

**Вопросы, предлагаемые для тестового контроля знаний по специальности:
«ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»**

(200 вопросов – 100 % от числа заданий в тесте по специальности)

Тесты разработаны с участием главных внештатных специалистов министерства здравоохранения Самарской области.

Главный внештатный специалист министерства здравоохранения Самарской области по торакальной хирургии: Пушкин Сергей Юрьевич, заместитель главного врача по хирургии, врач-торакальный хирург хирургического торакального отделения ГБУЗ «Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина», доктор медицинских наук, 443095, г. Самара, ул. Ташкентская, 159, тел. 321-15-03

РАЗДЕЛ 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

1. Бифуркация трахеи у взрослых расположена на уровне
2. Бронхи 1-2-го порядка от других бронхиальных ветвей отличаются
3. Бронхи 1-6-го (9-го) порядка от последующих их генераций отличаются
4. Слизь выводится из дыхательных путей в ротоглотку с помощью
5. Рак легкого развивается из
6. В легочной ткани болевые окончания
7. Легочную ткань кровоснабжают
8. Сосудами малого круга кровообращения являются
9. Плевральные листки выполняют все перечисленные функции, КРОМЕ
10. Parietalный листок плевры выполняет все перечисленные функции, КРОМЕ
11. Висцеральный листок плевры выполняет все перечисленные функции, КРОМЕ
12. Легкие выполняют функции
13. Газообмен в легком осуществляется в
14. К порокам развития относятся следующие отклонения в анатомическом строении органов грудной клетки
15. К несовместимой с жизнью врожденной аномалии относится
16. Наиболее важными в осуществлении акта дыхания являются
17. Магистральный сосуд, лежащий на куполе плевры
18. Причиной возможных парезов органов брюшной полости после правосторонней пневмонэктомии является повреждение
19. Причиной симптома Горнера после операций на органах грудной полости является повреждение
20. Грудной лимфатический проток впадает в
21. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться с
22. Полное рентгенологическое обследование легких включает
23. Сцинтиграфия легких с изотопами позволяет уточнить состояние
24. Основными видами нарушения функции внешнего дыхания являются все перечисленные, КРОМЕ

25. Метод медиастиноскопии впервые разработал
26. Медиастиноскопия показана при
27. Методику торакоскопии впервые в мировой практике предложил
28. Показаниями к плановой торакоскопии является все перечисленные, КРОМЕ
29. Показаниями к аспирационной биопсии во время бронхофиброскопии является
30. Показанием к трансбронхиальной щипцевой биопсии легкого является
31. При периферической опухоли легкого показана биопсия
32. Трансторакальная биопсия легкого иглой показана при
33. К цитологическому методу исследования прибегают, когда
34. Для верификации системных и злокачественных заболеваний лимфатических узлов обязательным методом диагностики является
35. По характеру плеврального выпота выделяют все перечисленные типы экссудативного плеврита, КРОМЕ
36. Выделяют следующие фазы (периоды) течения экссудативного плеврита
37. При свободном выпоте в плевральную полость физикально выявляется
38. При исследовании плеврального экссудата определяются
39. Для определения небольшого количества свободного выпота в плевральной полости следует
40. Реактивный экссудативный плеврит может быть при
41. Для эвакуации экссудата из плевральной полости наиболее простыми способами являются:
42. К осложнениям после плевральных пункций и введения антибиотиков, которые могут привести к моментальному летальному исходу, относятся
43. По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом являются:
44. Возникновению спонтанного пневмоторакса наиболее часто способствует все перечисленные признаки, КРОМЕ
45. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является
46. Основными клиническими симптомами спонтанного пневмоторакса являются
47. "Масками" спонтанного пневмоторакса являются
48. "Клапанный" спонтанный пневмоторакс - это
49. "Клапанный" спонтанный пневмоторакс требует
50. Лечение первого эпизода спонтанного пневмоторакса у лиц моложе 50 лет объемом 15-30% без выраженного диспноэ должно начинаться с
51. Дренирование плевральной полости при спонтанном пневмотораксе показано
52. К основным методам лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса относится
53. Излечение больного спонтанным пневмотораксом с благоприятным прогнозом происходит
54. Эмфизема легких - это

