

Травма живота. Травма груди.

1. Для клинической картины ушиба передней брюшной стенки характерно:
 - 1) рвота, не приносящая облегчение;
 - 2) притуплению перкуторного звука в боковых отделах живота;
 - 3) положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
 - 4) наличие болей в зоне травматического повреждения;
 - 5) наличие ссадин и кровоподтеков в зоне травматического повреждения.

2. Достоверными клиническим признаком проникающего характера ранения живота является:
 - 1) интенсивные болевые ощущения в области раны;
 - 2) обильное истечение крови из раны;
 - 3) истечение из раны кишечного содержимого;
 - 4) истечение из раны желчи;
 - 5) выпадение из раны брюшной стенки пряди большого сальника.

3. При закрытых травматических повреждениях живота клиническими признаками нарушения целостности внутренних органов являются:
 - 1) пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки;
 - 2) притупление перкуторного звука в боковых отделах живота;
 - 3) кровоподтеки и ссадины на передней брюшной стенке;
 - 4) положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
 - 5) выраженные болевые ощущения в зоне травматического повреждения брюшной стенки.

4. Физикальными признаками проникающего характера ранения живота являются:
 - 1) интенсивная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения тела;
 - 2) активное кровотечение из раны передней брюшной стенки;
 - 3) усиление перистальтических шумов;
 - 4) многократный жидкий стул;
 - 5) симптом Куленкампа.

5. Клиническими признаками гемоперитонеума у пострадавших с закрытой травмой живота являются:
 - 1) выраженный пассивный дефанс передней брюшной стенки;
 - 2) положительный симптом Куленкампа;
 - 3) симптом «ваньки-встаньки»;
 - 4) гематурия;
 - 5) мелена.

6. Патогномоничный для гемоперитонеума симптом «ваньки-встаньки» характеризуется:
 - 1) малой интенсивностью болей в животе у пациента, лежащего на спине без движений;
 - 2) интенсивными болями в животе у пациента, лежащего на спине без движений;
 - 3) усилением болей в животе при попытке пострадавшего изменить положение тела;
 - 4) значительным снижением интенсивности болей в животе при попытке пострадавшего изменить положение тела;
 - 5) полным отсутствием каких-либо болевых ощущений в животе при вертикальном положении тела.

7. При травматическом повреждении органов малого таза наблюдается:
 - 1) иррадиация болей в надплечья;
 - 2) многократный жидкий стул;

- 3) иррадиация болей в область крестца;
 - 4) ложные позывы на дефекацию;
 - 5) мелена.
8. Массивная гематурия наиболее характерна для травматического разрыва:
- 1) паренхимы почки;
 - 2) почечной артерии;
 - 3) почечной вены;
 - 4) мочевого пузыря;
 - 5) уретры.
9. Небольшая гематурия, как правило, характерна для:
- 1) ушиба почки;
 - 2) повреждения почечной артерии;
 - 3) забрюшинной гематомы;
 - 4) разрыва слизистой оболочки мочевого пузыря;
 - 5) травматического разрыва уретры.
10. При травматическом повреждении живота катетеризация мочевого пузыря:
- 1) не проводится в виду опасности дополнительной травматизации уретры и мочевого пузыря;
 - 2) проводится только у пациентов с подозрением на повреждение мочевого пузыря;
 - 3) проводится только у пациентов с подозрением на повреждение почек;
 - 4) проводится только у пациентов с подозрением на повреждение мочевого пузыря и почек;
 - 5) проводится в обязательном порядке всем пациентам.
11. Клиническими признаками перитонита при закрытой травме живота являются:
- 1) многократный жидкий стул;
 - 2) интенсивные боли в животе, усиливающиеся при изменении положения тела пострадавшего;
 - 3) притупление перкуторного звука в боковых отделах живота;
 - 4) выраженный пассивный дефанс передней брюшной стенки;
 - 5) положительный симптом Куленкампа.
12. При закрытых травматических повреждениях живота появление при перкуссии тимпанита над печенью характерно для:
- 1) разрыва печени;
 - 2) разрыва желчного пузыря;
 - 3) перелома нижних ребер;
 - 4) разрыва полого органа;
 - 5) гемоперитонеума.
13. При аускультации живота у пациентов с большими забрюшинными гематомами кишечные шумы:
- 1) никогда не меняют свою интенсивность;
 - 2) резко усиливаются с первых часов после получения травмы;
 - 3) не выслушиваются с первых часов после получения травмы;
 - 4) резко ослабевают к исходу 3-х суток после получения травмы;
 - 5) ослабевают к моменту начала рассасывания гематомы.
14. Ультразвуковыми признаками повреждения органов брюшной полости являются:
- 1) наличие в брюшной полости свободной жидкости;
 - 2) увеличение в размерах печени и селезенки;
 - 3) нарушение однородности структуры паренхиматозного органа;

- 4) нечеткость, неровность контура паренхиматозного органа;
- 5) увеличение в размерах лимфоузлов забрюшинного пространства.

