

Раздел 1 ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ

1.1. Обезболивание

- 1. Где следует производить вкол иглы при выполнении проводниковой анестезии бедренного нерва?**
 1. В средней трети бедра по внутренней его поверхности.
 2. Под паховой связкой на 1,0-1,5 см снаружи от точки пульсации бедренной артерии.
 3. Под паховой связкой на 1,0-1,5 см кнутри от точки пульсации бедренной артерии.
 4. На 1 см кнутри от передней верхней подвздошной ости.

- 2. Где следует производить вкол иглы при выполнении проводниковой анестезии седалищного нерва на бедре в положении больного лежа на животе по стандартной методике?**
 1. На 1,5-2 см кнутри от большого вертела.
 2. На 4-5 см ниже от середины линии, соединяющей вершину большого вертела и седалищного бугра.
 3. На 1,5-2 см снаружи от седалищного бугра.

- 3. Где следует производить вкол иглы при выполнении проводниковой анестезии общего малоберцового нерва?**
 1. Спереди от головки малоберцовой кости.
 2. В центре подколенной ямки.
 3. Снаружи и ниже головки малоберцовой кости.

- 4. Где выпадет кожная чувствительность при введении новокаина в задний футляр плеча?**
 1. По задней поверхности плеча и передней поверхности предплечья.
 2. По медиальной поверхности плеча и задней поверхности предплечья.
 3. По задним поверхностям плеча и предплечья.
 4. По передним поверхностям плеча и предплечья.

- 5. Где выпадет кожная чувствительность при введении новокаина в передней футляр плеча?**
 1. По передней поверхности предплечья.
 2. По медиальной поверхности плеча.
 3. По латеральной поверхности предплечья.
 4. По задней поверхности предплечья.

- 6. В какой футляр верхней конечности следует вводить новокаин для исключения чувствительности на тыльной поверхности кисти в области I-III пястных костей?**
 1. В переднее ложе плеча.
 2. В заднее ложе плеча.
 3. В переднее ложе предплечья.

- 7. Укажите территорию выпадения чувствительности при введении новокаина в передний костно-фасциальный футляр голени?**
 1. На передней поверхности голени.
 2. На медиальной поверхности голени.
 3. В области I-го межпальцевого промежутка стопы.

4. На подошве стопы.

8. Укажите территорию выпадения чувствительности при введении новокаина в латеральный костно-фасциальный футляр голени?

1. На медиальной поверхности голени.
2. На переднелатеральной поверхности голени.
3. На подошве стопы.
4. В области I-го межпальцевого промежутка.

9. Укажите территорию выпадения чувствительности при введении новокаина в задний костно-фасциальный футляр голени?

1. На задней поверхности голени.
2. На латеральной поверхности пятки.
3. На тыле стопы.
4. На подошве стопы.

10. Будет ли анестезирована кожа того сегмента конечности, на середине которого выполняется футлярная анестезия?

1. Будет.
2. Не будет.
3. Будет, но не полностью.

11. Какие ткани из перечисленных обладают наиболее выраженной болевой чувствительностью?

1. Кожа и надкостница.
2. Мышечная ткань.
3. Собственная фасция.
4. Компактная кость.
5. Подкожная клетчатка.

12. Необходима ли новокаиновая анестезия париетальной брюшины и важнейших нервных сплетений заинтересованных органов после вскрытия брюшинной полости, если операция проводится под наркозом?

1. Да.
2. Нет.
3. Значения не имеет.

13. Каким будет анестезирующее действие новокаина в очаге гнойного воспаления?

1. Усиленным.
2. Ослабленным.
3. Подобно действию в здоровых тканях.

14. При какой анестезии чувствительность тканей выпадет раньше?

1. Инфильтрационной.
2. Проводниковой.
3. Перидуральной.
4. Внутрикостной.

15. На каком уровне наиболее предпочтительна блокада седалищного нерва в связи с его близким расположением к собственной фасции?

1. В центре ягодичной области.
2. Под ягодичной складкой.
3. В средней трети бедра.
4. В нижней трети бедра.

16. Какие ткани из перечисленных обладают наименее выраженной болевой чувствительностью?

1. Parietalная брюшина.
2. Parietalная плевро.
3. Подкожная клетчатка.
4. Кожа.
5. Надкостница.

17. Какая концентрация новокаина по мнению А.В. Вишневого, обладает не только анестетическим, но и слаботорфическим воздействием?

1. 0,25 %.
2. 0,5 %.
3. 1%.
4. 2 %.
5. 5 %.

18. Раны какой области требуют обязательного наложения первичных направляющих (контурных) швов независимо от их состояния, включая раны с признаками нагноения?

1. Шеи.
2. Лица.
3. Непроницающие раны груди.
4. Конечностей.
5. Непроницающие раны живота.

Раздел 2 КОНЕЧНОСТИ

2.1. Топографическая анатомия верхней конечности

1. Какие движения будут нарушены при повреждении заднего пучка плечевого сплетения?

1. Ротация в плечевом суставе и сгибание в локтевом суставе.
2. Отведение и ротация в плечевом суставе.
3. Сгибание в локтевом суставе и отведение в плечевом суставе.
4. Разгибание в локтевом суставе и отведение в плечевом суставе.
5. Сгибание в лучезапястном и локтевом суставах.

2. Укажите территорию выпадения кожной чувствительности при повреждении заднего пучка плечевого сплетения?

1. По передней и латеральной поверхности плеча.
2. По латеральной и задней поверхности плеча.
3. По задней поверхности плеча и предплечья.
4. По передней поверхности плеча и предплечья.

5. По медиальной поверхности плеча и предплечья.
3. **Укажите территорию выпадения кожной чувствительности при повреждении медиального пучка плечевого сплетения?**
 1. По медиальной поверхности плеча и предплечья.
 2. По задней поверхности плеча и предплечья.
 3. По латеральной поверхности плеча и предплечья.
 4. По медиальной поверхности предплечья и по задней поверхности плеча.
4. **Какие движения будут нарушены при повреждении латерального пучка плечевого сплетения?**
 1. Отведение в плечевом суставе.
 2. Сгибание в локтевом суставе.
 3. Разгибание в локтевом суставе.
 4. Разгибание в лучезапястном суставе.
5. **Укажите территорию выпадения кожной чувствительности при повреждении латерального пучка плечевого сплетения?**
 1. По латеральной поверхности плеча.
 2. По медиальной поверхности плеча.
 3. По латеральной поверхности предплечья.
 4. По медиальной поверхности предплечья.
6. **Пульсацию какого сосуда можно пропальпировать в «анатомической табакерке»?**
 1. Лучевой артерии.
 2. Локтевой артерии.
 3. Задней межкостной артерии.
7. **Вероятность повреждения какого нерва наибольшая при переломе головки лучевой кости?**
 1. Срединного.
 2. Поверхностной ветви лучевого.
 3. Глубокой ветви лучевого.
 4. Локтевого.
8. **При повреждении какого нерва кисть за счет атрофии межкостных мышц приобретает вид «когтистой лапы»?**
 1. Срединного.
 2. Локтевого.
 3. Лучевого.
9. **При повреждении какого нерва кисть невозможно сжать в кулак?**
 1. Лучевого.
 2. Локтевого.
 3. Срединного.
10. **При повреждении какого нерва кисть приобретает вид «тюленьей лапы» за счет невозможности разгибания пальцев?**
 1. Локтевого.
 2. Лучевого.