55. Развитию эмфиземы легких способствуют все перечисленные факторы, КРОМЕ
56. Основное отличие вздутия легких от эмфиземы легких - это
57. При пневмонии поражается все перечисленное, КРОМЕ
58. Острый абсцесс легкого отличается от протекающей с абсцедированием пневмонии
59. Для нагноительных заболеваний легких наиболее характерным симптомом является:
60. Острый абсцесс легкого отличается от гангрены легкого
61. По причинам возникновения острые абсцессы легких можно разделить на
62. В основу диагностики острого абсцесса легкого положен
63. Острый абсцесс легкого без выделения больным гнойной мокроты протекать
 - а) не может, так как при абсцессе гнойник в легком сообщается с бронхом
 - б) может в первой фазе, до возникновения связи гнойника с бронхиальным деревом
 - в) может при анаэробной инфекции
64. О нарушенном бронхиальном дренаже при остром абсцессе легкого чаще всего свидетельствуют
65. Острый абсцесс легкого переходит в хронический через (срок)
66. Решающая роль в дифференциальной диагностике абсцесса легкого от туберкулеза и полостной формы рака легкого принадлежит
67. Показанием к экстренной операции при остром абсцессе легкого является
68. Абсцесс и гангрена лёгкого являются:
 - а) единым гнойным процессом в лёгком
 - б) различными заболеваниями, имеющими свои клинические и рентгенологические особенности
 - в) двумя стадиями одного процесса
 - г) заболеваниями, вызываемыми различной микрофлорой
 - д) заболеваниями, имеющими свои патологоанатомические особенности
69. Для гангрены легкого характерно
70. Наиболее эффективным методом лечения при длительном нерасправлении легкого у больных с эмпиемой плевры является
71. Бронхоэктатическая болезнь - это
72. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол" характерны для
73. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает
74. Наиболее достоверно можно диагностировать локализацию и вид бронхоэктазов с помощью
75. Легочные геморрагии у больных с бронхоэктатической болезнью возникают вследствие
76. Для уточнения объема оперативного вмешательства у больного с бронхоэктазами имеет ведущее значение
77. Легочный эхинококкоз - это
78. Лабораторные методы диагностики эхинококкоза легких основываются на
79. Заподозрить саркоидоз позволяют следующие клинико-рентгенологические и лабораторные критерии

80. Наиболее результативным методом верификации саркоидоза органов дыхания II стадии является
81. Основными симптомами центрального рака легкого являются
82. Общими симптомами периферического рака легкого являются
83. Рак легкого метастазирует
84. Для определения стадии рака легкого необходимо иметь данные о
85. Для лечения рака легкого применяют
86. Паранеопластический синдром - это
87. Опухоль Пенкоста клинически наиболее часто проявляется
88. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить с
89. Центральная форма рака легкого - это поражение раком стенки
90. Наиболее простой и достаточно информативный метод ранней диагностики центрального рака легкого - это
91. Параканкротическая пневмония может завершиться
92. Ведущее место в диагностике центрального рака легкого занимает
93. Возникновение клинической симптоматики при аденоме бронха обычно связано с
94. Ведущее место в верификации диагноза аденомы бронха занимает
95. Основными факторами, определяющими клиническую симптоматику при метастатическом поражении органов дыхания, служат
96. Наиболее часто из перечисленных опухолей дают метастазирование в легкие
97. При комплексной диагностике рака молочной железы показаны
98. К ведущим факторам риска рака молочной железы относятся
99. При гематогенном метастазировании рака молочной железы чаще всего поражаются
100. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются
101. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются
102. Наиболее эффективным методом разрешения послеоперационного ателектаза является
103. Функциональная адаптация дыхания и гемодинамики у больного, перенесшего сегментарную резекцию легкого, обычно наступает после операции в пределах (месяцев)
104. Функциональная адаптация дыхания и гемодинамики у больного, перенесшего лобэктомию, обычно наступает после операции в пределах (месяцев)
105. Функциональная адаптация дыхания и гемодинамики у больного, перенесшего пневмонэктомию, обычно наступает после операции в пределах (месяцев)
106. Больной 45 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. Во время подъема тяжести сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. Состояние при поступлении удовлетворительное: пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Над правым легким дыхание резко ослаблено, хрипов нет. Какое заболевание наиболее вероятно?
107. При рентгенологическом исследовании обнаружен коллапс легкого справа на половину объема. Необходимо начинать с

108. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является

109. Больной 55 лет поступил с жалобами на боли с правой половине грудной клетки, кашель с выделением гнойной мокроты с запахом около 750 мл в сутки, высокую температуру, общую слабость, озноб, выраженную интоксикацию. При рентгенологическом исследовании тотальное затемнение правого легкого. Поставлен диагноз: Гангрена правого легкого. Рекомендуемый объем оперативного вмешательства:

110. У больного с острым абсцессом легкого с диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, и признаками тяжелой интоксикации наиболее эффективным методом лечения является

111. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с гнойной мокротой, общую слабость. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа определяется тотальное коллабирование легкого с наличием жидкости над синусом. Поставлен диагноз: Правосторонняя эмпиема плевры с тотальным коллабированием легкого. Рекомендуемый объем лечения:

112. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39°C, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована ниже-долевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

113. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается с

114. Больной 22 лет. При флюорографии выявлено шаровидное образование верхней доли левого легкого. Состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Предыдущая флюорография 3 года назад - норма. Из анамнеза известно, что служил в пограничных войсках в Таджикистане. Предполагаемый диагноз:

115. У больной 30 лет имеются жалобы на выраженную одышку, появившуюся 3 месяца назад, общую слабость. Температура нормальная, кашля нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное. На рентгенограммах легких с обеих сторон множественные мелкоочаговые тени, создающие сетчатость легочного рисунка. Заключение: диссеминированный процесс в легких неясной этиологии. При бронхоскопии бронхиальное дерево не изменено. Наиболее достоверным методом диагностики будет:

116. У больного 45 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружено тотальное затемнение легочного поля справа со смещением средостения в противоположную сторону. Какие методы исследования больному рекомендовать?

117. У больного, перенесшего операцию по поводу рака желудка, на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружены с обеих сторон однотипные мелкие очаги (3-4 мм). Линейная томография: расширение прикорневых легочных сосудов, увеличение корневых лимфатических узлов, проходимость бронхов не нарушена. ФБС: проходимость бронхов сохранена, косвенные признаки увеличения лимфатических узлов. Биопсия: хронический бронхит. Ваш диагноз:

118. У больной 38 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружен ателектаз второго сегмента верхней доли правого легкого. Линейная томография: "Ампутация" второго сегментарного бронха. ФБС: Гладкое округлое патологическое образование багрово-красного цвета, занимающее весь просвет второго сегментарного бронха. Биопсия не произведена из-за повышенной кровоточивости образования. Ваш диагноз:

119. Больная 26 лет поступила с жалобами на одышку. 1,5 года назад в верхней доле левого легкого обнаружено опухолевидное образование 11,5 см, расцененное как ретенционная киста. Рекомендовано динамическое наблюдение. 3 месяца назад роды. Через 3 недели после родов появилась и стала нарастать одышка. Диагностирован левосторонний экссудативный плеврит, отмечено увеличение затемнения в легком до 56 см. При плевральной пункции эвакуировано 1,5 л экссудата цвета "мясных помоев", при цитологическом исследовании обнаружены клетки аценокарциномы. Оптимальное лечение:

120. Раку верхнедолевого бронха, осложненного ателектазом верхней доли с параканкротической пневмонией и плевритом (в выпоте обнаружены клетки раковой опухоли), соответствует

а) T2N2M0 стадия III

б) T2N1M0 стадия II

в) T2N1M1 стадия IV

121. Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит, высокую температуру до 39,0°C. Болен около 4 месяцев. При обследовании состояние средней тяжести, увеличение периферических лимфоузлов больше в правой надключичной области до 1,5 x 2,0 см, подвижные, несвязанные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения. Наиболее вероятное заболевание:

122. При выявлении у больного шаровидного затемнения диаметром около 1 см на периферии верхней доли правого легкого и при отсутствии жалоб необходимо:

123. Больному с бронхоэктатической болезнью, лихорадящему и выделяющему при положении на правом боку в большом количестве гнойную мокроту с неприятным запахом, следует в первую очередь назначать:

124. У больной 70 лет при обследовании в поликлинике обнаружено узловое образование в верхне-наружном квадранте молочной железы. Произведена маммография: Опухоль до 1 см в диаметре с тяжами, идущими радиально, и микрокальцинатами до 3 мм в диаметре. Заключение цитологического исследования пунктата: Мастопатия. Через месяц при повторном исследовании получены тождественные результаты. У этой больной при срочной биопсии на секторальной резекции рак не подтвердился. Рекомендуемый метод лечения:

125. В поликлинику обратилась женщина с жалобами на наличие плотного узла в верхне-наружном квадранте правой молочной железы. Для диагностики заболевания необходимо назначить:

РАЗДЕЛ 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ

126. При выполнении продольной стернотомии наиболее опасным осложнением является повреждение

127. Клиническая симптоматика при опухолях и кистах средостения возникает обычно вследствие

128. На флюорограмме при опухолях и кистах средостения раньше всего обнаруживается