15. При травматическом повреждении живота обзорная рентгенография брюшной полости обладает высокой информативностью в отношении:

- 1) гемоперитонеума малого объема;
- 2) разрыва полого органа;
- 3) наличия в брюшной полости рентгеноконтрастного ранящего предмета;
- 4) разрыва печени;
- 5) разрыва почки.

16. Цистография проводится при подозрении на травматический разрыв:

- 1) уретры;
- 2) внутрибрюшинной части мочевого пузыря;
- 3) мочеточника;
- 4) почки;
- 5) внебрюшинной части мочевого пузыря.

17. Признаками проникающего характера ранения живота, которые можно выявить при инструментальном обследовании пострадавшего являются:

- 1) отсутствие посторонних примесей в промывных водах при диагностическом лаваже брюшной полости;
- 2) расширение петель толстой кишки при УЗИ органов брюшной полости;
- 3) наличие свободного газа в брюшной полости при обзорной рентгенографии;
- 4) наличие кишечного содержимого в брюшной полости при видеолапароскопии;
- 5) значительное увеличение селезенки в размерах при КТ органов брюшной полости.

18. Пациенту с колото-резаным ранением живота давностью 12 часов без явных признаков проникающего характера повреждения показано:

- 1) ушивание дефекта кожи с последующим динамическим наблюдением в условиях стационара;
- 2) выполнение первичной хирургической обработки раны;
- 3) выполнение диагностической лапаротомии;
- 4) ушивание дефекта кожи с последующим динамическим наблюдением в амбулаторных условиях;
- 5) открытое ведение раны с динамическим наблюдением в условиях стационара.

19. Пациенту с колото-резаным ранением живота давностью 32 часа без явных признаков проникающего характера повреждения показано:

- 1) ушивание дефекта кожи с последующим динамическим наблюдением в условиях стационара,
- 2) выполнение первичной хирургической обработки раны,
- 3) выполнение вторичной хирургической обработки раны,
- 4) выполнение диагностической лапаротомии,
- 5) ушивание дефекта кожи с последующим динамическим наблюдением в амбулаторных условиях.

20. Пациенту с нестабильной гемодинамикой с признаками массивного внутрибрюшного кровотечения показано:

- 1) восполнение кровопотери в условиях отделения интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующей лапаротомией;
- 2) предоперационная подготовка в условиях реанимационного отделения в течение 2 – 3-х часов с последующей лапаротомией;
- 3) предоперационная подготовка в условиях операционного блока до стабилизации показателей гемодинамики с последующей лапаротомией;

- 4) лапаротомия тот час после совмещения одногруппной эритроцитарной массы и плазмы;
 - 5) незамедлительная лапаротомия.
21. Открытыми называются травматические повреждения груди или живота, при которых:
- 1) нет признаков нарушения целостности париетальной плевры либо брюшины;
 - 2) имеется нарушение целостности кожных покровов с формированием раны;
 - 3) обязательно нарушена целостность париетальной плевры либо брюшины;
 - 4) обязательно нарушена целостность внутренних органов;
 - 5) имеются любые повреждения органов и тканей без нарушения целостности кожи.
22. Закрытыми называются травматические повреждения груди или живота, при которых:
- 1) нет признаков нарушения целостности париетальной плевры либо брюшины;
 - 2) имеется нарушение целостности кожных покровов с формированием раны;
 - 3) обязательно нарушена целостность париетальной плевры либо брюшины;
 - 4) обязательно нарушена целостность внутренних органов;
 - 5) имеются любые повреждения органов и тканей без нарушения целостности кожи.
23. При непроникающих ранениях груди или живота:
- 1) всегда нарушена целостность внутренних органов;
 - 2) имеется нарушение целостности париетальной плевры либо брюшины;
 - 3) никогда не нарушается целостность внутренних органов;
 - 4) отсутствует дефект в париетальной плевре или париетальной брюшине;
 - 5) раневой канал всегда ограничен кожей и подкожной клетчаткой.
24. При проникающих ранениях груди или живота:
- 1) имеется нарушение целостности париетальной плевры либо брюшины;
 - 2) всегда нарушена целостность внутренних органов;
 - 3) никогда не нарушается целостность внутренних органов;
 - 4) отсутствует дефект в париетальной плевре или париетальной брюшине;
 - 5) всегда нарушена целостность костного скелета.
25. К повреждениям тканей грудной стенки относится:
- 1) ушиб грудной клетки;
 - 2) гемоперикард;
 - 3) медиастинальная эмфизема;
 - 4) экстраплевральная гематома;
 - 5) ушиб легких.
26. К проникающим ранениям грудной клетки относится:
- 1) перелом грудины при ДТП, возникший вследствие удара водителя о рулевое колесо;
 - 2) нарушение целостности легочной паренхимы при повреждении грудной клетки холодным оружием;
 - 3) разрыв купола диафрагмы вследствие падения пострадавшего с высоты;
 - 4) травматический разрыв пищевода у пешехода при ДТП;
 - 5) ушиб легкого.
27. Эффект «флотации грудной клетки» при переломе ребер:
- 1) возникает при переломе двух верхних ребер;
 - 2) возникает при сочетанном переломе двух нижних ребер и грудины;
 - 3) возникает при переломе ребер по нескольким анатомическим линиям;
 - 4) часто приводит к развитию дыхательной недостаточности;
 - 5) часто приводит к перелому ключицы.

28. Клиническими проявлениями пневмоторакса является:
- 1) нарастание одышки;
 - 2) усиление дыхательных шумов на стороне повреждения;
 - 3) коробочный перкуторный звук на стороне повреждения;
 - 4) стридорозное дыхание;
 - 5) подкожная эмфизема.
29. Рентгенологическими признаками пневмоторакса является:
- 1) расширение тени средостения;
 - 2) отсутствие легочного рисунка на периферии легочного поля;
 - 3) интенсивное однородное затемнение легочного поля;
 - 4) наличие газового пузыря желудка над диафрагмой;
 - 5) граница спавшегося легкого пересекает тени ребер.
30. Закрытый пневмоторакс возникает при:
- 1) травматическом разрыве паренхимы легкого;
 - 2) ранении перикарда;
 - 3) разрыве трахеи;
 - 4) разрыве пищевода;
 - 5) небольших проникающих ранениях грудной клетки.
31. Открытый пневмоторакс возникает при:
- 1) ушибе легких;
 - 2) обширном проникающем ранении грудной клетки;
 - 3) ранении купола диафрагмы;
 - 4) повреждении паренхимы легкого, приводящего к свободной связи воздухоносных путей с плевральным мешком;
 - 5) разрыве пищевода.
32. Клапанный пневмоторакс как правило возникает при:
- 1) разрыве трахеи в области ее бифуркации;
 - 2) ранении пищевода в области его нижней трети;
 - 3) лоскутном разрыве легкого;
 - 4) наличии раны, проникающей в грудную клетку, края которой зияют на вдохе и спадаются на выдохе;
 - 5) ранении левого купола диафрагмы.
33. Напряженный пневмоторакс, это состояние, обусловленное:
- 1) прогрессирующим сдавлением легкого и смещением органов средостения в здоровую сторону при клапанном пневмотораксе;
 - 2) нарастанием дыхательной недостаточности вследствие травматического повреждения трахеи;
 - 3) рефлекторным нарушением дыхания вследствие травматического разрыва пищевода;
 - 4) полным коллапсом легкого вследствие зияния обширной раны грудной клетки;
 - 5) прогрессирующим сдавлением легкого при сочетании пневмоторакса с тотальным гемотораксом.
34. Неотложная помощь при напряженном пневмотораксе заключается в:
- 1) торакотомии;
 - 2) трахеостомии;
 - 3) блокаде межреберных нервов;
 - 4) дренировании плевральной полости;
 - 5) иммобилизации грудной клетки.
35. При пневмотораксе дренирование плевральной полости производят:

- 1) в 1 межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю 2 ребра;
 - 2) во 2 межреберье по среднеключичной линии по нижнему краю 2 ребра;
 - 3) во 2 межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю 3 ребра;
 - 4) в 3 межреберье по среднеключичной линии по нижнему краю 3 ребра;
 - 5) в 3 межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю 4 ребра.
36. Клиническими проявлениями гемоторакса являются:
- 1) притупление перкуторного звука на стороне повреждения;
 - 2) рвота кровью;
 - 3) крепитация мягких тканей на стороне повреждения;
 - 4) ослабление дыхательных шумов на стороне повреждения;
 - 5) отхождение мокроты с примесью крови.
37. Рентгенологическими признаками одностороннего гемоторакса является:
- 1) расширение тени средостения;
 - 2) отсутствие контура дуги аорты;
 - 3) пневмомедиастинум;
 - 4) однородное затемнение легочного поля;
 - 5) край уровня жидкости определяется в виде вогнутой книзу линии.
38. При гемотораксе дренирование плевральной полости проводят:
- 1) во 2 межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю 3 ребра;
 - 2) в 3 межреберье по среднеключичной линии по верхнему краю 4 ребра;
 - 3) во 2 межреберье по средней подмышечной линии по верхнему краю 3 ребра;
 - 4) в 7 межреберье по средней подмышечной линии по нижнему краю 7 ребра;
 - 5) в 7 межреберье по средней подмышечной линии по верхнему краю 8 ребра.
39. По результатам дренирования плевральной полости в связи с гемотораксом показанием к торакотомии является:
- 1) после дренирования из плевральной полости одномоментно эвакуировано 500 мл крови;
 - 2) после дренирования из плевральной полости одномоментно эвакуировано более 800 мл крови;
 - 3) после первичной эвакуации крови из плевральной полости за первый час по дренажу получено еще более 500 мл крови;
 - 4) после первичной эвакуации крови из плевральной полости в последующие часы скорость ее поступления по дренажу составляет 100 мл/ч;
 - 5) уровень гемоглобина в отделяемом по дренажу составляет более 10 г/л.
40. Подкожная эмфизема наблюдается при:
- 1) повреждении долевых бронхов;
 - 2) наличии раны грудной клетки;
 - 3) напряженном пневмотораксе;
 - 4) пневмотораксе только в сочетании с гемотораксом;
 - 5) повреждении пищевода.
41. Медиастинальная эмфизема наблюдается при:
- 1) повреждении долевых бронхов;
 - 2) наличии раны грудной клетки;
 - 3) напряженном пневмотораксе;
 - 4) пневмотораксе только в сочетании с гемотораксом;
 - 5) повреждении пищевода.
42. Клиническими проявлениями эмфиземы являются:
- 1) набухание мягких тканей грудной стенки;

- 2) осиплость голоса;
 - 3) подкожная крепитация;
 - 4) интенсивные боли в грудной клетке без четкой локализации;
 - 5) чувство затруднения прохождения пищи по пищеводу.
43. Рентгенологическими признаками эмфиземы являются:
- 1) газовый пузырь желудка над диафрагмой;
 - 2) наличие воздуха в мягких тканях грудной стенки;
 - 3) высокое стояние куполов диафрагмы;
 - 4) наличие воздуха в тканях средостения;
 - 5) затемнение легочного поля.
44. Клиническими признаками тампонады перикарда является:
- 1) резкое снижение артериального давления;
 - 2) набухание яремных вен;
 - 3) стридорозное дыхание;
 - 4) кровохарканье;
 - 5) одинофагия.
45. Клиническими признаками травматического повреждения пищевода являются:
- 1) кровохарканье;
 - 2) набухание яремных вен;
 - 3) стридорозное дыхание;
 - 4) дисфагия;
 - 5) одинофагия.
46. Рентгенологическими признаками разрыва диафрагмы является:
- 1) смещение средостения в сторону повреждения;
 - 2) размытость контуров диафрагмы;
 - 3) газовый пузырь желудка или кишечника над диафрагмой;
 - 4) наличие воздуха в тканях средостения;
 - 5) повышение прозрачности легочного поля.
47. При подозрении на травматическую перфорацию пищевода наиболее целесообразно проведение:
- 1) рентгенографии пищевода с водорастворимым контрастным веществом;
 - 2) эзофагоскопии;
 - 3) торакоскопии;
 - 4) эхокардиографии;
 - 5) бронхоскопии.
48. При повреждении груди проведение бронхоскопии позволяет:
- 1) выявить повреждение трахеи и крупных бронхов;
 - 2) удалить из трахеобронхиального дерева инородные тела;
 - 3) провести селективную обтурацию поврежденного бронха;
 - 4) диагностировать гемоторакс;
 - 5) диагностировать тампонаду перикарда.
49. У больных с переломами ребер с целью обезболивания целесообразно применение:
- 1) фиксирующей повязки на грудь;
 - 2) межреберной проводниковой анестезии;
 - 3) пролонгированной эпидуральной анестезии;
 - 4) спинальной анестезии;
 - 5) внутримышечных инъекций анальгетиков.

50. Показанием к наложению окклюзионной повязки при травматическом повреждении груди является:

- 1) подкожная эмфизема;
- 2) окончательный перелом ребер;
- 3) активное кровотечение из раны грудной стенки;
- 4) открытый пневмоторакс;
- 5) напряженный пневмоторакс.