3. Срединного.

2.2. Топографическая анатомия нижней конечности

1. Чем объясняется обоснованность выполнения внутримышечных инъекций в верхне-наружный квадрант ягодичной области?

1. Хорошей доступностью мышечного слоя.
2. Оптимальной толщиной подкожной жировой клетчатки.
3. Косметическими соображениями.
4. Отсутствием крупных сосудов и нервов.
5. Малой чувствительностью кожи.

2. В каких слоях верхне-наружного квадранта ягодичной области существуют анатомические предпосылки для развития постинъекционного абсцесса?

1. В малой ягодичной мышце.
2. В средней ягодичной мышце.
3. В большой ягодичной мышце.
4. В подкожной клетчатке и клетчатке между средней и малой ягодичной мышцами.

3. Повреждение какого нерва наиболее вероятно при переломе шейки малоберцовой кости?

1. Большеберцового.
2. Латерального кожного икры.
3. Седалищного.
4. Общего малоберцового.
5. Подкожного (n.saphenus).

2.3. Операции на сосудах и нервах

1. Какой доступ для обнажения подмышечной артерии наиболее рационален?

1. По проекционной линии.
2. Отступая от проекционной линии на 1,5 см кпереди.
3. Отступая от проекционной линии на 1,5 см кзади.
4. Любой, в зависимости от предпочтения хирурга.

2. Какой доступ для обнажения плечевой артерии в средней трети плеча наиболее рационален?

1. По проекционной линии.
2. Отступая от проекционной линии на 2 см кпереди.
3. Отступая от проекционной линии на 2 см кзади.
4. Любой, в зависимости от предпочтения хирурга

3. Какие из перечисленных уровней перевязки магистральных артерий верхней конечности относительно наиболее неблагоприятны в плане развития окольного кровообращения?

1. Третий отдел подключичной артерии и плечевая артерия ниже отхождения глубокой артерии плеча.
2. Подмышечная артерия выше отхождения подлопаточной артерии и плечевая артерия выше отхождения глубокой артерии плеча.
3. Подмышечная артерия ниже отхождения подлопаточной артерии и плечевая

артерия выше отхождения глубокой артерии плеча.

4. Плечевая артерия выше и ниже отхождения глубокой артерии плеча.
5. Подмышечная артерия в первом и втором отделах.

4. Какой доступ для обнажения лучевой артерии в нижней трети предплечья наиболее рационален?

1. По проекционной линии (в точке пульсации).
2. Отступая от проекционной линии на 2 см кнутри.
3. Отступая от проекционной линии на 2 см кнаружи.
4. Любой, в зависимости от предпочтения хирурга.

5. Какой доступ для обнажения срединного нерва в нижней трети предплечья наиболее рационален?

1. По проекционной линии.
2. Отступая от проекционной линии на 2 см кнутри.
3. Отступая от проекционной линии на 2 см кнаружи.
4. Любой, в зависимости от предпочтения хирурга.

6. Какие из перечисленных анатомических ориентиров служат для построения проекционной линии бедренной артерии (линии Кена)?

1. Лобковый бугорок и внутренний край надколенника.
2. Середина паховой связки и внутренний край надколенника.
3. Точка на границе наружной и средней трети паховой связки и приводящий бугорок на медиальном надмыщелке бедренной кости.
4. Точка на границе наружной и средней трети паховой связки и внутренний край надколенника.
5. Середина паховой связки и приводящий бугорок на медиальном надмыщелке бедренной кости.

7. Каким доступом целесообразно обнажать бедренную артерию в бедренно-подколенном канале?

1. По проекционной линии.
2. Отступая на 2 см кнаружи от проекционной линии.
3. Отступая на 2 см кнутри от проекционной линии.
4. По внутреннему краю портняжной мышцы.
5. По наружному краю длинной приводящей мышцы.

8. Каким доступом наиболее целесообразно обнажать подколенную артерию для ее перевязки при ранении?

1. С внутренней поверхности коленного сустава через Жоберову ямку.
2. Сзади, через подколенную ямку.
3. Вид доступа не имеет значения.

9. Каким доступом наиболее целесообразно обнажать подколенную артерию при необходимости выполнить бедренно-подколенное шунтирование?

1. С внутренней поверхности коленного сустава через Жоберову ямку.
2. Сзади, через подколенную ямку.
3. Вид доступа не имеет значения.

10. Какой доступ используется для обнажения подколенной артерии в подколенной

ямке?

1. Ключкообразный разрез по внутренней поверхности головки малоберцовой кости.
2. S-образный доступ в подколенной ямке.
3. Линейный разрез вдоль внутреннего края полусухожильной мышцы.
4. Линейный разрез вдоль наружного края двуглавой мышцы бедра.

11. Какие из перечисленных анатомических ориентиров служат для построения проекционной линии передней большеберцовой артерии?

1. Нижний край надколенника и середина расстояния между лодыжками на передней поверхности голеностопного сустава.
2. Середина расстояния между бугристостью большеберцовой кости и головкой малоберцовой кости, середина расстояния между медиальным мыщелком и ахилловым сухожилием.
3. Середина расстояния между бугристостью большеберцовой кости и головкой малоберцовой кости, середина расстояния между лодыжками.

12. Каким доступом целесообразно обнажать переднюю большеберцовую артерию?

1. По проекционной линии.
2. Отступая на 2 см кнаружи от проекционной линии.
3. Любым, в зависимости от предпочтений хирурга.

13. Каким доступом целесообразно обнажать локтевой нерв в верхней трети плеча?

1. По проекционной линии.
2. Окольным, отступая на 2 см кпереди от проекционной линии.
3. Окольным, отступая на 2 см кзади от проекционной линии.
4. Любым, в зависимости от предпочтений хирурга.

14. Кто из пионеров сосудистой хирургии получил Нобелевскую премию за разработку техники сосудистого шва?

1. А. Каррель.
2. Н.В. Экк.
3. А.С. Ясиновский.
4. Н.С. Коротков.
5. Р. Лериш.

15. Какие из перечисленных анатомических ориентиров служат для построения проекционной линии седалищного нерва?