129. Средостение принято подразделять на все перечисленные ниже отделы, КРОМЕ

130. Истинные кисты средостения - это

131. Наиболее частая локализация невриномы средостения - это

132. Липомы средостения чаще располагаются в

133. Терапоидные кисты средостения чаще обнаруживаются в

134. Тимом средостения нередко осложняется
135. В ходе клинического обследования больного с опухолью средостения клиницист в первую очередь должен установить
136. Справа в кардиодиафрагмальном углу у больной 40 лет определяется патологическая тень. Наиболее часто такую тень дают
137. Анатомическими образованиями, прилежащими к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи, являются
138. По отношению к аорте пищевод в нижнегрудном его отделе располагается
139. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:
140. Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить
141. Наилучшим методом для лечения дивертикула Ценкера является:
142. Операция эзофагокардиомиотомия показана при:
143. Перфорация пищевода может быть вызвана
144. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки:
145. При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, КРОМЕ
146. Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается
147. Наиболее обширные повреждения пищевода развиваются при приеме:
148. Наиболее часто ожоги пищевода вызываются:
149. Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место:
150. Для дифференциации диагностики рака кардии и ахалазии необходимы все перечисленные данные, КРОМЕ:
151. Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является:
152. Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является:
153. Аденокарцинома дистальной части пищевода и кардии наилучшим образом излечивается при помощи:
154. Больная 27 лет поступила с жалобами на боли в грудной клетке, дисфагию, срыгивания непереваренных кусков пищи. Из анамнеза: среди полного здоровья после неприятности на работе появились выше перечисленные жалобы. Какие методы исследования нужно больной рекомендовать?
155. Больной 37 лет поступил с жалобами на боли при глотании, чувство жжения, першения, сухость, кашель, ощущение инородного тела, нарушение глотания, неприятный запах изо рта, обильное слюноотделение. Выше указанные жалобы беспокоят в течение 7 лет, к врачу не обращался. Последнее время отмечает выраженность указанных симптомов, повышение температуры до 38,0С. Доставлен в клинику с предварительным диагнозом: Инородное тело пищевода или рак пищевода. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода выявлено наличие дивертикула с нагноением. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать?

156. Больная 31 года поступила с жалобами на боли в области мечевидного отростка, дисфагией, переполнением, давлением, жжением. Из анамнеза: более в течение 10 лет, начало заболевания связывает с тяжелыми родами и психическими травмами после них, а также тем, что периодически повторялись выше указанные жалобы. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода отмечено расширение пищевода. Поставлен диагноз: Ахалазия кардии. Рекомендованное лечение:

157. Больной 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли и затрудненное прохождение пищи в течение 3 месяцев. Из анамнеза: известно, что 2 года тому назад случайно выпил глоток уксусной кислоты. Клиническая картина может быть обусловлена:

158. Больной 37 лет поступил с жалобами на боли в межлопаточном пространстве, дисфагию. Из анамнеза: случайно выпил аккумуляторную жидкость вместо минеральной воды. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода отмечается наличие стриктуры на протяжении верхней и средней трети пищевода. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному?

159. Больной 62 лет поступил с жалобами на боли в области шеи, иррадиирующие в затылок. Во время еды больной вынужден прижимать подбородок к груди и сдавливать выпячивание на шее. После этого делается несколько глотательных движений, во время которых слышны булькающие звуки, сопровождающиеся уменьшением припухлости на шее. Пищу запивает жидкостью. За последний год похудел на 11 кг. При осмотре на шее после еды появляется припухлость мягко эластической консистенции, больше выраженная слева размером 10 на 10 см. Наиболее вероятным является:

РАЗДЕЛ 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИАФРАГМЫ

160. Причиной релаксации купола диафрагмы после операций на органах грудной полости является повреждение

161. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является

162. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

163. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы могут иметь место:

- а) дисфагия
- б) нарушение ритма сердца
- в) псевдостенокардия

164. Наиболее информативным диагностическим методом при определении лечебной тактики у больного со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы является:

165. Больной 35 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, общую слабость, наличие колото-резаной раны грудной клетки слева на 8 межреберье среднеподмышечной линии. Из анамнеза: 2 часа назад получил колото-резаную рану грудной клетки слева. Состояние средней тяжести, АД - 100/70 мм рт. ст., пульс - 100 ударов в минуту, эритроциты - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 90, Нт - 35. При рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется малый гемоторакс. Язык суховат, живот болезненный в левом подреберье, напряжения в легких нет. У больного торако-абдоминальные ранения. Ваши рекомендации:

166. Больной получил дорожную травму. Доставлен в тяжелом состоянии. Картина шока IV степени. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Выраженная одышка, тахикардия. Резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева коробочный оттенок звука. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно определить:

РАЗДЕЛ 4. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

167. Современная отечественная классификация туберкулеза построена на принципе

168. Специфичной морфологической реакцией для туберкулезного воспаления является скопление в очаге поражения
169. Туберкулема легкого представляет собой очаг казеозного некроза размером более 1 см, окруженный
170. Основными показаниями к хирургическому лечению при туберкулезе легкого являются
171. Туберкулема образуется в результате
172. Составными элементами комплексного лечения туберкулеза является
173. Медицинские показания к хирургической операции у больного туберкулезом органов дыхания определяются
174. Основным показанием к операции при туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов является
175. При туморозном бронхоадените показания к неотложной операции возникают в связи с
176. При туберкулезе легкого оперативное вмешательство показано при
177. При кавернозном туберкулезе легких операция показана
- а) если в ходе основного курса химиотерапии не выявилась тенденция к рубцеванию каверны
 - б) если полость деструкции не зажила к концу основного курса химиотерапии
 - в) после устранения с помощью медикаментозных средств признаков обострения
178. При решении вопроса об операции у больного цирротическим туберкулезом необходимо
179. Метод местного лечения туберкулезной каверны - это
180. Операция кавернотомии показана больным фиброзно-кавернозным туберкулезом с
181. Хирургический коллапс (спадение) легкого при операции торакопластики создается путем
182. Операция комбинированной резекции легкого - это
183. Атипичная резекция легкого - это удаление
184. Самой частой причиной рецидива туберкулеза после частичной резекции легкого является
185. Основные причины легочного кровотечения у больных туберкулезом и с посттуберкулезными изменениями в легких - это

РАЗДЕЛ 5. ХИРУРГИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДИ

186. Для разрыва крупного бронха характерно все перечисленное, КРОМЕ:
187. Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:
188. При свернувшемся гемотораксе 5-дневной давности необходимо выполнить:
189. О ранении сердца свидетельствует
190. При тампонаде сердца наблюдаются
191. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:
192. Показаниями для торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются
193. Ушивание раны легкого можно производить способами

194. Больной 20 лет упал с 4 этажа и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями травматического шока Ш-1У ст., выраженной дыхательной недостаточностью, нарастающей подкожной эмфиземой. При обзорном рентгенологическом исследовании диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочное дренирование левой плевральной полости во 2-м межреберье, по дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не раскрывается. Введение второго дренажа и активная аспирация воздуха по обоим дренажам не эффективны, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения и нарастает подкожная эмфизема. При бронхоскопии - надрыв левого главного бронха. Рекомендуемое лечение:

195. Больной 55 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, общую слабость, кашель со слизистой мокротой с прожилками крови. При опросе больного выделено, что получил закрытую травму грудной клетки, к врачу не обращался. При обзорной рентгенографии грудной клетки слева имеется перелом IV и V ребер и свернувшийся гемоторакс. Рекомендуемое лечение:

196. Больной 35 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, общую слабость, наличие колото-резаной раны грудной клетки слева на 8 межреберье среднеподмышечной линии. Из анамнеза: 2 часа назад получил колото-резаную рану грудной клетки слева. Состояние средней тяжести, АД - 100/70 мм рт. ст., пульс - 100 ударов в минуту, эритроциты - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 90, Нт - 35. При рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется малый гемоторакс. Язык суховат, живот болезненный в левом подреберье, напряжения в легких нет. У больного торако-абдоминальные ранения. Рекомендуемое лечение:

197. Больной 26 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, наличие колото-резаной раны. Из анамнеза: ножевое ранение получил 3 часа тому назад. В грудной клетке слева на уровне 3-го межреберья по среднеключичной линии размером 1,5 x 2,0 см. Общее состояние удовлетворительное, АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 90 ударов в минуту. Аускультативно ослаблено дыхание в нижних отделах слева. При рентгенологическом исследовании пневмоторакса нет, но имеется жидкость в синусе. Эритроциты - $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 130, Нт - 38. Рекомендуемое лечение:

198. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по парастернальной линии на уровне III-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Необходимо предположить:

199. Больной 45 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке справа, наличие колото-резаной раны размером 1,0 x 1,0 см в правой половине грудной клетки по парастернальной линии во 2-м межреберье. Кожные покровы бледны, покрыты холодным потом. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание справа резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При пункции получена кровь, которая свернулась в шприце. Рекомендуемое лечение:

200. Больной 45 лет попал в автомобильную аварию. Доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на одышку, кровохарканье, парадоксальное дыхание правой половины грудной клетки, где при рентгенологическом исследовании выявлены фрагментированные переломы ребер справа по среднеключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков IV-VII ребер, гемоторакс. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс 115 ударов в минуту, слабого наполнения, напряженный. При плевральной пункции эвакуирована кровь, которая свертывается в шприце, в шприц свободно поступает воздух. Рекомендуемое лечение: