

9. Травми живота. Симптоматика ушкоджень органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Клініка, діагностики, лікувальна тактика. *

Чоловік 42 років унаслідок ДТП отримав політравму: закриті переломи правої плечової кістки та костей лівого передпліччя із зміщенням відламків, закрита тупа травма живота. Доставлений до приймального відділення за 30 хвилин після травми. Шкірні покриви бліді. Артеріальний тиск - 90/20 мм рт. ст., у місцях переломів деформація, біль. Живіт напружений, під час пальпації виникає різкий біль, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Які заходи будуть провідними під час надання кваліфікованої медичної допомоги?

Термінова лапаротомія

Інфузійна терапія з метою стабілізації артеріального тиску

Накладення іммобілізації на переломи, знеболення

Блокади переломів місцевим анестетиком

Додаткове обстеження з метою визначення точного діагнозу

Чоловік 51 року доставлений до лікарні зі скаргами на біль у лівому боці, загальну слабкість, сухість у роті, спрагу. За годину до госпіталізації, переходячи залізничну колію, упав лівим боком на рельси. Шкірні покриви та видимі слизові облянки бліді, холодний піт. Пульс слабого наповнення, 100/хв. АТ - 85/55 мм рт. ст. Болючість та незначне напруження м'язів у лівому підребер'ї, слабо позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

Що можна запідозрити у хворого?

Пошкодження селезінки

Пошкодження печінки

Пошкодження підшлункової залози

Пошкодження шлунка

Пошкодження товстої кишки

Пацієнта віком 32 роки шпиталізовано до хірургічного відділення за 2 години після закритої травми живота з клінічними ознаками геморагічного шоку. Під час оперативного втручання діагностовано: розрив селезінки та до 1,5 л рідкої крові в черевній порожнині, пошкодження порожнистих органів не виявлено. Який вид трансфузії потрібно застосувати в цьому випадку?

Реінфузію

Пряму гемотрансфузію

Непряму гемотрансфузію

Замінну гемотрансфузію

Трансфузія не показана

Хворий 47-ми років госпіталізований в клініку в тяжкому стані із скаргами на біль у черевній порожнині, слабкість, запаморочення. Одну годину назад

отримав сильний удар в ліву половину живота, свідомість не втрачав. При огляді - блідість шкіри та слизових оболонок. Пульс - 120/хв., АТ- 80/40 мм рт. ст. Живіт при пальпації напружений, болючий зліва від пупка. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Сеча без змін. Загальний аналіз крові: еритроцити - $2,8 \times 10^{12}/л$, Hb - 90 г/л. Яке пошкодження можна припустити в першу чергу?

Розрив селезінки. Внутрішня кровотеча

Субкапсулярний розрив селезінки

Розрив товстої кишки. Каловий перитоніт

Пошкодження нирки

Закрита травма черевної порожнини без пошкодження внутрішніх органів

Хвора Р. 52 років госпіталізована в клініку в тяжкому стані зі скаргами на біль у черевній порожнині, слабкість, запаморочення. Одну годину назад одержала удар кінським копитом в ліву половину живота, свідомість не втрачала. Відмічається блідість шкіри та слизових оболонок. Пульс 120/хв., АТ- 80/40 мм рт.ст. Живіт при пальпації напружений, болісний зліва від пупка. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Сеча без змін. Загальний аналіз крові: ер.- $2,8 \times 10^{12} /л$, Hb-90 г/л. Про яке пошкодження треба думати в першу чергу?

Розрив селезінки. Внутрішня кровотеча.

Субкапсулярний розрив селезінки

Розрив товстої кишки. Каловий перитоніт

Пошкодження нирки

Закрита травма черевної порожнини без пошкодження внутрішніх органів

Хворий, 42 років, внаслідок ДТП отримав політравму: закриті переломи правої плечової кісток та костей лівого передпліччя із зміщенням відламків, закриту тупу травму живота. Доставлений до приймального відділення через 30 хвилин після травми. Шкіряні покрови бліді. Артеріальний тиск 90/20 мм рт. ст., в місцях переломів деформація, біль. Живіт напружений, при пальпації різкий біль, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Які лікувальні заходи слід проводити першими?

Термінова лапаротомія

Інфузійна терапія з метою стабілізації артеріального тиску

Накладення іммобілізації на переломи, знеболення

Блокади переломів місцевим анестетиком

Додаткове обстеження з метою визначення точного діагнозу

У хворого після падіння з висоти другого поверху при госпіталізації виявлено закритий перелом діафізу лівого стегна, діафізу правого плеча, III-IV ребер ліворуч, біль і напруження живота ліворуч, артеріальний тиск 40/0 мм.рт.ст. Шкірні поверхні бліді, покриті холодним липким потом. Яке додаткове обстеження треба негайно призначити?

Лапароскопія або лапароцентез

Діагностична лапаротомія

Рентгенографія живота оглядова, рентгенографія ушкоджених кінцівок

Ультразвукове обстеження живота

Екскреторна урографія

Хворий М., 47 років, скаржиться на біль в лівій половині грудної клітки, утруднення дихання, нудоту, переймоподібні болі в животі, блювання та утруднення відходження газів. Скарги виникли кілька годин тому після падіння з висоти 6 метрів. Яке обстеження треба призначити хворому?

Оглядову рентгенографію грудної клітки та живота

Лапароскопію

Торакоскопію

Рентгеноскопію органів ШКТ

Ірігоскопію

При огляді потерпілого 32-х років внаслідок автокатастрофи черговий хірург виявив: живіт м'який, симптоми подразнення очеревини відсутні, зліва від пупка болюче пульсуюче новоутворення, аускультативно над ним систолічний шум, пульсація на артеріях нижніх кінцівок ослаблена. АТ- 90/60 мм рт.ст., Рс- 90/хв. Який попередній діагноз?

Розшаровуюча аневризма аорти

Гострий тромбоз біфуркації аорти

Травматичне пошкодження лівої нирки

Розрив товстого кишечника

Травматичний розрив селезінки

Хвора 37 років доставлена у приймальне відділення через 40 хвилин після автомобільної аварії. За її словами, дуже сильно вдарилася о кермо автомобіля животом. Скаржиться на сильний біль по всьому животу. Останній в акті дихання майже не приймає участі. Пальпація дуже болісна у всіх відділах. Перитоніальні симптоми сумнівні. Через виражений больовий синдром фізикальними методами обстеження не можливо визначити наявність рідини у вільній черевній порожнині. Яке дослідження треба виконати?

Оглядову рентгенографію черевної порожнини, потім – лапароцентез

Пальцеве дослідження прямої кишки

Гастроскопію, потім оглядову рентгенографію черевної порожнини

Термографію, потім фіброгастроскопію

Лапароцентез, потім – оглядову рентгенографію черевної порожнини.

У хворого 38 років після автокатастрофи діагностовано перелом кісток тазу. Протягом 24 годин турбує часте, болюче, малими порціями з домішкою крові сечовипускання. На висхідній цистограмі, виконаній в зв'язку з підозрою на розрив сечового міхура, сечовий міхур у вигляді боксерської груші, променеподібні затьоки контраста. Яку лікувальну тактику слід застосувати?

Термінове хірургічне втручання

Антибактеріальна, гемостатична терапія

Встановлення постійного уретрального катетера

Капілярна пункція сечового міхура

Холод на надлобкову ділянку, спостереження

Хворому 25-ти років поставлено діагноз: перелом кісток тазу. Стан тяжкий, пульс - 116/хв., артеріальний тиск - 100/60 мм рт.ст. Живіт напружений, болючий, симптоми подразнення очеревини слабо виражені. В крові: еритроцити - $3,2 \times 10^{12}$ /л; Нб- 110 г/л; Нт- 0,37; лейкоцити - 10×10^9 /л; паличкоядерні - 10%. Який додатковий метод обстеження найбільш інформативний?

Лапароскопія

Оглядова рентгенограма черева

Ультразвукове дослідження черева

Лапароцентез

Фіброгастроуденоскопія