1. Точка на середине расстояния между большим вертелом и седалищным бугром и середина подколенной ямки.
2. Точка на границе между внутренней и средней третью линии, соединяющей седалищный бугор и большой вертел и середина подколенной ямки.
3. Точка на середине расстояния между большим вертелом и седалищным бугром и головка малоберцовой кости.

16. На сколько минут обычно способен остановить кровотечение врач путем прижатия бедренной артерии под паховой связкой?

1. Не более 1.
2. Не более 5.
3. Не более 10.
4. Не более 20.

17. Чем определяется срок иммобилизации конечности после шва нерва?

1. Временем полной регенерации поврежденных аксонов нервных волокон.
2. Временем сращения соединительно-тканых структур сшитого нерва.
3. Временем заживления раны конечности.

18. Кто из перечисленных авторов впервые разработал сосудистый шов?

1. Н.И. Пирогов.
2. А. Каррель.
3. А.С. Ясиновский.
4. Т. Кохер.
5. Н.В. Экк.

19. Какая из оболочек артерии обеспечивает регенерацию сосудистой стенки и прочность шва?

1. Наружная.
2. Средняя.
3. Внутренняя.

20. Как проводят проекционную линию передней большеберцовой артерии?

1. От головки малоберцовой кости к латеральной лодыжке.
2. От бугристости большеберцовой кости к медиальной лодыжке.
3. От середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками.
4. От середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости к медиальной лодыжке.

21. Как проводят проекционную линию задней большеберцовой артерии?

1. На 1 см кзади от внутреннего края большеберцовой кости к ахиллову сухожилию.
2. На 1 см кпереди от внутреннего края большеберцовой кости к медиальной лодыжке.
3. На 1 см кпереди от внутреннего края большеберцовой кости к середине расстояния между ахилловым сухожилием и медиальной лодыжкой.
4. На 1 см кзади от внутреннего края большеберцовой кости к середине расстояния между ахилловым сухожилием и медиальной лодыжкой.

22. Какой из нижеперечисленных уровней перевязки магистральных артерий верхней конечности относительно наиболее неблагоприятен в плане развития окольного кровообращения?

1. Плечевая артерия ниже отхождения глубокой артерии плеча.
2. Подмышечная артерия выше отхождения подлопаточной артерии.
3. Магистральная артерия на участке, ограниченном подлопаточной артерией и глубокой артерией плеча.
4. Плечевая артерия выше уровня локтевого сгиба.
5. Подмышечная артерия в первом и втором отделах.

23. Какие из перечисленных анатомических ориентиров служат для построения проекционной линии бедренной артерии (линии Кена)?

1. Лобковый бугорок и основание надколенника.
2. Середина паховой связки и основание надколенника.

3. Передняя верхняя подвздошная ость и приводящий бугорок на медиальном надмыщелке бедренной кости.
4. Передняя верхняя подвздошная ость и основание надколенника.
5. Середина паховой связки и приводящий бугорок медиального надмыщелка бедренной кости.

24. Каким доступом целесообразно обнажать бедренную артерию в бедренно-подколенном канале?

1. По проекционной линии.
2. Отступя на 2 см кнаружи от проекционной линии.
3. Отступя на 2 см кнутри от проекционной линии.
4. По внутреннему краю портняжной мышцы.
5. По наружному краю длинной приводящей мышцы.

25. Кто из пионеров сосудистой хирургии получил Нобелевскую премию за разработку техники сосудистого шва?

1. Н.В. Экк.
2. А. Каррель.
3. А.С. Ясиновский.
4. Н.С. Коротков.
5. Р. Лериш.

26. Кто из перечисленных авторов впервые разработал сосудистый шов?

1. Н.И. Пирогов.
2. А. Каррель.
3. А.С. Ясиновский.
4. Н.В. Экк.
5. Т. Кохер.

27. Какие из перечисленных нервов входят в состав основного сосудисто-нервного пучка плеча в средней его трети?

1. Лучевой и локтевой.
2. Локтевой и мышечно-кожный.
3. Мышечно-кожный и срединный.
4. Срединный и локтевой.
5. Срединный и подмышечный.

28. Двигательной активностью какого единственного пальца кисти можно оценить функциональное состояние лучевого, локтевого и срединного нервов?

1. I.
2. II.
3. III.
4. IV.
5. V.

29. Какой доступ используется для обнажения подколенной артерии в подколенной ямке?

1. Ключкообразный разрез по внутренней поверхности головки малоберцовой кости.
2. Крестообразный разрез.
3. S-образный доступ в подколенной ямке.

4. Линейный разрез вдоль внутреннего края полусухожильной мышцы.
5. Линейный разрез вдоль наружного края двуглавой мышцы бедра.

30. Как проводят проекционную линию передней большеберцовой артерии?

1. От головки малоберцовой кости к латеральной лодыжке.
2. От бугристости большеберцовой кости к медиальной лодыжке.
3. От бугристости большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками.
4. От середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками.
5. От верхушки надколенника к медиальной лодыжке.

2.4. Гнойная хирургия

1. Какие анатомические образования из нижеперечисленных могут быть повреждены при дренировании пространства Пирогова?

1. Поверхностная ветвь лучевого нерва.
2. Срединный нерв.
3. Локтевой нерв.
4. Тыльные ветви локтевого нерва.

2. Чем обусловлено наличие запретной зоны для разрезов на кисти?

1. Расположением поверхностной ладонной дуги.
2. Расположением двигательных ветвей срединного и локтевого нервов.
3. Расположением глубокой ладонной дуги.
4. Расположением общих пальцевых нервов.
5. Расположением общих пальцевых сосудов.

3. Комбинацией каких панарициев из ниже перечисленных является панариций в форме «запонки»?

1. Подногтевого и кожного.
2. Кожного и подкожного.
3. Сухожильного и костного.
4. Сухожильного и суставного.
5. Подногтевого и околоногтевого.

4. В какой стадии гнойного воспаления клетчатки пальца показано оперативное лечение?

1. Серозно-инфильтративной.
2. Гнойно-некротической.
3. В период гранулирования раны.
4. В любой стадии.

5. При каком панариции срочность операции является относительно наивысшей?

1. Подкожном.
2. Сухожильном.
3. Костном.
4. Суставном.
5. В форме запонки.

6. В каком слое следует проводить дренаж при тендовагините II-IV пальцев кисти?

1. В подкожной клетчатке.
2. Между париетальным и висцеральным листками синовиальной оболочки.
3. Между сухожилием и костью.
4. В зависимости от тяжести в разных слоях.

7. При каком панариции допустимо выполнение дугообразного разреза (типа «рыбья пасть») на концевой фаланге пальца?

1. Кожном.
2. Подкожном.
3. Сухожильном.
4. Подногтевом.
5. Ни при каком.

8. Какой разрез недопустимо выполнять при подкожном панариции ногтевой фаланги?

1. Ключкообразный.
2. Дугообразный («рыбья пасть»).
3. Крестообразный.
4. Переднебоковой на одной стороне.
5. Переднебоковые на обеих сторонах.

