

Кейсы | Высшее образование | Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение | Записей: 2

Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациент 65 лет вызвал бригаду СМП по поводу длительных (1 час) болей за грудиной, возникших в покое, не купировавшихся приемом нитроглицерина.

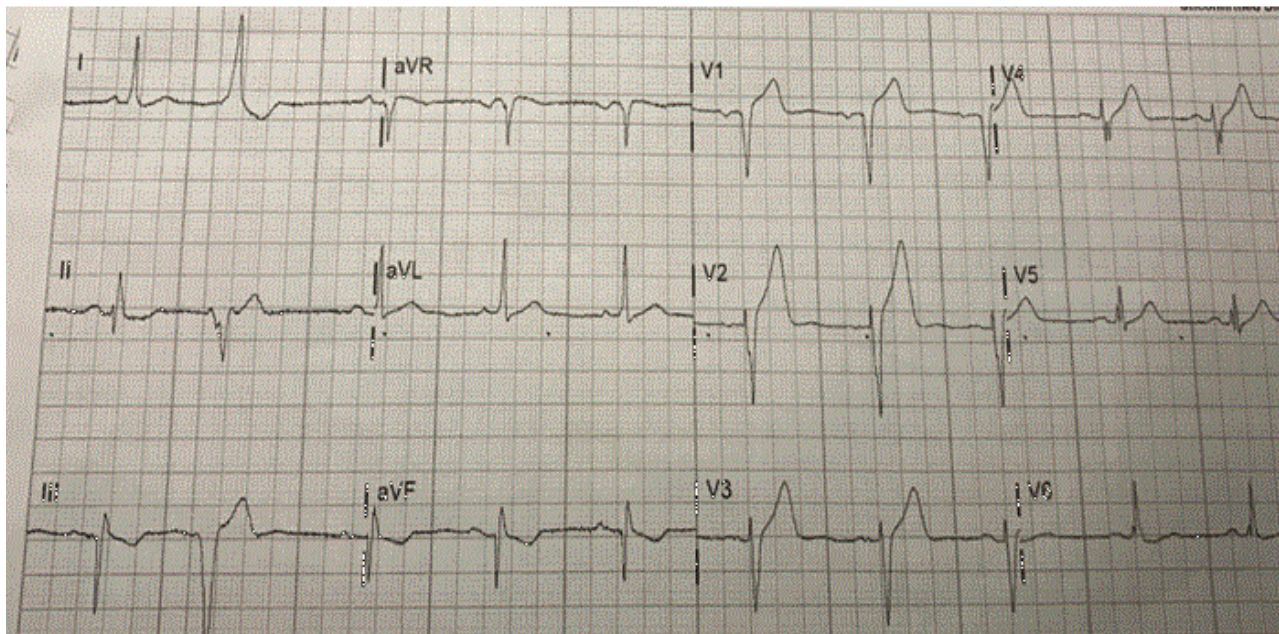
1.2. Жалобы

на длительные (1 час) боли за грудиной, возникшие в покое, не купировавшиеся приемом нитроглицерина.

1.3. Анамнез заболевания

Длительное время больной отмечал клинику стенокардии напряжения на уровне II ф.к. По данному поводу неоднократно обследовался, наблюдается у кардиолога. Принимает регулярно терапию (название препаратов не помнит).

На ЭКГ: ритм синусовый, одиночная желудочковая экстрасистолия, ЧСС 65 уд/мин., горизонтальное положение ЭОС, элевация сегмент ST в отведениях V1-V3 до 4 мм. Выставлен предварительный диагноз ОКС с подъемом сегмента ST.



Анамнез заболевания

1.4. Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь в течение 15 лет с максимальными цифрами АД 200/100 мм рт. ст.

Сахарный диабет 2 типа. На фоне медикаментозной терапии гликемия натощак 8.0 ммоль/л, гликированный гемоглобин 7,2%.

1.5. Объективный статус

Состояние относительно тяжелое. Кожные покровы бледные, ладони влажные. Пульс 82 уд/мин., АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны приглушены, ритмичные. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

1. Лечение

1. Вопрос

Дальнейшей тактикой ведения больного бригадой СМП является

1. направление пациента в поликлинику по месту жительства
2. купирование приступа и рекомендация плановой госпитализации в специализированный стационар

3. экстренная госпитализация в больницу с кардиореанимацией и рентгеноперационной (у пациента подозрение на ИМ)

4. перенаправление вызова на врачебную бригаду неотложной помощи и ждать реанимобиль

Правильный ответ: экстренная госпитализация в больницу с кардиореанимацией и рентгеноперационной (у пациента подозрение на ИМ)

«Предпочтительно немедленно транспортировать больных с ИМпСТ в центр, где есть возможности для круглосуточного проведения первичных ЧКВ опытными специалистами.»

