**Тема 8 Огнестрельные ранения и закрытые повреждения живота.**

1. Первая медицинская помощь на поле боя при огнестрельных ранениях живота включает:

1. Дача антибиотиков

2. Наложение асептической повязки с вправлением выпавших внутренних органов

3. Наложение асептической повязки с фиксацией выпавших органов к передней брюшной стенке

4. Введение обезболивающих

5. Транспортировка в горизонтальном положении

6. Транспортировка в полулежачем положении

2. Первая врачебная помощь на МПП при огнестрельных ранениях живота включает:

1. Контроль или наложение повязки

2. Внутримышечное введение антибиотиков

3. Дача антибиотиков per os

4. Проведение инфузионной противошоковой терапии

5. Введение обезболивающих

6. Проведение первичной хирургической обработки

7. Остановка внутреннего кровотечения

8. Проведение паранефральной блокады

9. Введение СА

10. Введение ПСС

11. Дача щелочного питья

12. Эвакуация лежа на спине с согнутыми коленями

13. Эвакуация лежа на спине с разогнутыми ногами

3. В клинической картине при закрытых повреждениях живота и внутренних органов может наблюдаться:

1. Симптом Щеткина-Блюмберга

2. Симптом "Ваньки-встаньки"

3. Усиление перистальтики кишечника

4. Отсутствие перистальтики

5. Боль в животе

6. Напряжение мышц передней стенки живота

7. Болезненность при пальпации живота

8. Влажный язык

9. Сухой язык

10. Частый пульс

4. К абсолютным симптомам проникающих ранений живота относят:

1. Симптомы раздражения брюшины

2. Выпадение кишечных петель в рану

3. Появление на повязке кишечного содержимого, желчи,мочи

4. Напряжение передней брюшной стенки

5. Ограничение дыхательных экскурсий живота

6. Вздутие живота

7. Каловая рвота

5. К относительным симптомам проникающих ранений живота относят:

1. Симптомы раздражения брюшины

2. Выпадение кишечных петель в рану

3. Появление на повязке кишечного содержимого, желчи,мочи

4. Напряжение передней брюшной стенки

5. Ограничение дыхательных экскурсий живота

6. Вздутие живота

7. Каловая рвота

6. Каких раненых и пострадавших при боевых повреждениях живота необходимо оперировать по экстренным показаниям на этапе квалифицированной помощи?

1. Пострадавшие с признаками внутреннего кровотечения или симптомами значительной кровопотери

2. Пострадавшие с повреждением внутренних органов без выраженных признаков шока

3. Пострадавшие с повреждением живота, осложненным шоком, но без признаков внутреннего кровотечения

4. Неясность диагноза

5. Поздно доставленные раненые в удовлетворительном состоянии у которых перитонит имеет тенденцию к отграничению

6. Агонирующие, у которых травмы несовместимы с жизнью

7. Пострадавшие с непроникающими ранениями живота

7. Какой метод является наиболее рациональным для уточнения диагноза внутрибрюшинного кровотечения и повреждения полых органов при закрытой травме живота на этапе квалифицированной хирургической помощи:

1. Лапаротомия

2. Лапароцентез

3. Колоноскопия

4. Лапароскопия

5. Цистоскопия

8. Укажите место, где выполняется лапароцентез:

1. По средней линии живота на 2-3 см выше пупка

2. По средней линии живота на 2-3 см ниже пупка

3. В любом месте передней брюшной стенки

4. В правом или левом подреберье

5. В правой или левой подвздошной области

9. Укажите какие виды повреждений живота относятся к проникающим:

1. Ранение брюшной стенки без нарушения целости париетальной брюшины и внутренних органов

2. Ранение брюшной стенки без нарушения целости париетальной брюшины с повреждением внутренних органов

3. Закрытая травма живота с повреждением внутренних органов

4. Ранение живота с повреждением париетальной брюшины и внутренних органов

5. Ранение живота с нарушением целости париетальной брюшины без повреждения внутренних органов

10. Укажите какие виды повреждений живота относятся к непроникающим:

1. Ранение брюшной стенки без нарушения целости париетальной брюшины и внутренних органов

2. Ранение брюшной стенки без нарушения целости париетальной брюшины с повреждением внутренних органов

3. Закрытая травма живота с повреждением внутренних органов

4. Ранение живота с повреждением париетальной брюшины и внутренних органов

5. Ранение живота с нарушением целости париетальной брюшины без повреждения внутренних органов

11. Достоверными признаками ранения почек и мочеточников являются:

1. Истечение мочи из наружной раны

2. Уремия

3. Гематурия

4. Истечение желчи и кишечного содержимого из наружной раны

5. Кровотечение из брюшной полости

6. Симптомы раздражения брюшины

12. Какой раствор вводят в брюшную полость через катетер во время лапароцентеза:

1. Изотонический раствор натрия хлорида

2. Гипертонический раствор натрия хлорида

3. Фурацилин

4. Дистиллированную воду

5. 5% раствор глюкозы

6. Любой из антисептиков

13. Укажите каких раненых с повреждением живота направляют в перевязочную при оказании первой врачебной помощи:

1. С отчетливыми признаками массивной кровопотери

2. В состоянии тяжелого травматического шока

3. В состоянии тяжелого травматического шока любой степени тяжести

4. При систолическом давлении ниже 90 мм рт.ст.

5. При систолическом давлении 75 мм рт.ст. и ниже

6. При выпадении внутренних органов из брюшной полости

14. Укажите какого раненого необходимо эвакуировать с этапа первой врачебной помощи на этап квалифицированной помощи в первую очередь:

1. С огнестрельным проникающим ранением живота и повреждением внутренних органов. С момента ранения прошло 8 часов

2. С огнестрельным проникающим ранением живота и повреждением внутренних органов. С момента ранения прошло 2 часа

3. С огнестрельным проникающим ранением живота и повреждением внутренних органов. С момента ранения прошло 10 часов

15. Укажите, каких раненых направляют в первую очередь для выполнения неотложной лапаротомии:

1. Раненых с проникающими ранениями живота и закрытыми травмами

2. Раненых с проникающими ранениями живота и закрытыми травмами, сопровождающими симптомами массивного внутреннего кровотечения

3. Раненых с повреждением живота в состоянии тяжелого шока

4. Раненых с неясным диагнозом проникающего ранения живота или повреждения внутренних органов при закрытой травме

16. Каким образом останавливают кровотечение при ранении печени:

1. Производят резекцию поврежденного участка печени

2. Ушивают шелковыми швами с тампонадой сальником на ножке

3. Ушивают кетгутовыми швами с тампонадой сальником на ножке

17. Огнестрельная рана брюшной стенки при завершении ПХО:

1. Полностью ушивается и дренируется

2. Ушивается до кожи с наложением провизорных швов

3. Ушивается только париетальная брюшина

18. При ранении селезенки производят:

1. Резекцию поврежденного участка

2. Ушивают и тампонируют сальником

3. Полностью удаляют

1-3,4,5

2-1,2,4,5,9,12

3-1,2,4,5,6,7,9,10

4-2,3

5-1,4,5,6,7

6-1,2

7-2

8-2

9-4,5

10-1,2,3

11-1,3

12-1

13-1,2,5,6

14-2

15-1,2

16-3

17-2

18-3

**Огнестрельные ранения и закрытые повреждения таза**

1. При тяжелых переломах костей таза объем внутреннего кровотечения может составить:

1. 250-500 мл

2. 500-750 мл

3. 750-1000 мл

4. 1000-1500 мл

5. 1500-2000 мл

6. Более 2-х литров

2. К краевым переломам костей таза относятся:

1. Вертикальные переломы крестца

2. Поперечные переломы крестца ниже крестцово-подвздошного

сочленения и переломы копчика

3. Поперечные переломы крестца выше крестцово-подвздошного

сочленения

4. Переломы седалищных бугров

5. Перелом ветви лонной кости

6. Разрыв симфиза

7. Повреждения типа Дювернея

8. Переломы остей подвздошных костей

9. Перелом боковой массы крестца

10. Поперечные переломы крыльев подвздошных костей

3. К переломам тазового кольца без нарушения его непрерывности

относятся:

1. Одно- или двусторонний перелом одной и той же ветви лобковой кости

2. Одно -или двусторонний перелом седалищных костей

3. Перелом седалищных бугров

4. Перелом боковой массы крестца

5. Перелом одной из ветвей лобковой кости с одной стороны и седалищной кости - с другой

6. Вертикальный перелом подвздошной кости

7. Повреждения типа Дювернея

4. К повреждениям с нарушением непрерывности тазового кольца

относятся:

1. Вертикальный перелом крестца или перелом боковой массы крестца

2. Одно- или двусторонний перелом одной и той же ветви лобковой кости

3. Разрыв крестцово-подвздошного сочленения

4. Вертикальный перелом подвздошной кости

5. Перелом обеих ветвей лобковой кости с одной или с двух сторон

6. Перелом лобковой и седалищной костей с одной или с обеих сторон

7. Перелом типа "бабочки"

8. Вывих безымянной кости

9. Разрыв симфиза

10. Повреждения типа Дювернея

5. К повреждениям с одновременным нарушением непрерывности переднего и заднего полуколец относятся:

1. Повреждения, когда переднее и заднее полукольца повреждаются с обеих сторон

2. Перелом переднего и заднего полуколец с одной стороны

3. Перелом обеих ветвей лобковой кости с одной или с двух сторон

4. Перелом лобковой и седалищной костей с одной или с обеих сторон

5. Косой, или диагональный перелом, когда переднее полукольцо ломается с одной стороны, а заднее- с другой

6. Вывих безымянной кости

7. Разрыв крестцово-подвздошного сочленения и симфиза

8. Сочетание разрыва симфиза с переломом заднего полукольца или сочетание разрыва крестцово-подвздошного сочленения с переломом переднего полукольца таза

9. Повреждения типа Мальгеня

10. Перелом типа "бабочки"

6. Для обезболивания переломов таза производят анестезию по методу:

1. Шнека

2. Школьникова-Селиванова

3. Вишневского

4. Новожилова

5. Каплана

6. Местное обезболивание с подведением анестетика непосредственно к месту повреждения

7. В клинической картине при переломах костей таза могут наблюдаться следующие симптомы:

1. Симптом Джойса

2. Симптом Силина

3. Симптом Мальгеня

4. Симптом "заднего хода" Лозинского

5. Симптом Габая

6. Симптом "прилипшей пятки"

7. Симптом Каплана

8. Симптом Волковича

8. Транспортировать больных с повреждением костей таза следует:

1. На носилках в полулежачем положении

2. На носилках со щитом, подложенным под колени валиком и привязанными к носилкам ногами

3. На носилках в "положении лягушки"

4. В положении по Волковичу

5. На носилках на здоровом боку

9. При повреждениях переднего и заднего полуколец таза (перелом Мальгеня) наиболее рациональным способом лечения является:

1. Укладка больного в "положении лягушки"

2. Укладка больного на щит с подложенным под поясничную область валиком

3. Положение в гамаке со скелетным вытяжением за оба бедра

10. Средний срок постельного режима при краевых переломах таза

составляет:

1. 2-3 нед.

2. 4-5 нед.

3. 6-7 нед.

4. 8-9 нед.

5. 10-11 нед.

11. Средний срок постельного режима при переломах таза без нарушения его непрерывности составляет:

1. 2-3 нед.

2. 4-5 нед.

3. 6-7 нед.

4. 8-9 нед.

5. 10-11 нед.

12. Средний срок постельного режима при переломах с нарушением

непрерывности тазового кольца без смещения отломков составляет:

1. 2-3 нед.

2. 4-5 нед.

3. 6-7 нед.

4. 8-9 нед.

5. 10-11 нед.

13. Средний срок постельного режима при переломах с нарушением

непрерывности тазового кольца со смещением отломков составляет:

1. 2-3 нед.

2. 4-5 нед.

3. 6-7 нед.

4. 8-9 нед.

5. 10-11 нед.

14. Средний срок постельного режима при переломах Мальгеня составляет:

1. 2-3 нед.

2. 4-5 нед.

3. 6-7 нед.

4. 8-9 нед.

5. 10-11 нед.

15. Средний срок постельного режима при переломах дна вертлужной впадины составляет:

1. 2-3 нед.

2. 4-5 нед.

3. 6-7 нед.

4. 8-9 нед.

5. 10-11 нед.

16. При переломах дна вертлужной впадины, сопровождающихся

центральным вывихом бедра проводят:

1. Скелетное вытяжение по оси бедра

2. Скелетное вытяжение по оси бедра и за большой вертел или подвертельную область

3. Вправление вывиха бедра по методу Кохера или Джанелидзе и наложение скелетного вытяжения по оси бедра

4. Вправление вывиха бедра по методу Кохера или Джанелидзе

и наложение скелетного вытяжения за большой вертел или подвертельную область

17. При разрыве симфиза наиболее распространен метод лечения:

1. В положении по Волковичу

2. С помощью скелетного вытяжения за оба бедра

3. На гамаке, концы которого перебрасывают через рамы и на них подвешивают грузы

4. Сближение лонных костей путем тугого бинтования вокруг таза

18. При краевых переломах костей таза наиболее распространен метод лечения:

1. В положении легкого отведения ноги на стороне поражения

2. В положении по Волковичу

3. С помощью скелетного вытяжения

4. На гамаке

5. В "положении лягушки"

19. При переломах тазового кольца без нарушения его непрерывности наиболее распространен метод лечения:

1. В положении легкого отведения ноги на стороне поражения

2. В положении по Волковичу

3. С помощью скелетного вытяжения

4. На гамаке

5. В "положении лягушки"

20. При переломах костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца могут применяться следующие методы лечения:

1. В положении по Волковичу

2. На гамаке

3. В "положении лягушки"

4. С помощью скелетного вытяжения за надмыщелковую область бедра

5. С помощью скелетного вытяжения за большой вертел или подвертельную область

21. Объем врачебной помощи на МПП при закрытых переломах таза с повреждением тазовых органов включает:

1. Введение антибиотиков

2. Введение СА

3. Введение ПСС

4. Катетеризация мочевого пузыря

5. Пункция мочевого пузыря

6. Наложение эпицистостомы

7. Анестезия по Школьникову-Селиванову

8. Анестезия по Шнеку

9. Транспортировка на щите на здоровом боку

10. Транспортировка на щите с подложенным под согнутые колени валиком

22. Объем врачебной помощи на МПП при ранениях таза и тазовых органов:

1. Введение антибиотиков

2. Введение СА

3. Введение ПСС

4. Катетеризация мочевого пузыря

5. Пункция мочевого пузыря

6. Наложение эпицистостомы

7. Анестезия по Школьникову-Селиванову

8. Транспортировка на щите на здоровом боку

9. Транспортировка на щите с подложенным под согнутые колени валиком

10. Наложение асептической повязки или ее контроль

23. При внутрибрюшинном ранении мочевого пузыря необходимо:

1. Зашить отверстие в стенке пузыря и наложить надлобковый свищ

2. Зашить отверстие в стенке пузыря и дренировать околопузырное пространство

3. Наложить эпицистостому и дренировать околопузырное пространство

24. При ранении внебрюшинных отделов передней стенки мочевого пузыря необходимо:

1. Зашить отверстие в стенке пузыря и наложить надлобковый свищ

2. Зашить отверстие в стенке пузыря и дренировать околопузырное пространство

3. Наложить эпицистостому и дренировать околопузырное пространство

25. В каких случаях противопоказано проведение внутритазовой анестезии по Школьникову-Селиванову?

1. Множественные переломы костей таза

2. Травматический шок II-III ст.

3. Переломы таза типа Мальгеня

4. Осложненные переломы таза с повреждением мочевого пузыря и прямой кишки

5. Краевые переломы таза

26. Какой концентрации раствор новокаина необходимо использовать для внутритазовой анестезии?

1. 0,25%

2. 0,5%

3. 1%

4. 2%

5. 5%

1-6

2-2,4,5,7,8,10

3-1,2,5

4-1,3,4,5,6,7,9

5-1,2,5,6,7,8,9

6-2,6

7-1,4,5,6,8

8-2,3,4

9-3

10-1

11-2

12-3

13-4

14-5

15-5

16-2

17-3

18-1,2,5

19-2,5

20-1,2,3,4

21-1,4,5,10

22-1,2,4,5,9,10

23-1

24-3

25-2,4

26-1

**Ситуационые задачи**

1. Из МПП (ОмедР) в ОмедБ (ОМО) доставлен рядовой, 19 лет. Взрывной волной был отброшен на проволочное заграждение. Получил рваную рану брюшной стенки. В МПП (ОмедР) на рану наложена повязка. Жалуется на боли в животе. Состояние тяжелое. Пульс 120 в минуту, АД 120/70 мм. рт. ст. Язык сухой, живот напряжен, болезнен во всех отделах. Положительный симптом Блюмберга. Повязка с раны сбилась. В правой подвздошной области рваная рана 2 х 3 см., заполнена сгустком крови.

Вопросы:

* Сформулируйте диагноз.
* Объем мероприятий неотложной помощи в ОмедБ (ОМО).

1. Сержант, 20 лет, извлечен из перевернувшейся машины. Доставлен в МПП. Жалуется на боли в животе, не может двигать ногами из-за резких болей, состояние тяжелое, бледен, покрыт холодным потом, пульс 120 в минуту. Таз деформирован. Нагрузка на него в поперечнике и надавливание на лобковые кости болезненны. Активные движения в обеих нижних конечностях из-за резкой болезненности в области таза ограничены. Пальпация живота болезненна, брюшная стенка мягкая. Пальпаторно и перкуторно мочевой пузырь над лобком не определяется. Раненый не мочился.

Вопросы:

* Сформулируйте диагноз.
* Какие мероприятия необходимо провести на МПП и последующих этапах эвакуации?

1. В МПП доставлен старшина, 24 лет, который получил пулевое ранение в левую поясничную область. Состояние тяжелое. Бледен. Пульс 112 в минуту. На туловище плохо фиксирована повязка, обильно промокшая кровью. Мочится, моча с кровью.

Вопросы:

* Сформулируйте диагноз.
* Объем медицинских мероприятий на этапах эвакуации.

1. Из МПП в ОмедБ доставлен рядовой, 18 лет, получивший осколочное ранение передней брюшной стенки. Сразу после ранения произошло выпадение кишечных петель. Первая помощь была оказана санинструктором на поле боя. Состояние раненого тяжелое. Пульс 120 в минуту. АД 190/60 мм. рт. ст. Язык сухой. На животе повязка, пропитанная кровью, сбившаяся, под ней в левой половине живота рана 12 х 7 см., через которую выпали петли тонкого кишечника, загрязненные землей. Живот при пальпации болезненный.

**Ответы**

Задача № 1

1. Проникающее ранение правой подвздошной области. Внутреннее кровотечение.
2. ПХО раны правой подвздошной области с лапаротомией, ревизией, остановкой внутреннего кровотечения и дренированием брюшной полости в операционной ОмедБ (ОМО).

Задача № 2

1. Закрытые переломы костей таза с повреждением мочевого пузыря. Травматический шок II ст.
2. Неотложная помощь в перевязочной МПП в первую очередь: внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову, катетеризация мочевого пузыря; противошоковая инфузионная терапия; наркотические аналгетики, антибиотики внутримышечно. Транспортировка в ОмедБ на носилках в положении Волковича в первую очередь. В операционной ОмедБ: нижняя лапаротомия, ушивание поврежденных стенок мочевого пузыря, наложение эпицистостомы, дренирование. Дальнейшее лечение в специализированном госпитале.

Задача № 3

1. Пулевое ранение левой поясничной области с повреждением почки. Травматический шок II степени.
2. Неотложная помощь в перевязочной МПП в первую очередь: паранефральная блокада; контроль повязки на ране; противошоковая инфузионная терапия; наркотические аналгетики, антибиотики внутримышечно; 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно. Эвакуация в ОмедБ в первую очередь. В операционной ОмедБ: ПХО раны, ревизия, восстановление или удаление поврежденной почки, дренирование. Дальнейшее лечение в специализированном госпитале.

Задача № 4

1. Проникающее осколочное ранение передней брюшной стенки с повреждением и эвентрацией внутренних органов. Травматический шок II cтепени.
2. ПХО раны, лапаротомия, резекция участка пораженной тонкой кишки и наложение анастомоза "конец в конец" или "бок в бок", дренирование брюшной полости.