9. Какой разрез недопустимо выполнять при дренировании гноя под большой ягодичной мышцей?

1. Через большую ягодичную мышцу вдоль волокон.
2. Крестообразно через большую ягодичную мышцу.
3. По верхнему краю большой ягодичной мышцы.
4. Через большую ягодичную мышцу поперек волокон.

10. Каким разрезом следует вскрывать флегмону среднего ложа стопы?

1. По латеральному краю подошвенного апоневроза.
2. По середине стопы.
3. По медиальному краю подошвенного апоневроза.
4. По бокам подошвенного апоневроза.
5. Крестообразным.

11. Какие анатомические образования могут быть повреждены при вскрытии флегмоны подапоневротического пространства кисти?

1. Поверхностная и глубокая ладонные дуги.
2. Поверхностная и глубокая ветви локтевого нерва.
3. Поверхностная ладонная дуга и поверхностная ветвь лучевого нерва.
4. Поверхностная ветвь лучевого нерва и поверхностная ладонная дуга.
5. Поверхностная ладонная дуга и общие ладонные пальцевые артерии и нервы.

12. Тендовагиниты каких пальцев кисти наиболее часто осложняются гнойным затеком в пространство Пирогова?

1. II.
2. III.
3. IV.
4. Любого.
5. I и V.

- 13. Какой оптимальный вид анестезии используется при выполнении операции по поводу тендовагинита III пальца кисти?**
1. По Брауну-Усольцевой.
 2. По Лукашевичу-Оберсту.
 3. Местная инфильтрационная.
 4. Общая анестезия.
- 14. Какой оптимальный вид анестезии выполняют при операции на концевой фаланге пальцев?**
1. По Брауну-Усольцевой.
 2. По Лукашевичу-Оберсту.
 3. Местная инфильтрационная.
 4. Проводниковая в нижней трети предплечья.
 5. Блокада плечевого сплетения.
- 15. Какой оптимальный разрез из нижеперечисленных выполняют при подкожном панариции концевой фаланги?**
1. Срединный.
 2. Крестообразный.
 3. Дугообразный («рыбья пасть»).
 4. Ключкообразный.
- 16. По ходу каких анатомических образований возможно распространение гноя из-под большой ягодичной мышцы в седалищно-прямокишечную ямку?**
1. По ходу седалищного нерва.
 2. По ходу внутренних половых сосудов и полового нерва.
 3. По ходу верхнего ягодичного сосудисто-нервного пучка.
 4. По ходу нижнего ягодичного сосудисто-нервного пучка.
- 17. Какой наиболее оптимальный доступ выполняют к клетчаточному пространству под большой ягодичной мышцей для вскрытия и дренирования флегмон?**
1. Через большую ягодичную мышцу, по ходу ее волокон.
 2. По верхне-наружному краю большой ягодичной мышцы с контрапертурой в верхней трети бедра.
 3. Через большую ягодичную мышцу, поперечно ходу ее волокон.
 4. Крестообразно через большую ягодичную мышцу.

2.5. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия суставов

- 1. Вероятность повреждения какого нерва наиболее высокая при вывихе плечевого сустава:**
1. Лучевого.
 2. Срединного.
 3. Подмышечного.
 4. Локтевого.
 5. Мышечно-кожного.
- 2. Через какой заворот при гнойном омартрите возможен прорыв и распространение гноя в передний костно-фасциальный футляр плеча?**
1. Подлопаточный.

2. Подмышечный.
3. Межбугорковый.

3. Через какой заворот при гнойном омартрите возможен прорыв и распространение гноя в подлопаточное костно-фиброзное вместилище?

1. Подлопаточный.
2. Подмышечный.
3. Межбугорковый.

4. Емкость какого заворота плечевого сустава изменяется в зависимости от положения плеча?

1. Межбугоркового.
2. Подлопаточного.
3. Подмышечного.

5. Какой нерв может быть поврежден при задней пункции плечевого сустава?

1. Срединный.
2. Локтевой.
3. Лучевой.
4. Подмышечный.

6. Какое анатомическое образование является ориентиром для выполнения передней пункции плечевого сустава?

1. Акромиальный отросток лопатки.
2. Клювовидный отросток лопатки.
3. Большой бугорок плечевой кости.
4. Малый бугорок плечевой кости.
5. Ость лопатки.

7. Какое анатомическое образование является ориентиром для выполнения задней пункции плечевого сустава?

1. Клювовидный отросток лопатки.
2. Задний угол акромиального отростка лопатки.
3. Большой бугорок плечевой кости.
4. Малый бугорок плечевой кости.
5. Ость лопатки.

8. На каком уровне проходит линия щели локтевого сустава?

1. На поперечный палец выше локтевой складки.
2. На уровне локтевой складки.
3. На поперечный палец ниже локтевой складки.
4. На 2 поперечных пальца ниже локтевой складки.
5. На уровне надмышцелков плеча.

9. Какие соотношения складываются между надмышцелками плеча и локтевым отростком при сгибании локтевого сустава до 90°?

1. Располагаются на одной линии.
2. Располагаются в виде равностороннего треугольника.
3. Располагаются в виде разностороннего треугольника.

10. Укажите локализацию слабых мест капсулы локтевого сустава?

1. В передне-верхнем отделе капсулы.
2. В латеральном отделе капсулы.
3. В медиальном отделе капсулы.
4. В области проксимального лучелоктевого сустава и задне-верхнем отделах капсулы.

11. В какие футляры плеча и предплечья чаще всего распространяются гнойные затеки из локтевого сустава?

1. В передний футляр плеча и задний футляр предплечья.
2. В задний футляр плеча и передний футляр предплечья.
3. В пространство Пирогова и задний футляр предплечья.
4. В задний футляр предплечья и задний футляр плеча.
5. В передний футляр предплечья и передний футляр плеча.

12. В проекции какой борозды наиболее безопасна артротомия локтевого сустава?

1. Задне-медиальной.
2. Задне-латеральной.
3. Переднемедиальной.
4. Переднелатеральной.

13. Какие отделы полости локтевого сустава могут быть полностью отмыты от крови и синовиальной жидкости при задне-наружной его пункции?

1. Только передние.
2. Только задние.
3. Вся полость сустава.

14. С какой стороны лучезапястный сустав наиболее доступен для резекции?

1. Ладонной.
2. Медиальной.
3. Тыльной.

15. Какая поверхность капсулы лучезапястного сустава сравнительно более доступна для пункции?

1. Ладонно-локтевая.
2. Ладонно-лучевая.
3. Тыльно-лучевая.
4. Тыльно-локтевая.

16. Какая поверхность лучезапястного сустава наиболее предпочтительна для артротомии с анатомической точки зрения?

1. Ладонная.
2. Медиальная.
3. Латеральная.
4. Тыльная.

17. На пересечении суставной щели с осью какой пястной кости выполняется пункция лучезапястного сустава?

1. Первой.
2. Второй.

3. Третьей.
4. Четвертой.
5. Пятой.

18. Условная линия Розера-Нелатона соединяет следующие анатомические образования:

1. Переднюю верхнюю подвздошную ость и малый вертел.
2. Малый вертел и вершину седалищного бугра.
3. Вершину большого вертела и переднюю верхнюю подвздошную ость.
4. Вершину седалищного бугра и переднюю верхнюю подвздошную ость.

19. Какие доступы при артротомии тазобедренного сустава наименее травматичны?

1. Передние.
2. Наружные.
3. Задние.

20. При повреждении какой связки коленного сустава может наблюдаться симптом «переднего выдвижного ящика»?

1. Поперечной связки колена.
2. Связки надколенника.
3. Передней крестообразной связки.
4. Задней крестообразной связки.
5. Боковых связок колена.

21. При повреждении какой связки коленного сустава может наблюдаться симптом «заднего выдвижного ящика»?

1. Поперечной связки колена.
2. Связки надколенника.
3. Передней крестообразной связки.
4. Задней крестообразной связки.
5. Боковых связок колена.

22. Какие из заворотов коленного сустава предпочтительны для выполнения пункции при посттравматическом синовите?

1. Передне-нижние.
2. Задне-верхние.
3. Передне-нижние и задне-верхние.
4. Передне-верхние.
5. Задне-нижние.

23. Какая порция дельтовидной мышцы атрофируется при выполнении передне-наружной артротомии плечевого сустава по Лангенбеку?

1. Передняя.
2. Задняя.
3. Обе порции.

24. На пересечении суставной щели с осью какой пястной кости выполняется пункция лучезапястного сустава?

1. Первой.
2. Второй.

3. Третьей.
4. Четвертой.
5. Пятой.

25. При повреждении какой связки коленного сустава может наблюдаться симптом «переднего выдвижного ящика»?

1. Внутренней боковой.
2. Связки надколенника.
3. Передней крестообразной.
4. Задней крестообразной.
5. Наружной боковой.

26. При повреждении какой связки коленного сустава может наблюдаться симптом «заднего выдвижного ящика»?

1. Внутренней боковой.
2. Связки надколенника.
3. Передней крестообразной.
4. Задней крестообразной.
5. Наружной боковой.

27. На каком уровне проходит линия щели локтевого сустава?

1. На два поперечных пальца выше локтевой складки.
2. На уровне локтевой складки.
3. На поперечный палец ниже локтевой складки.
4. На 2 поперечных пальца ниже локтевой складки.
5. На уровне надмыщелков плеча.

2.6. Ампутации

1. Чем определяется уровень ампутации конечности?

1. Уровнем пересечения кожи и подкожной клетчатки.
2. Уровнем пересечения поверхностных мышц.
3. Уровнем пересечения глубоких мышц.
4. Уровнем пересечения кости.

2. Какая ампутация выполняется только на нижних конечностях

1. Гильотинная.
2. Трехмоментная.
3. Атипичная.
4. Двухлоскутная.
5. Костно-пластическая.

3. Каким шовным материалом перевязываются магистральные артерии и вены в ампутационной культе?

1. Шелком.
2. Капроном.
3. Кетгутом или викрилом.
4. Любым.

4. Каким моментом отличаются конусно-круговые ампутации плеча по Н.И. Пирогову

и по П.А. Куприянову?

1. Первым (пересечением кожи, подкожной жировой клетчатки и собственной фасции).
2. Вторым (пересечением поверхностных и глубоких мышц).
3. Третьим (пересечением глубоких мышц).

5. Назовите наиболее обоснованный с анатомо-физиологических позиций способ обработки кости при ампутации у взрослых?

1. Апериостальный.
2. Субпериостальный.
3. Гильотинный.

6. Какой должна быть длина лоскута (без учета сократимости тканей) при выполнении ампутации однолоскутным способом?

1. $\frac{2}{3}$ окружности конечности.
2. $\frac{1}{2}$ окружности конечности.
3. $\frac{1}{3}$ окружности конечности.
4. $\frac{1}{6}$ окружности конечности.

7. Какой должна быть общая длина двух лоскутов (без учета сократимости тканей) при выполнении ампутации двулоскутным способом?

1. $\frac{1}{2}$ окружности конечности.
2. $\frac{1}{3}$ окружности конечности.
3. $\frac{2}{3}$ окружности конечности.
4. $\frac{1}{6}$ окружности конечности.

8. На сколько дистальнее необходимо пересечь кожу (без учета ее сократимости) по отношению к уровню распила кости при выполнении ампутации круговым способом (кроме гильотинной)?

1. На $\frac{1}{6}$ окружности конечности.
2. На $\frac{1}{3}$ окружности конечности.
3. На $\frac{2}{3}$ окружности конечности.
4. На $\frac{1}{4}$ окружности конечности.

9. На сколько увеличивают длину лоскутов в расчете на их сократимость?

1. На $\frac{1}{6}$ окружности.
2. На $\frac{1}{3}$ окружности.
3. На $\frac{2}{3}$ окружности.
4. На $\frac{1}{4}$ окружности.

10. Как называется способ обработки кости, когда кость и надкостница пересекаются на одном уровне?

1. Апериостальный.
2. Субпериостальный.
3. Гильотинный.

11. Как называется способ обработки кости, когда надкостница по всей окружности оставляется с избытком для покрытия костного опиала?

1. Апериостальный.
2. Субпериостальный.

3. Гильотинный.

12. Как называется способ обработки костной культи, когда надкостницу удаляют выше уровня распила кости?

1. Аperiостальный.
2. Субperiостальный.
3. Гильотинный.

13. Каким способом обработки кости пользуются в настоящее время при выполнении ампутаций у взрослых?

1. Аperiостальным без выскабливания костного мозга.
2. Субperiостальным.
3. Гильотинным.
4. Аperiостальным с выскабливанием костного мозга.

14. Какие из перечисленных парных костей предплечья и голени необходимо пересекать проксимальнее при выполнении ампутации у детей?

1. Большеберцовую и малоберцовую.
2. Малоберцовую и локтевую.
3. Локтевую и большеберцовую.
4. Лучевую и малоберцовую.
5. Укорочение одной из костей не является обязательным.

15. На каком расстоянии выше костного распила следует пересекать седалищный нерв при ампутации в средней трети бедра?

1. На 0,5 см.
2. На 1-2 см.
3. На 5-6 см.
4. На 8-10 см.

16. Какое соотношение размеров лоскутов предпочтительно при ампутации фаланг пальцев кисти лоскутным способом?

1. Большой тыльный и короткий ладонный.
2. Большой ладонный и короткий тыльный.
3. Одинаковых размеров.