Показания к реваскуляризации миокарда (Российский согласительный документ). – М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2011, с. 162, с. 52

2. Вопрос

Бригада СМП предлагает пациенту экстренную госпитализацию в ближайшую клинику с кардиоблоком. До больницы ехать 20 минут. Больной соглашается на госпитализацию. В процессе транспортировки фельдшер купировал болевой синдром у пациента при помощи опиоидов. На догоспитальном этапе должна быть начата терапия

1. клопедогрелем (600 мг) и ацетилсалициловой кислотой (300 мг)

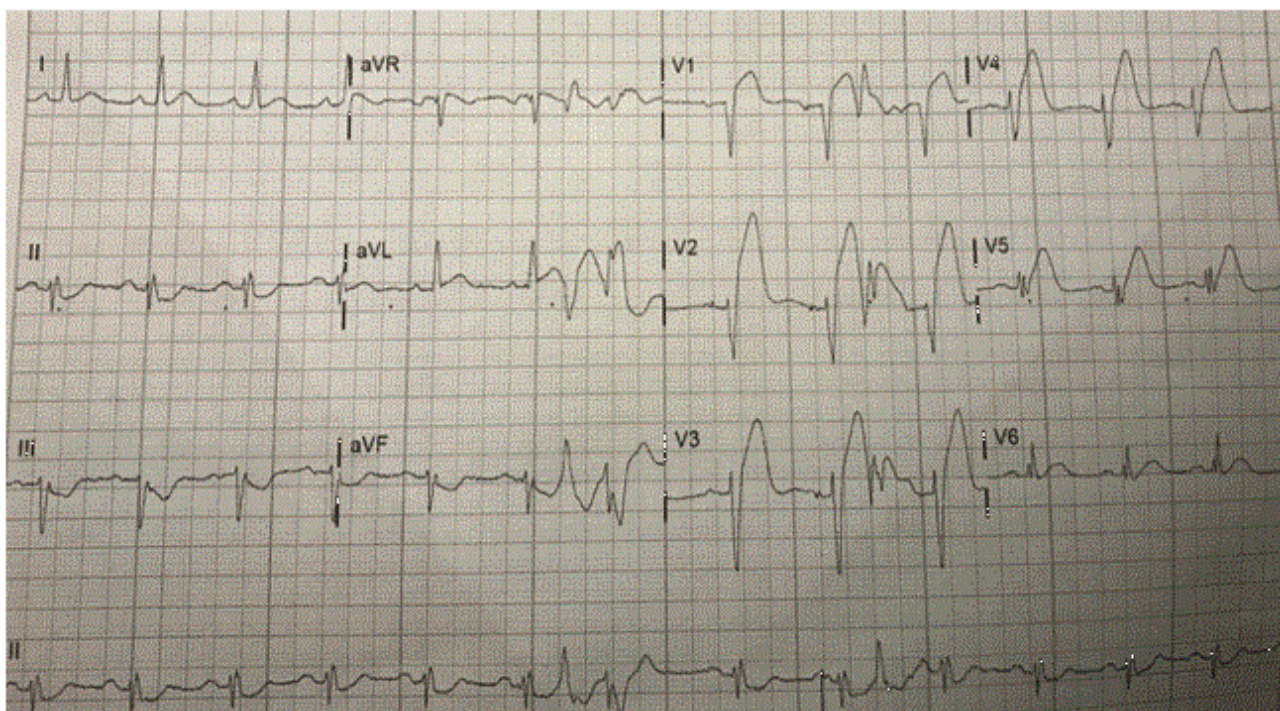
2. празугрелем 180 мг и ривароксабаном 25 мг
3. стрептокиназой
4. прямыми оральными антикоагулянтами в нагрузочной дозе

Правильный ответ: клопедогрелем (600 мг) и ацетилсалициловой кислотой (300 мг)

«Если планируется первичное ЧКВ: Аспирин внутрь 150-300 мг или в/в 80-150 мг, если прием внутрь невозможен. Клопидогрель внутрь 600 мг.»

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST. Российское общество скорой медицинской помощи 2014. Стр. 11

4. Изображение 1



Изображение 1

{nbsp}

Пациент доставлен в кардиоблок. При поступлении: кожные покровы бледные, ладони влажные. Пульс 75 уд/мин., АД – 100/60 мм рт. ст. Тоны приглушены, ритмичные. ЧДД 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. На ЭКГ при поступлении: ритм синусовый, горизонтальное положение ЭОС, ЧСС 75 уд/мин., подъем сегмента ST в V1-V5 до 9 мм.

3. Вопрос

Дальнейшей тактикой лечения в данном случае является

1. перевести пациента в кардиореанимацию и продолжить наблюдение
2. начать пациенту тромболизис

3. экстренная коронароангиография

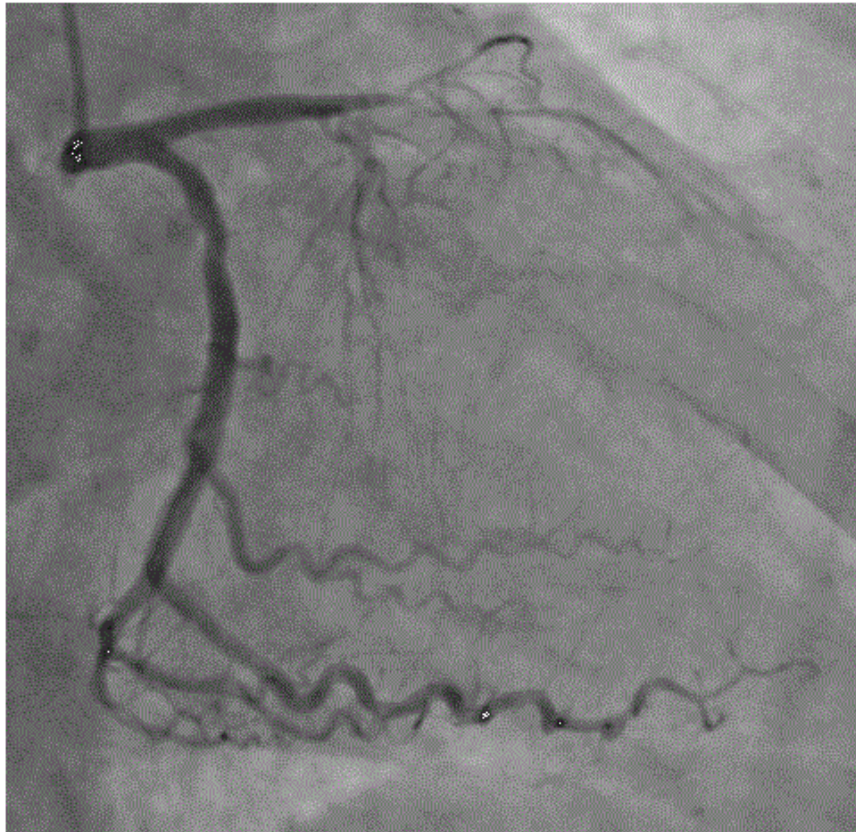
4. коронароангиография в плановом порядке (после получения результатов ЭГДС, Эхо-КГ, анализов на тропонин I и КФК)

Правильный ответ: экстренная коронароангиография

«Больных с ОКСбпСТ или ИМпСТ и нестабильной гемодинамикой следует немедленно направить на инвазивное обследование и реваскуляризацию целевого сосуда»

Показания к реваскуляризации миокарда (Российский согласительный документ). – М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2011, С. 60

6. Изображение 2



Изображение 2

4. Вопрос

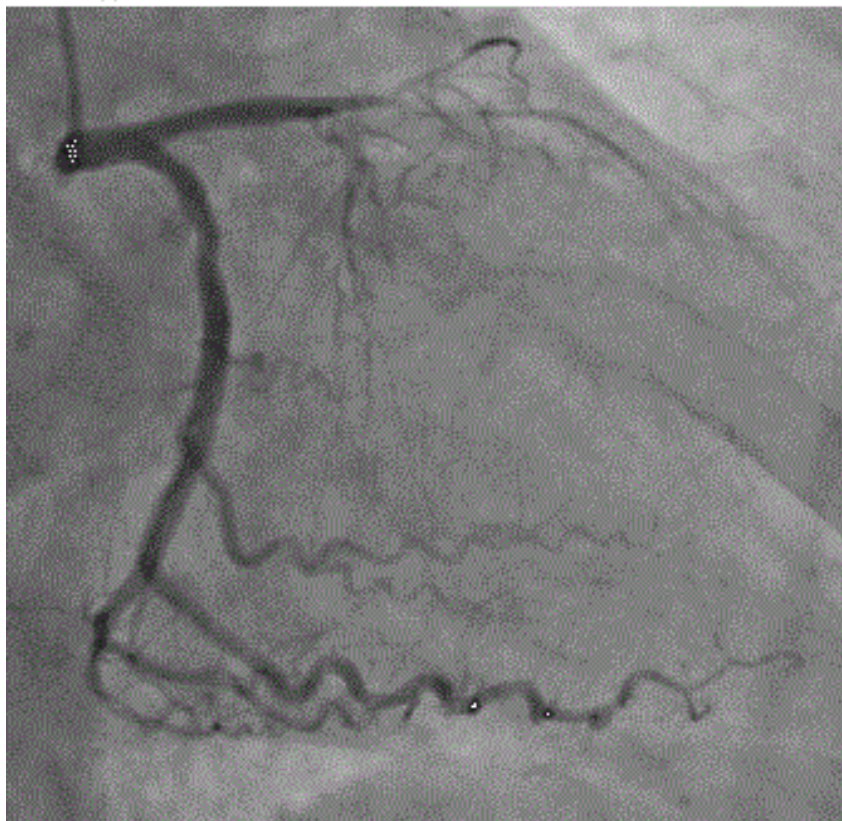
Пациент экстренно подан в рентгенооперационную. При коронароангиографии получена следующая картина (Изображение 2), диагностирована окклюзия

1. передней нисходящей артерии в среднем сегменте
2. правой коронарной артерии в среднем сегменте
3. правой коронарной артерии в устье
4. огибающей артерии в среднем сегменте

Правильный ответ: передней нисходящей артерии в среднем сегменте

Рентгенэндоваскулярная хирургия. Национальное руководство: в 4т. /под ред. Академика РАН Б.Г. Алекаяна.-М.: Литтерра, - 2017, Т.2 Ишемическая болезнь сердца. С. 67

8. Изображение 3



Изображение 3

5. Вопрос

Данная съемка (Изображение 3) выполнена в _____ проекции

1. **правой косой с каудальной аннуляцией**
2. прямой с краниальной аннуляцией
3. правой косой с краниальной аннуляцией
4. левой боковой

Правильный ответ: правой косой с каудальной аннуляцией

Рентгенэндоваскулярная хирургия. Национальное руководство: в 4т. /под ред. Академика РАН Б.Г. Алеяна.-М.: Литтерра, - 2017, Т.2 Ишемическая болезнь сердца. С. 67

10. Изображение 4



Изображение 4

6. Вопрос

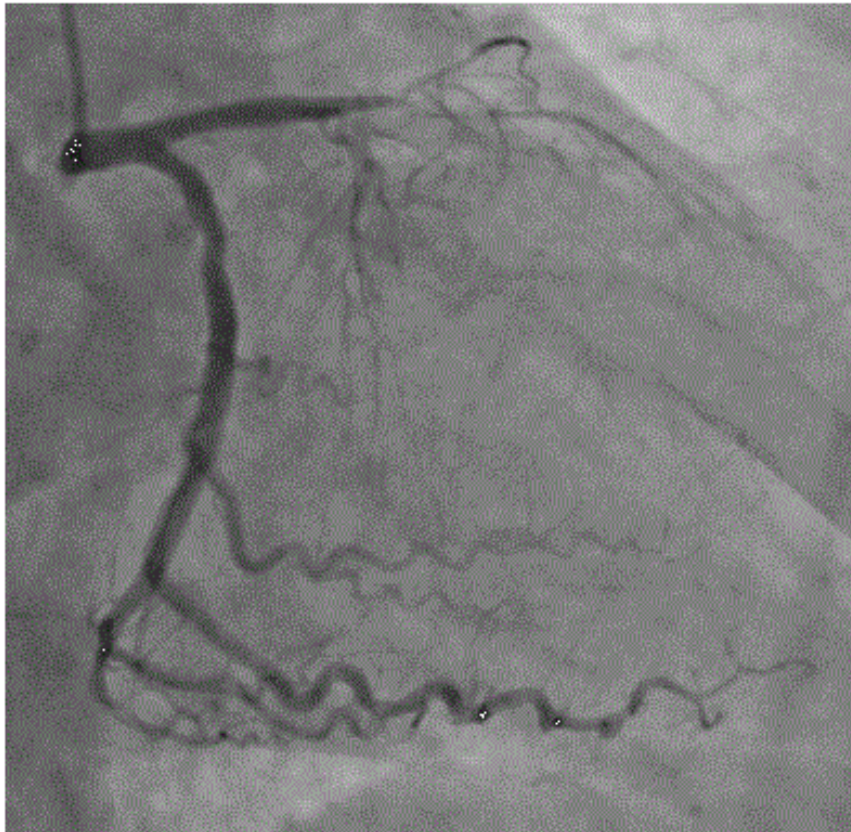
При проведении КАГ для снятия правой коронарной артерии использовалась + _____ + проекция

1. левая косая с каудальной аннуляцией
2. правая косая
- 3. левая косая**
4. правая косая с краниальной аннуляцией

Правильный ответ: левая косая

Рентгенэндоваскулярная хирургия. Национальное руководство: в 4т. /под ред. Б.Г. Алеяна.-М.: Литтерра, - 2017, Т.2 Ишемическая болезнь сердца. С. 71

12. Изображение 5



Изображение 5

7. Вопрос

На данной ангиограмме (Изображение 5) визуализируется окклюзия передней нисходящей артерии в + ____ + сегменте

1. нижнем
2. дистальном
3. проксимальном

4. среднем

Правильный ответ: среднем

ПМЖВ: проксимальная треть – до первой ДВ или первой септальной ветви; средняя треть – до отхождения последней ДВ; дистальная треть – после отхождения последней ДВ. Диагональные ветви нумеруются в порядке отхождения от ПМЖВ.

Рентгенэндоваскулярная хирургия. Национальное руководство: в 4т. /под ред. Б.Г. Алеяна.-М.: Литтерра, - 2017,Т.2 Ишемическая болезнь сердца. С. 63

8. Вопрос

По данным КАГ выявлена окклюзия ПНА в среднем сегменте. Учитывая жалобы, анамнез пациента, объективные данные и данные ангиографии, оптимальным способом лечения является

- 1. реканализация ПНА, имплантация стента с лекарственным покрытием**
2. реканализация ПНА, имплантация голометаллического стента
3. баллонная ангиопластика баллонным катетером с лекарственным покрытием
4. коронарная ангиопластика и стентирование проксимального сегмента ОА

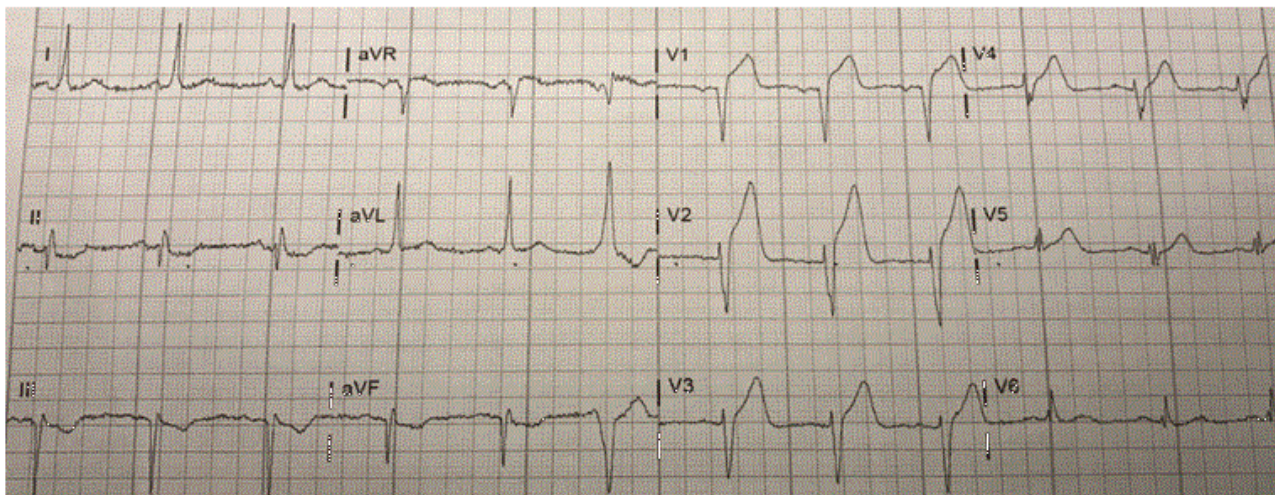
Правильный ответ: реканализация ПНА, имплантация стента с лекарственным покрытием

«Рекомендуется использовать СВЛ (предпочтительно второго поколения), а не ГМС, у больных с ожидаемой хорошей приверженностью к лечению, не имеющих противопоказаний к длительной ДАТТ и не нуждающихся в длительном использовании антикоагулянтов [2-4]. Уровень убедительности рекомендаций IIa (Уровень достоверности доказательств A).»

Клинические рекомендации Острый инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы 2016.

(1)

15. Изображение 6



Изображение 6

{nbsp}

Пациенту выполнена реканализация ПНА и имплантация стента с лекарственным покрытием. При контрольной КАГ стент полностью расправлен, кровоток по артериям TIMI 3. Из рентгеноперационной пациент переведен в ОРИТ. Состояние средней степени тяжести, при снятии контрольной ЭКГ через 2 ч после операции получены следующие данные: синусовый ритм, ЧСС 68 уд/мин., элевация сегмент ST в отведениях I, V1-V4 до 4,5 мм.

Объективно: Сознание ясное, пациент контактен. ЧСС 68 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумов нет. АД 110/70 мм рт. ст.

9. Вопрос

Учитывая полученные данные дальнейшая тактика на данном этапе это

1. повторная КАГ
- 2. наблюдение в ОРИТ с прикроватным мониторингом ЭКГ**
3. перевод пациента в палату терапевтического отделения
4. выполнение ЭГДС

Правильный ответ: наблюдение в ОРИТ с прикроватным мониторингом ЭКГ

«После реперфузии рекомендуется госпитализировать пациентов с ИМпST в отделение интенсивной терапии, где может быть обеспечено непрерывное мониторинговое наблюдение и специализированный уход.»

Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, 2017// Российский кардиологический журнал. – 2018. - № 23 (5). – с. 130. Режим доступа: https://scardio.ru/content/Guidelines/05_rkj_18_recomendation.pdf

10. Вопрос

Оптимальной антиагрегантной терапией для данного пациента является

1. 6 месяцев двойная антикоагулянтная терапия: Клопидогрел, Ривароксабан; затем еще 6 месяцев Ривароксабан; затем монотерапия Аспирин
2. 1 месяц тройная антикоагулянтная терапия Аспирин, Клопидогрел, Ривароксабан; затем еще 11 месяцев двойная терапия Клопидогрел, Ривароксабан; затем монотерапия Ривароксабан
3. 3 месяца тройная антикоагулянтная терапия Аспирин, Клопидогрел, Аписабан; затем еще 9 месяцев двойная терапия Клопидогрел, Аписабан; затем монотерапия Клопидогрел
4. **двойная антиагрегантная: клопидогрель 12 месяцев 75 мг/сут., Аспирин 100 мг постоянно**

Правильный ответ: двойная антиагрегантная: клопидогрель 12 месяцев 75 мг/сут., Аспирин 100 мг постоянно

«Двойная антиагрегантная терапия, включающая аспирин и ингибитор P2Y₁₂ (т.е. прасугрел, тикагрелор или клопидогрель), рекомендуется всем пациентам с ИМпST, которым выполнено первичное ЧКВ (до 12 месяцев)»

Рекомендации ЕОК по ведению пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, 2017// Российский кардиологический журнал. – 2018. - № 23 (5). – с. 138. Режим доступа: https://scardio.ru/content/Guidelines/05_rkj_18_recomendation.pdf

2. Вариатив

11. Вопрос

Катетеризация ЛКА проводится в _____ проекции

1. левой с каудальной аннуляцией
2. правой с каудальной аннуляцией
3. **прямой**
4. правой с краниальной аннуляцией

Правильный ответ: прямой

«Катетеризация ЛКА с помощью катетера Judkins Left осуществляется наиболее часто в переднезадней проекции.»

Рентгенэндоваскулярная хирургия. Национальное руководство: в 4т. /под ред. Б.Г. Алеяна.-М.: Литтерра, - 2017, Т.2 Ишемическая болезнь сердца. С. 81

12. Вопрос

Катетеризация ПКА проводится в + _____ + проекции

1. правой с краниальной
2. прямой
3. **левой косой**
4. правой с каудальной аннуляцией

Правильный ответ: левой косой

«Катетеризация устья ПКА выполняется в левой косой (LAO 45-60°) или в левой боковой проекции (LAO 90°).»

Рентгенэндоваскулярная хирургия. Национальное руководство: в 4т. /под ред. Б.Г. Алеяна.-М.: Литтерра, - 2017, Т.2 Ишемическая болезнь сердца. С. 81

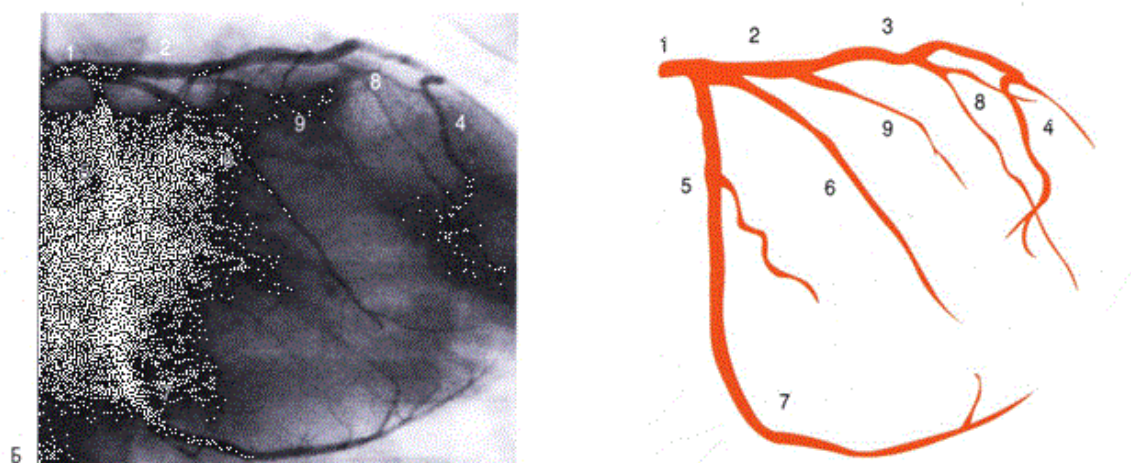


Рис. 3.3. Продолжение. Б — правая косая проекция с каудальной ангуляцией (RAO 30° caud 20°); В — переднезадняя краниальной ангуляцией (AP cran 30°); Г — правая косая проекция с краниальной ангуляцией (RAO 35° cran 25°)

Justification

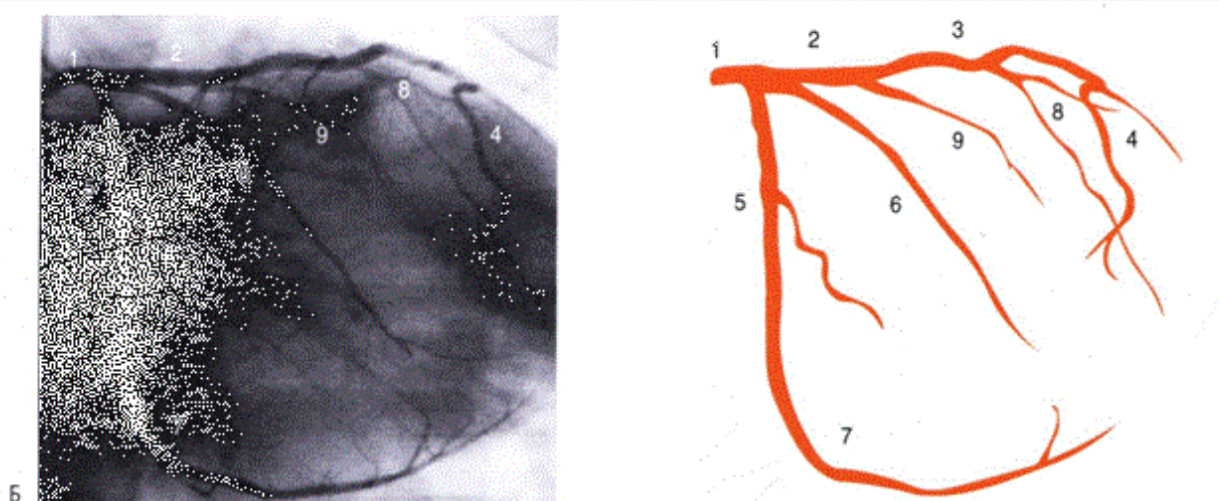


Рис. 3.3. Продолжение. Б — правая косая проекция с каудальной ангуляцией (RAO 30° caud 20°)

Justification

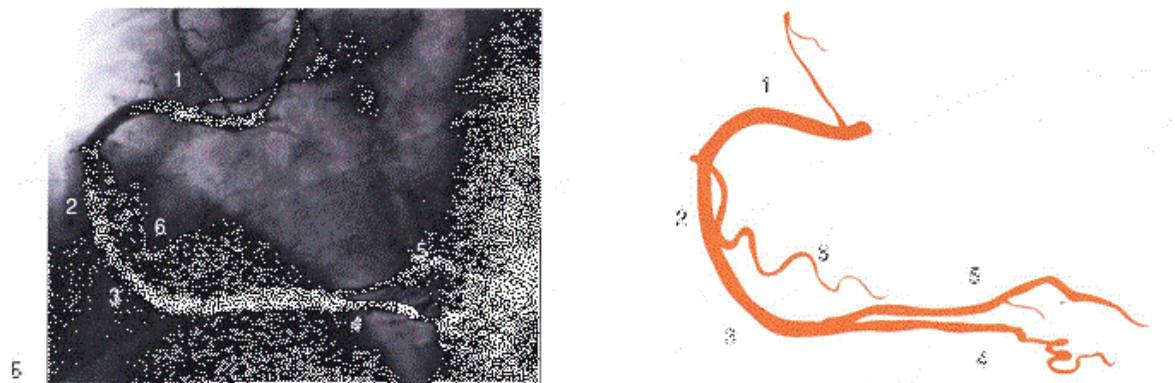


Рис. 3.5. Ангиограммы правой коронарной артерии и их схематическое представление (при правом типе коронарного кровоснабжения) в основных проекциях: А — левая боковая проекция (LAO 90°); Б — левая косая проекция (LAO 45°); В — левая косая проекция с краниальной ангуляцией (LAO 50° сгап 30°). Обозначения: 1 — п/3 ПКА; 2 — с/3 ПКА; 3 — д/3 ПКА; 4 — ЗМЖВ ПКА; 5 — ЗБВ ПКА; 6 — правожелудочковая ветвь ПКА

Justification

Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Рентгенэндоваскулярные диагностика и лечение

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

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

1.2. Жалобы

На умеренные ноющие боли в верхних отделах живота, общую слабость, периодическое повышение температуры тела до 38,0°C.

1.3. Анамнез заболевания

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

1.4. Анамнез жизни

- * Вредные привычки: Алкоголем злоупотребляет регулярно (через день до 100 мл в пересчете на 96% C₂H₅OH), не курит
- * Гемотрансфузий не было
- * Семейный анамнез: неотягощен
- * Наличие аллергических реакций на препараты, пищевые продукты отрицает.

1.5. Объективный статус

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

1.6. Ультразвуковое исследование

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

1. План обследования

1. Вопрос

Наиболее информативным методом инструментальной диагностики для верификации данной патологии является

1. магнитно - резонансная томография с контрастным усилением
2. диагностическая лапаротомия
3. ультразвуковое исследование с контрастным усилением

4. компьютерная томография с контрастным усилением

Правильный ответ: компьютерная томография с контрастным усилением

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

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2020

(1)

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Компьютерная томография с контрастным усилением

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

2. Вопрос

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

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

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

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

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2020

(1)

3. Вопрос

Методом исследования, которому подвергается содержимое псевдокисты поджелудочной железы, полученное при проведении пункции, является

1. только цитологическое исследование
2. гистологическое и бактериологическое исследование

3. цитологическое и бактериологическое исследование

4. только бактериологическое исследование

Правильный ответ: цитологическое и бактериологическое исследование

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

(1)

4. Вопрос

Следующим диагностическим этапом для данного пациента является проведение

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

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

При тяжелом состоянии пациента рекомендуется дренирование очагового образования под ультразвуковым контролем позволяющее уменьшить риск осложнений, которые могут возникнуть у больного как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде, а также не требует серьезного анестезиологического пособия.

(1)

5. Вопрос

Основными видами дренирования под ультразвуковым контролем являются

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

4. малокалиберное и крупнокалиберное

Правильный ответ: малокалиберное и крупнокалиберное

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

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

(1)

6. Вопрос

Тактика проведения миниинвазивного вмешательства при расположении очага деструкции в теле поджелудочной железы должна включать пункцию

- 1. через две стенки желудка и его просвет**
2. при отсутствии желудка над поверхностью образования
3. во время диагностической лапароскопии
4. во время диагностической лапаротомии

Правильный ответ: через две стенки желудка и его просвет

В таких случаях мультифокальные биопсии поджелудочной железы под контролем ультразвукового исследования осуществляется в два этапа: сначала последовательно через стенки желудка и его

просвет проводят иглу большего диаметра и удерживают ее в неподвижном положении, затем в просвет первой иглы вводят иглу меньшего диаметра, которую продвигают в зону сальниковой сумки и поджелудочной железы, где последовательно осуществляют забор тканевого материала.

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

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения

(1)

7. Вопрос

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

1. малокалиберное

2. по методике Сельдингера под контролем компьютерной томографии

3. с помощью стилет – катетера под контролем магнитно – резонансной томографии

4. крупнокалиберное

Правильный ответ: малокалиберное

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

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

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения

(1)

8. Вопрос

Максимальным диаметром телескопического бужа при крупнокалиберном дренировании является +__+ Fr

1. 38

2. 24

3. 36

4. 32

Правильный ответ: 36

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

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

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения

(1)

9. Вопрос

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

1. 12
2. 8
3. 20

4. 15

Правильный ответ: 15

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

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

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения

(1)

10. Вопрос

Отличием вторичное крупнокалиберного дренирования от первичного является то, что

1. вторичное крупнокалиберное дренирование проводится после первичного крупнокалиберного дренирования
2. вторичное крупнокалиберное дренирование проводится после малокалиберного дренирования
3. вторичное крупнокалиберное дренирование проводится после хирургического вмешательства

4. при вторичном крупнокалиберном дренировании направляющую канюлю устанавливают в сформированный канал

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

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

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

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения

(1)

11. Вопрос

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

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

4. вторичное крупнокалиберное дренирование

Правильный ответ: вторичное крупнокалиберное дренирование

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

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

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения

(1)

12. Вопрос

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

1. 3

2. 2

3. 4

4. 1

Правильный ответ: 2

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

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

Глава 5. Чрескожные пункционно – дренирующие методы диагностики и лечения

(1)