիենտի մոտ քննարկվում են սովորական ժամանակավոր միջկողային դրենաժ և երկարաժամկետ թունելավորված պլևրալ կաթետեր (IPC): Հեղուկը կրկնվում է յուրաքանչյուր 10–14 օրը մեկ, հիվանդը ցանկանում է ապրել տանը և ունի դրենավորման ուսուցում ստացած խնամող: Ո՞ր տարբերությունն է առավել կարևոր բուժումը կազմակերպելիս:

Ա-IPC-ն թույլ է տալիս վերահսկվող երկարատև ամբուլատոր դրենավորում՝ ի տարբերություն սովորաբար կարճատև դրենաժի

Բ-Սովորական միջկողային դրենաժով նույնպես հնարավոր է երկարատև ամբուլատոր խնամք՝ նման վարակային ռիսկով և սպասարկման պահանջով

Գ-IPC-ի հիմնական նպատակը միանվագ հեղուկի հեռացումն ու անմիջական պլևրոդեզն է՝ առանց հետագա տնային դրենավորման

Դ-IPC-ն և սովորական դրենաժը հավասարապես կիրառելի են որպես մշտական կաթետեր՝ եթե հեղուկի ցանքսը բացասական է

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

201. Թոքաբորբից հետո միջնապատերով թոքամզային հեղուկ ունեցող հիվանդի առաջին նմուշի pH-ը 7,12 է, սակայն այն վերցվել է տեղային անզգայացնողի հետ հնարավոր խառնմամբ և 45 րոպե բաց է մնացել օդի հետ շփման մեջ: Երկրորդ խոռոչի հեղուկի գլյուկոզան 3,0 մմոլ/լ է, իսկ ՀԾ-ով պահպանվում են բազմախոռոչ կուտակումներ: Ո՞րն է pH-ի մեկնաբանման առավել ճիշտ սկզբունքը:

Ա-Առաջին pH-ը պետք է դիտարկել որպես վերջնական որոշիչ, եթե հնարավոր խառնուրդի ծավալը փոքր է՝ առանց կրկնակի կենսաքիմիական գնահատման

Բ-Մեկ խոռոչից ստացված pH-ը կարող է տարածվել մյուսների վրա, եթե ՈւՁՀ-ով բոլորն ունեն նման չափեր

Գ-Արտահայտված ցածր pH-ի ազդեցությունը կարելի է չեզոքացնել բացասական ցանքսով և միայն LDH հարաբերության վերահաշվարկով

Դ-Գնահատել նախավերլուծական հնարավոր սխալները և խոռոչների անհամասեռությունը՝ որոշումը կայացնելով ամբողջ կլինիկական, կենսաքիմիական և պատկերային տվյալների հիման վրա

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

202. Երկու պացիենտների ռենտգենագրություններում տեսանելի է համեմատաբար նույն չափի սպոնտան պնևմոթորաքս: Առաջինը՝ 23-ամյա առողջ չծխող, SpO_2՝ 99%;

երկրորդը՝ 72-ամյա ծանր COPD-ով, FEV_1՝ 28%, SpO_2՝ 88%: Ո՞ր սկզբունքն է առավել ճիշտ՝ առաջնային և երկրորդային պնևմոթորաքսները համեմատելիս:

Ա-Երկրորդային պնևմոթորաքսը հանդիսանում է քրոնիկ սրտային կամթոքային հիվանդության հետևանք՝ անկախ նշված տվյալներից

Բ-Երկրորդային պնևմոթորաքսը առաջանում է քրոնիկ թոքային հիվանդության ֆոնին, և նույն ռենտգենաբանական չափը կարող է ավելի մեծ վտանգ ներկայացնել

Գ-Առաջնային և երկրորդային պնևմոթորաքսները տարբերակվում են առավելապես ծայրամասային բուլլաների քանակով, այլ ոչ թե առկա թոքային հիվանդությամբ

Դ-Երկրորդային պնևմոթորաքսի ծանրությունը նույն չափի դեպքում կարելի է գնահատել նույն ալգորիթմով՝ եթե հեմոդինամիկան կայուն է

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://publications.ersnet.org/content/erj/63/5/2300797

203. Թոքամզային էմպիեմայով երկու հիվանդ ստացել են 14 օր հակաբիոտիկային բուժում: Առաջինն ունի լավ դրենավորված խոռոչ, ջերմության վերացում և նվազող CRP: Երկրորդը շարունակում է ունենալ տենդ, բարձր CRP և 6 սմ մնացորդային բազմախոռոչ կուտակում: Ո՞րն է հակաբիոտիկային բուժման տևողության որոշման առավել ճշգրիտ սկզբունքը:

Ա-Երկուսի դեպքում էլ բուժման ավարտը որոշել անփոփոխ 14-օրյա կանոնով՝ եթե խորխի/հեղուկի ցանքսը բացասական է

Բ-Երկրորդի մոտ շարունակել նույն հակաբիոտիկը մինչև CRP-ի նորմալացումը, եթե դրենաժը սկզբում տեղադրված է եղել ճիշտ

Գ-Տևողությունը որոշել ըստ պատասխանի և օջախի վերահսկման. երկրորդ պացիենտի դրենավորումը վերագնահատել

Դ-Երկուսի դեպքում էլ բուժումն ավարտել միայն ՀՇ-ով թոքամզային հաստացման վերացումից հետո՝ անկախ կլինիկական լավացումից

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s1

https://www.aats.org/resources/2017-the-american-association-for-thoracic-surgery-consensus-guidelines-for-the-management-of-empyema-aats

204. Ասբեստի ազդեցության պատմությամբ հիվանդի պլևրալ բիոպտատում նկարագրված է ատիպիկ մեզոթելիալ պրոլիֆերացիա: BAP1-ի միջուկային ներկումը պահպանված է, իսկ CDKN2A/p16-ի հոմոզիգոտ դելեցիա FISH-ով չի հայտնաբերվել: ՀՇ-ով առկա է աճող հանգուցավոր պլևրալ հաստացում: Ո՞րն է առավել հիմնավորված եզրակացությունը:

Ա-Այս մարկերների բացասականությունը չի բացառում մեզոթելիոման. անհրաժեշտ է համատեղ մորֆոլոգիական վերագնահատում

Բ-Հնարավոր է առանց հյուսվածքաբանական լրացուցիչ քննության եզրակացնել բարորակ ռեակտիվ փոփոխություն

Գ-Միայն ասբեստի ազդեցությունը բավարար է առանց մորֆոլոգիական հաստատման մեզոթելիոմա ախտորոշելու համար

Դ-Պահպանված BAP1-ը և բացասական p16 FISH-ը լիովին բացառում են մեզոթելիոմայի հնարավորությունը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://thorax.bmj.com/content/78/Suppl_3/s43

205. Շնչափողի ինտուբացիայից ութ շաբաթ անց 52-ամյա պացիենտն ունի աստիճանաբար ուժեղացող հևոց և երկփուլ ստրիդոր: Բրոնխալայնիչից հետո FEV_1-ը չի փոխվել, իսկ հոսք–ծավալ կորի և՛ ներշնչական, և՛ արտաշնչական հատվածները համաչափ հարթված են: Կոնտրաստային ՀՇ-ով շնչափողի վերին երրորդում երևում է 8 մմ երկարությամբ շրջանաձև նեղացում. դրա լուսանցքն անփոփոխ է ներշնչման ու արտաշնչման պատկերներում: Ո՞ր մեկնաբանությունն է լավագույնս համադրում ֆունկցիոնալ և պատկերային տվյալները:

Ա-Ձայնալարերի դինամիկ փակման և հետինտուբացիոն ենթաձայնալարային նեղացման համակցում. առաջնահերթ կատարել լարինգոսկոպիա

Բ-Արտաշնչական կենտրոնական կոլապս՝ շնչափողի հետին թաղանթային պատի ներհրմամբ. նախ կատարել դինամիկ բրոնխոսկոպիա

Գ-Շնչափողի մալացիայով բարդացած սպիական նեղացում. նախ կատարել արտաշնչական ՀՇ և ապա որոշել ստենտավորման ցուցումը

Դ-Ֆիքսված կարճ շնչափողային ստենոզ. ճշտել լուսանցքի չափերը, օղերի վիճակը և մասնահատելիությունը վերահսկվող բրոնխոսկոպիայով

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

206. 41-ամյա պացիենտի մոտ երկարատև ինտուբացիայից հետո զարգացել է շնչափողի 2,2 սմ հասուն, շրջանաձև սպիական ստենոզ՝ մինչև 5 մմ լուսանցքով: Վերջին չորս ամսում կատարվել են երեք բալոնային լայնացում. յուրաքանչյուրից հետո ախտանիշները վերադարձել են 3–4 շաբաթում: ՀՇ-ն և բրոնխոսկոպիան ցույց են տալիս առողջ պրոքսիմալ ու դիստալ օղեր, ակտիվ վարակ չկա, ձայնալարերը շարժուն են, իսկ սիրտ-թոքային ռիսկը ընդունելի է: Ո՞ր ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված կայուն արդյունքի համար:

Ա-Կրկնել բալոնային լայնացումը՝ տեղային ստերոիդով, և կայուն արդյունքը գնահատել վեց ամիս անց

Բ-Վիրաբուժական թիմում գնահատել 2,2 սմ հատվածի մասնահատումն ու առանց լարվածության բերանակցումը՝ որպես վերջնական բուժում

Գ-Տեղադրել ժամանակավոր սիլիկոնե ստենտ՝ նախապես սահմանելով հսկողության ու հեռացման ծրագիր

Դ-Կատարել ռադիալ էնդոսկոպիկ կտրվածքներ և լայնացում՝ լրացնելով տեղային հակասպիական բուժմամբ

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezae330

207. 46-ամյա պացիենտի մոտ գրանուլեմատոզ պոլիանգիիտի ֆոնին առկա է 1,8 սմ շնչափողի ենթաձայնալարային նեղացում: Վերջին մեկ ամսում CRP-ն բարձրացել է, զարգացել են քթի լորձաթաղանթի արյունոտ կեղևակալում և ՀՇ-ով նոր բորբոքային օջախներ: Կայուն վիճակում նախկինում կատարված մեկ լայնացումը տվել էր իննամսյա արդյունք: Այժմ հանգստի ստրիդոր չկա, SpO_2-ը՝ 97%, սակայն ծանրաբեռնվածության ժամանակ առկա է հևոց: Ո՞րն է առավել հիմնավորված հերթականությունը:

Ա-Քննարկել շնչափողի հատվածային մասնահատում և բերանակցում՝ մինչև վասկուլիտի համակարգային ակտիվության վերահսկումը

Բ-Կատարել կարճաժամկետ սիլիկոնե ստենտավորում և համակարգային բուժումը սկսել միայն ստենտի հեռացումից հետո

Գ-Համատեղ կառավարել ակտիվ վասկուլիտը, ճշտել նեղացման ծանրությունը և ախտանշանների դեպքում կիրառել ժամանակավոր էնդոսկոպիկ միջոց

Դ-Ընտրել կրկնվող ներլուսանցքային ստերոիդային ներարկումներ՝ ռևմատոլոգիական բուժման վերանայումը տեղափոխելով կայունացումից հետո

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

208. 63-ամյա պացիենտի մոտ շնչափողի ստորին հատվածի ուռուցքով պայմանավորված լուսանցքը 3–4 մմ է: Պառկած դիրքում արագ զարգանում են ստրիդոր և SpO_2-ի անկում, նստած դիրքում ցուցանիշները վերականգնվում են: Նախատեսվում է բուժական ռիգիդ բրոնխոսկոպիա: ՀՇ-ով նեղացումը գտնվում է կրծքային մուտքից ցածր, և սովորական շտապ տրախեոստոմիան չի շրջանցի այն: Ո՞ր նախամիջամտական որոշումն է առավել անվտանգ:

Ա-Բրոնխոսկոպիստի և անեսթեզիոլոգի համատեղ ընտրել դիրքահարմար ինտուբացիայի, ռիգիդ բրոնխոսկոպիայի և փրկարարական օդափոխման պլան՝ ըստ ռիսկի քննարկելով ECMO

Բ-Սկսել սեդացիան նստած դիրքում և նախ տեղադրել փոքր տրամագծի էնդոտրախեալ խողովակ՝ նեղացման միջով անցնելու հստակ հնարավորությունը չպարզած

Գ-Կատարել նախնական արթուն տրախեոստոմիա՝ նույնիսկ եթե ստոման լինելու է խցանումից պրոքսիմալ, ապա կազմակերպել ռիգիդ բրոնխոսկոպիա

Դ-Կիրառել ընդհանուր անզգայացում և կարճատև ապնոէ՝ արագ մեխանիկական ռեկանալիզացիայի ծրագրով՝ առանց նախօրոք այլընտրանքային օդափոխումը հաստատելու

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

209. 49-ամյա պացիենտին կատարվել է շնչափողի վերին երրորդում գտնվող 4 սմ հատվածի մասնահատում: Շրջանաձև կարումը սկսելուց առաջ երկու կենսունակ եզրերը կարելի է մոտեցնել միայն արտահայտված ձգումով: Շնչափողի կողային անոթային կապերը մեծ մասամբ պահպանված են, ձայնային ապարատն անատոմիապես անփոփոխ է: Ո՞ր լրացուցիչ քայլն է առավել հիմնավորված մինչև բերանակցումը ավարտելը:

Ա-Ավարտել կարագիծը բազմաշերտ առանձին կարերով՝ կարերի միջև բաշխելով անհրաժեշտ մոտեցման ուժը

Բ-Գնահատել պարանոցային ազատող մանևր, անհրաժեշտության դեպքում սուպրահիոիդ ազատում, և նորից ստուգել եզրերի պերֆուզիան ու լարվածությունը

Գ-Մոբիլիզացնել շնչափողի ստորին ներթորակալ հատվածը դրունքային ներպերիկարդային ազատմամբ՝ առանց պարանոցի կառուցվածքների լրացուցիչ աշխատանքի

Դ-Նեղացնել պրոքսիմալ եզրի տրամագիծը՝ շնչափողի պատը ծալելով, և այդ ձևով փոքրացնել բերանակցման գծի ձգումը

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezae330

https://doi.org/10.21037/acs.2018.01.14

210. Շնչափողի միջին երրորդում տեղակայված 3 սմ երկարությամբ ստենոզի մասնահատման ընթացքում նախավիրահատական ճառագայթային բուժում ստացած պացիենտի շնչափողը մոբիլիզացվում է: Օգնականը առաջարկում է ամբողջ երկարությամբ շրջանաձև անջատել մոտակա 6–7 սմ հատվածը, որպեսզի եզրերն ավելի հեշտ մոտենան: Ո՞րն է այս առաջարկության հիմնական վտանգը և ավելի անվտանգ սկզբունքը:

Ա-Շրջանաձև ազատել պրոքսիմալ 6 սմ հատվածը՝ անոթավորված հարակից հյուսվածքով բերանակցումը վերջում ծածկելու պայմանով

Բ-Մոբիլիզացնել շնչափողի հետևի մակերեսը և կատարել նույն ծավալի լրացուցիչ շրջանաձև մերկացում՝ բերանակցման մակարդակում

Գ-Սահմանափակվել միայն պարանոցի ծալումով և չգնահատել կարագծի լարվածությունը, եթե հեռացվող հատվածը մինչև 3 սմ է

Դ-Սահմանափակել շնչափողի շրջանաձև մերկացումը, պահպանել կողային սեգմենտային անոթները և անհրաժեշտ շարժունակությունը ստանալ նպատակային ազատումով

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezae330

https://doi.org/10.21037/acs.2018.01.14

211. Շնչափողի մասնահատումից չորրորդ օրը պացիենտի մոտ հայտնվում են նոր ենթամաշկային էմֆիզեմա, հազի ժամանակ պարանոցային վերքից օդի արտահոսք և աճող շնչառական դժվարություն: Վերջին ժամում SpO_2-ը նվազել է 97%-ից 91%: Վիրահատության ժամանակ կարագիծը գնահատվել էր հերմետիկ: Ո՞րն է առավել հիմնավորված անմիջական մարտավարությունը:

Ա-Սկզբում կատարել հրատապ ՀՇ՝ վերքի և միջնորմի օդը քարտեզագրելու համար, իսկ բրոնխոսկոպիան վերապահել պատկերային հաստատմանը

Բ-Կատարել բրոնխոսկոպիա պլանային սեդացիայով՝ անփոփոխ օդափոխման եղանակով, հետո որոշել բերանակցման անբավարարության աստիճանը

Գ-Անհետաձգելի ապահովել ադեկվատ օդափոխությունը և փորձառու թիմով ուղղակիորեն գնահատել բերանակցումը՝ ըստ արդյունքի որոշելով կրկնակի միջամտությունը

Դ-Բացել պարանոցային վերքի կարերը՝ տեղային օդի դեկոմպրեսիայի նպատակով և շնչուղու ներլուսանցքային զննումը կատարել կայունացումից հետո

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezae330

212. 72-ամյա պացիենտի մոտ միջնորմի չարորակ գոյացությունը ձախ գլխավոր բրոնխը սեղմել է մինչև 4 մմ: Բրոնխոսկոպիայով լորձաթաղանթը հարթ է, ներլուսանցքային ուռուցք չկա: Նեղացումից դիստալ պահպանված են սեգմենտար բրոնխները, թոքը կարողանում է վերաընդարձակվել, և պացիենտը ծրագրավորված համակարգային բուժման առաջին կուրսին հասնելու համար կարիք ունի արագ անցանելիության վերականգնման: Ո՞ր էնդոսկոպիկ ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել կարճատև բալոնային լայնացում և այն կրկնել ըստ ախտանիշների՝ ստենտից խուսափելով անգամ արագ վերասեղմման դեպքում

Բ-Առաջնահերթ տեղային ներքին ճառագայթային բուժում կազմակերպել՝ սպասելով ուռուցքային սեղմման նվազմանը մինչև առաջին համակարգային կուրսը

Գ-Քննարկել վերահսկվող բալոնային դիլատացիա և հանվող շնչուղային ստենտ՝ եթե արտաքին սեղմումը պահպանվում է, համադրելով ուռուցքաբանական բուժման հետ

Դ-Կատարել կրիոթերապիա բրոնխի ներսի անփոփոխ լորձաթաղանթի վրա՝ ակնկալելով արտաքին սեղմման աստիճանական նվազում

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

213. 65-ամյա պացիենտի մոտ աջ միջանկյալ բրոնխը փակված է ուռուցքով, և քննարկվում է բուժական բրոնխոսկոպիա: ՀՇ-ով միջին բլթում պահպանված է հյուսվածքային կառուցվածքը, մինչդեռ ստորին բլթում առկա են 18 ամիս տևողությամբ ծավալի կորուստ, արտահայտված բրոնխէկտազներ և ֆիբրոզ: Պացիենտն ունի ծանր հևոց: Ո՞ր նախամիջամտական գնահատումն է լավագույնս օգնում ընտրել ռեկանալիզացիայի իրական ծավալը:

Ա-Համադրել դիստալ բրոնխային լուսանցքները, միջին ու ստորին բլթերի պերֆուզիան և երկարատև ֆիբրոզի աստիճանը՝ կանխատեսելով օգտակար օդափոխման վերականգնումը

Բ-Կառուցել բուժման պլանը հիմնականում ուռուցքային խցանման պրոքսիմալ երկարության և դեբալքինգի համար անհրաժեշտ գործիքների հիման վրա

Գ-Հաշվել օդափոխության ակնկալվող բարելավումը PET-ՀՇ-ով ուռուցքի ակտիվության և բլթերի ծավալների գումարային գնահատմամբ

Դ-Նախընտրել երկու բլթի դիստալ ստենտավորում՝ հաշվի առնելով, որ օդատար ուղիների բացումը կարող է բարելավել ռեգիոնալ օդափոխումը

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

214. Ռիգիդ բրոնխոսկոպիայի ընթացքում նախատեսվում է էնդոբրոնխային ուռուցքի էլեկտրոկոագուլյացիոն մասնակի հեռացում: Անզգայացման սարքը պահանջում է FiO_2 0,75՝ SpO_2-ը 93% պահելու համար, և հիվանդի բրոնխում առկա է պլաստիկ ստենտ: Թիմը կարող է կիրառել նաև ոչ ջերմային մեխանիկական/կրիոգեն եղանակ: Ո՞ր որոշումն է առավել անվտանգ:

Ա-Ջերմային դեբալքինգը կատարել կարճ իմպուլսներով՝ ստենտի շուրջ լորձաթաղանթը նախապես սառեցնելով

Բ-Նախընտրել արգոն-պլազմային կոագուլյացիա ցածր հզորությամբ՝ պահպանելով FiO_2 0,75

Գ-Կիրառել դիոդային լազեր՝ նվազեցված էներգիայով և նույն FiO_2-ով՝ նվազեցնելու միջամտության տևողությունը

Դ-Խուսափել ջերմային աբլացիայից և ընտրել մեխանիկական կամ կրիոգեն մեթոդ, կամ վերանայել օդափոխումը

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

215. 58-ամյա պացիենտն ունի հետվիրահատական բարորակ ձախ գլխավոր բրոնխի 1,5 սմ նեղացում: Երեք դիլատացիայից հետո պահպանվում է արտահայտված ախտանշանային ռեցիդիվ: Լոբէկտոմիայի և բրոնխոպլաստիկ վերականգնման ռիսկը բարձր է ծանր սրտային հիվանդության պատճառով: Խորհրդում քննարկվում են սիլիկոնե հանվող և չծածկված մետաղական ստենտերը: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Տեղադրել չծածկված մետաղական ստենտ՝ հաշվի առնելով տեղային լավ ֆիքսացիան, հետագա հեռացման ռիսկը քննարկելով առանձին

Բ-Քննարկել հանվող սիլիկոնե ստենտ՝ հստակ ժամկետային վերագնահատմամբ և տեղաշարժի, լորձակուտակման ու գրանուլյացիայի հսկողությամբ

Գ-Կրկնել բալոնային լայնացումը՝ համակցելով տեղային հակասպիական միջոցների հետ և սահմանելով հերթական գնահատման ժամանակը

Դ-Տեղադրել ծածկված մետաղական ստենտ՝ որպես առաջին ընտրություն՝ հիմնվելով դրա փոքր տեղադրման համակարգի առավելության վրա

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

216. 61-ամյա պացիենտի մոտ երեք շաբաթ ինտուբացիայից և ստամոքսային զոնդի օգտագործումից հետո զարգացել են սնունդ ընդունելիս ուժեղ հազ և կրկնվող թոքաբորբ: Կերակրափողի կոնտրաստային հետազոտությամբ հայտնաբերվել է հաղորդակցություն դեպի շնչափողի հետին պատ, իսկ բրոնխոսկոպիայով երևում է 9 մմ բացվածք խողովակի մանժետի նախկին մակարդակում: Պացիենտը հեմոդինամիկորեն կայուն է, արտահայտված սեպսիս չկա: Ո՞ր նախավիրահատական պատրաստումն է առավել ամբողջական:

Ա-Դադարեցնել բերանային սնուցումը, ապահովել դիստալ էնտերալ սնուցում և ասպիրացիայի նվազեցում, ճշտել խուղակի անատոմիան ու պլանավորել վերականգնումը

Բ-Տեղադրել կերակրափողային ծածկված ստենտ՝ պահպանելով բերանային սնուցումը և փակումն գնահատելով հաջորդ այցին

Գ-Կատարել կերակրափողի ցածր ճնշման դեկոմպրեսիա և հակաբիոտիկային բուժում՝ վերականգնողական վիրահատությունը նախապատրաստելով սեպսիսի վերահսկումից հետո

Դ-Քննարկել շնչափողային ստենտ՝ որպես ասպիրացիան նվազեցնող միջանկյալ միջոց, նախքան խուղակի շրջակա հյուսվածքների ամբողջական քարտեզագրումը

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

217. Հետինտուբացիոն բարորակ շնչափողակերակրափողային խուղակի վիրահատության ժամանակ կերակրափողի և շնչափողի պատերի առանձին փակումը հաջողվել է: Երկու կարագծերն ընկած են գրեթե նույն մակարդակում, իսկ հյուսվածքների կենսունակությունն ընդունելի է: Վիրաբույժը քննարկում է լավ անոթավորված մկանային լաթի տեղադրում օրգանների միջև: Ո՞րն է դրա առավել ճիշտ հիմնավորումը:

Ա-Ծածկել շնչափողային կարագիծը՝ խուսափելով մկանային լաթի շփումից կերակրափողի կարերի հետ

Բ-Ապահովել կերակրափողի կարագծի լրացուցիչ մեխանիկական հենարան՝ այն պարանոցի մկաններին ամրացնելով

Գ-Բարելավել կերակրափողի շրջակա հյուսվածքների պերֆուզիան և կրճատել երկու կարագծերի մեխանիկական լարվածությունը

Դ-Տարանջատել համընկնող շնչափողային ու կերակրափողային կարագծերը և նրանց միջև տեղադրել կենսունակ անոթավորված միջադիր շերտ

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

218. 53-ամյա պացիենտի շնչափողի ադենոիդ-կիստոզ կարցինոմայի տեսանելի ուռուցքը 1,7 սմ է: Բրոնխոսկոպիայով մոտակա լորձաթաղանթն անփոփոխ է, սակայն մասնահատման շտապ հյուսվածաբանությունը մի եզրում ցույց է տալիս միկրոսկոպիկ ենթալորձաթաղանթային ուռուցքային բջիջներ: Լրացուցիչ 1,5 սմ մասնահատումը կստեղծի անընդունելի լարվածություն: Ո՞ր սկզբունքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կիրառել լրացուցիչ լայն շնչափողային մասնահատում և սուպրահիոիդ ազատում՝ առաջնորդվելով առաջնային R0-ի հասնելու հնարավորությամբ

Բ-Անաստոմոզից հետո կատարել կարագծի ներլուսանցքային աբլացիա՝ փորձելով բուժել միկրոսկոպիկ եզրը տեղային եղանակով

Գ-Պահպանել կենսունակ, ընդունելի լարվածությամբ բերանակցումը. գրանցել R1-ը և քննարկել հետվիրահատական ճառագայթային բուժումը

Դ-Ընդունել R1-ը և կազմակերպել ուժեղացված բրոնխոսկոպիկ հսկողություն՝ առանց լրացուցիչ տեղային բուժման բազմամասնագիտական քննարկման

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.2147/CMAR.S501202

219. 57-ամյա պացիենտը դժգոհում է արտաշնչման ժամանակ հազից և խոսքի վերջում հևոցից: Կրկնակի դինամիկ բրոնխոսկոպիայով հարկադիր արտաշնչման ժամանակ շնչափողի հետին թաղանթային պատը ներհրվում է առաջ, լուսանցքի մակերեսը փոքրանում է մոտ 85%-ով, իսկ աճառային օղերի կոնֆիգուրացիան հիմնականում պահպանված է: Ո՞ր մեկնաբանությունն է առավել ճշգրիտ:

Ա-Շնչուղիների արտահայտված դինամիկ էքսպիրատոր կոլապս (EDAC)՝ հետին թաղանթային պատի ներփքումով (ինվագինացիայով)

Բ-Արտաշնչական կենտրոնական կոլապս՝ պայմանավորված գլխավորապես աճառային օղերի դինամիկ թուլացմամբ (TBM)

Գ-Հետին թաղանթային պատի ֆիքսված թեքում՝ սպիական նեղացման հետևանքով, առանց արտաշնչական դինամիկ բաղադրիչի

Դ-Կենտրոնական շնչուղիների ներկրծքային արտաքին ճնշում (կոմպրեսիա)՝ արտաշնչման փուլում ուժգնացմամբ և հետին պատի երկրորդային տեղաշարժով

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

220. Աջ վերին բլթի բրոնխոպլաստիկ լոբէկտոմիայից 36 ժամ անց պահպանվող միջին բլթում առաջացել է ատելեկտազ: Ֆիզիոթերապիայից և ցավազրկումից հետո այն չի վերացել: ՀՇ-ով պահպանվող բրոնխի շրջանում երևում է ոլորում, սակայն անոթային պերֆուզիան պահպանված է, իսկ մածուցիկ խորխի կուտակումն ամբողջությամբ չի բացատրում պատկերը: Պացիենտը կայուն է: Ո՞ր հաջորդ հետազոտությունն է առավել ուղղակիորեն որոշելու բերանակցման խնդիրը:

Ա-Կատարել կոնտրաստային ՀՇ-անգիոգրաֆիա՝ բլթի երակային արտահոսքի խանգարումը կրկնակի գնահատելու համար

Բ-Կատարել բրոնխոսկոպիա՝ ուղղակի գնահատելով բերանակցման տրամագիծը, ծալքը, ոլորումը և խորխային խցանումը

Գ-Կատարել դինամիկ ներշնչական և արտաշնչական ՀՇ՝ ուսումնասիրելով պահպանվող բրոնխի շարժունակությունը

Դ-Կազմակերպել ընտրողական բրոնխոգրաֆիա՝ բրոնխային անատոմիայի պատկերը կազմելու համար՝ նախքան էնդոսկոպիան

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

221. Վերին բլթի բրոնխոպլաստիկ լոբէկտոմիայի ժամանակ կենտրոնական բրոնխի տրամագիծը գրեթե կրկնակի գերազանցում է դիստալ բրոնխի տրամագիծը: Դիստալ բրոնխը կարճ է և մոտ է թոքային զարկերակին, իսկ երկու եզրերը կենսունակ են և մոտեցվում են առանց էական լարվածության: Ո՞ր սկզբունքն է առավել հիմնավորված՝ հերմետիկ բերանակցում ստանալու և դիստալ լուսանցքը պահպանելու համար:

Ա-Կատարել դիստալ բրոնխի երկայնակի լայնացում՝ բրոնխի պատի բացմամբ դեպի թոքային զարկերակ և դրանով ամբողջությամբ լուծելով անհամապատասխանությունը

Բ-Կատարել պրոքսիմալ պատի սիմետրիկ պլիկացիա՝ ամբողջ կարագծով հավասար չափով նեղացնելով լուսանցքը մինչև դիստալ տրամագիծը

Գ-Կիրառել դիստալ բրոնխի կարճ ինվագինացիա պրոքսիմալ լուսանցքի մեջ՝ որպես տրամագծային անհամապատասխանության հիմնական լուծում

Դ-Ընտրել կարերի ասիմետրիկ, հաշվարկված տեղաբաշխում և անհրաժեշտ տեղային տրամագծային համապատասխանեցում՝ պահպանելով դիստալ լուսանցքը

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

222. Երկար 4 սմ շնչափողային ստենոզի մասնահատումից հետո բերանակցման նախատեսվող եզրերը կենսունակ են, սակայն կենտրոնական հատվածը շարժունակ դարձնելու համար պահանջվում է լրացուցիչ մոբիլիզացիա: Ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ պահպանելու կողմնային սեգմենտային արյունամատակարարումը:

Ա-Ընդլայնել շրջանաձև մերկացումը պրոքսիմալ և դիստալ կողմերով՝ կրճատելով կարագծին փոխանցվող ճգումը

Բ-Պահպանել կողային անոթային կապերը, սահմանափակել շրջանաձև անջատումը և կիրառել անատոմիային համապատասխան ազատող մանևր

Գ-Ընտրել շնչափողի դիստալ շրջանաձև մերկացում՝ պահելով պրոքսիմալ հատվածի կողային անոթները

Դ-Փոխարինել մոբիլիզացիան բերանակցման շուրջ անոթավորված լաթով՝ կարագծի լարվածությունը չփոխելով

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezae330

https://doi.org/10.21037/acs.2018.01.14

223. Կենտրոնական շնչուղիների 80% օբստրուկցիայով պացիենտին նախատեսվում է կատարել ուռուցքային զանգվածի մեխանիկական դեբալքինգ՝ հնարավոր զանգվածային արյունահոսության վերահսկման պատրաստվածությամբ: Ո՞ր հնարավորությունների համակցությունն է լավագույնս հիմնավորում ռիգիդ բրոնխոսկոպի նախապատվությունը ճկուն բրոնխոսկոպի նկատմամբ այս բուժական միջամտության համար:

Ա-Ճկուն բրոնխոսկոպը առավել նպատակահարմար է, քանի որ թույլ է տալիս դիստալ մանր բրոնխների նմուշառում նույն միջամտության ժամանակ

Բ-Ռիգիդ բրոնխոսկոպը նախընտրելի է այն դեպքում, երբ առաջնային նպատակը երկարատև տեղային դեղորայքային ներարկումն է

Գ-Ռիգիդ բրոնխոսկոպն ապահովում է մեծ աշխատանքային լուսանցք, հեմոստազի գործիքներ և օդափոխման ու արյունահոսության վերահսկման հնարավորություններ

Դ-Ճկուն բրոնխոսկոպը նախընտրելի է, քանի որ թույլ է տալիս արագ դիլատացիա առանց շնչուղու լրացուցիչ գործիքային ապահովման

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

224. Շնչափողի 3,6 սմ շրջանաձև մասնահատումից հետո կարագծի հերմետիկությունը տեխնիկապես ապահովված է, սակայն դիստալ եզրի պերֆուզիան սահմանային է, իսկ պարանոցի չեզոք դիրքում ծգումը՝ չափավոր: Ո՞ր միջամտությունների համակցությունն է ամենից անմիջականորեն ազդում վաղ ապաքինման վրա:

Ա-Վերագնահատել եզրերի կենսունակությունը և ազատող մանևրով նվազեցնել լարվածությունը՝ պահպանելով լիարժեք լուսանցքային համադրումը

Բ-Ամրացնել կարագիծը լրացուցիչ բազմաշերտ կարերով և հնարավորության դեպքում ծածկել այն անոթավորված հյուսվածքով

Գ-Ավելացնել արտաքին ամրացնող կարեր՝ պահպանելով դիստալ եզրը և պարանոցի չեզոք դիրքը

Դ-Նվազեցնել լուսանցքի տրամագիծը և կրկնել հերմետիկության փորձը՝ ապահովելով կարերի ավելի սերտ հպումը

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezae330

https://doi.org/10.21037/acs.2018.01.14

225. Երկու տարբեր պացիենտների հետինտուբացիոն շնչափողային ստենոզների երկարությունները համապատասխանաբար 7 մմ և 22 մմ են: Երկու պացիենտների նեղացումներն էլ բալոնային լայնացմամբ ժամանակավորապես բացվում են: Երկրորդ պացիենտի մոտ ՀՇ-ով առկա է տեղային աճառային դեֆորմացիա, իսկ բրոնխոսկոպիայով՝ պատի արտաշնչական կոլապս: Ո՞ր նշանն է երկրորդ նեղացումը դասում բարդ ստենոզների շարքը:

Ա-Լուսանցքի բացվելու փաստը բալոնային լայնացման ժամանակ՝ անկախ նեղացման երկարությունից

Բ-Երկրորդ ստենոզի 22 մմ երկարությունը՝ նույնիսկ աճառային կառուցվածքի լիարժեք պահպանման դեպքում

Գ-Առաջին ստենոզի 7 մմ երկարությունը և լավ արձագանքը բալոնային լայնացմանը

Դ-Երկար նեղացման համակցումը աճառային կառուցվածքի դեֆորմացիայի և պատի արտաշնչական կոլապսի հետ

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

226. Շնչափողի պրոքսիմալ մասնահատումից հետո կայուն պացիենտի պարանոցը պահվում է չափավոր ծալված դիրքում: Նա գանգատվում է կլման դժվարացումից, սակայն բերանակցման անբավարարության նշաններ չկան: Ո՞րն է դիրքային սահմանափակման առավել ճշգրիտ նպատակը և վերահսկման սկզբունքը:

Ա-Ապահովել բերանակցման լուսանցքի փոքրացումը՝ պարանոցի ճկմամբ նվազեցնելով ներշնչական բացասական ճնշումը

Բ-Սահմանափակել պարանոցի հետծալման ժամանակ ավելացող կարագծի ձգումը՝ դիրքի չափը հարմարեցնելով շնչուղու և կլման անվտանգությանը

Գ-Կարգավորել կլման խանգարումը պարանոցի ավելի մեծ ծալմամբ՝ կանխելով շնչափողի առջևային տեղաշարժը

Դ-Պաշտպանել հետադարձ կոկորդային նյարդերը՝ պահպանելով հնարավորինս երկարատև հաստատուն պարանոցային դիրք

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezae330

https://doi.org/10.21037/acs.2018.01.14

227. Կենտրոնական շնչուղիների չարորակ խցանման բուժական բրոնխոսկոպիան պլանավորելիս ո՞ր համադրությունն է ամենաճիշտը կապում օբստրուկցիայի մեխանիզմը հնարավոր միջամտության հետ:

Ա-Ներլուսանցքային բաղադրիչի դեպքում նախընտրել ստենտ, արտաքին սեղմման դեպքում՝ կրիոաբլացիա, իսկ խառը ձևում՝ կրկնվող լայնացում

Բ-Ներլուսանցքային ուռուցքի դեպքում քննարկել համակարգային բուժման արագ ազդեցությունը, արտաքին սեղմման դեպքում՝ լորձահեռացում, խառը ձևում՝ տեղային ճառագայթում

Գ-Ներլուսանցքային ախտահարման դեպքում կատարել մեխանիկական ռեկանալիզացիա, արտաքին սեղմման դեպքում՝ ճառագայթում, խառը ձևում՝ դիլատացիա առանց ստենտի

Դ-Ներլուսանցքային ախտահարման դեպքում կիրառել դեբալքինգ/աբլացիա, արտաքին սեղմման դեպքում՝ դիլատացիա և ըստ անհրաժեշտության ստենտ, խառը ձևում՝ համակցված մեթոդ

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

228. Շնչուղային ստենտ տեղադրելուց հետո պացիենտի սկզբնական հևոցը նվազել է: Երեք ամիս անց նա կրկին գանգատվում է հազից, խորխի կուտակումից և արտաշնչման ժամանակ սուլոցից: Ո՞ր մոտեցումն է լավագույնս համապատասխանում ստենտի երկարաժամկետ վարմանը և արդի ուղեցույցին:

Ա-Կատարել թիրախային պատկերային և բրոնխոսկոպիկ գնահատում՝ ստուգելով խորխի կուտակումը, տեղաշարժը, գրանուլյացիան և հիմքում ընկած հիվանդության ընթացքը

Բ-Սկսել ինտենսիվ խորխաբեր և ինհալացիոն բուժում, ապա վեց շաբաթ անց կատարել պլանային բրոնխոսկոպիա, եթե հազը պահպանվի

Գ-Ընտրել ստենտի կանխարգելիչ փոխարինում նույն տրամագծով՝ ելնելով երեքամսյա տեղադրման վաղեմությունից և նոր հազից

Դ-Հեռացնել ստենտը վերահսկվող պայմաններում և նույն միջամտության ընթացքում գնահատել անցանելիության ինքնուրույն պահպանումը

https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692%2824%2904614-2/fulltext

229. 56-ամյա պացիենտի կոնտրաստային ՀՇ-ով առաջային միջնորմում հայտնաբերվել է 4,3 սմ համասեռ, հստակ սահմաններով պինդ գոյացություն: ՀՇ-ով չեն հայտնաբերվել խոշոր անոթների ներաճման նշաններ, թոքամզային օջախներ կամ միջնորմային այլ ավշահանգույցների մեծացում: Ալֆա-ֆետոպրոտեինի (AFP) և մարդու խորիոնային գոնադոտրոպինի β-ենթամիավորի (β-hCG) մակարդակները նորմայի սահմաններում են, միաստենիայի կլինիկական գնահատումն ավարտված է: Փորձառու թիմը հնարավոր է համարում գոյացության և թիմուսի ամբողջական հեռացումը՝ R0 եզրերով: Ո՞ր նախավիրահատական ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նախ ստանալ հաստ ասեղով հյուսվածքային նմուշ՝ ուռուցքի WHO ենթատեսակը որոշելու, ապա ընտրելու վիրահատական հասանելիությունը

Բ-Կատարել կարճատև պատկերային հսկողություն՝ աճի արագությունը փաստագրելու և միայն այնուհետև որոշելու մասնահատելիությունը

Գ-Քննարկել առաջնային ամբողջական թիմէկտոմիա՝ առանց պարտադիր նախավիրահատական բիոպսիայի՝ պահպանելով ուռուցքաբանական հեռացման սկզբունքները

Դ-Նախ կատարել PET-ՀՇ և բարձր կուտակման դեպքում նշանակել ինդուկցիոն բուժում՝ անկախ գնահատված մասնահատելիությունից

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314779/

230. Առաջային միջնորմի 10 սմ գոյացությունը ներաճում է ձախ բազկագլխային երակի պատի մեջ և սեղմում վերին սիներակը: ՀՇ-ն չի տարբերակում թիմուսի կարցինոման, լիմֆոման և սաղմնաբջջային ուռուցքը: Արմատական մասնահատման հավանականությունը ներկայում ցածր է, և խորհուրդը քննարկում է ինդուկցիոն դեղորայքային բուժում: AFP-ն նորմալ է, իսկ նախկին բարակասեղային նմուշը պարունակում է միայն նեկրոզ: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Պլատինային ինդուկցիոն քիմիաթերապիա սկսել՝ հիմք ընդունելով առաջային միջնորմի տեղակայումը և խոշոր անոթների ընդգրկումը

Բ-Ստանալ բավարար կենդանի հյուսվածք՝ հաստ ասեղով կամ ընտրված վիրահատական բիոպսիայով, ենթատեսակավորել իմունոհիստոքիմիական քննությամբ և նոր որոշել բուժումը

Գ-Կատարել PET-ՀՇ և բուժումը ընտրել ըստ առավելագույն SUV-ի՝ առանց կրկնակի հյուսվածքային նմուշառման

Դ-Կատարել առաջնային մասնակի հեռացում՝ դեղորայքային բուժման համար նյութ ստանալու և երակային սեղմումը նվազեցնելու նպատակով

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314779/

231. VATS թիմէկտոմիայի ընթացքում 5 սմ թիմոման սերտորեն հարում է պերիկարդին: Տեսանելի պատիճը հիմնականում պահպանված է, սակայն 1,5 սմ հատվածում կա պերիկարդի մակերեսային ներգրավման կասկած: Թիմոման պերիկարդից «կեղևազատելու» դեպքում կստացվի նեղ ուռուցքաբանական սահման, իսկ պերիկարդի սահմանափակ մասնահատումը տեխնիկապես հնարավոր է: Ո՞ր ռազմավարությունն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Կատարել ենթակապսուլային տարանջատում՝ պահելով պերիկարդը, ապա եզրը մշակել տեղային կոագուլյացիայով

Բ-Վերցնել պերիկարդի կասկածելի հատվածի արագ բիոպսիա և, բացասական արդյունքի դեպքում, հեռացնել միայն գոյացությունը՝ պահպանելով թիմուսի մնացորդը

Գ-Մասնատել գոյացությունը հատուկ պարկի մեջ՝ հեշտացնելով պերիկարդից ազատումը և նվազեցնելով վիրահատության ծավալը

Դ-Կատարել թիմուսի և ուռուցքի ամբողջական հեռացում՝ կասկածելի պերիկարդային հատվածի միասնական մասնահատմամբ, անհրաժեշտության դեպքում փոխելով վիրահատական մուտքը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314779/

https://doi.org/10.1111/1759-7714.70133

232. 63-ամյա պացիենտի մոտ 6 սմ ենթադրյալ թիմոմային զուգակցվում են երեկոյան խորացող պտոզ, կրկնատեսություն և ծամելու արագ հոգնելիություն: Հակաացետիլխոլինային ընկալիչի հակամարմինները դրական են: Հանգստի SpO_2-ը 98% է, բայց երկար խոսելուց ձայնը թուլանում է: Քննարկվում է պլանային թիմէկտոմիա: Ո՞ր գնահատումն է առավել անհրաժեշտ՝ շուրջվիրահատական շնչառական ռիսկը կանխատեսելու համար:

Ա-Նյարդաբանի հետ գնահատել բուլբար խանգարումների արտահայտվածությունը, հազի արդյունավետությունը, շնչառական մկանների ուժը և միաստենիայի վերահսկման աստիճանը

Բ-Որոշել միայն ուռուցքի առավելագույն տրամագիծը և միջնորմի զբաղեցրած ծավալը՝ որպես հետվիրահատական օդափոխման հիմնական ցուցանիշ

Գ-Կրկնել PET-ՀԾ՝ թիմոմայի նյութափոխանակային ակտիվությամբ միաստենիկ ճգնաժամի վտանգը որոշելու համար

Դ-Կատարել միայն հանգստի վիճակում զարկերակային գազերի քննություն՝ պահպանված օքսիգենացիան համարելով շնչառական ռեզերվի բավարար ցուցանիշ

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.07.001

233. Թիմոմայի պատճառով թիմէկտոմիա նախատեսվող 44-ամյա պացիենտը ստանում է պիրիդոստիգմին և իմունաճնշող բուժում: Վերջին շաբաթում զարգացել են հեղուկ կուլ տալու դժվարացում, հազի ուժի նվազում և շնչառական մկանների հոգնելիություն: Հանգստի վիճակում արտահայտված հիպօքսեմիա չկա, սակայն նյարդաբանը հիվանդությունը գնահատում է որպես վատ վերահսկվող: Ո՞ր նախավիրահատական որոշումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Վիրահատել նախատեսված օրը՝ շարունակելով միայն պիրիդոստիգմինը, քանի որ ուռուցքի հեռացումը կվերացնի ակտիվ միաստենիայի կարճաժամկետ ռիսկը

Բ-Ժամանակավորապես դադարեցնել միաստենիայի դեղերը՝ հետվիրահատական ինտուբացիայի անհրաժեշտությունը նվազեցնելու համար

Գ-Հետաձգել վիրահատությունը, կայունացնել միաստենիան և բուլբար ախտանիշների դեպքում քննարկել ներերակային իմունոգլոբուլինի (IVIg) կիրառում կամ պլազմաֆերեզ

Դ-Պլանավորել միայն հետվիրահատական ինտենսիվ հսկողություն՝ նախավիրահատական բուլբար ախտանիշները չօգտագործելով բուժման փոփոխության հիմք

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.07.001

234. 27-ամյա տղամարդու առաջային միջնորմում հայտնաբերվել է 12 սմ անհամասեռ ուռուցք՝ նեկրոզի և խոշոր անոթների սեղմման նշաններով: AFP-ը 1650 նգ/մլ է, β-hCG-ը՝ չափավոր բարձր: Ամորձիների ՈւՁՀ-ով առաջնային ուռուցք չի հայտնաբերվել: Ստացված նմուշում նկարագրվել են սաղմնաբջջային ուռուցքի տարրեր, բայց ենթատեսակը դեռ ամբողջությամբ պարզ չէ: Ո՞ր մեկնաբանությունն է առավել կարևոր հետագա բուժումն ընտրելիս:

Ա-AFP-ի բարձրացումը համատեղելի է մաքուր սեմինոմայի հետ, եթե β-hCG-ն նույնպես բարձր է, ուստի կարելի է բուժումը պլանավորել որպես սեմինոմա

Բ-AFP-ի նշանակալի բարձրացումը գործնականում բացառում է մաքուր սեմինոման և պահանջում է ոչ սեմինոմային բաղադրիչի գնահատում ու համապատասխան ուռուցքաբանական պլան

Գ-ՈւՁՀ-ով ամորձու առաջնային օջախի բացակայությունը բավարար է AFP-ի բարձրացումը ոչ ուռուցքային համարելու համար

Դ-AFP-ի մակարդակը միայն ուռուցքի չափի ցուցանիշ է և չի փոխում միջնորմային սաղմնաբջջային ուռուցքի ենթատեսակի մեկնաբանությունը

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.1200/JCO.2009.26.4481

235. 34-ամյա պացիենտի առաջային միջնորմի 8 սմ գոյացությունը ուղեկցվում է անբացատրելի տենդով, գիշերային առատ քրտնարտադրությամբ, վերջին վեց ամսում մարմնի քաշի 12% կորստով (լիմֆոմա B ախտանիշներ) և պարանոցային ավշահանգույցների մեծացմամբ: ՀՇ-ուղղորդմամբ բարակասեղային ասպիրացիան ցույց է տվել ատիպիկ լիմֆոիդ բջիջներ, բայց հոսքային ցիտոմետրիան և իմունոհիստոքիմիան բավարար չեն լիմֆոմայի ենթատեսակը հաստատելու համար: Պարանոցային հանգույցը հասանելի է ամբողջական հեռացման համար, իսկ շնչուղիները կայուն են: Ո՞րն է առավել նպատակահարմար ախտորոշիչ քայլը:

Ա-Հեռացնել հասանելի պարանոցային հանգույցը կամ ստանալ այլ բավարար կառուցվածք պահպանող հյուսվածք՝ լիմֆոմայի ենթատեսակավորման նպատակով

Բ-Կրկնել միայն բարակասեղային ասպիրացիան նույն միջնորմային կետից՝ հուսալով ստանալ ավելի շատ ազատ բջիջներ

Գ-Կատարել միջնորմային գոյացության մասնակի դեբալքինգ՝ որպես հյուսվածքային ախտորոշման առաջնային միջոց՝ անկախ հասանելի պարանոցային հանգույցից

Դ-Սկսել կորտիկոստերոիդներով նախնական բուժում և ենթատեսակը որոշել մնացորդային զանգվածի հետագա չափի փոփոխությամբ

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314779/

236. 55-ամյա շաքարային դիաբետով պացիենտի ատամնաճին թարախակույտից հետո զարգացել են պարանոցի խորը ֆլեգմոնա, սեպսիս և կրծքավանդակի ցավ: Կոնտրաստային ՀՇ-ով հեղուկային-գազային կուտակումները տարածվում են միջնորմի առաջային և հետին ստորին բաժիններ՝ կարինայից ցածր: Հեմոդինամիկան կայունացվել է, հակաբիոտիկները սկսված են: Ո՞րն է վարակի աղբյուրի վերահսկման առավել հիմնավորված ծրագիրը:

Ա-Կատարել միայն պարանոցի լայն բացում ու դրենավորում՝ 48 ժամ անց որոշելով կրծքային միջամտության անհրաժեշտությունը

Բ-Կատարել պարանոցային դրենավորում և ենթակրծոսկրային սահմանափակ սանացիա՝ առանց հետին ստորին միջնորմի առանձին գնահատման

Գ-Կատարել երկկողմանի պլևրալ դրենավորում՝ ենթադրելով, որ միջնորմի կուտակումներն ազատ կդրենավորվեն թոքամզի խոռոչներ

Դ-Կազմակերպել անհետաձգելի համակցված պարանոցային և կրծքային վիրաբուժական սանացիա՝ հասնելով նաև հետին ստորին միջնորմի ախտահարված տարածություններին

https://academic.oup.com/ejcts/article/51/1/10/2670570

https://doi.org/10.1016/j.xjon.2021.08.001

237. Վայրընթաց նեկրոզացնող մեդիաստինիտի պատճառով կատարվել են ատամնածին օջախի հեռացում, լայն պարանոցային և VATS միջնորմային սանացիա աջից, դրենավորում: Վիրահատությունից 48 ժամ անց պացիենտը շարունակում է ստանալ վազոպրեսորներ, CRP-ն բարձր է, իսկ դրենաժներից արտահոսքը նվազել է: Կրկնակի կոնտրաստային ՀՇ-ով հայտնաբերվել է ձախից հետին ստորին միջնորմի 5 սմ նոր սահմանափակված կուտակում: Ո՞րն է առավել ճիշտ հաջորդ քայլը:

Ա-Փոխել հակաբիոտիկային սխեման՝ նոր կուտակումը վերագնահատելով ևս 48 ժամ անց, եթե ցանքսը դրական չէ

Բ-Կազմակերպել հետին միջնորմի նոր կուտակման նպատակային դրենավորում կամ կրկնակի սանացիա՝ շարունակելով սեպսիսի աջակցող բուժումը

Գ-Ուժեղացնել աջից առկա դրենաժից ասպիրացիան ավելի բարձր բացասական ճնշմամբ՝ առանց նոր խոռոչի առանձին միջամտության

Դ-Նվազած դրենաժային արտահոսքն ընդունել որպես վարակի վերահսկման բավարար նշան և դադարեցնել լրացուցիչ պատկերային հսկողությունը

https://academic.oup.com/ejcts/article/51/1/10/2670570

https://doi.org/10.1016/j.xjon.2021.08.001

238. Հետին միջնորմի 6 սմ նեյրոգեն գոյացությունը լայնացնում է Th6–Th7 միջողնային անցքը: ՄՌՇ-ով այն ունի ողնաշարային խողովակի էպիդուրալ բաղադրիչ՝ ողնուղեղի չափավոր տեղաշարժով, սակայն հիվանդը չունի նյարդաբանական դեֆիցիտ: Կրծքային բաղադրիչը հարմար է VATS հեռացման համար: Ո՞ր վիրահատական պլանն է առավել հիմնավորված:

Ա-Սկսել կրծքային VATS մոբիլիզացիայից և գոյացությունը ձգումով դուրս բերել լայնացած միջողնային անցքից՝ կանխելով երկրորդ կտրվածքը

Բ-Կատարել նախնական էմբոլիզացիա բոլոր նեյրոգեն գոյացությունների դեպքում՝ ողնուղեղի տեղաշարժը նվազեցնելու նպատակով

Գ-Նյարդավիրաբույժի հետ պլանավորել էպիդուրալ և կրծքային բաղադրիչների վերահսկվող հեռացումը՝ անհրաժեշտության դեպքում համակցված կամ փուլային մուտքերով

Դ-Սահմանափակվել կրծքային բաղադրիչի մասնահատմամբ՝ էպիդուրալ մասը թողնելով պատկերային հսկողության տակ՝ անկախ դրա կապից նյարդարմատին

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.7759/cureus.69248

239. 48-ամյա պացիենտի միջին միջնորմում կա 5,5 սմ բրոնխածին կիստա, որն առաջացնում է աջ միջանկյալ բրոնխի սեղմում և վերջին վեց ամսում կրկնվող նույնաբլթային թոքաբորբեր: Կիստան սերտ հարում է բրոնխի պատին և թոքային զարկերակի ճյուղին, բայց ՀՇ-ով չկան ներբրոնխային հաղորդակցման նշաններ: Ո՞ր երկարաժամկետ մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Քննարկել վիրահատական հեռացումը՝ փորձելով ամբողջությամբ հեռացնել պատը և պահպանել հարակից բրոնխն ու անոթները, անհրաժեշտության դեպքում փոխելով վիրահատական մուտքը

Բ-Կատարել EBUS-ով կիստայի դատարկում և դա դիտարկել որպես վերջնական բուժում՝ անկախ պատի պահպանվելուց

Գ-Նախընտրել կրկնվող ասպիրացիաները միայն նոր թոքաբորբի ժամանակ՝ վիրահատության վնասման ռիսկը վերացնելու նպատակով

Դ-Պահպանել միայն պատկերային հսկողությունը, քանի դեռ կիստայի հեղուկը չունի խտության աճ կամ ուժեղ կոնտրաստավորում

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.21037/med-22-46

240. Սրտային միջամտությունից 6 ժամ անց 69-ամյա պացիենտի զարկերակային ճնշումը 78/52 մմ սս է, աճում է լակտատը: Էխոսրտագրությամբ պերիկարդի հետին

հատվածում կա սահմանափակված հեղուկ-թրոմբային կուտակում, որը սեղմում է ձախ նախասիրտը: Առաջային ազատ հեղուկ գրեթե չկա, իսկ ստանդարտ ենթակրծոսկրային պունկցիայի անվտանգ պատուհանը բացակայում է: Ո՞ր հաջորդ միջամտությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նախ կատարել մեծածավալ ինֆուզիա և կրկնել էխոսրտագրությունը 3 ժամ անց՝ հետևելով կուտակման աճի արագությանը

Բ-Փորձել կոյր ենթակրծոսկրային պերիկարդի պունկցիա՝ չնայած անվտանգ հեղուկային պատուհանի բացակայությանը

Գ-Կատարել պերիկարդի պերկուտան բալոնային ֆենեստրացիա՝ որպես հեմոդինամիկ շտապ բուժման առաջին ընտրություն

Դ-Կազմակերպել անհետաձգելի վիրաբուժական վերազննում/դրենավորում՝ հաշվի առնելով սահմանափակված հետին սեղմումն ու պունկցիայի անապահով լինելը

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

241. 58-ամյա պացիենտը ստանում է հակամակարդիչ բուժում: Կորոնար միջամտությունից քիչ անց նրա մոտ զարգացել են տախիկարդիա, պարանոցային երակների լցվածություն և արագ վատթարացող ճնշում: Էխոսրտագրությամբ պերիկարդային հեղուկի առավելագույն հաստությունը 9 մմ է, բայց առկա են աջ փորոքի դիաստոլիկ կոլապս և ստորին սիներակի շնչառական փոփոխության նվազում: Ո՞րն է առավել ճիշտ մեկնաբանությունը:

Ա-Պերիկարդային 9 մմ հեղուկը սովորաբար դասվում է փոքրերի շարքը, ուստի տամպոնադայի հաստատման համար պետք է սպասել 20 մմ-ի հասնելուն

Բ-Հեղուկի արագ կուտակման և պերիկարդի սահմանափակ ձգելիության պատճառով անգամ փոքր ծավալը կարող է առաջացնել տամպոնադա՝ պահանջելով անհետաձգելի բուժում

Գ-Տամպոնադան առավել հավանական է միայն երբ հեղուկը շրջանաձև է և բոլոր չորս խոռոչները հավասարաչափ սեղմված են

Դ-Հեղուկի աննշան հաստությունն առաջնահերթ հուշում է հիպովոլեմիկ շոկ, իսկ պերիկարդային փոփոխությունները կլինիկորեն երկրորդական են

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

242. 61-ամյա պացիենտն ունի Streptococcus pneumoniae բակտերիեմիա, տենդ և պերիկարդի 22 մմ բազմախոռոչ հեղուկ: Պունկցիայից ստացվել է պղտոր պարունակություն՝ նեյտրոֆիլների գերակշռությամբ, գլյուկոզայի ցածր մակարդակով և Gram դրական ներկմամբ: Հակաբիոտիկները սկսված են, հեմոդինամիկան այժմ կայուն է: Ո՞ր լրացուցիչ միջամտությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Շարունակել միայն ներերակային հակաբիոտիկները՝ պերիկարդային դրենավորումը պահելով տամպոնադայի առաջացման համար

Բ-Կազմակերպել դինամիկայում պունկցիաներ՝ յուրաքանչյուր անգամ հեռացնելով մի փոքր ծավալ՝ առանց բազմախոռոչ խոռոչի ամբողջական սանացիայի պլանի

Գ-Կազմակերպել պերիկարդի արդյունավետ, անհրաժեշտության դեպքում վիրաբուժական դրենավորում և սանացիա՝ շարունակելով հարուցիչին ուղղված հակամանրէային բուժումը

Դ-Սկսել կոլխիցին և ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային բուժում՝ դրենավորումը փոխարինելով բորբոքման վերահսկմամբ

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

243. Թոքի ադենոկարցինոմայով 67-ամյա պացիենտի պերիկարդային մեծ հեղուկը սկզբում հեռացվել է էխոսրտագրական ուղղորդմամբ: Կաթետերը պահվել է մի քանի օր, բջջաբանությամբ հաստատվել է չարորակ ծագումը: Երեք շաբաթ անց հեղուկը կրկին կուտակվել է՝ առաջացնելով հևոց և աջ նախասրտի սկզբնական սեղմում: Պացիենտը հեմոդինամիկորեն կայուն է, ընդհանուր վիճակը թույլ է տալիս նվազագույն ինվազիվ միջամտություն, և ցանկանում է նվազեցնել կրկնակի պունկցիաների հավանականությունը: Ո՞ր քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Քննարկել վիրաբուժական պերիկարդիալ ֆենեստրացիա՝ որպես կրկնվող հեղուկի երկարատև արտահոսքի պալիատիվ տարբերակ՝ համակարգային բուժման հետ համադրելով

Բ-Վերցնել կարճատև միայն դիուրետիկային բուժման կուրս և պունկցիան պահել կլինիկական վատթարացման համար

Գ-Կատարել հերթական մեկանգամյա պունկցիա և անմիջապես հեռացնել կաթետերը՝ կրկնության ժամանակ վերանայելով որոշումը

Դ-Կատարել պերիկարդէկտոմիա՝ որպես առաջնային պալիատիվ միջամտություն կրկնվող չարորակ հեղուկի դեպքում

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

244. 59-ամյա պացիենտն ունի տուբերկուլոզից հետո ձևավորված քրոնիկ կոնստրիկտիվ պերիկարդիտ: Վեց ամիս բուժման ընթացքում CRP-ն նորմալ է, ՄՌՇ-ով ակտիվ պերիկարդային բորբոքման նշաններ չկան, սակայն պահպանվում են ասցիտ, ոտքերի այտուց, լյարդի կանգային մեծացում և էխոսրտագրությամբ դիաստոլիկ լցման սահմանափակում: Սրտային վիրաբուժական ռիսկն ընդունելի է: Ո՞ր բուժական ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կրկնել երեքամսյա հակաբորբոքային բուժում՝ հիմնվելով կոնստրիկցիայի էխոսրտագրական նշանների պահպանման վրա

Բ-Կատարել պերիկարդի ֆենեստրացիա՝ առաջացնելով նոր արտահոսքի ուղի և դրանով նվազեցնելով ֆիբրոզ պատյանի սեղմումը

Գ-Կատարել պերիկարդի պունկցիաներ դինամիկայում՝ դիաստոլիկ լցման սահմանափակումը հեղուկային ճնշմամբ բացատրելով

Դ-Քննարկել հնարավորինս ամբողջական պերիկարդէկտոմիա փորձառու կենտրոնում՝ հենվելով կայուն կոնստրիկցիայի և ընդունելի վիրահատական ռիսկի վրա

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

245. 46-ամյա պացիենտի աջ կարդիոֆրենիկ անկյունում հայտնաբերվել է 7 սմ հեղուկային գոյացություն՝ պերիկարդային կիստային բնորոշ ՄՌՇ պատկերով: Երկու տարվա ընթացքում այն մեծացել է 4-ից 7 սմ, և այժմ պացիենտն ունի դիրքից կախված հևոց ու նախասրտային առիթմիայի դրվագներ: Էխոսրտագրությամբ նկարագրված է աջ նախասրտի արտաքին սեղմում, մինչդեռ հեղուկային կուտակում պերիկարդի ազատ խոռոչում չկա: Ո՞րն է առավել հիմնավորված որոշումը:

Ա-Ընտրել պերիկարդի ազատ խոռոչի պունկցիա՝ սրտային սեղմումը վերացնելու համար

Բ-Քննարկել կիստայի վիրահատական հեռացումը՝ գնահատելով սեղմվող կառուցվածքներն ու վիրահատական ռիսկը

Գ-Կատարել միայն կիստայի պերկուտան ասպիրացիա և հրաժարվել հետագա հսկողությունից՝ ենթադրելով պատի ամբողջական վերացում

Դ-Սահմանել տարեկան պատկերային հսկողություն՝ քանի որ կիստայի բարորակ բնույթն ինքնին չեզոքացնում է սրտի սեղմման նշանակությունը

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.02.021

246. Միջնորմի գոյացության բիոպսիայի համար տեխնիկապես հասանելի են երեք ճանապարհ՝ պարաստերնալ բիոպսիա, տրանսպլևրալ ՀԾ-ուղղորդմամբ հաստ ասեղային բիոպսիա և VATS բիոպսիա: Ուռուցքաբանական խորհուրդը ենթադրում է թիմուսի չարորակ էպիթելային ուռուցք և նեոադյուվանտ թերապիայից հետո հնարավոր ամբողջական հեռացում: Ո՞ր սկզբունքն է առավել ճիշտ ընտրության ժամանակ՝ եթե բավարար նյութ կարելի է ստանալ մի քանի տարբեր ճանապարհով:

Ա-Ընտրել առավել կարճ անատոմիական ճանապարհը՝ առանց հաշվի առնելու թոքամզի խոռոչը հատելու փաստը

Բ-Ընտրել ճանապարհը միայն նախնական բիոպսիայի նմուշի ծավալով՝ ապագա վիրահատական հասանելիությունը համարելով անկախ

Գ-Համադրել նմուշի բավարարությունը, անվտանգությունը և հետագա հեռացման պլանը՝ հնարավորության դեպքում նվազեցնելով թոքամզային տարածման վտանգը

Դ-Ընտրել VATS բիոպսիա՝ նույնիսկ երբ էքստրապլևրալ հաստ ասեղային նմուշը բավարար է և անվտանգ

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314779/

247. Երկու պացիենտի մոտ իրականացվել է թիմուսի ուռուցքի R0 հեռացում: Առաջինի ուռուցքը WHO B2 թիմոմա է՝ թոքամզի ներգրավման բացակայությամբ, երկրորդինը՝ թիմուսի կարցինոմա՝ նույն չափի և վիրահատական եզրերով: Ո՞ր գործոնը պետք է պարտադիր հաշվի առնել, երբ հետվիրահատական բուժման և ավշահանգուցային փուլավորման ծրագրերը համեմատվում են:

Ա-Հյուսվածքաբանական տարբերությունը չի ազդում փուլավորման վրա, եթե երկուսն էլ հեռացվել են R0 սահմաններով

Բ-Թիմուսի կարցինոմայի դեպքում լիմֆատիկ տարածումը համեմատաբար քիչ է, ուստի ավշահանգուցային գնահատումը կարելի է կրճատել

Գ-B2 թիմոմայի դեպքում հետվիրահատական ճառագայթումը պարտադիր է ցանկացած R0 և վաղ փուլի դեպքում՝ անկախ այլ գործոններից

Դ-Թիմուսի կարցինոման ունի ավելի բարձր ագրեսիվություն և հանգուցային տարածման վտանգ, ուստի պահանջում է տարբերակված փուլավորում ու ադյուվանտ բուժման քննարկում

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314779/

https://doi.org/10.1111/1759-7714.70133

248. Մեծ ինվազիվ թիմոմայի հեռացման ընթացքում աջ և ձախ ստոծանիական նյարդերը սերտ հարում են ուռուցքին: Սպասվում է, որ առնվազն մեկ կողմում նյարդի պահպանման հնարավորությունը սահմանային է: Ո՞ր սկզբունքն է առավել կարևոր վիրահատության ծավալի և ֆունկցիոնալ հետևանքի համատեղ գնահատման համար:

Ա-Գնահատել յուրաքանչյուր նյարդի ուռուցքային ներգրավումն առանձին, հատկապես խուսափել երկկողմանի ստոծանիական կաթվածից և որոշումը համադրել R0 հնարավորության ու շնչառական ռեզերվի հետ

Բ-Եթե մեկ ստոծանիական նյարդը պետք է հեռացվի, հակառակ կողմի նյարդը նույնպես հեռացնել՝ սիմետրիկ շնչառական մեխանիկա ստանալու նպատակով

Գ-Երկու ստոծանիական նյարդերի պահպանումը գնահատել միայն ըստ հետվիրահատական ցավի սպասվող ուժգնության՝ չհաշվարկելով շնչառական հետևանքը

Դ-Նյարդի հեռացման հարցը լուծել միայն ուռուցքի չափով՝ անտեսելով նախավիրահատական ստոծանու շարժումների և DLCO-ի ցուցանիշները

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40499586/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26314779/

249. Արագ զարգացող սրտային տամպոնադայի ժամանակ էխոսրտագրությամբ պերիկարդային ճնշումը մոտենում է սրտի խոռոչների դիաստոլիկ լցման ճնշումներին: Սկզբում սրտամկանի կծկողականությունը պահպանված է: Ո՞ր մեխանիզմն է առավել ուղղակիորեն բացատրում սրտային արտամղման նվազումն ու շոկը:

Ա-Առաջնային ձախփորոքային սիստոլիկ դիսֆունկցիան՝ պերիկարդային հեղուկից անկախ

Բ-Սրտամկանի թթվածնային պահանջարկի առաջնային աճը՝ առանց լցման ծավալի փոփոխության

Գ-Դիաստոլիկ լցման սահմանափակումը՝ հարվածային ծավալի նվազումով և փոխհատուցող տախիկարդիայով

Դ-Թոքային զարկերակային դիմադրության կտրուկ աճը՝ որպես տամպոնադայի պարտադիր առաջնային մեխանիզմ

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

250. Պացիենտի մոտ կա ասցիտ, լծային երակների արտահայտված լցվածություն, ներշնչման հետ միջփորոքային միջնապատի տեղաշարժ և հյուսվածքային Դոպլերով պահպանված միջային (septal) e′ արագություն: ՀՇ-ով պերիկարդի հաստությունը 2 մմ է, ՄՌՇ-ով ակտիվ բորբոքում չի հաստատվում: Ո՞րն է այս տվյալների առավել ճիշտ մեկնաբանությունը:

Ա-Նորմալ հաստության պերիկարդը բացառում է կոնստրիկտիվ ֆիզիոլոգիան, և պետք է առաջնահերթ գնահատել միայն սահմանափակիչ կարդիոմիոպաթիան

Բ-Նորմալ հաստությամբ պերիկարդի դեպքում նույնպես հնարավոր է կոնստրիկցիա. անհրաժեշտ է գնահատել շնչառական փորոքային փոխազդեցությունը և, ըստ անհրաժեշտության, հեմոդինամիկան

Գ-Հյուսվածքային Դոպլերով պահպանված e′-ը կոնստրիկցիայի դեմ փաստարկ է, քանի որ այն բոլոր դեպքերում ավելի ցածր է, քան սահմանափակիչ կարդիոմիոպաթիայի ժամանակ

Դ-Կոնստրիկցիան հաստատվում է միայն պերիկարդի կալցիֆիկացիայով, ուստի անհրաժեշտ է կրկնակի ոչ կոնտրաստային ՀՇ

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

251. Կրկնվող չարորակ պերիկարդիալ հեղուկով հիվանդի մոտ քննարկվում են երկարատև կաթետերային դրենավորում և վիրաբուժական պերիկարդիալ ֆենեստրացիա: Ո՞րն է պատուհանի գլխավոր մեխանիկական առավելությունը՝ ճիշտ ընտրված հիվանդի դեպքում:

Ա-Պերիկարդիալ պատուհանն անմիջականորեն նվազեցնում է ուռուցքային բջիջների առաջացումը՝ անկախ համակարգային բուժումից

Բ-Պատուհանը վերացնում է պերիկարդի ֆիբրոզը և այդպիսով հանդիսանում է նաև կոնստրիկտիվ պերիկարդիտի վերջնական բուժում

Գ-Պատուհանը նվազեցնում է պերիկարդի ներսում հեղուկի արտադրությունը՝ կանխելով ամեն տեսակի կրկնվող կուտակում

Դ-Պատուհանը ստեղծում է հեղուկի շարունակական ելք դեպի հարակից խոռոչ՝ նվազեցնելով նոր կոմպրեսիոն կուտակման հավանականությունը, բայց չբուժելով ուռուցքային պատճառը

https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf192

252. Վայրընթաց նեկրոզացվող մեդիաստինիտի դեպքում ՀՇ-ով նկարագրված են երեք հնարավոր տարածումներ՝ (I) կարինայից վեր սահմանափակված վարակ, (II) կարինայից ցածր միայն առաջային կուտակում, (III) կարինայից ցածր նաև հետին միջնորմի թարախային օջախներ: Ո՞ր սկզբունքն է առավել հուսալի վիրահատական մուտքերի ծավալը որոշելու համար:

Ա-Դրենավորման մուտքերը որոշել ՀՇ-ով ըստ վարակի տարածվածության. ստորին և հատկապես հետին միջնորմի ներգրավման դեպքում հաճախ անհրաժեշտ է լրացուցիչ տրանսթորակալ վիրահատական մուտք

Բ-Բոլոր երեք տարածումների դեպքում նախընտրել միայն պարանոցային դրենավորում՝ նույն վիրահատությունից հետո ՀՇ հսկողություն նշանակելով

Գ-Մուտքի ծավալը որոշել հիմնականում արյան CRP-ի մակարդակով՝ տարածվածությունը դիտելով որպես երկրորդական գործոն

Դ-Առաջին դրենավորման ծավալը որոշել վարակի ատամնածին կամ նշագեղձային սկզբնական ծագմամբ՝ անկախ տարածման անատոմիայից

https://academic.oup.com/ejcts/article/51/1/10/2670570

https://doi.org/10.1016/j.xjon.2021.08.001

253. 69-ամյա պացիենտի մոտ երեք ամսում զարգացել են պրոգրեսիվ դիսֆագիա և 8 կգ քաշի կորուստ: Էնդոսկոպիայով կերակրափողի միջին հատվածում առկա է 4 սմ խոցոտ, շրջանաձև նեղացնող գոյացություն: Առաջին բիոպսիան նկարագրվել է որպես «նեկրոզ և արտահայտված բորբոքում»՝ առանց բավարար կենսունակ հյուսվածքի: ՀՇ-ով հեռավոր մետաստազներ չեն հայտնաբերվել: Խորհուրդը

քննարկում է ռադիկալ համակցված բուժում: Ո՞րն է ախտորոշման հաջորդ առավել հիմնավորված քայլը:

Ա-Կրկնել ստանդարտ բիոպսիան հիմնականում գոյացության խոցոտ կենտրոնից՝ նոր նմուշների քանակն ավելացնելով, նախքան այլ տեխնիկա կիրառելը

Բ-Կրկնել թիրախային էնդոսկոպիկ նմուշառումը՝ ընդգրկելով գոյացության կենսունակ եզրերն ու խորքային հատվածները, և ապահովել հյուսվածքաբանական ենթատեսակավորում

Գ-Նախ կատարել PET-ՀՇ՝ կենսունակ ամենաակտիվ հատվածը հայտնաբերելու, ապա քննարկել կրկնակի նմուշառման թիրախը

Դ-Կատարել միայն EUS-ուղղորդմամբ կասկածելի ավշահանգույցի բարակասեղային նմուշառում՝ առանց առաջնային գոյացությունից նոր նմուշ վերցնելու

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914638/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11889489/

https://doi.org/10.1007/s12094-026-04291-y

254. 59-ամյա պացիենտն ունի կերակրափողի ստորին հատվածի բիոպսիայով հաստատված ադենոկարցինոմա՝ cT3N1: Կոնտրաստային ՀՇ-ով հեռավոր մետաստազներ չկան: Նախքան բուժման ընտրությունը PET-ՀՇ-ով ձախ զստոսկրում հայտնաբերվում է մեկ ինտենսիվ FDG-ակտիվ օջախ՝ առանց ՀՇ-ում հստակ ոսկրային քայքայման: Օջախը հասանելի է անվտանգ թիրախային բիոպսիայի համար, իսկ դրական արդյունքը կփոխի բուժման նպատակը: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Օջախի FDG բարձր կուտակման և cT3N1 առաջնային հիվանդության հիման վրա սահմանել կլինիկական M1՝ բիոպսիան վերապահելով համակարգային բուժման անարդյունավետությանը

Բ-Ոսկրային օջախը բնութագրել ՄՌՇ-ով և, մետաստազին համատեղելի պատկերի դեպքում, առանց հյուսվածքային ստուգման փոխել բուժման նպատակը

Գ-Մեկ ամսով հետաձգել ուռուցքաբանական բուժումը և կրկնել PET-ՀՇ-ն՝ միջանկյալ SUVmax փոփոխությունը որպես հիմնական որոշիչ օգտագործելով

Դ-Կատարել օջախի լրացուցիչ բնութագրում և նպատակային բիոպսիա՝ հնարավոր մետաստազը հաստատելու համար մինչև արմատական ծրագրից հրաժարվելը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914638/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11889489/

https://doi.org/10.1007/s12094-026-04291-y

255. 61-ամյա պացիենտի մոտ կերակրափողի վերին կրծքային հատվածի տափակբջջային քաղցկեղը ՀՇ-ով սերտ հարում է շնչափողի հետին պատին 25 մմ երկարությամբ: Շնչափողի լուսանցքը ձևախախտված չէ, սակայն շրջակա ճարպային հյուսվածքի դիֆերենցումը հստակ չէ: Դիտարկվում է արմատական բուժում. կերակրափողի էնդոսկոպիկ ՈւՁՀ-ն չի կարող համոզիչ գնահատել շնչուղու լորձաթաղանթը: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակահարմար տեղային տարածվածությունը գնահատելու համար:

Ա-Կատարել տրանսէզոֆագեալ էնդոսոնոգրաֆիա (ՏԷՍԳ)՝ պատերի շերտավորված կառուցվածքի գնահատմամբ, և շնչուղու ներգրավման մասին որոշել միայն այդ պատկերի հիման վրա

Բ-Կատարել կրծքավանդակի ՄՌՇ՝ շնչափողի հարակից փափուկ հյուսվածքները գնահատելու համար, սակայն հրաժարվել ներլուսանցքային զննումից

Գ-Կատարել բրոնխոսկոպիա՝ գնահատելով շնչափողի պատի ներլուսանցքային փոփոխությունները, անհրաժեշտության դեպքում լրացուցիչ նմուշառմամբ և ՀՇ-ի համադրմամբ

Դ-Սկսել նեոադյուվանտ բուժում և շնչուղու ներգրավումը գնահատել միայն պատասխանից հետո՝ առանց նախաբուժական բրոնխոսկոպիայի

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914638/

https://doi.org/10.1007/s12094-026-04291-y

256. 58-ամյա ֆունկցիոնալ առումով պահպանված պացիենտն ունի կերակրափողի ստորին հատվածի և կերակրափող-ստամոքսային անցման մասնահատելի ադենոկարցինոմա՝ cT3N1M0: Դիստալ կերակրափողի ներգրավումը հաստատված է, հեռավոր տարածում և անանցանելիության պատճառով անհապաղ վիրահատության ցուցում չկա: Ուռուցքաբանական խորհուրդը քննարկում է FLOT շուրջվիրահատական քիմիաթերապիան և CROSS տիպի նեոադյուվանտ քիմիաճառագայթային բուժումը: Ըստ ESMO 2025 միջանկյալ թարմացման՝ ո՞ր մոտեցումն է ընդհանուր առմամբ նախընտրելի տվյալ հիվանդի նման ադենոկարցինոմայի դեպքում:

Ա-Քննարկել FLOT-ի շուրջվիրահատական սխեման՝ որպես նախընտրելի համակարգային մոտեցում մեծամասնության համար, բուժումը անհատականացնելով խորհրդում

Բ-Ընտրել նեոադյուվանտ քիմիաճառագայթում՝ CROSS սխեմայով, այն դիտելով որպես ESMO 2025-ով բոլոր նման պացիենտների համար պարտադիր նախընտրելի

Գ-Քննարկել FOLFOX-ի և ճառագայթային բուժման համակցումը՝ որպես փուլ III համեմատությամբ շուրջվիրահատական FLOT-ին գերազանցող ստանդարտ

Դ-Ընտրել արմատական քիմիաճառագայթային բուժում և վիրահատությունը նախատեսել միայն մնացորդային ուռուցքի դեպքում՝ մասնահատելիությունը դիտելով որպես երկրորդական

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11889489/

257. 73-ամյա պացիենտը վերջին երեք ամսում սկսել է դժվարությամբ կուլ տալ նախ պինդ, ապա նաև հեղուկ սնունդը և կորցրել է 11 կգ: Մանոմետրիայով կան ստորին կերակրափողային սեղմանի թերի թուլացման նշաններ: Էնդոսկոպիայով լորձաթաղանթի մակերեսն առանձնապես փոփոխված չէ, սակայն սարքը դժվարությամբ է անցնում կերակրափող-ստամոքսային անցումով: Առաջին մակերեսային բիոպսիան բացասական է: Ո՞ր մոտեցումն է առավել ճիշտ:

Ա-Ախալազիան նախնական գնահատել որպես հաստատված III տիպ՝ մանոմետրիայով, և պլանավորել երկար POEM՝ առանց լրացուցիչ հյուսվածքային քննության

Բ-Կատարել ժամանակավոր պնևմատիկ լայնացում՝ նեղացման բնույթի մասին դատելով ախտանշանային պատասխանից, ապա անհրաժեշտության դեպքում անցնել EUS-ի

Գ-Նախ կատարել բարիումային էզոֆագոգրաֆիա՝կերակրափողի դատարկման աստիճանը գնահատելու, ապա արդյունքով ընտրել միոտոմիայի եղանակը

Դ-Կասկածել չարորակ պսևդոախալազիա և կատարել դիստալ կերակրափողի/անցման նպատակային կառուցվածքային գնահատում՝ EUS-ով, ՀԾ-ով և անհրաժեշտ խորքային նմուշառմամբ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9896940/

https://doi.org/10.1007/s12094-026-04291-y

258. 42-ամյա պացիենտի կերակրափողի բարձր հստակության մանոմետրիայով (HRM) հաստատվել է III տիպի ախալազիա: Սպաստիկ, վաղաժամ կծկումները տարածվում են կերակրափողի դիստալ 11 սմ հատվածով: Պացիենտը վիրահատական լավ թեկնածու է, փորձառու կենտրոնում հասանելի են POEM, Հելլերի լապարոսկոպիկ միոտոմիա՝ ֆունդոպլիկացիայով, և պնևմատիկ լայնացում: Ո՞ր ընտրությունն է առավել ուղղակիորեն լուծում այս ախտաբանական մոտոր բաղադրիչը:

Ա-Քննարկել փուլային պնևմատիկ լայնացումներ՝ ուղղված ստորին սեղմանին, և սպաստիկ հատվածի պատասխանը գնահատել հետագա մանոմետրիայով

Բ-Քննարկել անհատականացված երկար POEM՝ ընդգրկելով մանոմետրիայով որոշված սպաստիկ հատվածը և անցումը՝ տեղեկացնելով ռեֆլյուքսի վտանգի մասին

Գ-Ընտրել Հելլերի ստանդարտ երկարության միոտոմիա՝ ֆունդոպլիկացիայով, առանց երկար սպաստիկ հատվածի հատուկ քարտեզագրման

Դ-Սկզբում կատարել էնդոսկոպիկ բոտուլոտոքսինի ներարկում՝ մանոմետրիկ պատասխանից կախված POEM-ը հետագայի համար պահպանելով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9896940/

https://www.sages.org/publications/guidelines/update-to-guidelines-for-the-use-of-poem-for-achalasia/

259. 56-ամյա տղամարդու մոտ առատ փսխումից երկու ժամ անց զարգացել են ձախից կրծքային ցավ, ջերմություն և հաճախաշնչություն: ՀԾ-ից առաջ կատարված ռենտգենագրությունում առկա են ձախ թոքամզային հեղուկ և պնևմոմեդիաստինում: Հիվանդը հեմոդինամիկորեն դեռ կայուն է. կասկածվում է Բուրհավեի համախտանիշ: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել ամբողջական՝ անհետաձգելի բուժումը պլանավորելու համար:

Ա-Կատարել կրծքավանդակի ու վերին որովայնի կոնտրաստային ՀԾ՝ ըստ հնարավորության պերօրալ ջրալույծ կոնտրաստով՝ գնահատելով արտահոսքը, միջնորմն ու թոքամզային խոռոչը

Բ-Առաջին հերթին կատարել միայն էնդոսկոպիա՝ անցքի չափը պարզելու համար, առանց կրծքավանդակի աղտոտման գնահատման

Գ-Կրկնել պարզ ռենտգենագրությունը մի քանի ժամից և ՀԾ-ի անհրաժեշտությունը գնահատել միայն օդի քանակի աճի դեպքում

Դ-Ընտրել ջրալույծ կերակրափողագրություն որպես միակ հետազոտություն՝ միջնորմային կամ թոքամզային կուտակումները համարելով երկրորդական

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544956/

260. Էնդոսկոպիկ միջամտության ժամանակ առաջացած կերակրափողի 7 մմ պերֆորացիան հայտնաբերվել է երկու ժամում: Կոնտրաստային ՀՇ-ով արտահոսքը սահմանափակ է պարաէզոֆագեալ տարածությամբ, առանց ազատ թոքամզային աղտոտման կամ նշանակալի հեղուկային կուտակման: Հիվանդը կայուն է, պերիտոնիտ և սեպսիս չկան, անհետաձգելի մասնագիտացված հսկողություն ապահովված է: Ո՞ր ծրագիրն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ընտրել կարճատև NPO (բերանով սննդի և հեղուկների ընդունման լիակատար դադարեցում) և հակաբիոտիկներ՝ առանց սնուցման առանձին ապահովման կամ պլանային հսկողության, քանի որ արտահոսքը սահմանափակ է

Բ-Կատարել առաջնային թորակոսկոպիկ կարում և պլևրալ դրենավորում՝ որպես պարտադիր առաջին քայլ անգամ առանց ազատ աղտոտման

Գ-Ընտրել խիստ վերահսկվող ոչ վիրահատական կամ էնդոսկոպիկ վարում՝ բերանային սնուցման ժամանակավոր դադարեցմամբ, հակաբիոտիկներով, սնուցմամբ և կրկնակի կլինիկապատկերային գնահատմամբ

Դ-Տեղադրել ծածկված ստենտ՝ այն դիտելով որպես ինքնաբավ բուժում՝ առանց հետագա կրկնակի պատկերային վերահսկման

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544956/

261. Կերակրափողի ստորին կրծքային հատվածի սպոնտան պատռվածքից 18 ժամ անց 51-ամյա պացիենտը գտնվում է վերակենդանացման բաժանմունքում: ՀՇ-ով կա արտահոսք դեպի ձախ թոքամզային խոռոչ՝ բազմախոռոչ թարախային պարունակությամբ: Վերակենդանացման միջոցառումներից հետո հեմոդինամիկան կայունացվել է: Էնդոսկոպիայով եզրերը կենսունակ են, և վիրաբուժական թիմը գնահատում է անմիջական փակումը տեխնիկապես հնարավոր: Ո՞ր միջամտությունն է առավել ամբողջական աղբյուրային վերահսկման համար:

Ա-Տեղադրել ծածկված ստենտ և շարունակել հակաբիոտիկները՝ թոքամզային սանացիան պահելով դրենավորումից հետո վարակի շարունակվելու դեպքերին

Բ-Կատարել պատկերի ուղղորդմամբ բազմակաթետերային պլևրալ դրենավորում և փակման եղանակը գնահատել մեկշաբաթյա հակաբիոտիկային բուժումից հետո

Գ-Կատարել առաջնային էզոֆագէկտոմիա՝ միևնույն միջամտությամբ նոր տրանսպլանտատ ստեղծելով, չնայած տեղային կենսունակ եզրերին

Դ-Կատարել պլևրալ/միջնորմային սանացիա ու արդյունավետ դրենավորում՝ կենսունակ եզրերի դեպքում քննարկելով առաջնային փակում և անոթավորված հյուսվածքով ամրացում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544956/

262. 38-ամյա պացիենտը ընդունվել է բարձր հիմնայնությամբ նյութ ընդունելուց հետո: Հետազոտությամբ կան որովայնի գրգռման նշաններ և լակտատ՝ 4,7 մմոլ/լ: Ներերակային կոնտրաստով ՀՇ-ն ցույց է տալիս կերակրափողի և ստամոքսի պատի հատվածներ առանց կոնտրաստավորման, նաև ազատ հեղուկ: Շոկի դեմ միջոցառումները սկսված են: Ո՞ր ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կայունացնելուց հետո նախ կատարել շտապ էնդոսկոպիկ գնահատում և, եթե երևում է խորը խոցոտում, շարունակել ոչ վիրահատական բուժումը մինչև երկրորդ ՀՇ-ն

Բ-Անհապաղ կատարել վիրահատական ռևիզիա՝ գնահատելով կերակրափողի և ստամոքսի պատերի կենսունակությունը և հեռացնելով մեռուկացած հատվածները:

Գ-Կատարել կերակրափողի և ստամոքսի էնդոսկոպիկ զննում՝ նեկրոզի խորությունը որոշելու, ապա միայն հաջորդ օրը քննարկել վիրահատական միջամտությունը

Դ-Սկզբում ընտրել լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ, պերֆուզիայի վերակենդանացում և սերիական ՀՇ՝ վիրահատությունը պահելով հաստատված ազատ պերֆորացիայի համար

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544956/

263. McKeown էզոֆագէկտոմիայից վեցերորդ օրը պարանոցային վերքից թքախառը արտադրություն է հայտնվում: Հիվանդը կայուն է, բայց CRP-ն բարձրանում է, իսկ ՀՇ-ով վերին միջնորմում կա 4 սմ հեղուկային կուտակում: Էնդոսկոպիկ զննմամբ ստամոքսային տրանսպլանտատի պատը հիմնականում կենսունակ է, պարանոցային բերանակցման մոտ՝ փոքր եզրային դեֆեկտ: Ո՞ր բուժական մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել պարանոցի և միջնորմի հեղուկային կուտակումների արդյունավետ սանացիա և դրենավորում: Դադարեցնել բերանով սնուցումը, կազմակերպել համարժեք նուտրիցիոնալ աջակցություն և թիրախային հակամանրէային բուժում՝

անհրաժեշտության պարագայում կիրառելով լրացուցիչ էնդոսկոպիկ մանիպուլյացիաներ

Բ-Պարանոցային վերքի բացմամբ իրականացնել տեղային դրենավորում, իսկ ՀՇ-ով միջնորմային կուտակումը վերահսկել առանց դրա առանձին նպատակային մշակման

Գ-Կատարել էնդոսկոպիկ սեղմակներով փակում, իսկ միջնորմի դրենավորումը կիրառել որպես երկրորդային քայլ՝ անաստոմոզի անբավարարություն և դեֆեկտի ձևավորման պարագայում

Դ-Ընտրել EVT (էնդոսկոպիկ վակուումային թերապիա)՝ որպես անաստոմոզի արատի և միջնորմային տարածության բուժում՝ առանց ստուգելու պարանոցային բաց դրենավորման բավարարությունը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/dote/doag006

264. Ivor Lewis էզոֆագէկտոմիայից հետո հինգերորդ օրը պացիենտի մոտ զարգացել է սեպսիս՝ լակտատի մակարդակի բարձրացմամբ: ՀՇ-ով կա միջնորմային արտահոսք, իսկ անհետաձգելի էնդոսկոպիայով երևում է ստամոքսային տրանսպլանտատի երկար հատվածի նեկրոզ՝ ներառյալ բերանակցման շրջանը: Ո՞րն է առավել հիմնավորված հիմնական մարտավարությունը:

Ա-Նախ կիրառել EVT և սերիական էնդոսկոպիկ մշակումներ՝ որպես տրանսպլանտատը պահպանող մարտավարություն

Բ-Տեղադրել լայն ծածկված ստենտ և կատարել պլևրալ դրենավորում

Գ-Անհապաղ կազմակերպել վիրահատական ռևիզիա՝ նեկրոզի ենթարկված տրանսպլանտատի հեռացմամբ

Դ-Կատարել թորակոսկոպիկ սանացիա և դրենավորում՝ հետագա էնդոսկոպիկ վերահսկմամբ:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/dote/doag006

265. Կերակրափողի քաղցկեղի պատճառով էզոֆագէկտոմիայից տասն ամիս անց 63-ամյա պացիենտն ունի կրկնվող և հարաճող դիսֆագիա: Էնդոսկոպիայով բերանակցման մակարդակում առկա է անկանոն, կոշտ նեղացում, իսկ ՀՇ-ով՝ բերանակցման շրջանի անհամաչափ պատի հաստացում: Նախորդ հետազոտությամբ բերանակցումը անցանելի էր: Ո՞ր քայլն է առավել հիմնավորված նախքան կրկնվող բալոնային լայնացում կազմակերպելը:

Ա-Կատարել նեղացման փուլային բալոնային լայնացում, իսկ նպատակային բիոպսիան վերցնել միայն լայնացումից հետո, եթե կուլ տալը չի լավանում

Բ-Կատարել PET-ՀՇ և, եթե բերանակցման շրջանում FDG-ի կուտակումը ցածր է, անցնել բալոնային լայնացման առանց հյուսվածքային հաստատման

Գ-Քննարկել կարճաժամկետ ծածկված ստենտավորում՝ ստենոզի ախտանշանները կառավարելու համար և բիոպսիան հետաձգել ստենտի հեռացումից հետո

Դ-Կատարել նեղացման նպատակային բիոպսիա և տեղային/համակարգային վերափուլավորում՝ չարորակ ռեցիդիվը տարբերակելու բարորակ սպիից

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914638/

266. McKeown էզոֆագէկտոմիայի ընթացքում ստամոքսային խողովակի ձևավորումից առաջ վիրաբույժը հայտնաբերում է, որ մեծ կորության երկայնքով աջ ստամոքսճարպոնային զարկերակային աղեղի կենտրոնական հատվածը պատահաբար վնասվել է: Ստամոքսի ֆունդուսի պերֆուզիան սահմանային է, և ծրագրված է պարանոցային բերանակցում: Ո՞ր որոշումն է առավել անվտանգ ուռուցքաբանական վերականգնման համար:

Ա-Գնահատել դիստալ պերֆուզիան միայն խողովակի ծայրի տեսանելի գույնով և բավարար տեսքի դեպքում շարունակել պարանոցային բերանակցումը

Բ-Դադարեցնել սովորական խողովակի ձևավորումը, գնահատել և հնարավորության դեպքում վերականգնել անոթային սնուցումը, այլապես քննարկել այլ փոխարինող օրգան կամ փուլային վերականգնում

Գ-Առաջնահերթ ընտրել կարճ և լայն ստամոքսային խողովակ՝ առանց գլխավոր սնուցող զարկերակի վերականգնման, և բերանակցումը տեղափոխել կրծքավանդակ

Դ-Քննարկել Ivor Lewis տիպի կարճ տրանսպլանտատ՝ նոր անոթային գնահատում չկատարելով, քանի որ տեղափոխման ուղու կրճատումն ինքնին նվազեցնում է իշեմիան

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1007/s00464-025-11780-8

267. Համակցված բուժումից հետո 57-ամյա պացիենտին պլանավորվում է էզոֆագէկտոմիա՝ կերակրափողի միջին-վերին կրծքային հատվածի քաղցկեղի պատճառով: Նախավիրահատական էնդոսկոպիայով պրոքսիմալ ուռուցքային սահմանը գտնվում է 23 սմ մակարդակում՝ վերին կտրիչներից, և ներկրծքային բերանակցմամբ բավարար պրոքսիմալ R0 եզր ապահովելը կասկածելի է: Ստամոքսը հարմար է տրանսպլանտատի համար: Ո՞ր ընտրությունն է առավել համահունչ ուռուցքաբանական նպատակին:

Ա-Ընտրել Ivor Lewis վիրահատություն՝ բերանակցումը տեղադրելով կրծքավանդակում հնարավորինս բարձր, բայց առանց կրկնակի գնահատելու պրոքսիմալ R0 եզրը

Բ-Ընտրել տրանսհիատալ էզոֆագէկտոմիա՝ պարանոցային բերանակցմամբ, առանց վերին միջնորմի անհրաժեշտ ավշային դաշտի գնահատման

Գ-Քննարկել McKeown էզոֆագէկտոմիա՝ պարանոցային բերանակցմամբ, երբ դա անհրաժեշտ է բավարար պրոքսիմալ ուռուցքաբանական եզր ապահովելու համար

Դ-Ընտրել Ivor Lewis՝ ինտենսիվ հետվիրահատական հսկողության պայմանով, ապա դրական պրոքսիմալ եզրի դեպքում քննարկել ճառագայթային լրացուցիչ բուժում

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914638/

268. Երկու պացիենտի մոտ կա դիսֆագիա և դիստալ կերակրափողի դատարկման խանգարում: Առաջինի կերակրափողի բարձր հստակության մանոմետրիայով (HRM) ստորին կերակրափողային սեղմանի թուլացումը խանգարված է և բացակայում է նորմալ պերիստալտիկան: Երկրորդի մոտ սեղմանի թուլացումը նույնքան խանգարված է, բայց պահպանված են մի շարք պերիստալտիկ կծկումներ: Ո՞ր մեկնաբանությունն է առավել ճիշտ՝ նախքան ախալազիայի վերջնական ախտորոշումը:

Ա-Առաջինը համատեղելի է ախալազիայի հետ, իսկ երկրորդում պետք է քննարկել կերակրափող-ստամոքսային անցման ելքային օբստրուկցիա և հաստատող հետազոտություններ՝ անատոմիական խցանումը բացառելով

Բ-Երկու դեպքում էլ բարձր ինտեգրված ռելաքսացիոն ճնշումը (IRP) բավարար է նույն տիպի ախալազիա հաստատելու համար՝ անկախ պերիստալտիկայից

Գ-Երկրորդում գնահատել դիստալ կերակրափողի սպազմ՝ ընդգծված սեղմանային թուլացման խանգարումը դիտելով որպես երկրորդական, առանց կառուցվածքային պատճառները բացառելու

Դ-Առաջինում ախալազիան համարել անորոշ մինչև դասական լայնացած կերակրափող հայտնաբերելը՝ մանոմետրիայի գնահատումը թողնելով երկրորդական

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9896940/

https://www.sages.org/publications/guidelines/update-to-guidelines-for-the-use-of-poem-for-achalasia/

https://doi.org/10.1111/nmo.14058

269. 48-ամյա պացիենտի III տիպի ախալազիան բուժվել է POEM-ով: Դիսֆագիան զգալիորեն նվազել է, սակայն վեց ամիս անց էնդոսկոպիայով հայտնաբերվել է LA (Լոս Անջելեսի դասակարգման) C աստիճանի ռեֆլյուքսային էզոֆագիտ՝ առանց արտահայտված այրոցի: Ո՞րն է հետմիջամտական վարման առավել հիմնավորված մոտեցումը:

Ա-Սահմանափակվել ախտանիշների սուբյեկտիվ գնահատմամբ և ՊՊԻ (PPI) թերապիան կիրառել բացառապես «ըստ պահանջի»՝ այրոցի էպիզոդների պարագայում՝ անկախ էնդոսկոպիկ LA C պատկերից

Բ-Առաջնահերթ քննարկել լապարոսկոպիկ ֆունդոպլիկացիա՝ առանց նախնական դեղորայքային բուժման՝ բոլոր LA C դեպքերում

Գ-Կատարել միայն pH-իմպեդանսային քննություն և մինչև դրա պատասխանը հետաձգել արդեն փաստագրված ծանր էզոֆագիտի բուժումը

Դ-Կազմակերպել թթվաճնշող բուժում և օբյեկտիվ հսկողություն՝ հաշվի առնելով POEM-ից հետո նաև նշանակալի ռեֆլյուքսի հնարավորությունը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9896940/

https://www.sages.org/publications/guidelines/update-to-guidelines-for-the-use-of-poem-for-achalasia/

https://doi.org/10.1016/j.gie.2024.10.008

270. 61-ամյա պացիենտի կերակրափողի տափակբջջային քաղցկեղը բուժվել է նեոադյուվանտ քիմիաճառագայթմամբ, ապա R0 էզոֆագէկտոմիայով: Հյուսվածքաբանությամբ հայտնաբերվել է մնացորդային կենսունակ ուռուցք՝ ypT2N1, և պացիենտի ընդհանուր վիճակը թույլ է տալիս ադյուվանտ բուժում: Ո՞ր մոտեցումն է առավել համապատասխան տվյալ կլինիկական դեպքին:

Ա-Քննարկել ադյուվանտ պլատինային քիմիաթերապիա՝ ypN1-ի պատճառով, անկախ արդեն ստացված քիմիաճառագայթային բուժումից

Բ-Քննարկել ադյուվանտ նիվոլումաբ՝ նեոադյուվանտ քիմիաճառագայթումից և R0 մասնահատումից հետո մնացորդային հիվանդության պատճառով

Գ-Ընտրել միայն հսկողություն՝ R0 եզրը համարելով բավարար անկախ մնացորդային ypT2N1 հիվանդությունից

Դ-Նշանակել հետվիրահատական քիմիաթերապիա FLOT սխեմայով՝ համարելով այն արդեն ստացված նեոադյուվանտ քիմիաճառագայթման ստանդարտ շարունակությունը

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35914638/

https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032125

271. Կերակրափողի պերֆորացիայով երկու պացիենտ են ընդունվել 24 ժամ անց: Առաջինը կայուն է, ունի փոքր սահմանափակ արտահոսք և կերակրափողի կենսունակ պատեր, երկրորդն ունի ազատ թոքամզային աղտոտում, աճող սեպսիս և պատի լայնածավալ վնասում: Ո՞ր գործոնների համակցությունը պետք է առաջնահերթ որոշի բուժական ռազմավարությունների տարբերությունը:

Ա-Պլանը որոշել գլխավորապես արտահոսքի բացվածքի չափով և հայտնաբերման ժամկետով՝ կլինիկական ծանրությունը համարելով լրացուցիչ, ոչ որոշիչ գործոն

Բ-Պլանը որոշել հիմնականում սնուցման վիճակով և վիրահատական ռիսկով՝ արտահոսքի անատոմիան գնահատելով միայն միջամտության ընթացքում

Գ-Հեմոդինամիկան, սեպսիսի ծանրությունը, արտահոսքի սահմանափակվածությունը, պատի կենսունակությունը և աղբյուրի վերահսկման հասանելիությունը

Դ-Հենվել հիմնականում էնդոսկոպիկ անցքի տրամագծի և կերակրափողի հատվածի վրա՝ միջնորմային աղտոտումը հսկելով միայն բուժումից հետո

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544956/

272. Ivor Lewis էզոֆագէկտոմիայից հետո հայտնաբերվել է 2 սմ չափսի անաստոմոզի անբավարարություն և միջնորմի 6 սմ ինֆեկցված խոռոչ: Տրանսպլանտատի լորձաթաղանթը կենսունակ է: Հակամանրէային թերապիայի և դրենավորման ֆոնին պացիենտի վիճակը կայունացել է, սակայն ՀՇ հսկողությամբ պահպանվում է միջնորմի մնացորդային չդրենավորված խոռոչ: Քննարկվում է ծածկված ստենտ կամ էնդոսկոպիկ վակուումային թերապիա (EVT): Ո՞րն է որոշիչ սկզբունքը:

Ա-Նախ ապահովել վարակված խոռոչի լիարժեք դրենավորում և նուտրիցիոնալ/հակամանրէային աջակցություն, ապա ընտրել EVT կամ ստենտ՝ ըստ դեֆեկտի ու խոռոչի անատոմիայի

Բ-Տեղադրել ծածկված ստենտ՝ շարունակելով հակաբիոտիկները, իսկ միջնորմային չդրենավորված օջախի մշակումը թողնել կլինիկական վատթարացման դեպքերին

Գ-Կատարել ներլուսանցքային կարում և կրկնակի պատկերային հսկողություն՝ առանց վերագնահատելու միջնորմային խոռոչի առկա դրենավորման արդյունավետությունը

Դ-Առաջնահերթ կատարել թորակոսկոպիկ սանացիա և անհապաղ կրկնակի բերանակցում՝ առանց քննարկելու օրգանապահպան էնդոսկոպիկ եղանակները

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544956/

https://doi.org/10.1093/dote/doag006

273. 49-ամյա պացիենտի մոտ ձախից կրծքավանդակի կողմնային պատում ՀՇ-ով և ՄՌՇ-ով հայտնաբերվել է 7,2 սմ խոր տեղակայված գոյացություն՝ միջկողային մկանների և վեցերորդ կողի հետ շփումով: Կասկածվում է փափուկ հյուսվածքների սարկոմա: Մաշկը ներգրավված չէ, հեռավոր մետաստազներ չկան: Նմուշառումը հնարավոր է ինչպես կարճ տրանսպլևրալ, այնպես էլ ավելի երկար էքստրապլևրալ ճանապարհով: Ո՞ր բիոպսիոն ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ընտրել կարճ տրանսպլևրալ հաստ ասեղային բիոպսիան՝ նմուշի բավարար լինելը առաջնահերթ համարելով հետագա մասնահատման դաշտի սահմաններից դուրս տարածումից

Բ-Կատարել բաց ինցիզիոն բիոպսիա՝ լայն մուտքով, որպեսզի հնարավոր լինի միաժամանակ ճշտել գոյացության կապը կողոսկրի հետ

Գ-Պլանավորել էքստրապլևրալ հաստ ասեղային բիոպսիան՝ ուղին ներառելով հնարավոր վերջնական մասնահատման դաշտի սահմաններում

Դ-Կատարել առաջնային սահմանափակ հեռացում՝ պահպանելով ենթադրյալ պատիճը, ապա ըստ հյուսվածաբանության որոշել լայնացման ծավալը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42092501/

274. 56-ամյա պացիենտի մոտ բիոպսիայով հաստատված է հինգերորդ կողի 6,4 սմ առաջնային խոնդրոսարկոմա: ՄՌՇ-ով հարակից միջկողային մկանների փոքր հատվածի ներգրավում կա, բայց թոքի, անոթների և ողնաշարի ինվազիա չկա: Հեռակա մետաստազավորում չի հայտնաբերվել: Տեխնիկապես հնարավոր է մեկ բլոկով հեռացնել ախտահարված կողի հատվածը, հարակից փափուկ հյուսվածքները և ստանալ բացասական եզրեր: Ո՞րն է նախընտրելի բուժական սկզբունքը:

Ա-Կատարել լայն միասնական մասնահատում՝ R0 եզրերի և կրծքավանդակի պատի վերականգնման նախօրոք համաձայնեցված պլանով

Բ-Սկսել նեոադյուվանտ պլատինային քիմիաթերապիա՝ օպերատիվ մասնահատման դաշտը նվազեցնելու նպատակով, ապա որոշել վիրահատության ծավալը

Գ-Կատարել ախտահարված կողի սեգմենտային ներոսկրային կյուրետաժ՝ պահպանելով միջկողային մկանների ներգրավված հատվածը

Դ-Կատարել ուռուցքի մասնակի հեռացում և մնացորդային պատիճի ճառագայթում՝ խուսափելով մեծ պատային դեֆեկտից

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42092501/

275. 62-ամյա պացիենտի կրծքավանդակի առաջակողմնային պատի սարկոման հեռացվել է մեկ բլոկով՝ չորս հարակից կողերի մասնահատման հետևանքով առաջացել է պատի 12×15 սմ դեֆեկտ: Թոքը կենսունակ է, մաշկը կարելի է փակել, սակայն փորձնական օդափոխությամբ նկատվում են պատի պարադոքսալ շարժում և վատ օդափոխանակային մեխանիկա: Վերքն ախտահարված չէ: Ո՞ր վերականգնողական պլանն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել միայն լայնագույն մկանով ծածկում՝ ենթադրելով, որ մկանային հաստությունը բավարար է պարադոքսալ շարժումը կանխելու համար

Բ-Ապահովել միայն պլևրալ հերմետիկությունը և պատի կայունացումը կատարել ուշ՝ թոքերի վերաընդարձակումից հետո

Գ-Կատարել կոշտ կամ կիսակոշտ կառուցվածքային վերականգնում՝ համապատասխան կենսունակ փափուկ հյուսվածքային ծածկույթով

Դ-Կատարել միայն մաշկի և ենթամաշկի լարված փակում՝ այն ամրացնելով պահպանված հարակից կողերին

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42092501/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

276. 67-ամյա պացիենտի մոտ նախկին սարկոմայի մասնահատումից հետո տեղադրված սինթետիկ ցանցը բացվել է վերքի մեջ. առկա է թարախային արտադրություն, ցանքսը դրական է, սակայն սեպսիս չկա: ՈւՁՀ-ով կա տեղային խոռոչ, իսկ լայնագույն մկանից հնարավոր է ստանալ լավ անոթավորված լաթ: Ո՞րն է առավել հիմնավորված վերականգնողական մոտեցումը:

Ա-Սկզբում կատարել դեբրիդմենթ և վարակի օջախի վերահսկում, գնահատել վարակված նյութի հեռացման անհրաժեշտությունը և վերականգնել կենսունակ ծածկույթը՝ կառուցվածքային նյութը ընտրելով ըստ դաշտի վիճակի

Բ-Կատարել սահմանափակ դեբրիդմենթ և պահպանել ցանցը՝ վաղ մկանային լաթով ծածկելով այն, եթե պատի կայունությունը բավարար է և չկան արտահայտված կլինիկական նշաններ

Գ-Նախ սկսել ցանքսով ուղղորդված հակաբիոտիկներ ու տեղային բացասական ճնշմամբ բուժում՝ վերջնական վերականգնումը հետաձգել, առանց ցանցի վիճակի վիրահատական գնահատման

Դ-Հեռացնել ցանցը և միևնույն միջամտությամբ կատարել նոր, մշտական ցանցով կառուցվածքային վերականգնում՝ անկախ տեղային թարախային խոռոչի չափից

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

277. 65-ամյա պացիենտին կրծքավանդակի առաջային պատի ուռուցքի մասնահատումից հետո դեֆեկտը փակվել է մկանային լաթով՝ առանց կառուցվածքային ամրացման: Վերքը լավ է ապաքինվել, բայց ներշնչման ընթացքում նկատվում է պատի լայն հատվածի ներհրում, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ աճում է հևոցը, ՀՇ-ով թոքային նոր ախտահարում չի հայտնաբերվում: Ո՞ր խանգարումն է առավել հավանական և ինչպե՞ս պետք է այն գնահատել:

Ա-Լաթի տեղային դեներվացիայի հետևանքով սահմանափակ կոսմետիկ ձևախախտում. բավարար է մաշկի և սպիի վերագնահատումը

Բ-Պատի մեխանիկական անկայունություն. գնահատել պարադոքսալ շարժումն ու շնչառական ֆունկցիան՝ քննարկելով ամրացում

Գ-Բրոնխի արտաշնչական կոլապս. կատարել դինամիկ բրոնխոսկոպիա և պատի վերականգնումը համարել երկրորդական

Դ-Թոքամզային կպումների պատճառով ստոծանու պարեզ. կատարել միայն ստոծանու պլիկացիայի նախապատրաստում

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

278. 61-ամյա պացիենտի կրծքավանդակի պատի կրկնակի վերականգնման համար քննարկվում է մեջքի լայնագույն մկանի լաթ կիրառել: Վեց տարի առաջ հետին-կողմնային թորակոտոմիայի ժամանակ նույն մկանն անջատվել է և կրկին կարվել: Այս պահին մաշկն անփոփոխ է, բայց լաթի շարժունակությունն ու սնուցումը անհայտ են: Ո՞ր նախավիրահատական քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ընտրել նույն լաթը՝ հիմնվելով արտաքին մաշկային սպիի կայունության և մկանի չափերի վրա

Բ-Որոշել լաթի հարմարությունը միայն կրծքավանդակի ՀԾ-ով՝ առանց անոթային ոտիկի առանձին գնահատման

Գ-Վերականգնել լաթը՝ պահպանելով նախկին անջատման գիծը, և կենսունակությունը գնահատել միայն տեղափոխումից հետո

Դ-Քարտեզագրել կրծքամեջքային (Thoracodorsalis) անոթային ոտիկի և մկանի մնացած արյունամատակարարման վիճակը, անհրաժեշտության դեպքում ընտրել այլ անոթավորված լաթ

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

279. 19-ամյա պացիենտն ունի արտահայտված ձագարաձև կրծքավանդակ (pectus excavatum), Haller-ի ինդեքսը՝ 4,0: Նա նշում է արագ վրա հասնող հոգնածություն, սակայն նախկինում ունեցել է ֆիզիկական ցածր ակտիվություն և երկաթի պակասորդ: ՀԾ-ով աջ փորոքի որոշակի սեղմում երևում է, իսկ հանգստի վիճակում սպիրոմետրիան նորմալ է: Վիրահատական միջամտություն կատարելու որոշման համար ո՞ր լրացուցիչ գնահատումն է առավել արժեքավոր:

Ա-Կատարել սիրտ-թոքային ծանրաբեռնվածության քննություն (CPET) և սրտի գնահատում՝ համադրելով իրական սահմանափակումը դեֆորմացիայի, անատոմիայի և այլ պատճառների հետ

Բ-Ընդունել միայն Haller-ի 4,0 ինդեքսը որպես վիրահատության պարտադիր ցուցում՝ անկախ այլ ֆունկցիոնալ խանգարումներից

Գ-Նախ կատարել կրծքավանդակի նոր ՀԾ տարբեր շնչառական փուլերով և վերջնական ցուցումը սահմանել միայն ամենաբարձր Haller-ի արժեքով

Դ-Սպիրոմետրիայի նորմալ պատասխանի դեպքում բացառել դեֆորմացիայով պայմանավորված սրտի ճնշումը և անցնել միայն հսկողության

https://academic.oup.com/ejcts/article/66/1/ezae166/7706289

280. 23-ամյա պացիենտի ձագարաձև կրծքավանդակի Haller-ի ինդեքսը 4,5 է: ՄՌԾ-ով հաստատվում է աջ փորոքի լցման սահմանափակում: CPET-ով VO_2peak-ը կանխատեսվածի 72%-ն է, իսկ օդափոխանակային ռեզերվը պահպանված է. թոքային ֆունկցիան ու հեմոգլոբինը նորմալ են: Ո՞ր մեկնաբանությունն է առավել ճշգրիտ վիրահատական կորեկցիայի ակնկալվող օգուտի վերաբերյալ:

Ա-CPET-ի ցածր VO_2peak-ը պարտադիր վկայում է առաջնային թոքային սահմանափակման մասին, ուստի կրծքավանդակի ձևախախտման ուղղումը չի ազդի ծանրաբեռնվածության վրա

Բ-Haller-ի ինդեքսն ինքնին ապացուցում է, որ վիրահատությունից հետո VO_2peak-ը կդառնա առողջների միջինին հավասար

Գ-Պատկերային եղանակով հաստատված սեղմումը և արձանագրված ֆունկցիոնալ խանգարումները հիմք են հանդիսանում վիրահատական շտկման ֆունկցիոնալ ցուցման համար, սակայն վիրահատական միջամտությունից սպասվող բարելավման աստիճանը պետք է քննարկվի խիստ անհատականացված մոտեցմամբ

Դ-Վիրահատությունը նպատակահարմար է միայն եթե հանգստի վիճակում FEV_1-ը նվազի մինչև կանխատեսվածի 80%-ից ցածր

https://academic.oup.com/ejcts/article/66/1/ezae166/7706289

281. 26-ամյա պացիենտին նախատեսվում է Nuss վիրահատություն: Մանկության տարիներին կատարվել է միջին ստերնոտոմիա՝ բնածին սրտային արատի ուղղման համար: Այսօր ՀՇ-ով սրտապարկը հպվում է կրծոսկրի հետին մակերեսին, ենթադրվում են խիտ հետկրծոսկրային կպումներ: Ո՞ր վիրահատական անվտանգության պլանն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Ընտրել ստանդարտ կույր ռետրոստերնալ անցում՝ նվազեցնելով գործիքի մանիպուլյացիաների թիվը

Բ-Ապահովել պատկերային և թորակոսկոպիկ վերահսկում, կրծոսկրի բարձրացում ու ըստ կպումների՝ ուղղակի անջատում՝ նախապես պատրաստ լինելով սրտի վնասման շտապ վերահսկմանը

Գ-Նախ կատարել միակողմանի թոքամզային դրենավորում և անմիջապես անցկացնել ձողը՝ համարելով, որ ճնշման նվազումը կբաժանի կպումները

Դ-Վիրահատությունը պլանավորել միայն կրծոսկրի առաջային հյուսվածքների զննումով, քանի որ սրտային վնասման վտանգը որոշվում է հիմնականում մաշկի սպիով

https://academic.oup.com/ejcts/article/66/1/ezae166/7706289

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10407472/

282. 15-ամյա դեռահասն ունի սիմետրիկ, արտահայտված, սակայն ձեռքով հեշտ սեղմվող կիլաձև կրծքավանդակ (pectus carinatum): Մաշկային խնդիրներ չկան, շնչառական գանգատները նվազ են, իսկ պացիենտը և ընտանիքը պատրաստ են հետևողականորեն օգտագործել օրթեզը: Ո՞րն է առավել հիմնավորված բուժումը:

Ա-Ընտրել Nuss վիրահատություն՝ քանի որ կրծոսկրի առաջ ցցված հատվածի ցանկացած ձևախախտում ավելի լավ է ուղղվում շտկող ձողով

Բ-Քննարկել բաց աճառային մասնահատում՝ հնարավորինս վաղ, մինչև կրծքավանդակի պատի լրիվ կոշտացումը

Գ-Ընտրել միայն ֆիզիոթերապիա՝ օրթեզը հետաձգելով մինչև կրծքավանդակի պատի կոշտացումը

Դ-Սկսել անհատապես կարգավորվող արտաքին սեղմող օրթեզով բուժում՝ ճնշման, մաշկի և հետևողականության պարբերական վերահսկմամբ

https://academic.oup.com/ejcts/article/66/1/ezae166/7706289

283. 54-ամյա պացիենտի աջ ստոծանիական նյարդը վիրահատության ընթացքում վնասվել է 19 ամիս առաջ: Շարունակվում են պահպանվել պառկած դիրքում հևոցը, բարձրադիր աջ գմբեթը և ՈւՁՀ-ով պարադոքսալ շարժումը: Նստած դիրքում FVC-ը կանխատեսվածի 68%-ն է, պառկած դիրքում՝ 46%: Համապատասխան հսկողության ընթացքում ինքնուրույն վերականգնում չի նկատվել, և այլ շնչառական հիվանդությունները չեն բացատրում գանգատները: Ո՞ր միջամտությունն է առավել հիմնավորված քննարկել:

Ա-Քննարկել ստոծանիական նյարդի վերականգնողական վիրահատությունը՝ որպես առաջին ընտրություն, չնայած երկարատև կայունացած դեներվացիային

Բ-Շարունակել միայն դիտարկումն ու շնչառական վերականգնումը՝ ենթադրելով, որ 19 ամսից հետո ինքնուրույն վերականգնման հավանականությունն էապես չի փոխվել

Գ-Ստոծանու պլիկացիա՝ գմբեթի կայունացման և շնչառական մեխանիկայի բարելավման նպատակով

Դ-Քննարկել միայն գիշերային ոչ ինվազիվ օդափոխությունը

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.21037/jtd-2025-427

284. 68-ամյա պացիենտի կրծքավանդակի նոր ՀՇ-ով հայտնաբերվել է ստոծանու ձախ գմբեթի բարձր դիրք: Մեկ տարի առաջ գմբեթի դիրքը նորմալ էր: Պացիենտը վերջերս ունեցել է պարանոցի անհայտ ծագման ցավ, ունի 4 կգ քաշի կորուստ և նախկինում ենթարկվել է միջնորմի ճառագայթման: Շնչառական գանգատները չափավոր են: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Սկզբում պարզել ստոծանու շարժման դինամիկան և ստոծանիական նյարդի հնարավոր վնասման պատճառը՝ ճշտելով պարանոցի ցավի աղբյուրը և միջնորմի ուռուցքի հետճառագայթային բուժման փոփոխությունները

Բ-Անմիջապես կատարել կրծքավանդակի դինամիկ ՈւՁՀ և դրական պարադոքսալ շարժման դեպքում որոշել պլիկացիայի ցուցումը՝ առանց պատճառաբանության լրացուցիչ գնահատման

Գ-Նախ գնահատել միայն շնչառական ֆունկցիան պառկած և նստած դիրքերում և որոշել հետագա հսկողությունը ըստ FVC-ի փոփոխության

Դ-Կատարել ստոծանիական նյարդի էլեկտրոֆիզիոլոգիական հետազոտություն՝ որպես ՀՇ-ին փոխարինող եղանակ պարանոցային և միջնորմային պատճառների որոնման համար

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.21037/jtd-2025-427

285. 72-ամյա կնոջ մոտ ՀՇ-ով հաստատվել է Morgagni-ի ճողվածք՝ առաջային աջ ստոծանիական դեֆեկտով, որի միջով կրծքավանդակ են անցել լայնական հաստ աղիքի մի հատված և ճարպոն: Վերջին 12 ժամում զարգացել են ուժեղ ցավ, փսխում և աղիքային անանցանելիություն: ՀՇ-ով աղիքային պատի կոնտրաստավորումը անհամաչափ է, առկա է քիչ ազատ հեղուկ: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մարտավարությունը:

Ա-Նախ կատարել թորակոցենտեզ՝ աջակողմյան բազալ ստվերի բնույթը ճշտելու և ճողվածքային պարկի ճնշումը նվազեցնելու համար

Բ-Կազմակերպել շտապ վիրահատական ռևիզիա, օրգանների ներուղղում, աղիքի կենսունակության գնահատում և ստոծանիական դեֆեկտի վերականգնում

Գ-Ընտրել կարճատև կոնտրաստային անցանելիության փորձ, ապա ցավի պահպանման դեպքում հետաձգված վերականգնում

Դ-Նախ նշանակել միայն նազոգաստրալ դեկոմպրեսիա և հակաբիոտիկներ՝ սպասելով ինքնուրույն աղիքային անցանելիության վերականգնմանը

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.1007/s13304-023-01677-3

286. 45-ամյա պացիենտի ձախ հետկողային Bochdalek-ի ճողվածքի բացվածքով կրծքավանդակ են անցել ստամոքսի մի մասը և աղին: Վերադարձից հետո ստոծանու դեֆեկտը 10×8 սմ է, և սեփական հյուսվածքներով կարումը հանգեցնում է ակնհայտ լարվածության ու գմբեթի ձևախախտման: Աղին կենսունակ է, վարակային աղտոտում չկա: Ո՞ր վերականգնողական սկզբունքն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Փակել դեֆեկտն ուժեղ ձգումով՝ օգտագործելով առավել հաստ չներծծվող կարեր, անկախ եզրերի պերֆուզիայից

Բ-Թողնել դեֆեկտի մի փոքր հատված բաց՝ շնչառական շարժման ընթացքում կարերի վրա ճնշումը նվազեցնելու համար

Գ-Քննարկել ամուր, համապատասխան ամրացված պրոթեզային/լաթային համալրում՝ ստոծանու շարունակականությունը վերականգնելով առանց ավելորդ լարվածության

Դ-Նախ կատարել ստոծանու պլիկացիա առողջ հատվածից՝ առանց ճողվածքի բացվածքը ամբողջական վերացնելու

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.3389/fsurg.2025.1713049

287. 29-ամյա լողորդի աջ վերին վերջույթում 36 ժամ առաջ ծանրաբեռնվածությունից հետո առաջացել են ցավ և այտուց: Դուպլեքս ՈւՁՀ-ով հաստատվել է անութա-ենթաանրակային երակային սեգմենտի սուր թրոմբոզ, իսկ դիրքային պատկերային քննությամբ՝ անրակի ու առաջին կողի միջև սեղմում: Հեմոդինամիկան կայուն է, հակամակարդման հակացուցում չկա, թևի ֆունկցիայի պահպանումը առաջնահերթ է: Ո՞ր բուժական ծրագիրն է առավել հիմնավորված:

Ա-Անմիջապես կատարել առաջին կողի մասնահատում՝ մինչև հակամակարդիչ բուժումը կամ թրոմբի ծավալը գնահատելը

Բ-Սկսել միայն երկարատև հակամակարդիչ բուժում՝ բացառելով հետագա անատոմիական դեկոմպրեսիայի քննարկումը

Գ-Տեղադրել մետաղական երակային ստենտ սեղմման հատվածում՝ նախքան առաջին կողի դեկոմպրեսիայի հարցի լուծումը

Դ-Սկսել հակամակարդիչ բուժում և անոթային թիմում վաղ քննարկել ընտրված դեպքերում Էնդովասկուլյար թրոմբէկտոմիա/լիզիսը՝ հետագա անատոմիական դեկոմպրեսիայով

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2024.101959

288. 36-ամյա պացիենտի մոտ աջից կրծքային ելքի երակային համախտանիշի պատճառով նախատեսվում է տրանսաքսիլյար առաջին կողի մասնահատում: Վիրաբույժը մոբիլիզացնում է առաջին կողի միջին և հետին հատվածները: Առկա են նախկին միջամտությունից հետո սպիական փոփոխություններ: Ո՞ր նախնական անատոմիական ճշտումն է առավել անհրաժեշտ ծանր անոթանյարդային վնասումը կանխելու համար:

Ա-Որոշել միայն միջկողային անոթանյարդային խրձի ընթացքը երկրորդ կողի ստորին եզրով՝ վերին վերջույթի անոթներն ընդունելով հեռու վիրահատական դաշտից

Բ-Քարտեզագրել ենթաանրակային երակի, զարկերակի և բազկային հյուսակի հարաբերակցությունը առաջին կողին ու սանդղաձև մկաններին՝ ապահովելով դրանց վերահսկվող պաշտպանությունը

Գ-Սահմանափակվել ենթաանրակային երակի դիրքի գնահատմամբ՝ զարկերակն ու բազկային հյուսակը համարելով առաջին կողից մշտապես հեռու

Դ-Նախ հայտնաբերել միայն կրծքային ծորանը՝ առաջին կողի աջակողմյան մասնահատման հիմնական կառուցվածքային վտանգը գնահատելու համար

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2024.101959

289. 34-ամյա պացիենտի ձախ թոքի ստորին բլթում ՀՇ-ով առկա է բնածին կիստոզ հիպոպլազիա՝ կրկնվող երեք թոքաբորբով վերջին երկու տարում: Բրոնխոսկոպիայով ներբրոնխային խցանում չկա: ՀՇ-անգիոգրաֆիայով համակարգային անոմալ սնուցող զարկերակ չի հայտնաբերվել, իսկ բլթի մեծ մասը կառուցվածքային փոփոխված է: Թոքերի ֆունկցիան բավարար է լոբէկտոմիայի համար: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մոտեցումը:

Ա-Քննարկել բլթի ներսում ամենամեծ կիստայի թիրախային հեռացումը՝ պահպանելով բլթի մնացած կառուցվածքային փոփոխված հատվածը

Բ-Ընտրել երկարատև ցանքսով ուղղորդված հակամանրէային կանխարգելում՝ վիրահատությունը հետաձգելով մինչև մեկ այլ հոսպիտալացում

Գ-Քննարկել ախտահարված բլթի անատոմիական մասնահատումը՝ վերացնելով վարակային օջախը և ստանալով ամբողջական հյուսվածքաբանական եզրակացություն

Դ-Կատարել սեգմենտէկտոմիա առավել արտահայտված հատվածից

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3737621/

290. Չորսամսյա երեխայի ձախ թոքի վերին բլթի արագ մեծացող, ռենտգենաբանական բարձր թափանցիկությամբ (օդով գերլցված) հատվածի պատճառով ՀՇ-ից առաջ կատարված ռենտգենագրությունը մեկնաբանվել է որպես լարված պնևմոթորաքս: Հիվանդը թթվածնով կայուն է, հետազոտության պահին հեմոդինամիկ խանգարում չկա: Կրծքավանդակի ՈւՁՀ-ով պարզ թոքամզային ազատ օդի վստահ նշաններ չեն հաստատվում: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել անվտանգ:

Ա-Կատարել համապատասխան ՀՇ՝ տարբերակելով ներպարենխիմային գերփքված բիլթը թոքամզային ազատ օդից, նախքան պլևրալ դրենաժ տեղադրելը

Բ-Կատարել կարճաժամկետ կրկնակի ՈւՁՀ և եթե թոքային սահումը մեկ գոտում չի երևում, պլևրալ դրենաժ տեղադրել առանց շերտային պատկերավորման

Գ-Նախ կատարել ախտորոշիչ ասեղային պունկցիա առավել գերլուսավոր հատվածից՝ որոշելով օդի ներթոքային կամ պլևրալ լինելը

Դ-Կատարել անհետաձգելի ռիգիդ բրոնխոսկոպիա՝ բացառելու համար ներբրոնխային օբստրուկցիան՝ նախքան ՀՇ-ով գերլուսավոր հատվածի անատոմիան որոշելը

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3737621/

291. 44-ամյա պացիենտի կրծքավանդակի պատի բիոպսիայով հաստատված է դեսմոիդ տիպի ֆիբրոմատոզ: Գոյացությունը 4,2 սմ է, վերջին 10 ամիսների երեք ՄՌՇ-ներում չի աճել, ցավ և անոթանյարդային սեղմման նշաններ չկան: Լայն

մասնահատման դեպքում կպահանջվի երկու կողի հեռացում և կրծքավանդակի պատի պրոթեզային վերականգնում: Ո՞րն է առավել հիմնավորված սկզբնական ռազմավարությունը:

Ա-Կատարել R0 լայն մասնահատում՝ այն համարելով պարտադիր առաջին քայլ ցանկացած արտակրծքային մետաստազներ չունեցող դեսմոիդի դեպքում

Բ-Քննարկել ակտիվ կլինիկական և ՄՌՇ հսկողություն՝ բուժական միջամտության ցուցումը վերագնահատելով աճի, ախտանիշների առկայության կամ ֆունկցիայի խանգարման դեպքում

Գ-Սկսել անմիջապես համակարգային բուժում՝ անկախ կայունությունից և կողմնակի ազդեցության ռիսկից

Դ-Կատարել կրծքավանդակի պատի պրոֆիլակտիկ ճառագայթում՝ առանց ակտիվ բուժման ցուցումների քննարկման

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42092501/

https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2024.1805

292. Կրծքավանդակի ՀՇ-ով ձագարաձև ձևախախտման առավել խորը մակարդակում ներքին լայնական տրամագիծը 25,2 սմ է, իսկ կրծոսկրի հետին մակերեսից մինչև ողնաշարի առաջային մակերեսը եղած նվազագույն առաջահետին հեռավորությունը՝ 7,0 սմ: Ո՞ր հաշվարկն է ճիշտ Haller-ի ինդեքսի համար, և ինչո՞ւ պետք է նշել շնչառական փուլը:

Ա-7,0/25,2 ≈ 0,28. շնչառական փուլը պետք է նշել, բայց հարաբերակցությունը հաշվարկվում է հակառակ ուղղությամբ

Բ-25,2/7,0 = 3,6. չափումը ճիշտ է միայն եթե կատարվել է խորը ներշնչման փուլում

Գ-25,2/7,0 = 3,6. շնչառական փուլը կարող է փոխել առաջահետին հեռավորությունն ու հաշվարկված ծանրությունը

Դ-25,2/7,0 = 3,6. ցուցանիշը բավարար է հաստատելու ծանրաբեռնվածության սահմանափակումը՝ առանց ֆունկցիոնալ քննության

https://academic.oup.com/ejcts/article/66/1/ezae166/7706289

293. Ստոծանու պլիկացիայից հետո վիրահատող խումբը ցանկանում է տարբերակել մեխանիկական արդյունավետությունը և ստոծանիական նյարդի հնարավոր ֆունկցիոնալ վերականգնումը: Վիրահատությունից առաջ առկա էր գմբեթի արտահայտված պարադոքսալ շարժում, իսկ այժմ գմբեթի դիրքը ցածրացել է: Ո՞ր պնդումն է ֆիզիոլոգիապես ճիշտ:

Ա-Պլիկացիայի հիմնական նպատակը թուլացած գմբեթի լարվածության բարձրացումն ու պարադոքսալ տեղաշարժի նվազեցումն է՝ առանց նյարդի հաղորդունակության պարտադիր վերականգնման

Բ-Պլիկացիան հիմնականում մեծացնում է ստոծանու ակտիվ կծկողական ուժը, ուստի արդյունավետության պայմանը նյարդի վերականգնվող հաղորդունակությունն է

Գ-Պլիկացիայի ազդեցությունը հիմնականում թոքամզային կպումների ստեղծումն է, որոնք կանխում են թոքի արտաշնչական ծավալի կորուստը

Դ-Պլիկացիան ուղղակիորեն բարելավում է հակառակ առողջ գմբեթի նյարդամկանային ակտիվությունը՝ առանց վնասված կողմի մեխանիկական դիրքը փոխելու

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.21037/jtd-2025-427

294. 65-ամյա կնոջ աջ կարդիոֆրենիկ անկյունում ՀՇ-ով երևում է ճարպային պարունակությամբ կազմավորում, որը շարունակվում է որովայնի ճարպոնի հետ՝ հարկրծոսկրային (հետկրծոսկրային) ստոծանիական բացվածքով: Ո՞ր տեղակայման նկարագրությունն է առավել ճիշտ, և օգնում է տարբերակել Morgagni-ի և Bochdalek-ի ճողվածքները:

Ա-Morgagni-ի բացվածքը ստոծանու հետին-կողմնային հատվածում է՝լումբոկոստալ եռանկյան շրջանում, իսկ Bochdalek-ինը առաջային՝ հարկրծոսկրային

Բ-Morgagni-ի բացվածքը կենտրոնացած է կերակրափողի անցքի մոտ՝ ստոծանու ոտիկների միջև, իսկ Bochdalek-ինը՝ հարկրծոսկրային

Գ-Morgagni-ի և Bochdalek-ի ճողվածքները երկուսն էլ ստոծանու հետին-կողմնային հատվածում են, բայց տարբերվում են միայն աջ կամ ձախ տեղակայմամբ

Դ-Morgagni-ի դեֆեկտը առաջային հարկրծոսկրային (հետկրծոսկրային) հատվածում է, մինչդեռ Bochdalek-ինը՝ ստոծանու հետին-կողմնային հատվածում

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.1007/s13304-023-01677-3

https://doi.org/10.3389/fsurg.2025.1713049

295. 49-ամյա պացիենտի ձախ ստոծանու գմբեթը բարձրադիր է: ՈւՁՀ-ով այն բարակ է և թույլ է շարժվում, սակայն ՀՇ-ով ամբողջությամբ շարունակական է. որովայնային օրգանները բարձրացած են դրա տակ և չեն անցնում թոքամզի խոռոչ՝ առանձին բացվածքով: Ո՞ր նկարագրությունն է լավագույնս հաստատում ստոծանու ռելաքսացիան՝ ճողվածքից անատոմիական տարբերակման նպատակով:

Ա-Ավելի հավանական է փոքր հետկողային ճողվածք՝ պահպանված թոքամզային թերթիկով, քանի որ այն կարող է թաքցնել մկանային դեֆեկտը

Բ-Առկա է ստոծանու ռելաքսացիա՝ պահպանված անատոմիական շարունակականությամբ, ի տարբերություն ճողվածքի իրական դեֆեկտի

Գ-Ավելի հավանական է Morgagni-ի ճողվածք, քանի որ գմբեթի շարունակականությունը կարող է պահպանվել առաջային դեֆեկտից դուրս

Դ-Միայն պահպանված շարունակականությունը բավարար չէ տարբերակելու ռելաքսացիան ստոծանիական պարեզից. անհրաժեշտ է նաև պատճառային և դինամիկ գնահատում

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

296. Ուռուցքաբանական մասնահատումից հետո երկու հիվանդների մոտ հեռացվել է երեքական կող: Առաջինի դեֆեկտը հետին է՝ թիակով ամբողջությամբ ծածկված, երկրորդինը՝ առաջակողմնային և ընդարձակ՝ ուղեկցվում է շնչառության ժամանակ պատի ակնհայտ պարադոքսալ շարժմամբ: Հեռացված կողերի թվից բացի, ո՞ր գործոնների համադրությունն է որոշում կառուցվածքային վերականգնման անհրաժեշտությունը:

Ա-Դեֆեկտի մակերեսը, տեղակայումը, մնացած պատի կայունությունը, թիակի հարաբերակցությունը և ներքին օրգանների պաշտպանվածությունը

Բ-Հիմնականում լայնական չափը և հեռացված կողերի թիվը՝ պատի իրական շարժումն ու տեղակայումը համարելով երկրորդական

Գ-Առաջին հերթին նախավիրահատական սպիրոմետրիայի և DLCO-ի ցուցանիշները՝ անկախ պատի դեֆեկտի անատոմիայից

Դ-Հիմնականում ուռուցքի հյուսվածքաբանական աստիճանն ու հետվիրահատական ճառագայթման պլանը՝ անկախ պատի կայունությունից

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/42092501/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

297. Կրծքավանդակի պատի սարկոմայի մասնահատումից հետո առաջացել է 9×11 սմ խորը դեֆեկտ՝ բացվածքի հարևանությամբ մնացորդային խոռոչով: Տեղային հյուսվածքները նախկին ճառագայթման պատճառով վատ անոթավորված են: Կոշտ կմախքային վերականգնումն արդեն ապահովված է: Ո՞րն է անոթավորված մկանային լաթի հիմնական լրացուցիչ առավելությունը:

Ա-Անոթավորված լաթը նախ և առաջ ուժեղացնում է կրծքավանդակի պատի կոշտությունը՝ փոխարինելով մետաղական հենակներին

Բ-Անոթավորված լաթի հիմնական օգուտը հետագա ճառագայթային դոզայի բարձրացումն է՝ առանց հյուսվածքային վնասման հավանականության

Գ-Անոթավորված լաթն ապահովում է կենսունակ ծածկույթ, լրացնում է մնացորդային խոռոչը և բարելավում է տեղային հյուսվածքային պայմանները

Դ-Անոթավորված լաթը գերազանցում է դեբրիդմենթին՝ թույլ տալով պահպանել ոչ կենսունակ հյուսվածքը լավ արյունամատակարարման հաշվին

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

298. Կրծքավանդակի հետին ստորին պատի 11 սմ դեֆեկտը տեղակայված է թիակի ստորին անկյան անմիջապես տակ: Թոքի լիարժեք ընդարձակումից (բացվելուց) հետո ոսկրային պաշտպանություն այդ հատվածում չկա, և ուսագոտու շարժման ժամանակ թիակի ստորին անկյունը մոտենում է դեֆեկտին: Ո՞ր հատուկ վտանգը պետք է հաշվի առնել վերականգնման ծավալը ընտրելիս:

Ա-Թիակի ստորին անկյան շարժումը անվտանգ է, եթե թոքամիզը հերմետիկ է, նույնիսկ երբ կմախքային պատը բացակայում է

Բ-Թիակի ստորին անկյան խրվելու վտանգը գնահատվում է միայն ուսահոդի ակտիվ ծալման ամպլիտուդով՝ անկախ դեֆեկտի դիրքից

Գ-Դեֆեկտի ախտաբանական շարժման հիմնական վտանգը միայն թոքային օդային արտահոսքն է՝ թիակի մեխանիկական շփումից անկախ

Դ-Թիակի ստորին անկյան ներթափանցումը կամ խրվելը կրծքավանդակի դեֆեկտի մեջ, ինչը կարող է պահանջել տեղային կառուցվածքային պաշտպանություն

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8674598/

299. 18-ամյա պացիենտին մեկ տարի առաջ կատարվել է Nuss վիրահատություն: Այս պահին կրծքավանդակի ձևը լավացել է, բայց նա շարունակում է գանգատվել հևոցից ծանրաբեռնվածության ժամանակ: Ձողը տեղում է: Ո՞ր հետվիրահատական գնահատումն է առավել ամբողջական՝ իրական բուժական արդյունքը և բարդությունները տարբերակելու համար:

Ա-Գնահատել պատկերային ձևաչափի և Haller-ի ինդեքսի փոփոխությունը, իսկ CPET-ը կատարել միայն ձողը հեռացնելուց հետո

Բ-Համադրել գանգատներն ու հիվանդի գնահատած արդյունքները, CPET-ի/սիրտ-անոթային համակարգի քննության փոփոխությունները և ձողի դիրքն ու բարդությունները՝ համապատասխան ժամանակային հսկողությամբ

Գ-Հենվել միայն CPET-ի բարելավման վրա՝ ձողի տեղաշարժը և ցավը համարելով դրանից անկախ տեխնիկական խնդիրներ

Դ-Գնահատել հիվանդի գոհունակությունը և գեղագիտական արդյունքը, իսկ պահպանվող հևոցն ընդունել որպես սպասվող վաղ հետվիրահատական երևույթ

https://academic.oup.com/ejcts/article/66/1/ezae166/7706289

300. Երեք պացիենտ դիմել են վերին վերջույթի ցավով: I-ի մոտ կան երկարատև թմրածություն և շարժումով սրվող պարանոցաթևային ցավ՝ առանց թրոմբոզի, II-ի մոտ՝ սուր այտուց և հաստատված ենթաանրակային երակային թրոմբոզ, III-ի մոտ՝ մատների իշեմիա ու ենթաանրակային զարկերակի անևրիզմատիկ փոփոխություն: Ո՞ր պնդումն է առավել ճիշտ կրծքային ելքի համախտանիշի տարբեր ձևերի կառավարման վերաբերյալ:

Ա-I-ում անմիջապես կատարել առաջին կողի մասնահատում՝ մինչև նպատակային ֆիզիոթերապիայի արդյունավետությունը գնահատելը, II-ում կիրառել միայն հակամակարդիչ բուժում, III-ում՝ հետաձգված անոթային հսկողություն

Բ-I-ում առաջնային ստուգել դուպլեքս ՈւՁՀ-ով ենթաանրակային զարկերակի անցանելիությունը, II-ում՝ միայն ֆիզիոթերապիա, III-ում՝ վերջույթների նյարդային հաղորդականության քննություն

Գ-I-ում առաջնայինը կլինիկական-նյարդաբանական ու ֆունկցիոնալ գնահատումն է, II-ում՝ թրոմբոզի և կոմպրեսիայի համատեղ բուժումը, III-ում՝ շտապ անոթային գնահատումը՝ էմբոլիայի ու իշեմիայի ռիսկի պատճառով

Դ-I-ում նախընտրել վերին վերջույթի սահմանափակ դեկոմպրեսիոն վիրահատություն, II-ում՝ միայն երակային ստենտ, III-ում՝ երկարատև հակամակարդիչ բուժում

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1016/j.jvsv.2024.101959

301. 39-ամյա պացիենտի մոտ բարձրությունից ընկնելուց հետո արագ խորանում են հիպոտենզիան ու հիպօքսեմիան: Աջից շնչառական աղմուկները գրեթե չեն լսվում, պարանոցային երակները լցված են: E-FAST-ով թոքամզի սահումը աջից բացակայում է, որովայնում ազատ հեղուկ չկա: Պացիենտի գիտակցությունը նվազում է, քննարկվում է ինտուբացիա: Ո՞ր հերթականությունն է առավել անվտանգ:

Ա-Անմիջապես ինտուբացնել և կիրառել նվազագույն ներշնչական ճնշումներ՝ պատրաստելով պլևրալ դրենաժ

Բ-Կատարել ՈւՁՀ-ուղղորդմամբ ախտորոշիչ պլևրալ պունկցիա, ապա որոշել դեկոմպրեսիայի եղանակը

Գ-Սկսել հավասարակշռված տրանսֆուզիա և տեղափոխել շարժական ռենտգենագրության՝ շարունակելով շնչառական աջակցությունը

Դ-Կատարել աջ թոքամզային խոռոչի անհետաձգելի դեկոմպրեսիա, ապա ապահովել պլևրալ դրենավորում և անհրաժեշտ ռեսպիրատոր աջակցություն

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

302. 30-ամյա պացիենտի կրծքավանդակի ձախ կեսի առաջակողմնային շրջանում կա 4 սմ ծակած-կտրած բաց վերք: Ներշնչման պահին լսվում է օդի ներհոսք, SpO_2-ը՝ 91%, հեմոդինամիկան կայուն է: Հասանելի են օդի արտահոսք ապահովող փականային կրծքային վիրակապ և պլևրալ դրենաժի հավաքածու: Ո՞ր համակցված միջոցառումն է նախընտրելի:

Ա-Տեղադրել փականավոր կրծքային վիրակապ, վերագնահատել շնչառությունը և պլևրալ դրենաժը տեղադրել առանձին անվտանգ միջկողային հատվածով

Բ-Կատարել վերքի եզրերի նախնական վիրաբուժական մշակում և վերքով տեղադրել պլևրալ դրենաժ՝ հետագա վիրակապման ծրագրով

Գ-Տեղադրել փոքր տրամագծի պլևրալ կաթետեր վերքի հարևանությամբ և կրծքային վիրակապը կիրառել դրենաժի կայունացումից հետո

Դ-Սկզբում կատարել թոքամզի ՈւՁՀ հսկողություն՝ որոշելու օդի հեռացման չափն ու թոքային վերաընդարձակման աստիճանը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

303. Կրծքավանդակի ձախ կեսի թափանցող վնասումից հետո պացիենտի զարկերակային ճնշումը 78/46 մմ սս է: 32 Fr պլևրալ դրենաժով առաջին 10 րոպեում ստացվել է 1650 մլ արյուն: Ջուգահեռ կատարվում է հավասարակշռված տրանսֆուզիա, սակայն անհրաժեշտ է վազոպրեսորային աջակցություն: Անհետաձգելի վիրահատական և էնդովասկուլյար խմբերը հասանելի են: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Կատարել շտապ ՀԾ-անգիոգրաֆիա՝ առավել հավանական միջկողային զարկերակային աղբյուրը հայտնաբերելու և էմբոլիզացիայի հնարավորությունը որոշելու համար

Բ-Շարունակել զանգվածային տրանսֆուզիան՝ միաժամանակ պատրաստելով վիրահատական միջամտություն ըստ հաջորդ 30 րոպեի հեմոդինամիկ պատասխանի

Գ-Քննարկել անմիջական անգիոգրաֆիա՝ ընտրովի էմբոլիզացիայի համար, եթե հեմոդինամիկան բարելավվում է վերակենդանացման ընթացքում

Դ-Անհետաձգելի վիրահատությամբ վերահսկել կրծքային արյունահոսությունը՝ շարունակելով վնասի վերահսկման սկզբունքներով տրանսֆուզիան

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

304. Կրծքավանդակի փակ վնասվածքից հետո աջից դրենաժով առաջին ժամում ստացվել է 600 մլ արյուն, հաջորդ 20 րոպեում՝ գրեթե ոչինչ: Միաժամանակ աճում են տախիկարդիան ու լակտատը, իսկ կրկնակի շարժական ռենտգենում աջ թոքամզային ստվերումը մեծացել է: Դրենաժի արտաքին խողովակը ծալված չէ: Ո՞ր մեկնաբանությունն ու գործողությունն են առավել ճիշտ:

Ա-Գնահատել կրկնակի հեմոգլոբինը և մակարդելիությունը՝ հաշվի առնելով արյունահոսության հնարավոր նվազումը

Բ-Ստուգել դրենաժի ներթոքամզային տեղակայումը պատկերավորմամբ և քննարկել նոր դրենաժի տեղադրումը՝ զուգահեռ գնահատելով վիրահատության ցուցումները

Գ-Նախ կատարել անհետաձգելի կոնտրաստային ՀՇ՝ շարունակվող արյունահոսության աղբյուրը և կուտակված արյան ծավալը ճշտելու համար

Դ-Կասկածել դրենաժի մակարդուկային խցանում և շարունակվող արյունահոսություն. անհետաձգելի գնահատել անցանելիությունն ու վիրահատական հեմոստազի ցուցումը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

305. Ավտովթարից հետո 42-ամյա հիվանդի պլևրալ խոռոչը դրենավորվել է: 36 ժամ անց նա կայուն է, ջերմությունը՝ 37,4 °C, սակայն ՀՇ-ով հետին թոքամզային հատվածում պահպանվում է մոտ 650 մլ մակարդված արյուն: Դրենաժն անցանելի է և այլևս քիչ է արտահոսում: Թոքն ընդարձակվել է մասամբ, հիվանդը վիրահատական լավ թեկնածու է: Ո՞ր մարտավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կազմակերպել վաղ VATS՝ մակարդված հեմոթորաքսի հեռացմամբ, թոքի վերաընդարձակման և ակտիվ արյունահոսության գնահատմամբ

Բ-Քննարկել ՀՇ-ուղղորդմամբ լրացուցիչ դրենաժ, եթե պահպանված հավաքածուն ունի հեղուկային բաղադրիչ և հասանելի է անվտանգ մուտքով

Գ-Քննարկել ներթոքամզային ֆիբրինոլիզ՝ գնահատելով հնարավոր արյունահոսությունն ու հետագա վիրաբուժական միջամտության անհրաժեշտությունը

Դ-Շարունակել գործող դրենավորումն ու սերտ կլինիկոռադիոլոգիական հսկողությունը՝ գնահատելով մնացորդային մակարդուկների դինամիկան

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

306. Մոտոցիկլետային փակ վնասվածքից հետո պացիենտին ձախից տեղադրվել է ճիշտ դիրքով պլևրալ դրենաժ: Օդի արտահոսքը պահպանվում է, թոքն ընդարձակվում է միայն մասամբ: ՀՇ-ով ձախ գլխավոր բրոնխի միջային պատին հարակից կա պնևմոմեդիաստինում, սակայն պատի հստակ դեֆեկտ չի երևում: Վերակենդանացման թիմը քննարկում է շնչուղու վնասման և պարենխիմային արտահոսքի տարբերակումը: Ո՞րն է հաջորդ առավել որոշիչ ախտորոշիչ քայլը:

Ա-Կատարել կրկնակի ՀՇ՝ դինամիկ շնչառական փուլերով գնահատելով օդի տարածումն ու բրոնխի շարժունությունը

Բ-Կատարել VATS՝ թոքային պարենխիման և թոքամզային խոռոչը ուղղակի զննելու, արտահոսքի տեղը հայտնաբերելու համար

Գ-Կատարել թվային դրենաժային համակարգով օդի արտահոսքի քանակական գնահատում և թոքամզային ճնշման հսկողություն

Դ-Կատարել ախտորոշիչ բրոնխոսկոպիա՝ ձախ գլխավոր բրոնխի պատի ամբողջականությունն ու հնարավոր դեֆեկտի չափը ճշտելու համար

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

307. 32-ամյա պացիենտի մոտ կրծքավանդակի փակ կոմպրեսիոն վնասվածքից հետո բրոնխոսկոպիայով հաստատվել է աջ գլխավոր բրոնխի թաղանթային պատի 7 մմ սահմանափակ պատռվածք: Կա փոքր պնևմոմեդիաստինում, սակայն թոքը լրիվ ընդարձակված է, պլևրալ դրենաժով օդի արտահոսք գրեթե չկա, շնչառությունն ինքնուրույն է և կայուն: Կերակրափողի և անոթների համակցված վնասումներ չեն հայտնաբերվել: Ո՞ր վարումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Քննարկել վաղ վիրահատական կարում՝ գնահատելով դեֆեկտի հետագա սպիական նեղացման վտանգը

Բ-Ընտրել հսկվող պահպանողական բուժում՝ շնչուղու, վարակի, օդի արտահոսքի և բրոնխոսկոպիկ ապաքինման վերահսկմամբ

Գ-Քննարկել ժամանակավոր սիլիկոնե ստենտ՝ վնասված շրջանը շնչառական մեխանիկական ազդեցությունից պաշտպանելու համար

Դ-Կատարել վաղ VATS՝ շրջակա միջնորմային օդի և վնասված բրոնխի արտաքին մակերեսի սանացիայի նպատակով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

308. Կրծքավանդակի ձախ կեսի սրտի շրջանում ծակած-կտրած վնասվածքով 28-ամյա հիվանդի զարկերակային ճնշումը 70/45 մմ սս է: ՈւՁՀ-ով պերիկարդի խոռոչում կա հեղուկ և սրտի խոռոչների դիաստոլիկ սեղմում: Վիրահատարանը հասանելի է անմիջապես, հիվանդը պահպանում է գիտակցությունը, սակայն ծանր շոկը շարունակվում է: Ո՞րն է նախընտրելի վերջնական բուժման ծրագիրը:

Ա-Կատարել էխոսրտագրությամբ ուղղորդվող պերիկարդի պունկցիա՝ որպես վիրահատարան տեղափոխման ժամանակավոր միջոց, գնահատելով հեմոդինամիկ պատասխանը

Բ-Կատարել անհետաձգելի ենթակրծոսկրային պերիկարդի պատուհան՝ պատրաստ լինելով այն ընդլայնել ըստ հայտնաբերված արյունահոսության

Գ-Կատարել անհետաձգելի վիրահատական մուտք, պերիկարդի բացում և սրտի վնասվածքի ուղղակի հեմոստազ կամ վերականգնում

Դ-Կատարել սիրտը և մեծ անոթները ընդգրկող արագ ՀԾ-անգիոգրաֆիա՝ նախավիրահատական անատոմիան ճշտելու նպատակով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

309. Հեմոդինամիկ կայուն 35-ամյա պացիենտի մոտ կրծքավանդակի ձախ կեսի ստորին բաժիններում՝ ութերորդ միջկողային տարածությունում, առկա է ծակած-կտրած վերք: ՀԾ-ով վերքային խողովակը մոտենում է ստոծանուն. փոքր պատռվածքը վստահորեն բացառել չի հաջողվում: Կասկածվում է նաև սահմանափակ ներորովայնային վնասում. որովայնային զննումը քիչ ինֆորմատիվ է: Լապարոսկոպիկ խումբը հասանելի է: Ո՞ր մոտեցումն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Կատարել ախտորոշիչ լապարոսկոպիա՝ անմիջապես գնահատելով ստոծանու ամբողջականությունը և որովայնի վերին հարկի հնարավոր վնասումները

Բ-Կրկնել կոնտրաստային ՀԾ 12–24 ժամ անց՝ ստոծանու մկանային եզրերի և հետագա ճողվածքավորման նշանները գնահատելու համար

Գ-Կատարել միայն կրծքավանդակի ՄՌԾ՝ ստոծանու դեֆեկտը մանրամասն քարտեզագրելու և վիրահատության ծավալը որոշելու համար

Դ-Կատարել ախտորոշիչ թորակոսկոպիա՝ գնահատելով ստոծանու պլևրալ մակերեսը և ներթորակալ վնասումները

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

310. 64-ամյա պացիենտը կրծքաորովայնային փակ վնասվածքից հետո հեմոդինամիկ կայուն է: ՀՇ-ով կա ստոծանու ձախ կեսի 8 սմ պատռվածք՝ ստամոքսի և հաստ աղիքի մի մասի ներթորակալ տեղաշարժով: Կասկածվում է նաև փայծաղի մակերեսային վնասում: Վնասումից անցել է 6 ժամ, արտահայտված կպումներ չեն սպասվում: Ո՞ր առաջնային վիրահատական մուտքն է առավել նպատակահարմար:

Ա-Ընտրել ձախ թորակոտոմիա՝ վնասված ստոծանու կրծքային մակերեսը և տեղաշարժված օրգանների վիճակը գնահատելու համար

Բ-Ընտրել որովայնային մուտք՝ ներուղղելով տեղաշարժված օրգանները, գնահատելով փայծաղն ու աղին և վերականգնելով ստոծանին

Գ-Կազմակերպել թորակոսկոպիկ գնահատում և սահմանափակ ստոծանիական կարում՝ անհրաժեշտության դեպքում անցնելով որովայնային մուտքի

Դ-Կատարել նախնական նազոգաստրալ դեկոմպրեսիա, ապա ընտրել համակցված թորակոաբդոմինալ մուտք՝ ըստ օրգանների վերադիրքի

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

311. Բարձր էներգիայի փակ վնասվածքով 46-ամյա հիվանդի մոտ ՀՇ-անգիոգրաֆիայով աորտայի իսթմուսի շրջանում հայտնաբերվել է 12 մմ վնասվածքային կեղծ անևրիզմա՝ պահպանված պերիաորտալ հեմատոմայով: Միաժամանակ առկա է փոքր կայուն ներգանգային արյունազեղում: Հիվանդի ճնշումը 128/76 մմ սս է: Անոթային թիմը հնարավոր է համարում TEVAR: Ո՞ր պլանն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կազմակերպել ինտենսիվ հեմոդինամիկ վերահսկում և երկրորդ ՀՇ-անգիոգրաֆիա մոտ 24 ժամ անց՝ վնասման կայունությունը ճշտելու համար

Բ-Սահմանել կրկնակի ՀՇ-անգիոգրաֆիա 24–48 ժամ անց և միայն դրա արդյունքից հետո որոշել TEVAR-ի ժամկետը՝ ըստ կեղծ անևրիզմայի չափի

Գ-Համադրել սրտի հաճախության և ճնշման վերահսկումը գլխուղեղային պերֆուզիայի պահպանման պահանջների հետ՝բազմամասնագիտական որոշմամբ պլանավորելով TEVAR

Դ-Քննարկել բաց աորտալ վերականգնում՝ եթե վնասման անատոմիան կամ անոթային հասանելիությունը սահմանափակում է TEVAR-ը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

312. 79-ամյա պացիենտն ընկնելուց հետո ունի 5–9-րդ կողերի տեղաշարժված կոտրվածքներ և փոքր թոքային սալջարդ: Հանգստի SpO_2-ը 95% է, սակայն հազի ժամանակ ցավը 9/10 է, ինսպիրատոր ծավալը նվազել է, իսկ օփիոիդների բարձր դեղաչափերը առաջացրել են քնկոտություն: Կողերի վիրաբուժական կայունացման ցուցումը քննարկվում է: Ո՞ր համալիր քայլն է առավել հիմնավորված առաջիկա ժամերին:

Ա-Վաղ քննարկել կողերի վիրաբուժական կայունացում՝ որպես ցավով պայմանավորված մակերեսային շնչառության ուղղման հիմնական տարբերակ

Բ-Կիրառել ոչ օփիոիդային ցավազրկում և լրացուցիչ թթվածին՝ ըստ օքսիգենացիայի՝ վերահսկելով սեդացիայի աստիճանը

Գ-Կիրառել բազմամոդալ/ռեգիոնար ցավազրկում, ֆիզիոթերապիա և շնչառական ֆունկցիայի հսկողություն՝ զուգահեռ քննարկելով կողերի վիրաբուժական կայունացման ցուցումը

Դ-Քննարկել ոչ ինվազիվ շնչառական աջակցություն և ինսպիրատոր մարզում՝ ցավազրկման ծրագրի ճշգրտմամբ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

https://doi.org/10.1186/s13017-024-00559-2

313. Տրավմայի երրորդ օրը 55-ամյա պացիենտը 4–8-րդ կողերի երկակի կոտրվածքներով ձևավորված անկայուն հատվածի և թոքային սալջարդի պատճառով դեռ ինտուբացված է: Գազափոխանակությունը բարելավվել է, ցավազրկումն օպտիմալ է, սակայն ինքնուրույն շնչառության յուրաքանչյուր փորձի ժամանակ պատի պարադոքսալ շարժումը և շնչառական աշխատանքի աճը խանգարում են էքստուբացիային: Այլ ծանր վնասումները կայունացված են: Ո՞րն է առավել հիմնավորված հաջորդ որոշումը:

Ա-Շարունակել պաշտպանիչ օդափոխությունը 24–48 ժամ և կրկնել ինքնուրույն շնչառության փորձը՝ գնահատելով սալջարդի դինամիկան

Բ-Կիրառել ռեգիոնար ցավազրկում և շնչառական ֆիզիոթերապիա՝ թոքային սալջարդի բարելավումը գնահատելու նպատակով

Գ-Քննարկել վաղ տրախեոստոմիա՝ շնչառական վերականգնման տևողությունը և սեդացիայի անհրաժեշտությունը նվազեցնելու համար

Դ-Քննարկել կողերի վիրաբուժական կայունացում՝ հաշվի առնելով կրծքավանդակի պատի անկայուն հատվածը և օդափոխությունից անջատման դժվարությունը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

https://doi.org/10.1186/s13017-024-00559-2

314. Փակ վնասվածքով 26-ամյա պացիենտի ընդունման ՀՇ-ով թոքի աջ ստորին բլթում կա տարածուն սալջարդ: Վնասվածքից 20 ժամ անց արյան ճնշումը կայուն է, բայց PaO_2/FiO_2-ը նվազել է 330-ից մինչև 190, ՀՇ-ում նշվում են երկկողմանի նոր օջախային ստվերումներ: Ո՞ր մեկնաբանությունն ու հաջորդ գնահատումն են առավել համահունչ վնասման ֆիզիոլոգիային:

Ա-Գնահատել սալջարդի հարաճումը և սուր շնչառական դիսթրես-համախտանիշի (ARDS) հավանականությունը՝ օքսիգենացիայի և պաշտպանիչ օդափոխության սկզբունքներով

Բ-Կրկնել անոթային գնահատումը՝ դիտարկելով հետվնասվածքային թոքային անոթային խցանման կամ արյունահոսության հնարավորությունը

Գ-Կազմակերպել մանրամասն վարակի գնահատում՝ ուշացած ինֆեկցիոն ինֆիլտրատները սալջարդի հարաճումից տարբերակելու համար

Դ-Կատարել դինամիկ թոքերի ՈւՁՀ և շնչուղիների գնահատում՝ ատելեկտազի/սեկրեցիայի բաղադրիչի չափը ճշտելու համար

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

315. Բազմակի վնասվածքներով 72-ամյա հիվանդի սկզբնական հեմոռագիկ շոկը վերացվել է ինտենսիվ տրանսֆուզիայով: Հաջորդ 18 ժամում միզարտադրությունը 0,8 մլ/կգ/ժ է, լակտատը նվազել է 1,8 մմոլ/լ, սակայն հեղուկային հաշվեկշիռը +5 լ է, և թոքային սալջարդով հատվածում ՀՇ-ով աճում է ինտերստիցիալ այտուցը: Ո՞րն է ինֆուզիոն բուժման հաջորդ առավել հիմնավորված ռազմավարությունը:

Ա-Շարունակել նպատակային ինֆուզիոն բուժումը՝ հիմնվելով նախորդ հեմոռագիկ շոկի ծանրության վրա

Բ-Անցնել պերֆուզիայով ուղղորդվող ավելի սահմանափակ հեղուկային ռազմավարության՝ շարունակաբար գնահատելով լակտատը, միզարտադրությունը և թոքերի օքսիգենացիան

Գ-Քննարկել դիուրետիկ բուժում, երբ հաստատված է բավարար պերֆուզիան և առկա է նշանակալի հեղուկային ծանրաբեռնվածություն

Դ-Կատարել հեմոդինամիկ մոնիտորինգի ընդլայնում՝ ստուգելով ինֆուզիոն արձագանքը նախքան հետագա հեղուկային որոշումները

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

316. 36-ամյա պացիենտի կրծքավանդակի աջ կեսի թափանցող վնասվածքի վերքից դուրս է ցցված մետաղական ձող: Հեմոդինամիկան կայունացել է. ՀՇ-անգիոգրաֆիայով օտար մարմնի ծայրն անմիջապես հարում է թոքային զարկերակի միջբլթային ճյուղին, ակտիվ կոնտրաստային արտահոսք չկա: Վիրաբուժական թիմը պատրաստվում է կիրառել վնասի վերահսկման մարտավարություն (Damage Control): Ո՞ր պլանն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ընտրել պատկերային ուղղորդմամբ առարկայի աստիճանական հեռացում, ապա կրկնել ՀՇ-անգիոգրաֆիան՝ նոր արտահոսքը գնահատելու համար

Բ-Պլանավորել նախնական ընտրովի անգիոգրաֆիա և հնարավոր էմբոլիզացիա՝ հետագայում հեռացնելով առարկան վերահսկվող միջավայրում

Գ-Կայունացնել առարկան տեղափոխման ընթացքում և հեռացնել վիրահատարանում՝ անոթային պրոքսիմալ վերահսկման ու հեմոստազի պատրաստությամբ

Դ-Քննարկել առարկայի շրջակայքում պլևրալ դրենաժի տեղադրումը և անմիջական թորակոսկոպիկ հեռացում՝ անհրաժեշտության դեպքում ընդլայնելով մուտքը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

317. Թորակոտոմիայի ընթացքում հայտնաբերվում է աջ ստորին բլթի խոր միջանցիկ վնասում՝ ներպարենխիմային վերքային խողովակով: Վնասման երկայնքով պահպանվում են արյունահոսությունն ու օդի արտահոսքը. բլթի գլխավոր անոթները կենսունակ են, իսկ լայն սեպաձև մասնահատումը զգալի առողջ պարենխիմա կհեռացնի: Ո՞ր օրգանապահպան տեխնիկան է առավել նպատակահարմար:

Ա-Կատարել տրակտոտոմիա՝ բացելով վերքային խողովակը և ուղղակի կարերով վերահսկելով վնասված մանր անոթներն ու բրոնխային ճյուղերը

Բ-Կատարել սեպաձև մասնահատում՝ վնասման խորը եզրերը ներառելով մեխանիկական կարագծի մեջ

Գ-Կատարել անատոմիական ստորին լոբէկտոմիա՝ բլթի ամբողջ վնասված հատվածի հեռացմամբ

Դ-Կիրառել խորը պարենխիմային կարեր և տեղային հեմոստատիկ նյութ՝ պահպանելով առավելագույն թոքային հյուսվածքը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

318. Բազմակի թափանցող վնասվածքներով 48-ամյա հիվանդի մոտ թորակոտոմիայի ժամանակ հայտնաբերվում են արյունահոսության մի քանի աղբյուրներ թոքի պարենխիմայից: Չնայած տրանսֆուզիային՝ ջերմաստիճանը 34 °C է, pH՝ 7,17, ֆիբրինոգենը՝ 1,0 գ/լ, աճում է վազոպրեսորային պահանջը: Արյունահոսության տեղային արագ վերահսկումը տեխնիկապես հնարավոր է: Ո՞ր վիրահատական ռազմավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել մեկ փուլով վնասվածքների վերջնական վերականգնում՝ ուժեղացնելով ջերմամեկուսացումը և մակարդելիության ուղղումը

Բ-Ընտրել օրգանապահպան տրակտոտոմիա մի քանի վնասվածքներում՝ շարունակելով ընդհանուր անզգայացումը և արյունահոսության տեղային մշակումը

Գ-Կազմակերպել միջամտական ռադիոլոգիական էմբոլիզացիա՝ լրացնելու թոքային պարենխիմային հեմոստազը

Դ-Կատարել damage-control թորակոտոմիա՝ արագ հեմոստազով, անհրաժեշտ ժամանակավոր փակմամբ և ֆիզիոլոգիական վերականգնումից հետո փուլային վերանայմամբ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

319. 67-ամյա պացիենտը ավտովթարի հետևանքով ստացել է կրծոսկրի մեկուսացված կոտրվածք: Նա գիտակից է, հեմոդինամիկան կայուն է, ԷՍԳ-ում նոր փոփոխություն չկա, տրոպոնին I-ի առաջին և ըստ պրոտոկոլի կրկնակի արժեքները նորմալ են: Այլ վնասվածքներ, որոնք պահանջում են հոսպիտալացում, չեն հայտնաբերվել: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մոտեցումը սրտի փակ վնասվածքի տեսանկյունից:

Ա-Կազմակերպել կարճատև սրտային մոնիտորինգ՝ հաշվի առնելով հիվանդի տարիքը և կրծոսկրի կոտրվածքի տեղակայումը

Բ-Կատարել էխոսրտագրություն՝ բացառելու կառուցվածքային վնասումը նախքան դուրսգրման որոշումը

Գ-Քննարկել դուրսգրում՝ ցավազրկմամբ և վերադարձի ցուցումներով. ԷՍԳ-ն և տրոպոնինը նորմալ են, այլ հոսպիտալացման ցուցում չկա

Դ-Կազմակերպել հաջորդօրյա կրկնակի տրոպոնին և ԷՍԳ՝ ամբուլատոր հսկողության շրջանակում

https://www.east.org/education-resources/practice-management-guidelines/details/blunt-cardiac-injury%2C-screening-for

320. Կրծքավանդակի առաջային պատի փակ վնասվածքից 3 ժամ անց 55-ամյա պացիենտի ԷՍԳ-ում արձանագրվել են նոր հաճախակի փորոքային էքստրասիստոլաներ, տրոպոնին I-ը բարձրացել է, ԶՃ՝ 105/70 մմ սս: ՀՇ-ով հայտնաբերվել են կրծոսկրի կոտրվածք և փոքր թոքային սալջարդ: Այժմ ծանր առիթմիա և շոկ չկա: Ո՞րն է հաջորդ լավագույն հսկողության ծրագիրը:

Ա-Հոսպիտալացնել ԷՍԳ-ի շարունակական մոնիտորինգով՝ տրոպոնինի և կլինիկական վիճակի դինամիկ գնահատմամբ, անհրաժեշտության դեպքում էխոսրտագրությամբ

Բ-Կատարել կորոնարոգրաֆիա՝ գնահատելով բարձր տրոպոնինի հնարավոր իշեմիկ պատճառը

Գ-Կատարել անհետաձգելի էխոսրտագրություն՝ փորոքների ֆունկցիան և պերիկարդի հեղուկի առկայությունը գնահատելու համար

Դ-Կազմակերպել սրտաբանի անհետաձգելի խորհրդատվություն՝ տրոպոնինի բարձրացման և առիթմիայի պատճառը ճշտելու նպատակով

https://www.east.org/education-resources/practice-management-guidelines/details/blunt-cardiac-injury%2C-screening-for

321. Փակ վնասվածքներով 29-ամյա կայուն պացիենտի մոտ ՀՇ-ով հայտնաբերվել է ռենտգենագրությամբ չերևացող 7 մմ պնևմոթորաքս: Հաջորդ օրը պլանավորվել է հինգժամյա ողնաշարային վիրահատություն՝ ընդհանուր անզգայացմամբ, դրական ճնշմամբ օդափոխությամբ և որովայնի վրա դիրքով: Վիրահատության ընթացքում

թոքամզային անհետաձգելի մուտքն ու պատկերային վերահսկումը դժվար կլինեն: Ո՞ր նախավիրահատական որոշումն է տվյալ իրավիճակում առավել հիմնավորված:

Ա-Ընտրել դիտարկում և պահպանել սերտ կլինիկական հսկողություն մինչև վիրահատությունը՝ շնչառական ռիսկը կրկնակի գնահատելով անզգայացումից առաջ

Բ-Քննարկել նախավիրահատական պլևրալ դրենավորում՝ հաշվի առնելով երկարատև արհեստական օդափոխությունը, դիրքավորումը և անհետաձգելի մուտքի սահմանափակումը

Գ-Կրկնել թոքերի ՈւՁՀ և ռենտգենագրություն, վիրահատության օրը՝ դրենավորման անհրաժեշտությունը որոշելու համար

Դ-Ընտրել պաշտպանիչ օդափոխություն և կազմակերպել պլանային ներվիրահատական թոքամզային ՈւՁՀ հսկողություն

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

322. 38-ամյա կայուն պացիենտի ծակած-կտրած վերքը կրծքավանդակի աջ կեսի առաջային պատից անցնում է դեպի ձախ հետին միջնորմ: ՀԾ-ով վերքային խողովակը հարում է շնչափողին, կերակրափողին և աորտայի վայրէջ հատվածին, սակայն խոշոր հեմատոմա չկա: Ո՞ր հետազոտական ծրագիրն է առավել նպատակային թաքնված համակցված վնասումները հայտնաբերելու համար:

Ա-Կատարել վաղ կրկնակի ՀԾ՝ գնահատելով միջնորմային հեմատոմայի և պնևմոմեդիաստինումի զարգացումը

Բ-Կատարել ախտորոշիչ թորակոսկոպիա՝ միջնորմի պլևրալ մակերեսներն ու վնասման տեսանելի տեղամասերը զննելու համար

Գ-Կատարել ՀԾ-անգիոգրաֆիա և ըստ վնասման անատոմիայի՝ բրոնխոսկոպիա ու կերակրափողի նպատակային քննություն

Դ-Կատարել կերակրափողի ջրալույծ կոնտրաստով քննություն և ըստ պատասխանի լրացնել ՀԾ-անգիոգրաֆիայով

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

323. Հեմոպնևմոթորաքսով հիվանդի մոտ պլևրալ դրենավորումից հետո ենթամաշկային էմֆիզեման աստիճանաբար ավելացել է: ՀԾ-ով երևում է, որ 28 Fr դրենաժի ամենամոտ կողմնային անցքը գտնվում է միջկողային փափուկ

հյուսվածքներում, իսկ ծայրը՝ թոքամզային խոռոչում: Օդի արտահոսքը շարունակվում է: Ո՞ր տեխնիկական ուղղումն է առավել ճիշտ:

Ա-Կարգավորել դրենաժային համակարգի բացասական ճնշումը՝ գնահատելով ենթամաշկային էմֆիզեմայի դինամիկան

Բ-Տեղադրել լրացուցիչ պլևրալ դրենաժ այլ միջկողային տարածությունում՝ հիմնական համակարգում օդի արտահոսքը վերահսկելու համար

Գ-Կատարել առկա դրենաժի պատկերային վերահսկում և վերագնահատել ասպիրացիոն համակարգի ռեժիմը՝ ըստ օդի արտահոսքի

Դ-Ստերիլ պայմաններում ուղղել կամ փոխարինել դրենաժը՝ բոլոր կողմնային անցքերը տեղակայելով թոքամզային խոռոչում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

324. Վթարից երկու տարի անց 52-ամյա պացիենտի մոտ հայտնաբերվում է ձախից ստոծանիական մեծ ճողվածք: Նա ընդունվում է որովայնային ցավով, լակտատ՝ 4,0 մմոլ/լ: ՀՇ-ով հաստ աղիքի հատվածը գտնվում է կրծքավանդակում՝ պատի հիպոպերֆուզիայի և ազատ հեղուկի նշաններով: Կասկածվում է աղիքի նեկրոզ: Ո՞րն է առավել ամբողջական բուժական ծրագիրը:

Ա-Կատարել անհետաձգելի վիրահատություն՝ օրգանների ներուղղմամբ, աղիքի կենսունակության գնահատմամբ, անհրաժեշտ մասնահատմամբ և ստոծանու վերականգնմամբ

Բ-Կազմակերպել սկզբնական թորակոսկոպիա՝ կրծքային կպումները գնահատելու և աղիքի ներուղղման հնարավորությունը ճշտելու համար

Գ-Ընտրել աղիքային մասնահատման և վերականգնողական բերանակցման առաջին փուլ, իսկ ստոծանու դեֆեկտի վերջնական վերականգնումը կատարել երկրորդ փուլում

Դ-Նախ կատարել կրծքային կպումների անջատում և ճողվածքի օրգանների ներուղղում, իսկ աղիքի կենսունակության վերջնական գնահատումը կազմակերպել երկրորդ փուլում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

325. 74-ամյա պացիենտը ընդունում է ապիքսաբան և կրծքավանդակի փակ վնասվածքից հետո ունի ձախակողմյան հեմոթորաքս: Hb՝ 72 գ/լ, շոկային ինդեքս՝

1,3: Պլևրալ դրենավորման և արյան բաղադրիչների տրանսֆուզիայի ընթացքում պահպանվում է նշանակալի արյունահոսությունը: Ո՞ր համակցված մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել անհետաձգելի վիրահատական կամ էնդովասկուլյար հեմոստազ՝ հակամակարդիչների չեզոքացման անհրաժեշտությունը գնահատելով հետվիրահատական փուլում

Բ-Կազմակերպել նպատակային տրանսֆուզիա և հակամակարդիչների չեզոքացում՝ըստ ապիքսաբանի վերջին ընդունման ժամանակի ու թրոմբոզային ռիսկի

Գ-Կատարել հակամակարդիչների անհետաձգելի չեզոքացում և գնահատել դրենաժային արտահոսքի դինամիկան մինչև հետագա միջամտությունը

Դ-Դադարեցնել ապիքսաբանը, քննարկել հակամակարդիչների անհետաձգելի չեզոքացումը և միաժամանակ ապահովել արյունահոսության աղբյուրի վիրահատական կամ էնդովասկուլյար վերահսկումը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

326. 68-ամյա պացիենտի 5–8-րդ կողերի կոտրվածքներից հետո սկզբում եղել է մոտ 100 մլ հեմոթորաքս: Չորրորդ օրը առաջացել են սուր ցավ և հևոց, Hb-ը նվազել է 25 գ/լ-ով: ՀՇ-անգիոգրաֆիայով կա ակտիվ կոնտրաստային արտահոսք 7-րդ միջկողային զարկերակից՝ տեղաշարժված կողաբեկորի հարևանությամբ: Հեմոդինամիկան կայուն է, պլևրալ մնացորդային մակարդուկային կուտակումը փոքր է, անգիոգրաֆիկ ծառայությունը հասանելի է: Ո՞րն է նախընտրելի աղբյուրային հեմոստազը:

Ա-Կատարել VATS՝ մակարդուկների հեռացմամբ և միջկողային անոթի տեղային հեմոստազով

Բ-Կատարել միջկողային զարկերակի ընտրովի անգիոգրաֆիա և էմբոլիզացիա՝ զուգահեռ գնահատելով դրենավորման անհրաժեշտությունը

Գ-Կատարել պլևրալ դրենավորում և դինամիկ ՀՇ-անգիոգրաֆիա՝ էմբոլիզացիան քննարկելով ըստ կրկնակի արտահոսքի

Դ-Քննարկել բաց վիրաբուժական հեմոստազ՝ վնասված կողի հատվածի կայունացմամբ և անոթի անմիջական կապմամբ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

327. 41-ամյա հեմոդինամիկորեն կայուն պացիենտի մոտ բարձր էներգիայի կրծքավանդակի փակ վնասվածքից հետո E-FAST-ը բացասական է: ՀՇ-ով ավելի ուշ հայտնաբերվել է ձախ ստոծանու 1,5 սմ պատռվածք և մինիմալ հեմոթորաքս: Ո՞ր եզրակացությունն է առավել ճշգրիտ E-FAST-ի սահմանափակումների վերաբերյալ:

Ա-E-FAST-ի բացասական արդյունքը հիմնականում նվազեցնում է նշանակալի հեմոթորաքսի հավանականությունը, ինչը կարող է անուղղակիորեն նվազեցնել նաև ստոծանու վնասման կասկածը

Բ-E-FAST-ը կարևոր է անհետաձգելի թոքամզային և պերիկարդային փոփոխությունների համար, բայց բացասական արդյունքը չի բացառում փոքր ստոծանիական վնասումը

Գ-E-FAST-ով ստոծանու գմբեթի պահպանված շարժումը խոսում է փոքր կառուցվածքային պատռվածքի դեմ, երբ հետազոտության պատուհանը բավարար է

Դ-E-FAST-ում ստոծանու տեսանելի շարունակականությունը և փոքր հեմոթորաքսի բացակայությունը կարող են բավարար լինել բարձր էներգիայի վնասման լրացուցիչ գնահատումը սահմանափակելու համար

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

328. Վերակենդանացման թորակոտոմիան քննարկվում է երկու դեպքով: I՝ 31-ամյա պացիենտ, սրտի շրջանի ծակած-կտրած վնասում, վկաների ներկայությամբ սրտի կանգ և 6 րոպե սիրտ-թոքային վերակենդանացում (ՍԹՎ): II՝ 63-ամյա պացիենտ, կրծքավանդակի փակ բազմակի վնասվածքներ, նախահիվանդանոցային ՍԹՎ՝ 22 րոպե, կյանքի նշաններ չեն գրանցվել: Ո՞ր որոշումն է առավել համահունչ վնասման մեխանիզմի և վերակենդանացման տևողության վերաբերյալ տվյալներին:

Ա-Քննարկել վերակենդանացման թորակոտոմիա երկու պացիենտների մոտ՝ ընտրության մեջ առաջնահերթ հաշվի առնելով անհետաձգելի թիմի փորձը

Բ-I պացիենտի մոտ կատարել վերակենդանացման թորակոտոմիա, II-ի դեպքում միջամտության օգուտը գնահատել որպես ծայրահեղ ցածր

Գ-I-ի մոտ սկզբում կատարել պերիկարդի անհետաձգելի պունկցիա, II-ի դեպքում՝ շարունակել ՍԹՎ-ն մինչև պատկերային գնահատում

Դ-Երկու դեպքերում առաջնորդվել E-FAST-ով հայտնաբերված պերիկարդային հեղուկով՝ միաժամանակ գնահատելով ՍԹՎ-ի արձագանքը

https://www.westerntrauma.org/western-trauma-association-algorithms/resuscitative-thoracotomy/

https://www.east.org/education-resources/practice-management-guidelines/details/emergency-department-thoracotomy

329. ՀՇ-ով երկու պացիենտների մոտ նկարագրվում են կողերի կոտրվածքներ: I պացիենտի 4–7-րդ կողերը յուրաքանչյուրը կոտրված են երկու տեղում՝ ձևավորելով կրծքավանդակի պատի առանձնացված անկայուն հատված: II պացիենտի 4–9-րդ կողերը կոտրված են մեկական տեղում, բայց զգալի տեղաշարժով և համառ ցավով: I-ի մոտ շնչառության ժամանակ կա պարադոքսալ շարժում, II-ի մոտ՝ չկա: Ո՞ր գնահատումն է առավել ճշգրիտ:

Ա-Երկու դեպքերում էլ առկա է կրծքավանդակի պատի նույնատիպ մեխանիկական անկայունություն, և վիրահատական ցուցումները որոշվում են միայն կոտրված կողերի թվով

Բ-II պացիենտի մոտ կրծքավանդակի պատի անկայունության վտանգն ավելի բարձր է՝ ավելի մեծ թվով տեղաշարժված կողերի պատճառով

Գ-I-ում կա պատի անկայուն հատված՝ պարադոքսալ շարժմամբ. II-ում՝ բազմակի տեղաշարժված կոտրվածքներ՝ կողերի վիրաբուժական կայունացման հնարավոր առանձին ցուցումներով

Դ-I-ի մոտ անկայուն հատվածի ախտորոշումն անհրաժեշտ է հաստատել շնչառական ֆունկցիոնալ քննությամբ, II-ի մոտ՝ գնահատել ցավն ու տեղաշարժը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

https://doi.org/10.1186/s13017-024-00559-2

330. Թոքային սալջարդով 34-ամյա հիվանդը վիրահատական միջամտության չի ենթարկվել: Երկրորդ օրը նա շնչում է ինքնուրույն, ջերմությունը 37,2 °C է, խորխի քանակը քիչ է, լեյկոցիտները՝ 11×10^9/լ, ՀՇ-ում առկա են վնասմանը համապատասխան ոչ սեգմենտար ստվերումներ: Ո՞րն է հակաբիոտիկների վերաբերյալ առավել հիմնավորված որոշումը:

Ա-Քննարկել կարճատև հակաբակտերիալ բուժում՝ հաշվի առնելով սալջարդի տարածվածությունը և հետագա շնչառական ռիսկը

Բ-Կազմակերպել ցանքսով ուղղորդվող հակաբակտերիալ բուժում՝ վարակային հնարավոր բարդությունները վաղ հայտնաբերելու համար

Գ-Կատարել բրոնխոսկոպիկ սեկրեցիայի նմուշառում՝ մանրէաբանական գնահատման համար, ապա որոշել բուժման անհրաժեշտությունը

Դ-Հակաբիոտիկ նշանակել հաստատված կամ հիմնավոր կասկածելի վարակի դեպքում. մեկուսացված թոքային սալջարդը կանխարգելիչ հակաբիոտիկի ցուցում չէ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

331. Բազմակի վնասվածքներով հիվանդի առաջին ստուգման ժամանակ պարզվել է փոքր պնևմոթորաքս, թոքային սալջարդ և 6–8-րդ կողերի կոտրվածքներ: Վեց ժամից ցավը նվազել է, SpO_2-ը 96% է, բայց շնչառության հաճախությունը աճել է 18-ից 27/րոպե, իսկ Hb-ն նվազել է 15 գ/լ-ով: Ո՞րն է կրկնակի գնահատման ամենաճիշտ հիմնավորումը:

Ա-Կրկնել համալիր կլինիկոռադիոլոգիական գնահատումը՝ հայտնաբերելու հնարավոր ուշ հեմոթորաքսը, պնևմոթորաքսի մեծացումը կամ սալջարդի հարաճումը

Բ-Կազմակերպել շնչառական ֆունկցիայի և ցավազրկման դինամիկ գնահատում՝ որոշելով օդափոխման աջակցության անհրաժեշտությունը

Գ-Կրկնել Hb-ը և հեղուկային հաշվեկշռի գնահատումը՝ հնարավոր հեմոդիլյուցիան ու շարունակվող կորուստը տարբերակելու համար

Դ-Քննարկել ՀԾ-անգիոգրաֆիա՝ եթե կրկնակի քննությամբ ի հայտ գան նոր արյունահոսության կամ անոթային վնասման նշաններ

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

332. Սրտի շրջանի ծակած-կտրած վնասվածքից հետո պացիենտի մոտ առկա է տամպոնադայի պատկեր: Էխոսրտագրությամբ պերիկարդի հետին հատվածում կա մակարդված արյանը համատեղելի խիտ էխոգեն կուտակում, իսկ պունկցիայի անվտանգ հեղուկային պատուհանը փոքր է: Վիրաբուժական օգնությունը հասանելի է: Ո՞րն է պերիկարդի պունկցիայի հիմնական սահմանափակումը տվյալ դեպքում:

Ա-Պունկցիան կարող է ժամանակավորապես նվազեցնել ճնշումը, եթե հնարավոր է հեռացնել ազատ հեղուկային բաղադրիչը

Բ-Պունկցիան հաճախ չի հեռացնում մակարդված արյունը և չի ապահովում վնասված սրտի արյունահոսության աղբյուրի վերահսկումը

Գ-Կաթետերային դրենավորումը կարող է ապահովել հեղուկային բաղադրիչի շարունակական արտահոսքը՝ ըստ էխոսրտագրական պատուհանի

Դ-Վիրաբուժական պերիկարդի բացումը թույլ է տալիս մակարդուկի հեռացում և արյունահոսության ուղղակի գնահատում

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

333. 24-ամյա տղամարդը հոսպիտալացվել է կրծքավանդակի փակ վնասվածքից հետո: Առաջին օրը կատարված ՀՇ-ով ձախ թոքի ստորին բլթում հայտնաբերվել է 4 սմ տրամագծով, օդ պարունակող հետվնասվածքային կեղծ կիստա՝ շրջակա թոքային հյուսվածքի կոնտուզիայով: Ընտրվել է պահպանողական բուժում: Վնասվածքից 12 օր անց առաջացել են ջերմություն՝ մինչև 39°C, թարախային խորխ և բորբոքային ցուցանիշների բարձրացում: Կրկնակի ՀՇ-ով խոռոչի տրամագիծը հասել է 5,5 սմ-ի, ի հայտ են եկել հեղուկի մակարդակ, պատերի հաստացում և հարակից բորբոքային փոփոխություններ: Թոքամզի էմպիեմայի, ակտիվ արյունահոսության կամ թոքային հյուսվածքի տարածուն նեկրոզի նշաններ չկան: Չնայած 72 ժամ տևած ներերակային հակաբիոտիկային բուժմանը՝ պահպանվում են սեպսիսի կլինիկական և լաբորատոր նշանները: Պացիենտի հեմոդինամիկան կայուն է:
Ո՞րն է բուժման առավել հիմնավորված հաջորդ քայլը:

Ա-Կատարել բրոնխոսկոպիկ սանացիա և մանրէաբանական նմուշառում՝ վերագնահատելով հակաբիոտիկային բուժումը:

Բ-Կատարել ՀՇ հսկողությամբ խոռոչի միանվագ պունկցիա և ասպիրացիա՝ առանց մշտական դրենաժ տեղադրելու:

Գ-Կատարել պատկերային հսկողությամբ խոռոչի դրենավորում՝ մանրէաբանական նմուշառմամբ և հակաբիոտիկային բուժման շարունակմամբ:

Դ-Կատարել վիդեոթորակոսկոպիկ վիրահատություն (VATS)՝ խոռոչի բացմամբ, սանացիայով և կենսունակ թոքային հյուսվածքի պահպանմամբ:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

https://doi.org/10.4103/2229-5151.114276

334. Երեք պացիենտների մոտ քննարկվում է կողերի վիրաբուժական կայունացում: I՝ կրծքավանդակի պատի անկայուն հատված և դժվար էքստուբացիա, II՝ չորս տեղաշարժված կողի կոտրվածք ու համառ ցավ՝ օպտիմալ ցավազրկման ֆոնին, III՝

երեք չտեղաշարժված կոտրվածք՝ բավարար հազով և շարժունակությամբ: Ո՞ր ընտրության սկզբունքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Առաջնահերթությունը որոշել տեղաշարժված կողերի քանակով և վերականգնվող կմախքային կայունության չափով

Բ-Համադրել անկայունությունը, կոտրվածքների տեղաշարժը, շնչառական դժվարությունը, ցավը և ուղեկցող վնասումները

Գ-կողերի վիրաբուժական կայունացումը դիտարկել առավելապես պացիենտների մոտ, որոնց վիրահատական ռիսկը ցածր է և թոքային ռեզերվը պահպանված

Դ-Կայունացման ցուցումը որոշել ըստ ՀՇ-ում պատի դեֆորմացիայի և թոքային սալջարդի ծավալի համակցման

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

https://doi.org/10.1186/s13017-024-00559-2

335. 44-ամյա պացիենտը ընդունվել է կրծքավանդակի թափանցող վնասվածքից 30 ժամ անց՝ բարձր ջերմությամբ և աճող լակտատով: ՀՇ-ով կերակրափողի ստորին կրծքային հատվածին հարակից միջնորմում կա հեղուկգազային կուտակում, ջրալույծ կոնտրաստով հաստատվել է փոքր արտահոսք դեպի միջնորմ: Հիվանդը հիմա կայունացվել է, պատի կենսունակությունը դեռ չի գնահատվել: Ո՞ր բուժական սկզբունքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կազմակերպել աղբյուրի անհետաձգելի վերահսկում՝ միջնորմային կուտակման դրենավորմամբ, արտահոսքի փակման եղանակի և պատի կենսունակության գնահատմամբ

Բ-Տեղադրել ծածկված կերակրափողային ստենտ՝ շարունակելով հակամանրէային բուժումը և հաջորդիվ գնահատելով կուտակման փոփոխությունը

Գ-Կատարել էնդոսկոպիկ վակուումային թերապիա՝ որպես հիմնական միջամտություն, և կուտակման դրենավորումը որոշել ըստ կլինիկական պատասխանի

Դ-Ընտրել առաջնային վիրաբուժական կարում՝ լրացնելով շրջակա հյուսվածքային լաթով, ապա որոշել միջնորմային դրենավորման անհրաժեշտությունը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6544956/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

336. Կրծքավանդակի փակ վնասվածքով 62-ամյա հիվանդը ընդունվել է շոկով և աջակողմյան հեմոթորաքսով: Դրենավորումից, տրանսֆուզիայից ու ռեսպիրատոր աջակցությունից 90 րոպե անց ճնշումը 110/70 մմ սս է, լակտատը նվազել է 5,8-ից 3,2 մմոլ/լ, միզարտադրությունը՝ 0,6 մլ/կգ/ժ: Սակայն PaO_2/FiO_2-ը նվազել է 240-ից մինչև 150, իսկ դրենաժով շարունակվում է 150 մլ/ժ արյունային արտահոսք: Ո՞րն է հաջորդ գնահատման ամենահիմնավորված սկզբունքը:

Ա-Շարունակել հեմոդինամիկայի կայունացումը և վերագնահատել շնչառական աջակցությունը՝ հիմնվելով լակտատի նվազման վրա

Բ-Առաջնահերթ վերագնահատել շնչառական ռազմավարությունը և կրծքային վնասման պատկերը՝ հաշվի առնելով օքսիգենացիայի անկումը

Գ-Համատեղ վերագնահատել շարունակվող արյունահոսության դադարեցման մարտավարությունը և վատթարացող գազափոխանակությունը՝ պահպանելով պերֆուզիայի հսկողությունը

Դ-Կատարել համալիր կրկնակի պատկերային գնահատում՝ որոշելով շարունակվող դրենաժային արյան կորստի և գազափոխանակության վատթարացման պատճառը

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12522690/

337. VATS աջից վերին լոբէկտոմիայի ընթացքում միջբլթային թոքային զարկերակի ճյուղի պատը պատռվել է: Արյունահոսությունը արագ է, բայց վնասված հատվածը մոտավորապես տեսանելի է, օգնականի գործիքի մուտքը՝ ազատ: Հիվանդի հեմոդինամիկան դեռ կայուն է: Ո՞րն է առաջին գործողությունն ու հետագա որոշման ճիշտ հաջորդականությունը:

Ա-Բարձրացնել ասպիրացիայի ուժգնությունը և արագացնել զարկերակի շրջակա դիսեկցիան՝ վնասման սահմանները բացելու համար:

Բ-Սեղմել վնասված հատվածը, վերականգնել տեսադաշտը և գնահատել վերահսկվող կարի կամ բաց մուտքի անցնելու հնարավորությունը:

Գ-Վնասված ճյուղը ներառել անոթային ստեպլերի մեջ՝ ստեպլերի ծնոտների դիրքը ճշտելով առաջային մակերեսով:

Դ-Արձագանքը սկսել զարկերակային ճնշման նպատակային իջեցմամբ՝ ապա գնահատելով տեղային հեմոստազի անհրաժեշտությունը:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6989967/

https://doi.org/10.21037/vats-23-1

338. Աջից ռոբոտային ստորին լոբէկտոմիայի ընթացքում վնասվել է թոքային զարկերակը: Սեղմումը հնարավոր է ռոբոտային գործիքով, բայց արյունահոսությունը շարունակվում է, իսկ անեսթեզիոլոգը հայտնում է ճնշման արագ անկման մասին: Օգնականը գտնվում է հիվանդի մոտ, և նախապես մշակված է անհետաձգելի կոնվերսիայի պլան: Ո՞ր թիմային գործողությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կատարել ռոբոտային համակարգի ամբողջական ապամիացում՝ սկսելով բոլոր բազուկներից, ապա վերագնահատել վնասման տեսանելիությունն ու սեղմման արդյունավետությունը:

Բ-Պահպանել ռոբոտային գործիքների սեղմումը և փորձել ավարտել անոթի կարումը՝ հարմարեցնելով կոնսոլի աշխատանքային անկյունն ու օժանդակ ասպիրացիան:

Գ-Կիրառել արյան բաղադրիչների զանգվածային տրանսֆուզիա, իսկ կոնվերսիայի որոշումը կապել առաջին հեմոգլոբինի պատասխանի հետ:

Դ-Ահազանգել թիմին, պահպանել վնասվածքի ժամանակավոր սեղմումն ու տեսանելիությունը, համակարգված մասնակի ապամիացմամբ ապահովել անհետաձգելի բաց մուտքը:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2025.06.012

339. Ձախից վերին լոբէկտոմիայի ընթացքում անոթային ստեպլերի ծնոտների մեջ վերցված է թոքային զարկերակի ճյուղը: Ստեպլերի փակման ժամանակ ճյուղի հետին պատը չի երևում, իսկ հարևան բրոնխի պատը ձգվում է դեպի սարքը: Արյունահոսություն չկա: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել անվտանգ:

Ա-Բացել ստեպլերը, ճշտել ծնոտներում ներառված հյուսվածքները և կրկին փակել սարքը հստակ տեսողական վերահսկմամբ:

Բ-Պահպանել փակված ստեպլերը և կատարել կարճ փորձնական սեղմում՝ գնահատելով բրոնխի շարժումն ու անոթային ճյուղի լարվածությունը:

Գ-Ավելացնել անոթի պրոքսիմալ ձգումը և գործարկել ստեպլերը, եթե անոթի առաջային պատը լրիվ երևում է:

Դ-Փոխել ստեպլերի կասետը ավելի կարճ տարբերակով՝ պահպանելով գործիքի ներմուծման նույն ուղին:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

340. Էմֆիզեմայով 68-ամյա հիվանդի աջից վերին լոբէկտոմիայի ժամանակ միջբլթային ճեղքը գրեթե ամբողջությամբ սերտաճած է: Բրոնխանոթային տարրերը հնարավոր է նույնականացնել դրունքի կողմից: Վիրաբույժը ձգտում է նվազեցնել հետվիրահատական երկարատև օդահոսքի վտանգը: Ո՞ր հաջորդականությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Սկսել ճեղքի ուղղակի բաժանումից՝ փուլերով զարգացնելով միջբլթային դիսեկցիան մինչև զարկերակի հայտնաբերումը:

Բ-Ընտրել նախնական ճեղքի մանրակրկիտ սուր բաժանում՝ էներգետիկ գործիքով, այնուհետև անցնել դրունքի մշակմանը:

Գ-Դրունքի կողմից վերահսկել անոթներն ու բրոնխը, իսկ թերի ճեղքը վերջին փուլում բաժանել ստեպլերով՝ fissure-last սկզբունքով:

Դ-Պահպանել միջբլթային կամրջակը և կատարել թոքային բլթի առանձնացումը պարենխիմայի սահմանափակ մասնահատմամբ:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

341. Աջից S6 անատոմիական սեգմենտէկտոմիայի ժամանակ թիրախային զարկերակային ճյուղի բաժանումից և ինդոցիանին կանաչի (ICG) ներերակային ներարկումից հետո ֆլուորեսցենտ պատկերում միջսեգմենտային սահմանը անհստակ է: Նախավիրահատական եռաչափ ՀԾ-ն ցույց էր տվել հարակից սեգմենտների միջև անոթային տարբերակներ, իսկ ուռուցքը գտնվում է նախատեսվող սահմանից 12 մմ հեռու: Ո՞րն է առավել ճիշտ քայլը:

Ա-Կրկնել ICG-ի ներարկումը մինչև սահմանը դառնա շարունակական և այն ընդունել որպես մասնահատման հիմնական գիծ:

Բ-Առաջնահերթ օգտագործել թոքի մակերեսային անատոմիական կողմնորոշիչները՝ պահպանելով նախապես ընտրված սեգմենտէկտոմիայի ծավալը:

Գ-Անցնել միջսեգմենտային գծի որոշման օդով փքման մեթոդին՝ ICG-ի ու ՀՇ-ի տվյալները թողնելով երկրորդական:

Դ-Համադրել անոթաբրոնխային անատոմիան ու սահմանազատման եղանակները և վերագնահատել ուռուցքաբանական եզրն ու մասնահատման ծավալը:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.1371/journal.pone.0328362

342. VATS մասնահատման համար նախատեսված է աջից վերին բլթի 9 մմ գոյացություն՝ «անփայլ ապակու» տիպի խտության գերակշռությամբ՝ թոքամզից 18 մմ խորությամբ: Այն ՀՇ-ով հստակ է, սակայն ոչ տեսանելի և ոչ շոշափելի կլինի վիրահատության ժամանակ: Մասնագիտացված կենտրոնում կան նախավիրահատական ՀՇ-ուղղորդմամբ նշագրման և ներվիրահատական տեղորոշման տարբերակներ: Ո՞ր ծրագիրն է առավել ապահովում նպատակային հեռացումը:

Ա-Նախապես պլանավորել հանգույցի տեղորոշման կամ նշագրման մեթոդը և այն կապել նախատեսված մասնահատման գծերի ու ուռուցքաբանական եզրի հետ:

Բ-Կատարել անատոմիական սեգմենտէկտոմիա նախնական եռաչափ պլանով՝ հանգույցի տեղակայումը հաստատելով հեռացված պատրաստուկում:

Գ-Կատարել թորակոսկոպիկ ՈւՁՀ-ով տեղորոշման փորձ և հանգույցի հայտնաբերման դեպքում վերջնական որոշել մասնահատման ծավալը:

Դ-Ընտրել լայն սեպաձև մասնահատում ենթադրյալ սեգմենտից՝ պատրաստուկի անհետաձգելի ռենտգեն կամ ՀՇ հաստատմամբ:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1148/radiol.232558

343. Նախկին թորակոտոմիայից հետո նախատեսվում է VATS պլևրալ բիոպսիա: ՀՇ-ով ստանդարտ օպտիկական մուտքի տակ թոքը սերտ կպած է կրծքավանդակի պատին, մինչդեռ ստորին կողմնային հատվածում կա ազատ փոքր թոքամզային գրպան: Կայուն պացիենտի համար ո՞ր առաջնային մուտքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ստեղծել օպտիկական տրոակարային մուտք ստանդարտ միջկողային տեղում՝ աստիճանաբար խորացնելով գործիքը սեղմված թոքի ուղղությամբ:

Բ-Ընտրել նախապես որոշված առավել ազատ տեղամասում վերահսկվող բաց մուտք, ապա տեսողական հսկողությամբ ազատել անհրաժեշտ կպումները:

Գ-Սկզբում կպումներով պատված տեղամասում ստեղծել օդային տարածություն CO_2-ի ներմուծմամբ և հետո տեղադրել տեսախցիկը:

Դ-Կատարել փոքր միջկողային կտրվածք կպումների կենտրոնում՝ թոքը կրծքավանդակի պատից կարճ սուր շարժումներով հեռացնելով:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

344. Ձախից միջնորմային լիմֆոդիսսեկցիայի ընթացքում վիրաբույժը էներգետիկ գործիքով բաժանում է հյուսվածքները աորտայի աղեղի տակից՝ ձախ հետադարձ կոկորդային նյարդի հարևանությամբ: Նյարդը պահպանված է, բայց նախորդ ակտիվացումից հետո գործիքի ծնոտները դեռ տաք են: Ո՞ր տեխնիկական փոփոխությունն է առավել կարևոր նյարդի վնասումը կանխելու համար:

Ա-Նվազեցնել էներգիայի հզորությունը և շարունակել նույն գործիքով՝ հյուսվածքի գույնի դինամիկ հսկողությամբ:

Բ-Ավելացնել նյարդի և գործիքի միջև ձգումը՝ հնարավորինս կարճացնելով յուրաքանչյուր ակտիվացման ժամանակը:

Գ-Կիրառել նյարդին մոտ սառը դիսեկցիա կամ մեխանիկական միջոց և հաշվի առնել գործիքի մնացորդային ջերմությունն ու դրա տարածումը:

Դ-Կիրառել կարճ կրկնվող ակտիվացումներ՝ սահմանափակելով գործիքի անմիջական շփումը նյարդի հետ:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

345. Աջակողմյան VATS ստորին լոբէկտոմիայի ընթացքում ստեպլերը փակվել է թոքային զարկերակի ճյուղի վրա, սակայն մեխանիզմը խափանվել է՝ կտրումը չի կատարվել, իսկ ծնոտները չեն բացվում: Հեմոդինամիկան կայուն է, անոթի պատը տեսանելի է միայն մի կողմից: Ո՞րն է անվտանգ հաջորդ քայլը:

Ա-Ֆիքսել ստեպլերը, պատրաստել անոթային վերահսկումը և կազմակերպել սարքի անվտանգ ազատումը՝ անհրաժեշտության դեպքում կոնվերսիայով:

Բ-Կազմակերպել երկրորդ ստեպլերի կիրառում նույն ճյուղի պրոքսիմալ հատվածում՝ առաջին սարքի լարվածությունը նվազեցնելու նպատակով:

Գ-Կատարել սարքի արտադրողի նախատեսած վերագործարկման քայլերը՝ պահելով առկա անոթային դիրքը և գնահատելով ծնոտների արձագանքը:

Դ-Կատարել փոքր թորակոտոմիա ստեպլերի անմիջական հարևանությամբ՝ փորձելով մեխանիկորեն բացել ծնոտները:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

346. Աջից ստորին լոբէկտոմիայից հետո բրոնխի ծայրատի ստեպլերային կարագիծը ջրի տակ 25 սմ H_2O ճնշմամբ ստուգելիս նույն կետից կրկնվող օդային պղպջակներ են դուրս գալիս: Հիվանդի վիճակը կայուն է, իսկ ստեպլերային գիծը հասանելի է ուղղակի մշակման համար: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մոտեցումը:

Ա-Մեծացնել թեստային ճնշումը՝ համոզվելու համար, որ օդի արտահոսքը կլինիկորեն նշանակալի է և պահպանվում է կրկնակի փորձի ժամանակ:

Բ-Կիրառել ծայրատի մակերեսին հերմետիկացնող նյութ և այն դիտարկել որպես առաջնային վերջնական միջամտություն:

Գ-Տեղադրել լրացուցիչ պլևրալ դրենաժ և վիրահատության ավարտից հետո գնահատել օդի արտահոսքի դինամիկան:

Դ-Ուղղակի վերացնել կարագծի արտահոսքը համապատասխան կարով կամ տեխնիկական վերամշակմամբ և կրկնել հերմետիկության փորձը:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

347. Ձախից պնևմոնէկտոմիայի համար օգտագործվում է աջակողմյան երկլուսանցքային ինտուբացիոն խողովակ: Տեղադրումից հետո շնչառական ճնշումները նորմալ են, բայց աջ վերին բլթի օդափոխությունն անկայուն է՝ հատկապես հիվանդին կողքի շրջելուց հետո: Ո՞ր ստուգումն է առավել նպատակային:

Ա-Աջ գլխավոր բրոնխի մեջ խողովակի խորությունը գնահատել արտաքին սանտիմետրային նշումով և կրկնակի լսումով:

Բ-Կատարել բրոնխոսկոպիկ վերահսկում՝ ճշտելով աջ վերին բլթի օդափոխիչ կողային բացվածքի համընկնումը բլթային բրոնխի բացվածքին:

Գ-Հավասարեցնել երկու մանժետների ճնշումները և գնահատել աջ վերին բլթի օդափոխությունն օդի հոսքի կորով:

Դ-Կրկին ստուգել ձախ թոքի կոլապսը՝ հաստատելով, որ ձախ բրոնխը լավ մեկուսացված է:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

348. Ձախից VATS լոբէկտոմիայի ընթացքում հիվանդին կողքի դիրքով տեղակայելուց հետո մեկթոքային օդափոխության ժամանակ SpO_2-ը նվազում է 99%-ից 88%, օդուղիների ճնշումը բարձրանում է: Բրոնխի բլոկատորով մեկուսացումը մինչ դիրքափոխումը հաստատված էր: Վիրահատական միջամտությունը դեռ չի սկսվել: Անեսթեզիոլոգի ո՞ր գործողությունն է առավել նպատակային:

Ա-Կիրառել օդափոխվող թոքի դրական արտաշնչման վերջնական ճնշման բարձրացում՝ հետևելով օքսիգենացիայի դինամիկային:

Բ-Փոխել բլոկատորի մանժետի ճնշումը՝ գնահատելով դրա ազդեցությունը վիրահատվող թոքի կոլապսի վրա:

Գ-Վերականգնել անվտանգ օքսիգենացիան և բրոնխոսկոպիայով ճշտել բլոկատորի դիրքն ու օդուղու անցանելիությունը:

Դ-Ավելացնել FiO_2-ը և գնահատել օդուղիների ճնշման արձագանքը՝ ստուգելով մեկուսացման արդյունավետությունը:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

349. Կենտրոնական կալցիֆիկացված ավշահանգույցով հիվանդի VATS լոբէկտոմիայի ընթացքում 4R հանգույցները հեռացված են, իսկ դրունքի կալցիֆիկացված հանգույցը սերտ կպած է թոքային զարկերակին: Անոթի բաժանումը տեսանելի է, սակայն դրա անվտանգ շրջանաձև վերահսկումը տվյալ

մուտքից հնարավոր չէ: Արյունահոսություն դեռ չկա: Ո՞ր որոշումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Շարունակել VATS դիսսեկցիան փոքր փուլերով՝ անոթի պատի պաշտպանությունն ապահովելով բութ գործիքի միջոցով:

Բ-Նախ կատարել հանգույցի սահմանափակ մասնահատում և անոթին հարող մասը թողնել վերջնական հյուսվածաբանության համար:

Գ-Օգտագործել անոթային ստեպլեր՝ կալցիֆիկացված հանգույցն ու հարակից զարկերակային ճյուղը միասին բաժանելու համար:

Դ-Անցնել ավելի լայն վերահսկվող մուտքի՝ ապահովելու անոթի անվտանգ անջատումն ու անհրաժեշտության դեպքում վերականգնումը:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6989967/

350. Աջից բրոնխոպլաստիկ վերին լոբէկտոմիայից հետո կատարվել է ծայրը ծայրին բրոնխային բերանակցում: Ջրի տակ օդային արտահոսք չկա, սակայն ներվիրահատական բրոնխոսկոպիայով միջանկյալ բրոնխի լուսանցքում երևում է արտահայտված ոլորում և նեղացում: Ո՞րն է առավել անվտանգ գործողությունը՝ մինչև վիրահատության ավարտը:

Ա-Վերագնահատել բերանակցման դիրքն ու լարվածության աստիճանը և անհրաժեշտության դեպքում կատարել ռեկոնստրուկցիա:

Բ-Թողնել բերանակցումն անփոփոխ և հետվիրահատական օրերին քննարկել պլանային բրոնխային ստենտավորում

Գ-Բարձրացնել օդուղիների ճնշումը, քանի որ անարտահոս կարագիծը բացառում է մեխանիկական խոչընդոտը

Դ-Բրոնխոսկոպիկ նեղացումը մեկնաբանել միայն որպես այտուց և առանց լրացուցիչ ստուգման ավարտել վիրահատությունը

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://shop.elsevier.com/books/pearsons-thoracic-and-esophageal-surgery/patterson/978-0-443-06861-4

351. Աջից վերին լոբէկտոմիայից հետո միջին բիլթը լիովին ընդարձակված է, բայց անսովոր պտտված դիրքում է, իսկ միջին բլթի երակը՝ ձգված և մասնակի սեղմված: Մակերեսի գույնը դեռ վարդագույն է: հեմոդինամիկան կայուն է: Ո՞ր քայլն է առավել հիմնավորված մինչև վիրահատությունն ավարտելը:

Ա-Կատարել սահմանափակ պլիկացիա միջին և ստորին բլթերի միջև՝ կանխելու հետագա շարժունակությունը:

Բ-Վերականգնել բլթի բնական դիրքը և ստուգել երակային արտահոսքն ու բրոնխանոթային ոտիկի ընթացքը:

Գ-Միջին բիլթը ֆիքսել կրծքավանդակի պատին՝ պահպանելով ընթացիկ անատոմիական դիրքը:

Դ-Կատարել միջին բլթի ներվիրահատական ՈՒՁՀ՝ անոթային հոսքը գնահատելու և հետվիրահատական հսկողությունը պլանավորելու համար:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

352. Ռոբոտային սեգմենտէկտոմիայի ընթացքում արտաքին երկու բազուկներն անընդհատ բախվում են իրար: Ներքին գործիքների ծայրերը ճիշտ դիրքում են, սակայն շարժումները սահմանափակվում են, և հաջորդ քայլը նախատեսում է թոքային զարկերակի մանր ճյուղի դիսեկցիա: Հիվանդը կայուն է: Ո՞ր տեխնիկական ուղղումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Պահպանել գործիքների ներկայիս դիրքը՝ փոխելով օպերատորի ձեռքի շարժումների մասշտաբը և տեմպը:

Բ-Փոխել տեսախցիկի անկյունն ու խոշորացումը՝ բախման գոտուց դուրս ավելի լայն տեսադաշտ ստանալու համար:

Գ-Դադարեցնել անոթային դիսեկցիան և վերագնահատել պորտերի տեղակայումն ու ռոբոտային բազուկների արտաքին երկրաչափությունը:

Դ-Փոխել գործիքների հերթականությունը և մեկ բազուկը պահել ստատիկ՝ մյուսով շարունակելով անոթային դիսեկցիան:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

353. Սուբքսիֆոիդ մուտքով թիմէկտոմիայի ժամանակ միջնորմ ներմուծվող CO_2-ի ճնշումը բարձրացվել է 8-ից մինչև 12 մմ սս՝ տեսադաշտը մեծացնելու համար: Մի քանի րոպե անց իջնում է զարկերակային ճնշումը, աճում է կենտրոնական երակային ճնշումը, վիրահատական արյունահոսություն չի երևում: Ո՞րն է առաջին համատեղ գործողությունը:

Ա-Անզգայացման խորությունը նվազեցնել և շարունակել նույն ինսուֆլյացիոն ճնշմամբ՝ գնահատելով ճնշման պատասխանը:

Բ-Անմիջապես նվազեցնել կամ դադարեցնել CO_2-ի ներմուծումը, գնահատել երակային վերադարձն ու սրտի աշխատանքը, զուգահեռ բացառել այլ պատճառները:

Գ-Տեսադաշտը պահպանելու համար շարունակել 12 մմ սս ճնշումը՝ ավելացնելով ներհոսող ինֆուզիոն հեղուկը:

Դ-Վիրահատության ընթացքում ավելացնել PEEP-ը՝ միջնորմային ճնշման փոփոխության հետ հեմոդինամիկան հավասարակշռելու նպատակով:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

354. Թոքի ադենոկարցինոմայի կասկածով պացիենտի EBUS-ուղղորդմամբ 4R ավշահանգույցի ասպիրատում հաստատվել է չարորակ էպիթելային ուռուցք: Բջջաբանական նյութը սպառվել է իմունոհիստոքիմիայի համար և բավարար չէ անհրաժեշտ մոլեկուլային ու PD-L1 քննություններին: Հիվանդը կայուն է, և կան մի քանի անվտանգ նմուշառման հնարավորություններ: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նշել չստացված կենսամարկերները որպես բացասական և որոշել բուժումը հաստատված հյուսվածքաբանական խմբի շրջանակում:

Բ-Ընտրել առավել ակտիվ PET-ՀԾ հանգույցը և բուժման սխեման փոխել ըստ SUVmax-ի՝ գնահատելով մոլեկուլային թեստերի օգտակարությունը հետագայում:

Գ-Կատարել շրջանառող ուռուցքային ԴՆԹ-ի քննություն՝ հիմք ընդունելով դրա բարձր տեղեկատվականությունը և հյուսվածքային կրկնակի նմուշառման վտանգները:

Դ-Պաթոլոգի հետ պլանավորել լրացուցիչ անվտանգ հյուսվածքային նմուշառում՝ ապահովելով նյութ մոլեկուլային և PD-L1 հետազոտությունների համար:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10401980/

355. Թոքի կենտրոնական ուռուցքի R0 հեռացման նպատակով քննարկվում է թոքային զարկերակի պատի սահմանափակ մասնահատում և պլաստիկա: Անոթային պատի ներգրավումը հնարավոր է գնահատել նախապես, սակայն վերականգնման ընթացքում կարող է պահանջվել ժամանակավոր արյան հոսքի դադարեցում: Ո՞ր նախավիրահատական պատրաստությունն է առավել նպատակային:

Ա-Պլանավորել պրոքսիմալ ու դիստալ անոթային վերահսկում, հնարավոր վերականգնման տեխնիկան, կոնվերսիայի ճանապարհը, գործիքներն ու թիմի դերերը:

Բ-Սահմանել հիմնականում անոթի կարի տեխնիկան և վերահսկող գործիքների ծավալը որոշել վնասման վերջնական տեսքից հետո:

Գ-Նախապես ընտրել թոքային զարկերակի ստեպլերավորման տարբերակ՝ վերականգնման անհրաժեշտությունը վերագնահատելով վիրահատության ընթացքում:

Դ-Կազմակերպել արտակարգ տրանսֆուզիայի և անեսթեզիոլոգիական աջակցություն՝ անոթային վերականգնումը թողնելով վիրահատող խմբի իրավիճակային որոշմանը:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

356. Ռոբոտային լոբէկտոմիայից հետո 3,5 սմ առաջնային ուռուցքով պատրաստուկը չի անցնում նախատեսված 4 սմ հեռացման կտրվածքով: Պատրաստուկը գտնվում է պաշտպանիչ պարկում, իսկ ուռուցքը չի վնասվել: Ո՞րն է առավել հիմնավորված գործողությունը՝ պահպանելու ուռուցքաբանական որակը:

Ա-Սեղմել պատրաստուկի առողջ թոքային հատվածը՝ հերթական փորձերով անցկացնելով այն նույն կտրվածքով:

Բ-Պատրաստուկը կիսել անատոմիական միջբլթային գծով՝ ուռուցքի ամբողջականությունը պահպանելու պայմանով:

Գ-Ընդլայնել հեռացման կտրվածքը անհրաժեշտ չափով և պատրաստուկը հանել ամբողջական՝ պաշտպանիչ պարկում:

Դ-Փոխել պարկը ավելի բարակ տարբերակով և փորձել ամբողջական պատրաստուկը դուրս բերել թեթևակի պտտելով:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

357. Թոքի վաղ փուլի ոչ մանրբջջային քաղցկեղի դեպքում հնարավոր են ինչպես VATS, այնպես էլ RATS անատոմիական մասնահատումներ: Տեխնիկական հասանելիությունը լավ է երկու եղանակով, հիվանդի ֆունկցիոնալ ռեզերվը բավարար է: Ո՞րն է ուռուցքաբանական որակի պարտադիր ընդհանուր պայմանը՝ անկախ մուտքի տեսակից:

Ա-Մեդիաստինալ ավշահանգույցների հեռացման ծավալը հարմարեցնել նախավիրահատական PET-ՀՇ պատկերին և տվյալ բլթի ավշային արտահոսքի ուղիներին:

Բ-Ավշահանգույցների գնահատման ծավալը որոշել հիմնականում կտրվածքի չափով՝ փոքր մուտքի առավելությունը պահպանելու համար:

Գ-Թոքային պարենխիմայի եզրը գնահատել նույն չափանիշներով, բայց ավշային փուլավորումը հարմարեցնել օգտագործվող ռոբոտային կամ թորակոսկոպիկ համակարգերի տեխնիկական հնարավորություններին:

Դ-Պահպանել R0 մասնահատման և ներվիրահատական ավշահանգուցային փուլավորման նույն պահանջները, ինչ համապատասխան բաց վիրահատության դեպքում:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40885528/

https://academic.oup.com/ejcts/article/30/5/787/365261

358. Մեկթոքային օդափոխության ժամանակ անզգայացման թիմը պետք է ընտրի շնչառական ծավալը և արտաշնչման վերջում դրական ճնշումը (PEEP): Թոքային կոմպլայենսը տարբեր է պացիենտների միջև, իսկ FiO_2-ի անհրաժեշտությունը փոփոխվում է վիրահատության ընթացքում: Ո՞ր սկզբունքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Սահմանել 8–10 մլ/կգ շնչառական ծավալ՝ ըստ փաստացի մարմնի զանգվածի, ապա PEEP-ն ընտրել օքսիգենացիայի հիման վրա:

Բ-Օգտագործել մոտավորապես 4–6 մլ/կգ շնչառական ծավալ՝ ըստ կանխատեսված մարմնի զանգվածի, և անհատականացնել PEEP-ն ու հարթակային ճնշումները:

Գ-Ընտրել միևնույն ֆիքսված PEEP-ը բոլոր պացիենտների համար՝ շնչառական ծավալը փոխելով ըստ վիրահատվող բլթի:

Դ-Կիրառել բարձր շնչառական ծավալ, երբ օքսիգենացիան նվազում է՝ նախքան բրոնխային մեկուսացման կամ շնչառական մեխանիկայի վերագնահատումը:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

359. Անոթային և բրոնխային ստեպլերների կասետները տարբերվում են փակվող կարի բարձրությամբ և կիրառելի հյուսվածքի հաստության միջակայքով: Վիրասրահում նույն գույնի կասետներ կան տարբեր արտադրողներից: Ո՞ր ընտրության սկզբունքն է առավել անվտանգ:

Ա-Հիմնվել կասետի գույնի վրա, եթե նույն գույնն արդեն հաջողությամբ կիրառվել է այլ ստեպլերով:

Բ-Կասետը ընտրել ըստ անոթի արտաքին տրամագծի, իսկ հյուսվածքի սեղմման աստիճանը գնահատել փակման պահին:

Գ-Կասետի ընտրությունը համադրել հյուսվածքի հաստության, սարքի կարի բարձրության և արտադրողի սահմանած կիրառման միջակայքի հետ:

Դ-Ընտրել բոլոր դեպքերում առավել բարձր կարով կասետ՝ նվազեցնելու հյուսվածքի պատռման հավանականությունը:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

360. Էներգետիկ սարքի կիրառման դեպքում անհրաժեշտ է հաշվի առնել արտադրողի կողմից սահմանված անոթների առավելագույն թույլատրելի տրամագիծը: Վիրաբույժը պետք է բաժանի թոքային զարկերակի ճյուղը՝ սահմանային հաստությամբ և աթերոսկլերոտիկ փոփոխված պատով: Ո՞ր սկզբունքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Հաշվի առնել սարքի չափային սահմաններն ու անոթի պատի վիճակը՝ անհրաժեշտության դեպքում անցնել մեխանիկական փակման:

Բ-Փակիչն օգտագործել կրկնակի ակտիվացմամբ՝ փոքրացնելով անոթի պատի փոփոխություններից կախված անհաստատությունը:

Գ-Ընտրել ավելի երկար բրանշներով նույն տեխնոլոգիայի սարք՝ մեծացնելով փակվող հատվածի երկարությունն ու ամրությունը:

Դ-Անոթը սկզբում սեղմել էներգետիկ գործիքով, ապա որոշել վերջնական բաժանման եղանակը ըստ փակման տեսանելի գույնի:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

361. Թոքի քաղցկեղի միջնորմային փուլավորման ընթացքում անհրաժեշտ է ստանալ նմուշներ 4R և 8 խմբերի ավշահանգույցներից: Հասանելի են EBUS և EUS-B հետազոտությունները: Ո՞րն է դրանց անատոմիական հասանելիության առավել ճիշտ համադրությունը:

Ա-Երկու խմբերն էլ առավել հարմար են EBUS-ի համար, քանի որ 8 խումբը միջնորմի ստորին մասն է և կապված է գլխավոր բրոնխների հետ:

Բ-4R խումբը նախընտրելի է EUS-B ճանապարհով, իսկ 8-ը՝ EBUS-ով՝ համապատասխանաբար վերին և ստորին միջնորմի տեղակայման պատճառով:

Գ-4R և 8 խմբերը փուլավորել վիրահատական նմուշառմամբ՝ հաշվի առնելով էնդոբրոնխիալ և կերակրափողային էնդոսոնոգրաֆիայի տարբեր հասանելիությունը:

Դ-4R-ի համար հիմնականում EBUS-ուղին է հարմար, իսկ պարաէզոֆագեալ 8 խմբի համար՝ կերակրափողային EUS-B-ուղին:

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4367702/

https://academic.oup.com/ejcts/article/48/1/1/417191

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10401980/

362. Վիրահատարանում նախապատրաստվում են ձախից վերին լոբէկտոմիայի: Հիվանդի քարտի մեկ տեղում նշված է «աջ», բայց համաձայնության փաստաթղթում, նախավիրահատական ՀՇ-ում և վիրաբույժի պլանում՝ «ձախ»: Անզգայացումը սկսված է, մաշկի կտրվածքը դեռ չի արվել: Ի՞նչ պետք է ներառի թիմային «time-out»-ը:

Ա-Կանգնեցնել գործընթացը և ամբողջ թիմով հաստատել հիվանդի ինքնությունը, վիրահատական կողմն ու պլանը՝ լուծելով փաստաթղթային հակասությունը մինչև կտրվածքը:

Բ-Վիրահատական կողմը հաստատել նախավիրահատական ՀՇ-ի և վիրաբույժի գրառման համադրմամբ՝ ապա շարունակել նախապատրաստումը:

Գ-Թիմային ստուգումը շարունակել ըստ համաձայնության փաստաթղթի, իսկ վիրաբույժը կողմը հաստատի առաջին թորակոսկոպիկ զննման ժամանակ:

Դ-Անզգայացման խումբը հաստատի հիվանդի ինքնությունը, իսկ կողմն ու միջամտությունը վիրաբույժը վերահսկի վերականգնման փուլում:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://www.who.int/teams/integrated-health-services/quality-of-care-and-patient-safety/patient-safety-guidance-and-tools/safe-surgery/tool-and-resources

363. VATS միջնորմային լիմֆոդիսեկցիայի ժամանակ հանկարծակի փոքր երակային արյունահոսությունը աղավաղել է տեսադաշտը: Էներգետիկ գործիքը գտնվում է ենթակարինալ հյուսվածքի մոտ, իսկ կերակրափողի պատը նախորդ պահին երևում էր: Արյունահոսությունն առայժմ չի վտանգում հեմոդինամիկան: Ո՞ր սկզբունքն է անվտանգ:

Ա-Շարունակել էներգետիկ ակտիվացումը նվազեցված հզորությամբ՝ արագ վերականգնելու նախորդ դիսեկցիոն հարթությունը:

Բ-Օգտագործել երկարատև էներգետիկ ակտիվացում նույն հատվածում՝ արյունահոսող կետի տեսանելիությունն արագ վերադարձնելու համար:

Գ-Դադարեցնել էներգետիկ ակտիվացումը, սեղմամբ կամ ասպիրացիայով վերականգնել տեսադաշտը և ճշտել վտանգավոր անատոմիական կառույցների տեղակայումը:

Դ-Տեղափոխել գործիքը դեպի վերջին հայտնի անվտանգ հարթությունը և մշակել հյուսվածքները, տեղի՝ տեսադաշտի աստիճանական վերականգնմամբ:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

364. Բժշկական կենտրոնը ծրագրում է նոր ռոբոտային համակարգով սկսել անատոմիական թոքային մասնահատումներ: Թիմն արդեն փորձառու է VATS-ում, սակայն տվյալ հարթակով առաջին դեպքերը դեռ չեն արվել: Հիվանդանոցը ունի փորձագիտական ուղղորդման, վերահսկողության և արդյունքների գրանցման հնարավորություն: Ո՞ր ներդրման մոդելն է առավել հիմնավորված:

Ա-Սկսել առավել բարդ կենտրոնական ուռուցքներից՝ փորձառու VATS թիմի հմտությունները նոր հարթակում արագ փոխանցելու նպատակով:

Բ-Կազմակերպել թիմային ուսուցում և մոդելավորում, պրոկտորությամբ ընտրված սկզբնական դեպքեր, անհետաձգելի կոնվերսիայի պլան և արդյունքների կանոնավոր աուդիտ:

Գ-Սկզբնական շրջանում սահմանափակվել արտադրողի տեխնիկական ուսուցմամբ և վիրահատական անվտանգության ստուգումը կատարել առաջին դեպքերից հետո:

Դ-Ընտրել համեմատաբար պարզ դեպքեր և տեխնիկական կոնվերսիայի պլանը ձևավորել ըստ առաջին իրական բարդությունների փորձի:

https://www.ests.org/about_ests/textbook.aspx

https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2025.06.012

365. Աջից ստորին լոբէկտոմիայից հետո երկրորդ օրը 67-ամյա պացիենտի մոտ պահպանվում են հևոցը և միջին բլթի ատելեկտազը: Համարժեք ռեգիոնար ցավազրկման, ակտիվ շնչառական ֆիզիոթերապիայի և հազի խրախուսման ֆոնին միջին բիլթը չի ընդարձակվում: ՀՇ-ով միջին բլթի բրոնխում կա լորձային խցանման կասկած, իսկ անոթային ոլորման նշաններ չկան: SpO_2-ը 93% է՝ 2 լ/րոպե թթվածնով: Ո՞րն է հաջորդ առավել նպատակային միջամտությունը:

Ա-Սկսել ոչ ինվազիվ դրական ճնշմամբ օդափոխություն՝ համադրելով կրկնակի թոքային ֆիզիոթերապիայի հետ:

Բ-Կատարել բուժական բրոնխոսկոպիա՝ բրոնխի անցանելիությունը վերականգնելու և սեկրեցիան հեռացնելու նպատակով:

Գ-Կազմակերպել միջին բլթի վիճակի կրկնակի ՀՇ գնահատում՝ շնչառական աջակցության ընթացիկ ռեժիմով:

Դ-Կատարել պատկերային հսկողությամբ պլևրալ դրենաժի վերադիրքավորում՝ թոքային բացվածքը բարելավելու նպատակով:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

366. Աջից վերին լոբէկտոմիայից 14 ժամ անց զարգացել են հիպօքսեմիա և տախիկարդիա: Կոնտրաստային ՀՇ-ով միջին բլիթը տեղաշարժված է, բրոնխանոթային ոտիկը՝ ոլորված, երակային արտահոսքը՝ խիստ խանգարված, իսկ պարենխիմայում կան լայն հատվածներ, որոնք չեն կոնտրաստավորվում:

Նշանակալի պլևրալ արյունահոսություն չկա: Ո՞րն է առավել հիմնավորված մարտավարությունը:

Ա-Սկսել հակամակարդիչների թերապևտիկ դեղաչափերով բուժում՝ երակային խցանման հնարավոր թրոմբոտիկ բաղադրիչի պատճառով:

Բ-Քննարկել էնդովասկուլյար միջամտություն՝ բլթի երակային արտահոսքի վերականգնման հնարավորությունը գնահատելու համար:

Գ-Կատարել շտապ բրոնխոսկոպիկ սանացիա, ապա 6 ժամ անց կրկնել ՀԾ-անգիոգրաֆիան՝ պերֆուզիան գնահատելու համար:

Դ-Անհետաձգելի վիրահատական ռևիզիա՝ բլթի կենսունակության գնահատմամբ և նեկրոզի հաստատման դեպքում միջին լոբէկտոմիայով:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.21037/jtd-2025-880

367. Աջից պնևմոնէկտոմիայի 16-րդ օրը պացիենտի մոտ հանկարծակի առաջացել են հազ և հեղուկի համի զգացողություն բերանում: Հաջորդ ռենտգենագրությամբ վիրահատված կողմի խոռոչում հեղուկի մակարդակը զգալիորեն իջել է: Հիվանդն ունի 38,3 °C ջերմություն, սակայն հեմոդինամիկան կայուն է: Ո՞ր ախտորոշիչ և պաշտպանական հաջորդականությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կասկածել բրոնխի ծայրատի խուղակ, շտապ կատարել բրոնխոսկոպիկ և ՀԾ գնահատում ու կանխել հակառակ թոքի ասպիրացիան:

Բ-Կասկածել սուր պլևրալ արյունահոսություն՝ կազմակերպելով ՀԾ-անգիոգրաֆիա և հեմոգլոբինի կրկնակի քննություն:

Գ-Կասկածել հետպնևմոնէկտոմիկ հեղուկի արագ ներծծում և կազմակերպել խոռոչի ռենտգենագրաֆիա դինամիկայում:

Դ-Կասկածել միջնորմի տեղաշարժ՝ պլանավորելով խոռոչի ճնշման չափում և փոքր ծավալով հեղուկի լրացում:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

368. Ձախակողմյան պնևմոնէկտոմիայից 36 ժամ անց պահպանված թոքում աճում են ինտերստիցիալ ստվերումներն ու թթվածնի պահանջը: Հիվանդի վերջին 24 ժամվա հեղուկային հաշվեկշիռը +3,8 լ է, լակտատը՝ 1,4 մմոլ/լ, միզարտադրությունը՝ 0,9 մլ/կգ/ժ, ԶՃ՝ 124/70 մմ սս: Էխոսրտագրությամբ սուր ձախփորոքային դիսֆունկցիա չի հայտնաբերվել: Ո՞րն է առավել հիմնավորված սկզբնական ծրագիրը:

Ա-Ընտրել ակտիվ դիուրետիկ բուժում՝ որպես առաջնային մոտեցում, հետևելով դիուրեզին և կալիումին:

Բ-Կազմակերպել ոչ ինվազիվ շնչառական աջակցություն և շարունակել ընթացիկ ինֆուզիան՝ ըստ նախավիրահատական դեֆիցիտի:

Գ-Անցնել խիստ վերահսկվող հեղուկային ռազմավարության, գնահատել պերֆուզիան և թոքային այտուցի այլ պատճառները՝ անհատականացնելով շնչառական աջակցությունը:

Դ-Կատարել թոքային զարկերակի ՀՇ-անգիոգրաֆիա՝ թրոմբոէմբոլիկ բաղադրիչը բացառելու համար, այնուհետև վերանայել հեղուկները:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

369. Լոբէկտոմիայից երեք օր անց 71-ամյա պացիենտի մոտ առաջացել է նախասրտերի ֆիբրիլյացիա՝ փորոքների րոպեում 175 կծկումով: ԶՃ-ն 72/44 մմ սս է, հայտնվել են գիտակցության խանգարում և սառը վերջույթներ: Թոքամզային դրենաժով արյունային արտահոսքն աննշան է: ԷՍԳ-ում չկա սուր ST էլեվացիա: Ո՞րն է անհետաձգելի միջամտությունը:

Ա-Սկսել ներերակային բետա-պաշարիչ՝ հաճախությունը նվազեցնելու և հեմոդինամիկան բարելավելու համար:

Բ-Կատարել շտապ էխոսրտագրություն՝ բացառելու պերիկարդիալ պատճառը, ապա ընտրել ռիթմի վերահսկման եղանակը:

Գ-Անհետաձգելի կատարել R ատամիկի հետ սինխրոնիզացված էլեկտրական կարդիովերսիա՝ շոկի զուգահեռ բուժմամբ:

Դ-Ներերակային ամիոդարոն սկսել՝ ռիթմը վերականգնելու նպատակով, և գնահատել ճնշումը ներմուծումից հետո:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129609/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39210723/

370. Թոքի մասնահատման երկրորդ օրը 64-ամյա հիվանդի մոտ արձանագրվել է նոր նախասրտերի ֆիբրիլյացիա՝ հաճախությունը 125/րոպե: ԶՃ-ն 126/76 մմ սս է, K^{+}՝ 2,9 մմոլ/լ, Mg^{2+}՝ 0,58 մմոլ/լ, SpO_2-ը՝ 90%: Ցավը բավարար վերահսկված չէ: Կյանքին սպառնացող առիթմիայի նշաններ չկան: Ո՞ր սկզբնական մարտավարությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Միաժամանակ շտկել հիպօքսեմիան, կալիումի ու մագնեզիումի պակասը և ցավը՝ իրականացնելով սրտի ռիթմի անհատականացված վերահսկում:

Բ-Կազմակերպել շտապ տրանսէզոֆագեալ էխոսրտագրություն՝ որոշելու ռիթմի վերականգնման անվտանգությունը:

Գ-Ընտրել ամիոդարոնի ներերակային ներարկման սխեմա՝ հետագա էլեկտրոլիտային շտկումը հարմարեցնելով ռիթմին:

Դ-Կատարել էլեկտրական կարդիովերսիա՝ կայուն, բայց արագ փորոքային պատասխանի պատճառով:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129609/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39210723/

371. Լոբէկտոմիայից հետո հինգերորդ օրը հիվանդի մոտ առաջացել են հևոց, հաճախասրտություն և նոր հիպօքսեմիա: ԶՃ-ն 128/74 մմ սս է, կրեատինինը՝ նորմալ, յոդային կոնտրաստի հակացուցում չկա: Աջ ստորին վերջույթի այտուց կա, բայց թոքերի ռենտգենագրությամբ նոր փոփոխություն չկա: Թոքային զարկերակի թրոմբոէմբոլիայի հավանականությունը բարձր է: Ո՞րն է առաջնային հաստատող հետազոտությունը:

Ա-Կատարել ստորին վերջույթների դուպլեքս ՈւՁՀ և դրա արդյունքով որոշել թոքային հետազոտության ծավալը:

Բ-Կատարել տրանսթորակալ էխոսրտագրություն՝ աջ փորոքի գերբեռնվածությունն ու թրոմբի հնարավոր շարժունակությունը գնահատելու համար:

Գ-Կատարել թոքերի օդափոխություն-պերֆուզիոն սցինտիգրաֆիա՝ թրոմբոէմբոլիկ պերֆուզիոն դեֆեկտները քարտեզագրելու համար:

Դ-Կատարել թոքային զարկերակի ՀԾ-անգիոգրաֆիա՝ թրոմբոէմբոլիայի տեղակայումն ու ծանրությունը որոշելու համար:

https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/acute-pulmonary-embolism/

https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.11.005

372. Պնևմոնէկտոմիայից 48 ժամ անց հիվանդի մոտ հաստատվել է զանգվածային թոքային թրոմբոէմբոլիա՝ ԶՃ 75/40 մմ սս, աջ փորոքի ծանր դիսֆունկցիայով: Միաժամանակ պլևրալ դրենաժով շարունակվում է ակտիվ արյունահոսությունը, Hb-ն արագ նվազում է: Համակարգային թրոմբոլիզիսը պարունակում է չափազանց բարձր արյունահոսական վտանգ: Հասանելի են բազմամասնագիտական թրոմբոէմբոլիկ արձագանքման թիմը, ինտերվենցիոն և սրտային վիրաբուժական ծառայությունները: Ո՞ր որոշումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կազմակերպել ցածր դեղաչափով համակարգային թրոմբոլիզիս՝ համադրելով տեղային հեմոստատիկ միջոցների հետ:

Բ-Անհետաձգելի բազմամասնագիտական որոշմամբ քննարկել կաթետերային մեխանիկական թրոմբէկտոմիա կամ վիրաբուժական էմբոլէկտոմիա՝ զուգահեռ վերահսկելով արյունահոսությունը:

Գ-Տեղադրել ստորին սիներակի ժամանակավոր ֆիլտր և ընտրել ինտենսիվ հեմոդինամիկ աջակցություն՝ թոքային պերֆուզիայի վերականգնումը հետաձգելով:

Դ-Սկսել թերապևտիկ հեպարինի ինֆուզիա՝ աջ փորոքի ֆունկցիայի և հեմոգլոբինի ամենժամյա վերահսկմամբ:

https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/acute-pulmonary-embolism/

https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.11.005

373. Թոքի քաղցկեղի պատճառով աջից ստորին լոբէկտոմիա տարած 69-ամյա պացիենտը հինգերորդ օրը նախատեսվում է դուրսգրման: Վիրահատությունը բարդացած չի եղել, ակտիվ արյունահոսություն չկա: Նախկինում ունեցել է խորանիստ երակների թրոմբոզ, ունի ճարպակալում և սահմանափակ շարժունակություն: Արդեն ստացել է հիվանդանոցային դեղորայքային թրոմբոպրոֆիլակտիկա: Ո՞ր պլանն է առավել համահունչ ESTS/AATS ուղեցույցին:

Ա-Քննարկել թրոմբոպրոֆիլակտիկայի շարունակումը մինչև 28–35 օր՝ հաշվի առնելով բարձր թրոմբոտիկ և ցածր արյունահոսական ռիսկը:

Բ-Քննարկել լիարժեք բուժական հակամակարդում 4–6 շաբաթով՝ նախկինում տարած թրոմբոզի պատճառով:

Գ-Կազմակերպել պրոֆիլակտիկ հակամակարդման դադարեցում դուրսգրման օրը՝ շեշտը դնելով վաղ քայլելու վրա:

Դ-Շարունակել դեղորայքային կանխարգելումը մինչև 14-րդ օրը՝ ըստ վիրահատության ծավալի և շարժունակության վերականգնման:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac488

374. Թոքի մասնահատումից հետո առաջին օրը հիվանդը դեռ ունի նշանակալի պլևրալ արյունահոսություն և պատրաստվում է կրկնակի վիրահատական ռևիզիայի: Խորանիստ երակային թրոմբոզի նախորդ դեպքեր չկան, սակայն տարիքը և ուռուցքային հիվանդությունը մեծացնում են երակային թրոմբոէմբոլիայի (VTE) վտանգը: Ո՞րն է ամենահիմնավորված ժամանակավոր կանխարգելման ծրագիրը:

Ա-Սկսել ցածր դեղաչափով հեպարին՝ վերահսկելով դրենաժով արտահոսքն ու թրոմբոցիտների քանակը:

Բ-Կազմակերպել օրական դուպլեքս ՈւՁՀ հսկողություն և դեղորայքային կանխարգելումը սկսել վիրահատությունից մեկ շաբաթ անց:

Գ-Կիրառել ընդհատվող պնևմատիկ կոմպրեսիա և հնարավոր վաղ շարժունակացում՝ ամեն օր վերագնահատելով դեղորայքային կանխարգելման անվտանգ սկսելու պահը:

Դ-Քննարկել ժամանակավոր ստորին սիներակային ֆիլտր՝ որպես բարձր ռիսկի վիրահատություններից հետո առաջնային պաշտպանություն:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac488

375. Թորակոտոմիայից հետո էպիդուրալ ցավազրկում ստացող հիվանդի մոտ առաջացել են արագ խորացող ոտքերի թուլություն, զգացողության կորուստ և միզարձակման խանգարում: Պացիենտը վերջերս ստացել է թրոմբոպրոֆիլակտիկա: Ո՞ր գործողությունն է առաջնահերթ՝ էպիդուրալ հեմատոմայի կասկածի պայմաններում:

Ա-Պահպանել էպիդուրալ ներարկումը և դիտարկել նյարդաբանական փոփոխությունները հաջորդ 12 ժամում

Բ-Ավելացնել օփիոիդային ցավազրկումը՝ թուլությունն ու անհանգստությունը նվազեցնելու համար

Գ-Սահմանափակվել էպիդուրալ կաթետերի հեռացմամբ՝ առանց շտապ պատկերային և մասնագիտական գնահատման

Դ-Դադարեցնել էպիդուրալ ներարկումը և կազմակերպել անհետաձգելի ՄՌՇ ու նյարդավիրաբուժական գնահատում

https://doi.org/10.1136/rapm-2024-105766

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

376. Անատոմիական սեգմենտէկտոմիայից հետո չորրորդ օրը թվային դրենաժը ցույց է տալիս օդի կայուն փոքր արտահոսք՝ մոտ 25 մլ/րոպե, որը բարձրանում է 70 մլ/րոպե, երբ համակարգը տեղափոխվում է –20 սմ H_2O ասպիրացիայի ռեժիմ: Ջրային փականի պայմաններում թոքը մնում է լրիվ ընդարձակված, պացիենտը՝ կայուն: Ո՞ր դրենավորման մոտեցումն է տվյալ պահին առավել հիմնավորված:

Ա-Քննարկել դրենաժի անհետաձգելի հեռացումը՝ քանի որ թոքամզային խոռոչում օդի կուտակում չկա:

Բ-Ընտրել ջրային փականի կամ ցածր կարգավորվող ասպիրացիայի ռեժիմ՝ հետևելով թոքի ընդարձակմանը և արտահոսքի դինամիկային:

Գ-Պահպանել –20 սմ H_2O մշտական ասպիրացիան՝ արտահոսքի օրական գումարային ծավալը նվազեցնելու նպատակով:

Դ-Կիրառել առավել բարձր բացասական ճնշում՝ թոքամզային շերտերի հպումն ու կարագծի ապաքինումը արագացնելու համար:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

377. Լոբէկտոմիայից հետո պլևրալ դրենաժի հեռացումից 40 րոպե անց հիվանդի մոտ առաջացել են աճող հևոց, կրծքավանդակի ցավ և տարածվող ենթամաշկային էմֆիզեմա: SpO_2-ը 84% է, ԶՃ-ն 86/54 մմ սս, վիրահատված կողմում շնչառական աղմուկները կտրուկ նվազել են: Թոքերի շարժական ռենտգենագրությունը պատրաստվում է: Ո՞րն է անհետաձգելի որոշումը:

Ա-Կատարել շտապ թոքերի ՈւՁՀ՝ պնևմոթորաքսը հաստատելու և դեկոմպրեսիայի տեղը որոշելու համար:

Բ-Կազմակերպել թոքային զարկերակի ՀԾ-անգիոգրաֆիա՝ հետվիրահատական թրոմբոէմբոլիայի հավանականությունը ճշտելու համար:

Գ-Վերատեղադրել պլևրալ դրենաժը նախորդ բացվածքով՝ ստերիլ պայմաններում, գնահատելով նոր օդային արտահոսքը:

Դ-Կլինիկորեն կասկածել լարված պնևմոթորաքս և կատարել անհապաղ պլևրալ դեկոմպրեսիա՝ հաջորդիվ ապահովելով դրենավորում:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

378. Թորակոտոմիայից հետո առաջին օրը 62-ամյա պացիենտը հազալիս ունի 9/10 ցավ: Ներերակային օփիոիդի բազմակի դեղաչափերից հետո առաջացել են քնկոտություն և CO_2-ի բարձրացում, բայց ցավի պատճառով հազը շարունակում է անարդյունավետ մնալ: Թրոմբոցիտները, մակարդելիությունն ու հեմոդինամիկան նորմալ են: Ո՞ր փոփոխությունն է առավել հիմնավորված:

Ա-Կազմակերպել ոչ ինվազիվ օդափոխության կարճ կուրս՝ մինչ օփիոիդային դեղաչափի աստիճանական իջեցումը:

Բ-Քննարկել թորակոտոմիայի վերքի տեղային ինֆիլտրացիան՝ պահպանելով նույն համակարգային ցավազրկումը:

Գ-Վերագնահատել բազմամոդալ ցավազրկումը՝ քննարկելով պարավերտեբրալ կամ այլ համապատասխան ռեգիոնար բլոկ և օփիոիդների նվազեցում:

Դ-Անցնել հիվանդի կողմից վերահսկվող օփիոիդային ինֆուզիայի ավելի բարձր բազալ արագության՝ ցավային դրվագները կանխելու համար:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

379. Թորակոտոմիայից հետո պացիենտը ստանում է էնոքսապարին 40 մգ ենթամաշկային՝ օրը մեկ անգամ, երիկամային ֆունկցիան նորմալ է: Վերջին դեղաչափը տրվել է երեկ ժամը 21:00-ին: Էպիդուրալ կաթետերը նախատեսվում է հեռացնել այսօր, և պետք է նշանակել հաջորդ դեղաչափը: Ըստ ASRA 2025-ի՝ ցածր մոլեկուլային զանգվածով հեպարինի (LMWH) վերաբերյալ ցուցումների՝ ո՞րն է ամենավաղ անվտանգ նվազագույն միջակայքը վերջին դեղաչափից մինչև հեռացումը և հեռացումից մինչև նոր դեղաչափը:

Ա-Առնվազն 6 ժամ՝ կաթետերի հեռացումից առաջ, և առնվազն 6 ժամ՝ հեռացումից հետո:

Բ-Առնվազն 12 ժամ՝ կաթետերի հեռացումից առաջ, և առնվազն 4 ժամ՝ հեռացումից հետո:

Գ-Առնվազն 8 ժամ՝ կաթետերի հեռացումից առաջ, և առնվազն 4 ժամ՝ հեռացումից հետո:

Դ-Առնվազն 12 ժամ՝ կաթետերի հեռացումից առաջ, և առնվազն 2 ժամ՝ հեռացումից հետո:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac488

https://doi.org/10.1136/rapm-2024-105766

380. Թոքային մասնահատումից հետո երկրորդ օրը 78-ամյա հիվանդը երեկոյան դարձել է անհանգիստ, շփոթված և ապակողմնորոշված, առավոտյան վիճակը մասնակի բարելավվել է: SpO_2-ը 89%, ունի միզակապություն, ցավազրկման համար ստացել է բենզոդիազեպին: Նյարդաբանական օջախային ախտանիշներ չկան: Ո՞րն է սկզբնական համապարփակ մոտեցումը:

Ա-Կատարել դելիրիումի ստանդարտացված գնահատում, շտկել հիպօքսեմիան, միզակապությունը և դեղորայքային գործոնները՝ ապահովելով ոչ դեղորայքային աջակցություն:

Բ-Կազմակերպել գլխուղեղի շտապ ՀՇ՝ սուր կառուցվածքային պատճառները գնահատելու և հետագա սեդացիան ընտրելու համար:

Գ-Սկսել ցածր դեղաչափով հակափսիխոտիկ՝ շարժողական անհանգստությունը վերահսկելու և քունը կարգավորելու համար:

Դ-Փոխել բենզոդիազեպինը երկարատև ազդեցության սեդատիվ դեղով՝ նվազեցնելով գիշերային արթնացումները:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.10.019

381. Ձախից վերին լոբէկտոմիայից իններորդ օրը 65-ամյա պացիենտի մոտ զարգացել է անցողիկ խոսքի խանգարում: Գլխուղեղի ՄՌՇ-ով հաստատվել է փոքր սուր իշեմիկ օջախ: ԷՍԳ-ով և շարունակական մոնիտորինգով նախասրտերի ֆիբրիլյացիա չի արձանագրվել: Կոնտրաստային կրծքավանդակի ՀՇ-ով ձախ վերին թոքային երակի ծայրատում հայտնաբերվել է 13 մմ թրոմբ՝ առանց ձախ նախասրտի

այլ թրոմբի: Ակտիվ հետվիրահատական արյունահոսություն չկա: Ո՞ր հաջորդ քայլն է առավել հիմնավորված:

Ա-Քննարկել հակաթրոմբոցիտային բուժում՝ որպես իշեմիկ օջախի առաջնային կանխարգելում, և կազմակերպել երկարատև ռիթմի մոնիտորինգ:

Բ-Պլանավորել ձախ վերին թոքային երակի ծայրատի վիրահատական վերամշակում՝ թրոմբի հնարավոր համակարգային էմբոլիզացիան նվազեցնելու նպատակով:

Գ-Շարունակել նախկին կանխարգելիչ հակամակարդման դեղաչափը և կատարել թոքային երակի ծայրատի կրկնակի պատկերային քննություն՝ թրոմբի դինամիկան գնահատելու համար:

Դ-Թրոմբը գնահատել որպես համակարգային էմբոլիայի հնարավոր աղբյուր, բազմամասնագիտական քննարկմամբ ընտրել բուժական հակամակարդում և պլանավորել պատկերային հսկողություն:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1002/wjs.12309

https://doi.org/10.1007/s11604-025-01818-1

382. Լոբէկտոմիայից հետո հիվանդի միզարտադրությունը նվազել է մինչև 0,3 մլ/կգ/ժ: Վերջին 12 ժամում հաշվեկշիռը +2,7 լ է, ոտքերը այտուցված են: ԶՃ՝ 112/68 մմ սս, լակտատ՝ 1,6 մմոլ/լ, կրեատինինը սկսել է բարձրանալ: Միզային կաթետերի անցանելիությունը ստուգված չէ, իսկ թոքային ՈւՁՀ-ով կան երկկողմանի B-գծեր: Ո՞րն է առավել ճիշտ սկզբնական գնահատումն ու որոշումը:

Ա-Ստուգել կաթետերը, երիկամային վնասման պատճառները, ծավալային վիճակն ու պերֆուզիան՝ ըստ տվյալների որոշելով բուժումը

Բ-Կատարել երիկամների շտապ դուպլեքս ՈւՁՀ՝ առաջացրած օլիգուրիայի անոթային պատճառը պարզելու համար:

Գ-Կազմակերպել հեղուկային փորձ 500 մլ կրիստալոիդով՝ գնահատելով միզարտադրությունն ու շնչառական պատասխանը:

Դ-Սկսել ֆուրոսեմիդի ներերակային ինֆուզիա՝ հեղուկային ծանրաբեռնվածության և թոքային B-գծերի հիման վրա:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

383. Թոքային մասնահատումից հետո վեցերորդ օրը պացիենտն ունի 38,8 °C ջերմություն, թարախային խորխ, նոր աջակողմյան բլթային ինֆիլտրատ և աճող թթվածնային պահանջ: Վերջին ամսում ստացել է լայն սպեկտրի հակաբիոտիկներ, սակայն այժմ հեմոդինամիկորեն կայուն է: Ո՞ր ծրագիրն է առավել հիմնավորված:

Ա-Նշանակել նախավիրահատական կանխարգելման համար օգտագործված հակաբիոտիկը՝ հաշվի առնելով թոքային վիրահատության բնույթը:

Բ-Կատարել շտապ բրոնխոսկոպիա՝ շնչուղու անատոմիան գնահատելու և բուժման հակաբիոտիկը որոշելու համար:

Գ-Սկզբնական բուժումից առաջ հավաքել խորխի և ըստ ցուցումների արյան ցանքս, ապա սկսել տեղային ռեզիստենտությամբ ուղղորդվող հակաբիոտիկ ու հետագայում նեղացնել սպեկտրը:

Դ-Սկզբում կատարել թոքերի կրկնակի ՀՇ և պրոկալցիտոնին՝ հակաբիոտիկային բուժման անհրաժեշտությունը որոշելու նպատակով:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

https://doi.org/10.1093/cid/ciw353

384. Աջից պնևմոնէկտոմիայից երեք շաբաթ անց 58-ամյա հիվանդի SpO_2-ը պառկած դիրքում 95% է, նստելիս՝ 82%՝ արտահայտված հևոցով: ՀՇ-անգիոգրաֆիայով թոքային էմբոլիա և պահպանված թոքի նոր ինֆիլտրատ չեն հայտնաբերվել: Էխոսրտագրությամբ ծանր ձախփորոքային խանգարում չկա, իսկ ախտանիշներն ակնհայտ կախված են մարմնի դիրքից: Ո՞ր հետազոտությունն է առավել նպատակային քիչ բացատրված հիպօքսեմիան պարզելու համար:

Ա-Կատարել բրոնխոսկոպիա՝ բրոնխի ծայրատի վիճակն ու պահպանված գլխավոր բրոնխի անցանելիությունը գնահատելու համար:

Բ-Կատարել պղպջակային կոնտրաստով էխոսրտագրություն՝ դիրքային աջից ձախ ներսրտային շունտը, այդ թվում բաց օվալ պատուհանը, գնահատելու համար:

Գ-Կազմակերպել աջ սրտի կատետերացում՝ թոքային զարկերակի ճնշման և թոքային անոթային դիմադրության գնահատմամբ:

Դ-Կրկնել կրծքավանդակի բարձր հստակության ՀՇ-ն՝ պահպանված թոքի դիֆուզ պարենխիմային հիվանդություն փնտրելու համար:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1002/ccr3.70715

385. Պլանային VATS լոբէկտոմիայի ժամանակ ցեֆազոլինի առաջին դեղաչափն իրականացվել է մաշկային կտրվածքից 95 րոպե հետո, երբ վերքը դեռ բաց է: Հիվանդը չունի հաստատված վարակ, վիրահատությունը շարունակվում է: Ո՞ր կանխարգելիչ սկզբունքն է խախտվել:

Ա-Հակաբիոտիկի առաջին դեղաչափը պետք է տրվի անզգայացումից 2 ժամ առաջ՝ հաշվի առնելով վիրահատության սպասվող տևողությունը:

Բ-Հակաբիոտիկի բավարար հյուսվածքային մակարդակը պետք է ապահովված լինի կտրվածքի պահին՝ սովորաբար ներմուծումը սկսելով կտրվածքից առաջ ընկած 60 րոպեի ընթացքում:

Գ-Հակաբիոտիկի առաջնային ազդեցությունը պետք է համընկնի բրոնխի ծայրատի ստեպլերային մշակման ժամանակի հետ:

Դ-Հակաբիոտիկի ներմուծման ժամկետը պետք է որոշվի առաջին պլևրալ դրենաժի տեղադրման և վերքի փակման ժամանակով:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

386. Աջից վերին լոբէկտոմիայից հետո հիվանդը երկրորդ օրը դժվարությամբ է քայլում. պլևրալ դրենաժն անընդհատ միացված է պատային ասպիրացիային: Թոքը լիովին ընդարձակված է, թվային սարքով օդի արտահոսք չկա, և վերջին օրվա պլևրալ հեղուկը 170 մլ է՝ շճային բնույթի: Միջամտական բարդություններ չեն նշվել: Ո՞ր փոփոխությունն է առավել համահունչ արագացված վերականգնմանը:

Ա-Ընտրել շարժական բացասական ճնշման սարք՝ պահպանելով ասպիրացիան մինչև պլանային դուրսգրումը:

Բ-Կազմակերպել շնչառական վերականգնում մահճակալի մոտ՝ պլևրալ դրենաժը պահելով մինչև 4-րդ օրը:

Գ-Վերագնահատել դրենաժի վաղ հեռացման հնարավորությունը և դադարեցնել չհիմնավորված պատային ասպիրացիան՝ հեշտացնելով քայլելը:

Դ-Փոխել դրենաժը փոքր տրամագծի շարժական կաթետերով՝ ապահովելով անընդմեջ քայլելը բաժանմունքում:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

387. Լոբէկտոմիայից հետո հինգերորդ օրը պացիենտը ցանկանում է դուրս գրվել: Հանգստի վիճակում 3 լ/րոպե թթվածնով SpO_2-ը 95% է, սակայն կարճ քայլելիս՝ 86%, թթվածնի կարիքը վերջին օրը աճել է: Ջերմություն չկա, ցավազրկումը բավարար է: Կրկնակի ՀՇ դեռ չի կատարվել: Ո՞ր որոշումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Հետաձգել դուրսգրումը և գնահատել աճող թթվածնային կարիքի ու ծանրաբեռնվածության դեսատուրացիայի պատճառը՝ սահմանելով անվտանգ շնչառական պլան:

Բ-Կազմակերպել թթվածնի քայլքային տիտրում և դուրսգրում, եթե հանգստի ցուցանիշները պահպանվում են բավարար:

Գ-Կազմակերպել ամբուլատոր ՀՇ-անգիոգրաֆիա առաջիկա 48 ժամում՝ սուր թրոմբոէմբոլիան բացառելու նպատակով:

Դ-Պլանավորել դուրսգրում տնային թթվածնային աջակցությամբ՝ վերահսկելով SpO_2-ի փոփոխությունը հեռակա կապով:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

388. Աջից սեգմենտէկտոմիայից հետո վեցերորդ օրը հիվանդի մոտ պահպանվում է փոքր, կայուն օդի արտահոսք: Թոքը լրիվ ընդարձակված է փականով շարժական դրենաժի պայմաններում, տենդ ու ենթամաշկային էմֆիզեմա չկան: Հիվանդը ապրում է քաղաքի ներսում և կարող է վերադառնալ հաջորդ օրը: Ո՞ր պայմանների համակցությունն է առավել կարևոր հնարավոր ամբուլատոր վարման համար:

Ա-Դրենաժի երկօրյա փորձարկում բարձր ասպիրացիայով, ապա փականի փոխարինում և հսկողություն հեռախոսով:

Բ-Պլևրալ հեղուկի ու օդի ելքի հստակ օրական հաշվառում, գիշերային հեռախոսային կապ և դեղորայքային թրոմբոպրոֆիլակտիկա:

Գ-Դուրսգրման օրը կրկնակի ՀՇ հաստատում, դրենաժի ֆիքսացիայի ստուգում և ընտանեկան բժշկի մեկշաբաթյա այց:

Դ-Հիվանդի ուսուցումը՝ փականի և դրենաժի խնամքի վերաբերյալ, վտանգավոր նշանների բացատրությունը, մոտակա հսկողությունը և շտապ վերադարձի հասանելիությունը:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

389. Թոքի քաղցկեղով 61-ամյա ծխող պացիենտի մոտ նախատեսվում է լոբէկտոմիա երեք շաբաթ անց: Նա պատրաստ է դադարեցնել ծխելը հենց այսօր: Թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդությունը միջին ծանրության է, սիրտ-թոքային նախավիրահատական գնահատումը բավարար է: Ո՞ր մոտեցումն է առավել հիմնավորված:

Ա-Քննարկել վիրահատության հետաձգում մինչև առնվազն ութշաբաթյա ապացուցված աբստինենցիա՝ շնչառական բարդությունները նվազեցնելու համար:

Բ-Խորհուրդ տալ նվազեցնել օրական ծխախոտների քանակը՝ ամբողջական դադարեցումը պլանավորելով վիրահատությունից հետո:

Գ-Անմիջապես սկսել ծխելու դադարեցման ծրագիր՝ վարքագծային աջակցությամբ և ըստ ցուցումների դեղորայքային օգնությամբ՝ պահպանելով ուռուցքաբանական ողջամիտ ժամկետը:

Դ-Նախնական վերականգնումը սկսել ինհալացիոն բրոնխալայնիչի օպտիմալացմամբ՝ ծխելու դադարեցումը կապելով սպիրոմետրիայի պատասխանի հետ:

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

390. Երկու թորակալ վիրաբուժական թիմեր համեմատում են լոբէկտոմիայից հետո վերականգնման արդյունքները: Առաջին թիմը կիրառել է վաղ քայլելու հրահանգ, սակայն ցավազրկման և դրենաժի կառավարման հին մոտեցումները պահպանել է: Երկրորդը ներդրել է հիվանդի նախավիրահատական ուսուցում, օփիոիդ-խնայող ցավազրկում, հեղուկների վերահսկում, վաղ սնուցում և շարժունակացում, դրենաժի չափանիշներ և արդյունքների աուդիտ: Ո՞րն է վիրահատությունից հետո արագացված վերականգնման (ERAS) ծրագրի առավել ճշգրիտ սկզբունքը:

Ա-Կենտրոնացնել ծրագիրը վիրահատական մուտքի նվազագույն ինվազիվության վրա՝ վերականգնումը գնահատելով կտրվածքի մեծությամբ:

Բ-Կիրառել փոխկապակցված, ապացույցների վրա հիմնված շուրջվիրահատական փաթեթ՝ միաժամանակ չափելով կլինիկական արդյունքներն ու դրա իրականացման հետևողականությունը:

Գ-Ընտրել հիվանդանոցում մնալու տևողությունը՝ որպես վերականգնման ծրագրի վերջնական արդյունավետության հիմնական ցուցանիշ:

Դ-Առաջնահերթ ընտրել վաղ քայլելու առանձին ցուցանիշը՝ որպես արագ վերականգնման ծրագրի չափելի գլխավոր վերջնակետ:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

391. Ivor Lewis էզոֆագէկտոմիայից հետո հիվանդը առաջին օրը հեմոդինամիկորեն կայուն է, աղիքային անցանելիությունը պահպանված է, և տեղադրված է սնուցող յեյունոստոմա: Ստամոքսային տրանսպլանտատի պերֆուզիան բավարար է, բերանակցման խնդիր դեռ չի հայտնաբերվել: Քննարկվում է էնտերալ և պարէնտերալ սնուցման ընտրությունը: Ո՞րն է առավել հիմնավորված սկզբունքը:

Ա-Նախընտրել վաղ, զգուշորեն աստիճանական էնտերալ սնուցումը յեյունոստոմայով՝ գնահատելով տանելիությունն ու ասպիրացիայի ռիսկը:

Բ-Սնուցումը սկսել ստամոքսային զոնդով՝ հաշվի առնելով ստամոքսային տրանսպլանտատի պահպանված արյունամատակարարումը:

Գ-Ընտրել ամբողջական պարէնտերալ սնուցում մինչև բերանակցման կոնտրաստային ստուգումը՝ ստամոքսային տրանսպլանտատը պաշտպանելու նպատակով:

Դ-Սկսել բերանային հեղուկ սնուցում՝ որպես ֆիզիոլոգիական էնտերալ ուղու վերականգնման առաջնային փուլ:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

392. Բժշկական կենտրոնում մշակվում է թոքային ուռուցքների մասնահատումից հետո երակային թրոմբոէմբոլիայի կանխարգելման արձանագրություն: Նույն վիրահատությունը կրած երկու հիվանդներից մեկն ունի նախկին թրոմբոզ և սահմանափակ շարժունակություն, մյուսը՝ ակտիվ հետվիրահատական արյունահոսություն: Ո՞ր որոշման սկզբունքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Դեղորայքային կանխարգելման ծավալը որոշել ըստ կատարված անատոմիական մասնահատման և հիվանդանոցում մնալու տևողության:

Բ-Ակտիվ արյունահոսող հիվանդի կանխարգելումը պլանավորել ըստ հաջորդ պատկերային քննության, իսկ մյուսին՝ ըստ նախորդ թրոմբոզի տևողության:

Գ-Երկու պացիենտների համար կիրառել միևնույն դեղաչափային սխեման՝ տարբերությունը թողնելով հետվիրահատական հսկողության ինտենսիվությանը:

Դ-Առանձին գնահատել թրոմբոզի ու արյունահոսության ռիսկերը, ժամանակի ընթացքում վերանայել դրանք և ըստ դրա ընտրել մեխանիկական, դեղորայքային ու շարունակվող կանխարգելումը:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac488

393. Թոքի քաղցկեղի պատճառով լոբէկտոմիա տարած 70-ամյա պացիենտը դուրս է գրվել ութ օր առաջ՝ նախատեսված երկարատև դեղորայքային թրոմբոպրոֆիլակտիկայով: Այժմ նոր առաջացել են ձախ սրունքի միակողմանի այտուց և ցավ, մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ է: Նա կանոնավոր ընդունում է կանխարգելիչ դեղաչափը, հևոց չունի: Ո՞րն է առավել ճիշտ գնահատման ռազմավարությունը:

Ա-Անցնել հակամակարդման բուժական դեղաչափին՝ կլինիկական բարձր հավանականության հիման վրա և հաջորդ օրը հաստատել պատկերավորմամբ:

Բ-Կատարել D-դիմերի հետազոտություն՝ հետվիրահատական բարձրացման չափով որոշելով դուպլեքս ՈւՁՀ-ի անհրաժեշտությունը:

Գ-Կազմակերպել կրկնակի կլինիկական և լաբորատոր գնահատում՝ պրոֆիլակտիկ հակամակարդման ընթացիկ սխեման շարունակելով:

Դ-Անհետաձգելի կատարել ստորին վերջույթի երակների կոմպրեսիոն դուպլեքս ՈւՁՀ և հաստատված թրոմբոզի դեպքում վերանայել բուժական հակամակարդումը:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezac488

394. Աջից վերին լոբէկտոմիայից հետո թվային դրենաժի վերջին երկու օրերի գրաֆիկով արտահոսքը նվազել է 55-ից 8 մլ/րոպե, վերջին 12 ժամվա ընթացքում կարճատև փոքր տատանումներով: Թոքն ընդարձակված է, պլևրալ հեղուկը շճային է: Ո՞րն է թվային համակարգի հիմնական առավելությունը դրենաժի հեռացման վերաբերյալ որոշումը կայացնելիս:

Ա-Օդի արտահոսքը քանակապես և ժամանակային միտումով դիտարկելու հնարավորություն՝ համադրելով կլինիկան, թոքի ընդարձակումը և տվյալ համակարգի տեղային հեռացման չափանիշները:

Բ-Համադրել օդային արտահոսքի վերջին չափումները հիվանդի կլինիկական վիճակի հետ՝ որոշելով հաջորդ պատկերային հսկողության ժամկետը:

Գ-Սահմանել դրենաժի հեռացման որոշումը վերջին մեկ չափման առավել ցածր արժեքով՝ հաշվի առնելով օդի արտահոսքի տատանումները:

Դ-Որոշել արտահոսքի նվազման միջին արագությունը և դրա հիման վրա նախատեսել դրենաժի հեռացման օրը:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

395. Սեգմենտէկտոմիայից հետո իններորդ օրը պահպանվում է փոքր, բայց կայուն օդի արտահոսք: Թոքը հիմնականում ընդարձակված է, բարձր ասպիրացիան արտահոսքը մեծացնում է: Բրոնխի ծայրատի խուղակ չի հաստատվել, իսկ ամբուլատոր փականով վարման հնարավորությունը սահմանափակ է հիվանդի սոցիալական պայմաններով: Ո՞րն է առավել հիմնավորված հաջորդ որոշման սկզբունքը:

Ա-Կիրառել շարունակական առավել բարձր ասպիրացիա՝ մինչև օդի արտահոսքի լրիվ դադարելը և թոքի ընդարձակվելը:

Բ-Գնահատել արտահոսքի աղբյուրը և էնդոսկոպիկ կամ վիրահատական միջամտության ցուցումը՝ պահպանելով մեղմ դրենավորում

Գ-Կատարել պլևրոդեզ՝ որպես ընտրության մեթոդ՝ բրոնխի ծայրատի խուղակի բացակայության պայմաններում:

Դ-Կազմակերպել պահպանողական դրենավորում ևս երկու շաբաթ՝ հետագա վիրահատական վերագնահատումով:

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

396. Լոբէկտոմիայից հետո երրորդ օրը 73-ամյա պացիենտն ունեցել է կրկնվող նախասրտերի ֆիբրիլյացիա: Հաճախությունը վերահսկված է: Ունի հիպերտոնիա և նախկին իշեմիկ ինսուլտ, միաժամանակ դրենաժով դեռ պահպանվում է արյունային արտահոսք: Ո՞ր սկզբունքը պետք է որոշի հակամակարդման ժամկետն ու անհրաժեշտությունը:

Ա-Հետաձգել հակամակարդման որոշումը մինչև մեկամսյա ԷՍԳ-մոնիտորինգի ավարտը՝ գնահատելով առիթմիայի կրկնությունը:

Բ-Ավարտել հակամակարդման քննարկումը, եթե հիվանդը վերադառնում է սինուսային ռիթմի մինչև դուրսգրման օրը:

Գ-Համադրել ինսուլտի բարձր ռիսկը և ընթացիկ արյունահոսության վտանգը՝ բազմամասնագիտական պլանով որոշելով հակամակարդման հնարավոր մեկնարկն ու վերահսկումը:

Դ-Սկսել լիարժեք հակամակարդում նույն օրը՝ նախկին իշեմիկ ինսուլտի պատճառով, հետո հսկել դրենաժային արտահոսքը:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129609/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39210723/

397. Թորակոտոմիայից հինգ ամիս անց 57-ամյա պացիենտը շարունակում է նշել կտրվածքի հարևանությամբ այրող ցավ, հպումից առաջացող ցավ և միջկողային նեղ գոտու թմրածություն: ՀՇ-ով կրկնություն, կրծքավանդակի պատի անկայունություն և խոր վարակ չեն հայտնաբերվել: Ո՞րն է ցավի առավել հավանական հիմնական մեխանիզմը:

Ա-Կողային հոդերի հետվիրահատական դեգեներատիվ ցավ՝ սահմանափակելով թիակի շարժումները:

Բ-Թորակոտոմիայի սպիի մեխանիկական ձգում՝ շրջակա մկանների շարժման ընթացքում:

Գ-Թոքամզային կպումներով պայմանավորված նոցիցեպտիվ ցավ՝ շնչառական շարժումների հետ կապված:

Դ-Միջկողային նյարդի վնասմամբ կամ գերզգայունացմամբ պայմանավորված նեյրոպաթիկ ցավ՝ հնարավոր կենտրոնական սենսիտիզացիայով (գերգրգռումով):

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

398. Թոքային քաղցկեղով 72-ամյա պացիենտի մոտ նախատեսվում է լոբէկտոմիա: FEV_1-ը բավարար է, բայց CPET-ով ֆիզիկական կարողությունը նվազած է, հիվանդը շարունակում է ծխել և կորցրել է 6 կգ քաշ: Ուռուցքաբանական խորհուրդը թույլ է տալիս կարճ նախավիրահատական պատրաստման միջակայք: Ո՞ր ծրագիրն է առավել նպատակային:

Ա-Կենտրոնացնել պատրաստումը շնչառական վարժանքների վրա՝ ֆունկցիոնալ արդյունքը գնահատելով մինչև վիրահատությունը:

Բ-Ընտրել բարձր սպիտակուցային սնուցում և հակաբորբոքային աջակցություն՝ սրտաթոքային մարզումները շարունակելով վիրահատությունից հետո:

Գ-Սկսել անհատականացված բազմաբաղադրիչ նախավերականգնում՝ վարժանքներով, սնուցման շտկմամբ, ծխելու դադարեցմամբ և շնչառական ռիսկերի վերահսկմամբ:

Դ-Քննարկել վիրահատության հետաձգում՝ մինչև ծանրաբեռնվածության ցուցանիշների ամբողջական նորմալացումն ու քաշի վերականգնումը:

https://doi.org/10.1183/13993003.00156-2025

https://doi.org/10.1093/ejcts/ezy301

399. Աջից պնևմոնէկտոմիայից 18 օր անց պացիենտն ունի տենդ, թարախային պարունակություն վիրահատված կողմի խոռոչում և բրոնխոսկոպիայով հաստատված բրոնխի ծայրատի 4 մմ խուղակ: ԶՃ-ն բավարար է, ալբումինը՝ 23 գ/լ: Քննարկվում են էնդոսկոպիկ փակումը, վիրահատական վերականգնումը և բաց դրենավորումը: Ո՞րն է սկզբնական բուժման անփոխարինելի սկզբունքը:

Ա-Արդյունավետ դրենավորել վարակված խոռոչը, պաշտպանել միակ թոքը և շտկել վարակն ու սնուցումը

Բ-Կազմակերպել բրոնխի ծայրատի վերականգնում անոթավորված լաթով՝ ըստ բորբոքման տեղային պատկերի:

Գ-Ընտրել թորակոստոմայի ձևավորում՝ որպես վարակի աղբյուրի վերահսկման և հետագա վերականգնման առաջին փուլ:

Դ-Կազմակերպել բրոնխոսկոպիկ փակում՝ խուղակի չափին համապատասխան սարքով և վերահսկել բուժման արդյունքը:

https://shop.elsevier.com/books/sabiston-and-spencer-surgery-of-the-chest/sellke/978-0-323-79024-6

400. Լոբէկտոմիայից հետո չորրորդ օրը ՀՇ-անգիոգրաֆիայով հաստատվել է սեգմենտար թոքային թրոմբոէմբոլիա: ԶՃ-ն 120/74 մմ սս է, սրտային տրոպոնինը նորմալ է, աջ փորոքը լայնացած չէ: Դրենաժից արյունահոսություն չկա, հեմոգլոբինը վերջին օրերին կայուն է: Ո՞ր բուժական սկզբունքն է առավել հիմնավորված:

Ա-Ընտրել կլինիկապատկերային հսկողություն և կրկնակի գնահատում՝ աջ փորոքի ծանրաբեռնվածության նշանների հնարավոր զարգացման համար:

Բ-Սկսել հակամակարդիչների թերապևտիկ դեղաչափերով բուժում՝ հետվիրահատական արյունահոսության ու դեղամիջոցի ընտրության ռիսկը անհատական գնահատելով:

Գ-Ընտրել համակարգային թրոմբոլիզիս՝ կանխելու սեգմենտար թրոմբի կենտրոնական տարածումն ու աջ փորոքի գերբեռնումը:

Դ-Քննարկել կաթետերային մեխանիկական թրոմբէկտոմիա՝ հետվիրահատական թրոմբոլիզիսի արյունահոսական վտանգը շրջանցելու համար:

https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/acute-pulmonary-embolism/

https://doi.org/10.1016/j.jacc.2025.11.005

Սկզբնաղբյուրներ՝

[1] ESTS Textbook of Thoracic Surgery ↗ Աղբյուր

[2] Sellke, del Nido, Swanson. Sabiston and Spencer Surgery of the Chest. 10th ed. Elsevier, 2023. ↗ Աղբյուր

[3] Patterson, Pearson, Cooper, et al. Pearson’s Thoracic & Esophageal Surgery. 3rd ed. Elsevier. ↗ Աղբյուր

[4] Brunelli A, et al. European Respiratory Society and European Society of Thoracic Surgeons clinical practice guideline on fitness for curative intent treatment of lung cancer. Eur Respir J. 2025;66:2500156. DOI: 10.1183/13993003.00156-2025. ↗ Աղբյուր

[5] Zer A, et al. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2025;36:1245–1262. DOI: 10.1016/j.annonc.2025.08.003. ↗ Աղբյուր

[6] IASLC Staging Project: Lung Cancer and Thymic Tumors (TNM, ninth edition). IASLC official scientific project resource. ↗ Աղբյուր

[7] De Leyn P, et al. Preoperative mediastinal lymph node staging for non-small cell lung cancer: 2014 update of the 2007 ESTS guidelines. Transl Lung Cancer Res. 2014;3:225–233. DOI: 10.3978/j.issn.2218-6751.2014.08.05. ↗ Աղբյուր

[8] Gould MK, et al. Evaluation of Individuals With Pulmonary Nodules: When Is It Lung Cancer? ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2013;143:e93S–e120S. DOI: 10.1378/chest.12-2351. ↗ Աղբյուր

[9] Roberts ME, Rahman NM, Maskell NA, et al. British Thoracic Society Guideline for pleural disease. Thorax. 2023;78(Suppl 3):s1–s42. DOI: 10.1136/thorax-2022-219784. ↗ Աղբյուր

[10] Asciak R, Bedawi EO, Bhatnagar R, et al. British Thoracic Society Clinical Statement on pleural procedures. Thorax. 2023;78(Suppl 3):s43–s68. DOI: 10.1136/thorax-2022-219371. ↗ Աղբյուր

[11] American Association for Thoracic Surgery. 2017 AATS Consensus Guidelines for the Management of Empyema. ↗ Աղբյուր

[12] British Thoracic Society guideline for bronchiectasis in adults. BMJ Open Respir Res. 2018/2019. PMCID: PMC6326298. ↗ Աղբյուր

[13] Kettenbach J, et al. CIRSE Standards of Practice on Bronchial Artery Embolisation. Cardiovasc Intervent Radiol. 2022;45:721–732. DOI: 10.1007/s00270-022-03127-w. ↗ Աղբյուր

[14] Infectious Diseases Society of America. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Aspergillosis: 2016 Update. ↗ Աղբյուր

[15] Daley CL, et al. Treatment of Nontuberculous Mycobacterial Pulmonary Disease: An Official ATS/ERS/ESCMID/IDSA Clinical Practice Guideline. 2020. PMCID: PMC8375621. ↗ Աղբյուր

[16] World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of patients with cystic echinococcosis. ISBN: 9789240110472. ↗ Աղբյուր

[17] Raghu G, et al. Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2022;205:e18–e47. DOI: 10.1164/rccm.202202-0399ST. ↗ Աղբյուր

[18] Mahmood K, et al. Management of Central Airway Obstruction: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. Chest. 2025;167:283–295. DOI: 10.1016/j.chest.2024.06.3804. ↗ Աղբյուր

[19] Thymomas and Thymic Carcinomas, Version 2.2025, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. ↗ Աղբյուր

[20] Abu-Omar Y, et al. European Association for Cardio-Thoracic Surgery expert consensus statement on the prevention and management of mediastinitis. Eur J Cardiothorac Surg. 2017;51:10–29. DOI: 10.1093/ejcts/ezw326. ↗ Աղբյուր

[21] Schulz-Menger J, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis. Eur Heart J. 2025;46(40):3952–4041. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf192. ↗ Աղբյուր

[22] Batchelor TJP, et al. Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: ERAS Society and ESTS recommendations. Eur J Cardiothorac Surg. 2019;55:91–115. DOI: 10.1093/ejcts/ezy301. ↗ Աղբյուր

[23] Shargall Y, et al. Joint 2022 ESTS/AATS guidelines for the prevention of cancer-associated venous thromboembolism in thoracic surgery. Eur J Cardiothorac Surg. 2023;63:ezac488. DOI: 10.1093/ejcts/ezac488. ↗ Աղբյուր

[24] Obermannová R, et al. Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022;33:992–1004. DOI: 10.1016/j.annonc.2022.07.003. ↗ Աղբյուր

[25] ESMO Clinical Practice Guideline interim update on the treatment of locally advanced oesophageal and oesophagogastric junction adenocarcinoma and metastatic squamous-cell carcinoma. ESMO Open. 2025;10:104134. DOI: 10.1016/j.esmoop.2025.104134. ↗ Աղբյուր

[26] Vaezi MF, et al. ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia. Am J Gastroenterol. 2020;115:1393–1411. DOI: 10.14309/ajg.0000000000000731. ↗ Աղբյուր

[27] Chirica M, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. World J Emerg Surg. 2019;14:26. DOI: 10.1186/s13017-019-0245-2. ↗ Աղբյուր

[28] Dingemans A-MC, et al. Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2021. PMCID: PMC9464246. ↗ Աղբյուր

[29] Popat S, Baas P, Faivre-Finn C, et al. Malignant pleural mesothelioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2022;33:129–142. DOI: 10.1016/j.annonc.2021.11.005. ↗ Աղբյուր

[30] Wang L, et al. Expert consensus on resection of chest wall tumors and chest wall reconstruction. Transl Lung Cancer Res. 2021;10:4057–4083. DOI: 10.21037/tlcr-21-935. ↗ Աղբյուր

[31] Dunning J, et al. The pectus care guidelines: best practice consensus guidelines from joint specialist societies. Eur J Cardiothorac Surg. 2024;66:ezae166. DOI: 10.1093/ejcts/ezae166. ↗ Աղբյուր

[32] Coccolini F, et al. Thoracic trauma WSES-AAST guidelines. World J Emerg Surg. 2025;20:78. DOI: 10.1186/s13017-025-00651-1. ↗ Աղբյուր

[33] Frendl G, Sodickson AC, Chung MK, et al. 2014 AATS Guidelines for the Prevention and Management of Perioperative Atrial Fibrillation and Flutter for Thoracic Surgical Procedures. J Thorac Cardiovasc Surg. 2014;148(3):e153–e193. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2014.06.036. ↗ Աղբյուր

[34] European Society of Cardiology. ESC Guideline on Acute Pulmonary Embolism (official guideline resource). ↗ Աղբյուր

[35] Van Gelder IC, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J. 2024;45:3314–3414. DOI: 10.1093/eurheartj/ehae176. ↗ Աղբյուր

[36] Creager MA, et al. 2026 AHA/ACC multisociety guideline for the evaluation and management of acute pulmonary embolism in adults. J Am Coll Cardiol. 2026;87:1626–1710. DOI: 10.1016/j.jacc.2025.11.005. ↗ Աղբյուր

[37] Walker S, et al. Joint ERS/EACTS/ESTS clinical practice guidelines on adults with spontaneous pneumothorax. Eur Respir J. 2024;63:2300797. ↗ Աղբյուր

[38] Álvarez-Maldonado P, Hernández-Ríos G, et al. Tracheal resection and anastomosis in postintubation tracheal stenosis: a systematic review. Eur J Cardiothorac Surg. 2024;66(3):ezae330. DOI: 10.1093/ejcts/ezae330 ↗ Աղբյուր

[39] Broussard B, Mathisen DJ. Tracheal release maneuvers. Ann Cardiothorac Surg. 2018;7(2):293–298. DOI: 10.21037/acs.2018.01.14 ↗ Աղբյուր

[40] Shi Y, Xue S, Zou J. Treatment and Outcomes of Primary Tracheal Adenoid Cystic Carcinoma: A Systematic Review. Cancer Manag Res. 2025;17:767–778. DOI: 10.2147/CMAR.S501202 ↗ Աղբյուր

[41] Girard N, Ruffini E, Marx A, Faivre-Finn C, Peters S. Thymic epithelial tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015;26(Suppl 5):v40–v55. DOI: 10.1093/annonc/mdv277. ↗ Աղբյուր

[42] Descending necrotizing mediastinitis and the proposal of a new classification. JTCVS Open. 2021. DOI: 10.1016/j.xjon.2021.08.001. ↗ Աղբյուր

[43] Daum P, Smelt J, Ibrahim IR. Perioperative management of myasthenia gravis. BJA Educ. 2021;21:414–419. DOI: 10.1016/j.bjae.2021.07.001. ↗ Աղբյուր

[44] Ng JY, Abdul Rahman KAB, et al. Combined Intrathoracic and Intraspinal Approach to a Neurogenic Dumbbell Tumour. Cureus. 2024;16:e69248. DOI: 10.7759/cureus.69248. ↗ Աղբյուր

[45] Gilligan TD, Seidenfeld J, Basch EM, et al. American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline on Uses of Serum Tumor Markers in Adult Males With Germ Cell Tumors. J Clin Oncol. 2010;28:3388–3404. DOI: 10.1200/JCO.2009.26.4481. ↗ Աղբյուր

[46] Yu Z, Zhang P, Qi G, et al. Surgical Expert Consensus on Clinical Management of Advanced Thymoma and Thymic Carcinoma: A Beijing–Tianjin–Hebei Collaborative Initiative. Thorac Cancer. 2025;16:e70133. DOI: 10.1111/1759-7714.70133. ↗ Աղբյուր

[47] Fernández-Montes A, Alcaide J, Custodio AB, et al. SEOM–GEMCAD–TTD clinical guideline for the diagnosis and treatment of esophageal cancer (update 2025). Clin Transl Oncol. 2026;28:1595–1609. DOI: 10.1007/s12094-026-04291-y. ↗ Աղբյուր

[48] Calabrese EC, Kindel T, Slater BJ, et al. 2024 Update to SAGES Guidelines for the Use of Peroral Endoscopic Myotomy (POEM) in the Treatment of Achalasia. SAGES. ↗ Աղբյուր

[49] Stuart SK, et al. International Society for Diseases of the Esophagus consensus on the diagnosis and treatment of anastomotic leak after esophagectomy. Dis Esophagus. 2026;39(1):doag006. DOI: 10.1093/dote/doag006. ↗ Աղբյուր

[50] Lemties J, Scheidt C, Jung JO, et al. Vascularity of the gastric conduit predicts complications after Ivor-Lewis esophagectomy. Surg Endosc. 2025;39:3839–3847. DOI: 10.1007/s00464-025-11780-8. ↗ Աղբյուր

[51] ASGE Standards of Practice Committee. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on diagnosis and management of GERD: summary and recommendations. Gastrointest Endosc. 2025;101:267–284. DOI: 10.1016/j.gie.2024.10.008. ↗ Աղբյուր

[52] Kelly RJ, et al. Adjuvant Nivolumab in Resected Esophageal or Gastroesophageal Junction Cancer. N Engl J Med. 2021;384:1191–1203. DOI: 10.1056/NEJMoa2032125. ↗ Աղբյուր

[53] Raymond DP, et al. The 2026 American Association for Thoracic Surgery expert consensus document: Surgical management of primary chest wall malignancies. J Thorac Cardiovasc Surg. Published online May 4, 2026. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2026.02.039. ↗ Աղբյուր

[54] Kasper B, Baldini EH, Bonvalot S, et al; Desmoid Tumor Working Group. Current Management of Desmoid Tumors: A Review. JAMA Oncol. 2024;10:1121–1128. DOI: 10.1001/jamaoncol.2024.1805. ↗ Աղբյուր

[55] Mota L, Tomeo JN, Yadavalli SD, et al. Management and outcomes of venous thoracic outlet decompression: A transition to the infraclavicular approach. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2024;12:101959. DOI: 10.1016/j.jvsv.2024.101959. ↗ Աղբյուր

[56] Duponchelle L, Kovacs E, Gamondes D, et al. Modalities of follow-up after surgical plication for diaphragmatic paralysis. J Thorac Dis. 2025;17:7886–7895. DOI: 10.21037/jtd-2025-427. ↗ Աղբյուր

[57] Pectus repair after prior sternotomy: clinical practice review and practice recommendations based on a 2,200-patient database. J Thorac Dis. 2023. ↗ Աղբյուր

[58] Schembari E, Reitano E, Sofia M, et al. The surgical treatment of Morgagni hernias in adults: a systematic review for the standardization of laparoscopic surgical repair. Updates Surg. 2024;76:839–844. DOI: 10.1007/s13304-023-01677-3. ↗ Աղբյուր

[59] Prabhu SM, Choudhury SR, Solanki RS. Inadvertent chest tube insertion in congenital cystic adenomatoid malformation and congenital lobar emphysema—highlighting an important problem. Indian J Radiol Imaging. 2013;23(1):8–14. DOI: 10.4103/0971-3026.113612. ↗ Աղբյուր

[60] Abbastanira S, Almarzouqi O, Al Rawi S, et al. Surgical repair of large adult Bochdalek hernia: case series and literature review. Front Surg. Published January 2026;12:1713049. DOI: 10.3389/fsurg.2025.1713049. ↗ Աղբյուր

[61] Lung and lobe torsion: a narrative review. J Thorac Dis. 2025;17:10501–10509. doi:10.21037/jtd-2025-880. ↗ Աղբյուր

[62] Kopp SL, et al. Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: ASRA evidence-based guidelines (fifth edition). Reg Anesth Pain Med. 2025. doi:10.1136/rapm-2024-105766. ↗ Աղբյուր

[63] American Geriatrics Society Expert Panel. Postoperative delirium in older adults: best practice statement. J Am Coll Surg. 2015;220:136–148.e1. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2014.10.019. ↗ Աղբյուր

[64] Kalil AC, et al. IDSA/ATS clinical practice guidelines for hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia. Clin Infect Dis. 2016;63:e61–e111. doi:10.1093/cid/ciw353. ↗ Աղբյուր

[65] Castillo-Rodriguez C, et al. Platypnea-orthodeoxia syndrome post-pneumonectomy: a case of right-to-left shunting and successful PFO closure. Clin Case Rep. 2025;13:e70715. doi:10.1002/ccr3.70715. ↗ Աղբյուր

[66] Okami J, et al. Formation of pulmonary vein stump thrombus after anatomical lung resection and anticoagulant therapy. World J Surg. 2024;48(9):2090–2097. doi:10.1002/wjs.12309. (Դիտողական կլինիկական հետազոտություն, ոչ պարտադիր ուղեցույց:) ↗ Աղբյուր

[67] Beyond resection: imaging findings of expected and complicated postoperative changes in lung cancer. Jpn J Radiol. 2025. doi:10.1007/s11604-025-01818-1. (Հետվիրահատական բարդությունների պատկերային ակնարկ:) ↗ Աղբյուր

[68] Sermonesi G, et al. Surgical stabilization of rib fractures (SSRF): the WSES and CWIS position paper. World J Emerg Surg. 2024;19:33. DOI: 10.1186/s13017-024-00559-2. ↗ Աղբյուր

[69] Liu L, et al. International expert consensus on management of bleeding during VATS lung surgery. Ann Transl Med. 2019;7(23):712. ↗ Աղբյուր

[70] Reddington H, et al. Recommendations for Emergency Robotic Thoracic Conversions and Intraoperative Resuscitation: A Modified Delphi Consensus Study. Ann Thorac Surg. 2026;121:41–52. doi:10.1016/j.athoracsur.2025.06.012. ↗ Աղբյուր

[71] Ochi T, et al. Indocyanine green intravenous administration can more accurately identify the intersegmental plane than the inflation-deflation method in lung segmentectomy. PLoS One. 2025. doi:10.1371/journal.pone.0328362. ↗ Աղբյուր

[72] Lardinois D, et al. ESTS guidelines for intraoperative lymph node staging in non-small cell lung cancer. Eur J Cardiothorac Surg. 2006;30:787–792. ↗ Աղբյուր

[73] Vilmann P, et al. Combined endobronchial and oesophageal endosonography for the diagnosis and staging of lung cancer. ESGE/ERS/ESTS guideline. Eur J Cardiothorac Surg. 2015;48:1–15. ↗ Աղբյուր

[74] Mohan A, et al. Guidelines for EBUS-TBNA: Joint ICS/IAB recommendations. Lung India. 2023;40:368–400. ↗ Աղբյուր

[75] WHO. Surgical Safety Checklist and Guidelines for Safe Surgery (2009). ↗ Աղբյուր

[76] Gálvez C, et al. Bleeding control during uniportal VATS without conversion: evidence and technical aspects. Video-assist Thorac Surg. 2023. ↗ Աղբյուր

[77] Gross DJ, Briski LM, Wherley EM, et al. Bronchogenic cysts: a narrative review. Mediastinum. 2023;7:26. DOI: 10.21037/med-22-46. ↗ Աղբյուր

[78] Kar SK, Ganguly T. Current concepts of diagnosis and management of pericardial cysts. Indian Heart J. 2017;69:364–370. DOI: 10.1016/j.ihj.2017.02.021. ↗ Աղբյուր

[79] Clancy K, et al. Screening for blunt cardiac injury: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg. 2012;73:S301–S306. DOI: 10.1097/TA.0b013e318270193a. ↗ Աղբյուր

[80] Burlew CC, et al. Western Trauma Association Critical Decisions in Trauma: Resuscitative Thoracotomy. J Trauma Acute Care Surg. 2012;73:1359–1363. ↗ Աղբյուր

[81] Seamon MJ, et al. An evidence-based approach to patient selection for emergency department thoracotomy: an EAST practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg. 2015;79:159–173. DOI: 10.1097/TA.0000000000000648. ↗ Աղբյուր

[82] Gupta N, George J, Gupta RC, Dixit R. Traumatic pulmonary pseudocyst. Int J Crit Illn Inj Sci. 2013;3(2):155–158. DOI: 10.4103/2229-5151.114276. ↗ Աղբյուր

[83] Shovlin CL, Condliffe R, Donaldson JW, Kiely DG, Wort SJ. British Thoracic Society Clinical Statement on Pulmonary Arteriovenous Malformations. Thorax. 2017;72:1154–1163. DOI: 10.1136/thoraxjnl-2017-210764. ↗ Աղբյուր

[84] Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, et al. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0. Neurogastroenterol Motil. 2021;33(1):e14058. DOI: 10.1111/nmo.14058. ↗ Աղբյուր

[85] U.S. Food and Drug Administration. FDA approves durvalumab for limited-stage small cell lung cancer. December 4, 2024. ↗ Աղբյուր

[86] Bankier AA, MacMahon H, Colby T, et al. Fleischner Society: Glossary of Terms for Thoracic Imaging. Radiology. 2024;310(2):e232558. DOI: 10.1148/radiol.232558. ↗ Աղբյուր