17. Ветви какой артерии обеспечивают жизнеспособность пяточного лоскута при выполнении костно-пластической ампутации голени по методу Н.И. Пирогова?

1. Передней большеберцовой.
2. Задней большеберцовой.
3. Тыльной стопы.

18. Каким шовным материалом должны быть перевязаны магистральные сосуды ампутационной культи конечности?

1. Шелком.
2. Лавсаном.
3. Капроном.
4. Кетгутом или викрилом.
5. Материал не имеет значения.

19. Чем завершается ампутация конечности при огнестрельной или минно-взрывной травме?

1. Глухим швом.
2. Глухим швом с дренированием подлоскутного пространства.
3. Рыхлой тампонадой с фиксацией повязки провизорными швами.
4. Редкими швами с дренированием подлоскутного пространства.
5. Редкими провизорными швами.

20. На каком уровне по отношению к опиленой кости должны оказаться мышцы после их пересечения и травматической ретракции?

1. На 5 см ниже опиленой кости.
2. На 3 см ниже опиленой кости.
3. На уровне опиленой кости.
4. На 3 см выше опиленой кости.
5. На 3 см выше опиленой кости.

21. Какая ампутация выполняется только на нижних конечностях

1. Гильотинная.
2. Трехмоментная.
3. Атипичная.
4. Двухлоскутная.
5. Костно-пластическая.

22. Каким способом выполняют вычленение I пальца кисти?

1. Способом Мальгёна.
2. Способом Люппи.
3. Способом Фарабефа.
4. Способом «ракетки».
5. Гильотинным способом.

23. На сколько мм в дистальном направлении от края циркулярно выполненного среза надкостницы следует опилить кость при ампутации конечности для предупреждения развития остеофитов и экзостозов?

1. На 0,5 – 1 мм.
2. На 2-3 мм.
3. На 4-6 мм.
4. На 8-10 мм.
5. На 15-20 мм.

24. На сколько сантиметров от опиленой кости следует укоротить седалищный нерв для предупреждения врастания нерва в рубцы ампутационной культи бедра?

1. На 1 см.
2. На 2-3 см.
3. На 5-6 см.
4. На 8-10 см.
5. На 12-15 см.

25. Чему должна равняться суммарная длина лоскутов тканей для полноценного закрытия культи конечности?

1. Одному радиусу конечности в месте опиления.
2. Одному диаметру конечности в месте опиления.
3. 1,5 диаметрам конечности в месте опиления.
4. Длине окружности в месте опиления конечности.
5. Двум диаметрам конечности в месте опиления.

26. Каким шовным материалом должны быть перевязаны магистральные сосуды ампутационной культы конечности?

1. Шелком.
2. Лавсаном.
3. Капроном.
4. Кетгутом или викрилом.
5. Материал не имеет значения.

27. Чем завершается ампутация конечности при огнестрельной или минно-взрывной травме?

1. Глухим швом.
2. Глухим швом с дренированием подлопаточного пространства.
3. Рыхлой тампонадой с фиксацией повязки провизорными швами.
4. Редкими швами с дренированием подлопаточного пространства.
5. Редкими провизорными швами.

28. На каком уровне по отношению к опилену кости должны оказаться мышцы после их пересечения и травматической ретракции?

1. На 5 см ниже опиления.
2. На 3 см ниже опиления.
3. На уровне опиления.
4. На 3 см выше опиления.
5. На 3 см выше опиления.

Раздел 3 ГОЛОВА

3.1. Топографическая анатомия мозгового отдела головы

1. В каких отделах могут локализоваться гематомы при повреждении средней оболочечной артерии?

1. В эпи- и субдуральном пространствах.
2. В субдуральном и субархноидальном пространствах.
3. В субархноидальном пространстве и желудочках мозга.
4. В желудочках мозга и цистернах.

2. В каком пространстве может скапливаться кровь при переломах внутренней пластинки свода черепа без повреждения твердой мозговой оболочки?

1. В эпидуральном.
2. В субдуральном.
3. В субархноидальном.
4. В подархноидальном.
5. В подкожной клетчатке.

- 3. Какие из перечисленных сосудов могут явиться источниками эпидуральных гематом?**
1. Передняя и средняя мозговые артерии.
 2. Средняя мозговая артерия и глубокие височные артерии.
 3. Диплоэтические сосуды при переломах внутренней пластинки костей черепа и средняя оболочечная артерия.
 4. Глубокие височные артерии.
- 4. При какой внутричерепной гематоме характерно наличие форменных элементов крови в ликворе, полученном при люмбальной пункции?**
1. При эпидуральной.
 2. При субдуральной.
 3. При субарахноидальной.
- 5. Какие признаки из перечисленных ниже, характерны для перелома основания передней черепной ямки?**
1. Назальная ликворея.
 2. Ассиметрия носогубных складок и назальная ликворея.
 3. Нарушение функции зрительного нерва и назальная ликворея.
 4. Отоликворея и назальная ликворея.
 5. Паралич мимической мускулатуры лица.
- 6. Какие признаки из перечисленных, характерны для перелома основания средней черепной ямки?**
1. Назальная ликворея и отоликворея.
 2. Носовое кровотечение и отоликворея.
 3. Нарушение функции зрительного нерва и отоликворея.
 4. Отоликворея и паралич мимической мускулатуры лица.
- 7. Какие из перечисленных признаков характерны для быстрого повышения внутричерепного давления?**
1. Брадикардия.
 2. Увеличение размеров черепа у взрослых.
 3. Снижение артериального давления.
 4. Экзофтальм.
- 8. В какое пространство может распространяться гнойный воспалительный процесс при гнойном мастоидите (воспалении ячеек сосцевидного отростка)?**
1. В сигмовидный синус.
 2. В поперечный синус.
 3. В фасциальный футляр жевательной мышцы.
 4. В прямой синус.
- 9. Какой из перечисленных симптомов возникает при повреждении лицевого нерва в его костном канале на стороне травмы?**
1. Нарушение чувствительности слизистой рта.
 2. Паралич жевательной мускулатуры.
 3. Паралич мимической мускулатуры.
 4. Нарушение акта глотания.

- 10. Как называется скопление крови между твёрдой мозговой оболочкой и внутренней поверхностью черепных костей?**
1. Эпидуральная гематома.
 2. Субдуральная гематома.
 3. Субарахноидальная гематома.
- 11. Как называется скопление крови между твёрдой мозговой оболочкой и паутинной?**
1. Эпидуральная гематома.
 2. Субдуральная гематома.
 3. Субарахноидальная гематома.
- 12. Как называется скопление крови между паутинной и мягкой мозговыми оболочками?**
1. Эпидуральная гематома.
 2. Субдуральная гематома.
 3. Субарахноидальная гематома.
- 13. По каким признакам можно отличить субарахноидальное кровоизлияние от эпи- и субдурального?**
1. По наличию форменных элементов крови в цереброспинальной жидкости, полученной путем люмбальной пункции.
 2. По отсутствию примеси крови в цереброспинальной жидкости, полученной путем люмбальной пункции.
 3. По изменениям на обзорной краниограмме.
- 14. Признаком проникающего ранения черепа является:**
1. Повреждение наружной и внутренней пластинок костей черепа.
 2. Повреждение мягких тканей и костей черепа.
 3. Повреждение твёрдой мозговой оболочки.
- 15. Какими анатомическими особенностями строения мягких тканей головы объясняется возникновение скальпированных ран волосистой части головы?**
1. Значительной толщиной подкожной жировой клетчатки и прочностью кожного покрова.
 2. Прочностью кожного покрова и рыхлым соединением апоневротического шлема с надкостницей.
 3. Наличием соединительнотканых перемычек, соединяющих кожу с galea aponevrotica, и рыхлым соединением апоневротического шлема с надкостницей.
 4. Рыхлым соединением надкостницы с костью.
 5. Значительной толщиной подкожной жировой клетчатки и рыхлым соединением апоневротического шлема с надкостницей.
- 16. Какие ткани входят в состав скальпированного лоскута?**
1. Кожа и подкожная жировая клетчатка.
 2. Кожа, подкожная жировая клетчатка и апоневротический шлем.
 3. Кожа, подкожная жировая клетчатка, апоневротический шлем и надкостница.
- 17. Какие особенности анатомического строения лобно-теменно-затылочной области способствуют возникновению обильного кровотечения при ранениях мягких тканей головы?**

1. Большой диаметр подкожных сосудов.
2. Парез сосудистой стенки в результате травмы.
3. Зияние артерий из-за связи их адвентиции с фиброзными перемычками в подкожной клетчатке.

18. При травме костей свода черепа чаще повреждается:

1. Наружная пластинка.
2. Внутренняя пластинка.
3. Губчатое вещество.
4. Все слои кости.

3.2. Оперативные вмешательства на мозговом отделе головы

1. Как остановить кровотечение из сосудов твёрдой мозговой оболочки?

1. Прикладыванием марли, смоченной раствором перекиси водорода.
2. Втиранием восковой пасты.
3. Прошиванием и лигированием поврежденных концов сосудов.

2. Как произвести окончательную остановку кровотечения из крупных мозговых сосудов в глубине раны?

1. Перевязкой поврежденного сосуда в глубине раны.
2. Наложением клипс на поврежденные концы сосудов.
3. Тампонадой марлевой лентой.

3. Каким способом лучше всего остановить кровотечение из губчатого вещества костей свода черепа?

1. Втиранием восковой пасты.
2. Клипированием сосудов.
3. Перевязкой сосудов.
4. Диатермокоагуляцией.

4. В каких отделах перевязка верхнего сагиттального синуса при повреждениях недопустима?

1. Кпереди от роландовой борозды.
2. Кзади от роландовой борозды.
3. На всем протяжении синуса.

5. Какими осложнениями может сопровождаться трепанация сосцевидного отростка?

1. Повреждением пещеристого и сигмовидного синусов.
2. Травмой лицевого и тройничного нервов.
3. Повреждением височной доли мозга и травмой тройничного нерва.
4. Травмой сигмовидного синуса и травмой лицевого нерва.
5. Повреждением тройничного нерва и сигмовидного синуса.

6. Кто предложил способ остановки кровотечения из губчатого вещества костей черепа с помощью пчелиного воска?

1. Н.Н. Бурденко.
2. С.П. Федоров.
3. И.Ф. Буш.
4. Х.Х. Саломон.

5. Н.Ф. Арендт.

7. Какой листок твердой мозговой оболочки был предложен Н.Н. Бурденко для пластического замещения ее дефекта?

1. Поверхностный.
2. Глубокий.
3. Оба листка вместе взятые.

8. Кто предложил способ пластического замещения дефекта твердой мозговой оболочки одним из ее листков?

1. А.Л. Поленов.
2. С.П. Федоров.
3. Н.Н. Бурденко.
4. Л.М. Пуссеп.

9. Какие мероприятия необходимо выполнять при хирургической обработке скальпированных ран волосистой части головы, если жизнеспособный скальп доставлен с пострадавшим?

1. Тщательно очистить скальп, сбрить волосы и обмыть раствором антибиотиков.
2. Сбрить волосы и подшить скальп.
3. Наложить фрезевые отверстия до диплоэ.
4. Удалить апоневроз и подкожную жировую клетчатку, перфорировать лоскут в шахматном порядке и укрепить швами на обработанную раневую поверхность.
5. Перфорировать в шахматном порядке и подшить полнослойный лоскут к ране, установить дренажи.

10. Какие мероприятия нужно выполнить в случае нежизнеспособности скальпа головы?

1. Выполнить туалет раны и закрыть стерильной повязкой.
2. Выполнить хирургическую обработку раны и произвести пересадку свободного лоскута на раневую поверхность до развития грануляций.
3. Наложить многочисленные фрезевые отверстия до диплоэ и после появления грануляций произвести пластику свободным лоскутом или лоскутом с осевым кровоснабжением.

11. Как анатомически обосновать необходимость радиальных разрезов при обработке ран мягких тканей свода черепа?

1. Косметическими соображениями.
2. Радиальным ходом сосудов и нервов, снабжающих покровы черепа.
3. Удобством остановки кровотечения из сосудов мягких тканей свода черепа.

12. Чем объяснить опасность перевязки верхнего сагиттального синуса кзади от центральной борозды мозга?

1. Нарушением венозного оттока на участке пред- и постцентральных извилин головного мозга.
2. Повышением внутричерепного давления.
3. Трудностями оперативного доступа.
4. Опасностью возникновения тромбоза синуса.

13. Без какого инструмента или аппарата из перечисленных ниже можно обойтись при

проведении хирургической обработки проникающих ран головы?

1. Аппарата для хирургической диатермии.
2. Электрического аспиратора.
3. Костных кусачек Егорова-Фрейдина.
4. Конусного сверла-фрезы Гребенюка.
5. Кусачек Дальгрена.

14. Какие мероприятия необходимо выполнять при хирургической обработке скальпированных ран волосистой части головы, если жизнеспособный скальп доставлен с пострадавшим?

1. Очистить скальп, сбрить волосы, обмыть раствором антибиотиков и подшить его в область дефекта.
2. Сбрить волосы и подшить скальп.
3. Наложить фрезевые отверстия до губчатого слоя костей и подшить скальп.
4. Удалить апоневроз и подкожную жировую клетчатку, перфорировать лоскут в шахматном порядке и укрепить его швами на обработанной раневой поверхности.
5. Перфорировать в шахматном порядке и подшить полнослойный лоскут к ране.

3.3. Топографическая анатомия лицевой области

1. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются

1. В нижней трети лица.
2. В средней трети лица.
3. По всему лицу.
4. В затылочной области.
5. В верхней трети лица.

2. Выполняя разрез при лечении флегмоны височно-крыловидного пространства наружным доступом, можно повредить

1. Язычный нерв.
2. Скуловую кость.
3. Диафрагмальный нерв.
4. Краевую ветвь лицевого нерва.
5. Околоушную слюнную железу.

3. Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить

1. Нижнюю луночковую артерию.
2. Подбородочный нерв.
3. Лицевой нерв.
4. Подъязычную слюнную железу.

4. Выполняя разрез при лечении флегмоны височной области, можно повредить

1. Лицевую артерию.
2. Лицевой нерв.
3. Скуловую кость.
4. Вторую ветвь тройничного нерва.

5. Боли при невралгии II ветви тройничного нерва распространяются

1. В нижней трети лица.

2. В средней трети лица.
3. По всему лицу.
4. В верхней трети лица.
5. В затылочной области.

6. Где находится точка пальцевого прижатия лицевой артерии?

1. На 1 см ниже козелка уха.
2. На 0,5-1 см ниже середины нижнего края глазницы.
3. Позади угла нижней челюсти.
4. На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы.
5. На 1 см ниже скуловой дуги.

7. Некроз стенки какой артерии может произойти при гнойном поражении заднего отдела окологлоточного пространства?

1. Наружной сонной.
2. Внутренней сонной.
3. Лицевой.
4. Язычной.

8. Анестезию какого нерва можно выполнить в области подглазничного отверстия?

1. Второй ветви тройничного нерва.
2. Третьей ветви тройничного нерва.
3. Первой ветви тройничного нерва.
4. Лицевого нерва.

9. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются

1. В нижней трети лица.
2. В средней трети лица.
3. По всему лицу.
4. В верхней трети лица.
5. В затылочной области

10. В какое клетчаточное пространство возможен прорыв гноя через медиальный (глоточный) отросток околоушной слюнной железы в случае гнойного паротита?

1. В околоушно-жевательное.
2. В межкрыловидное.
3. В передний отдел бокового окологлоточного пространства.
4. В задний отдел бокового окологлоточного пространства.

11. Повреждение какой артерии возможно в межкрыловидном клетчаточном пространстве при вскрытии флегмоны?

1. Верхнечелюстной.
2. Язычной.
3. Ствола наружной сонной.
4. Внутренней сонной.

3.4. Оперативные вмешательства на лице

1. Какой нерв можно повредить в толще околоушной слюнной железы, выполняя вскрытие гнойного очага?

1. Нижнечелюстной.
2. Верхнечелюстной.
3. Лицевой.
4. Языкоглоточный.

2. Для вскрытия флегмоны околоушно-жевательной области используется доступ

1. Наружный.
2. Внутриротовой.
3. Наружный и внутриротовой.

3. При неблагоприятном течении абсцесса переднего отдела окологлоточного пространства инфекция распространяется

1. В височную область.
2. В поднижнечелюстную слюнную железу.
3. В жевательно-челюстное пространство.
4. В околоушную слюнную железу.
5. В крыло-челюстное пространство.

4. При неблагоприятном течении абсцесса заглочного пространства инфекция распространяется

1. В щечную область.
2. В крыло-небную ямку.
3. В заднее средостение.
4. В ткани дна полости рта.
5. В околоушную слюнную железу.

5. Хирургическое пособие при прогрессировании местных и общих проявлений фурункула лица заключается

1. В иссечении фурункула.
2. В окаймляющих разрезах на 0,5 см от фурункула.
3. В криохирургическом воздействии.
4. В крестообразном рассечении, дренировании очага воспаления.

6. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключается

1. В антисептической обработке, наложении швов и повязки.
2. В остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки.
3. В иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны.
4. В антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны.
5. В экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже).

7. Невралгия какого нерва может возникнуть при наличии воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе?

1. Глазодвигательного.
2. Блокового.
3. Тройничного.

4. Лицевого.
5. Языкоглоточного.

8. Ход каких анатомических образований следует особо учитывать при выполнении разрезов на лице?

1. Лицевая артерия и лицевой нерв.
2. Лицевая вена и лицевая артерия.
3. Лицевой нерв и выводной проток околоушной слюнной железы.
4. Мимическая мускулатура.
5. Ушно-височный нерв и поверхностная височная артерия.

9. Где находится точка пальцевого прижатия лицевой артерии?

1. На 1 см ниже козелка уха.
2. На 0,5-1 см ниже середины нижнего края глазницы.
3. Позади угла нижней челюсти.
4. На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы.
5. На 1 см ниже скуловой дуги.

Раздел 4 ШЕЯ

4.1. Топографическая анатомия шеи

1. Флегмоны какого клетчаточного пространства шеи могут осложниться задним медиастенитом?

1. Надгрудинного межапоневротического.
2. Превисцерального.
3. Ретровисцерального.
4. Глубокого клетчаточного пространства латерального треугольника шеи.

2. В чем заключается опасность повреждения вен шеи?

1. Нарушением оттока венозной крови от головы.
2. Обильным кровотечением.
3. Возникновением воздушной эмболии.
4. Нарушением функции органов шеи.

3. Какое клетчаточное пространство примыкает спереди к непарному венозному сплетению щитовидной железы?

1. Надгрудинное.
2. Превисцеральное.
3. Ретровисцеральное.
4. Предпозвоночное.
5. Слепой мешок Грубера.

4. Какое клетчаточное пространство шеи сообщается с передним средостением?

1. Надгрудинное межапоневротическое.
2. Превисцеральное.
3. Ретровисцеральное.
4. Предпозвоночное.
5. Бокового треугольника шеи.

5. Какое клетчаточное пространство шеи сообщается с задним средостением?

1. Надгрудинное межапоневротическое.
2. Превисцеральное.
3. Ретровисцеральное.
4. Предпозвоночное.
5. Бокового треугольника шеи.

6. Какая артерия из нижеперечисленных может быть повреждена при выполнении оперативного доступа к шейному отделу позвоночника?

1. Верхняя щитовидная.
2. Нижняя щитовидная.
3. Самая нижняя щитовидная.
4. Поперечная артерия шеи.

7. Какая артерия из нижеперечисленных может быть повреждена при выполнении оперативного доступа к шейному отделу пищевода?

1. Верхняя щитовидная.
2. Нижняя щитовидная.
3. Самая нижняя щитовидная.
4. Поперечная артерия шеи.

8. Какая из нижеперечисленных артерий имеет наибольшее значение для кровоснабжения шейного отдела пищевода?

1. Верхняя щитовидная.
2. Нижняя щитовидная.
3. Самая нижняя щитовидная.
4. Поперечная артерия шеи.

9. Где находится каротидная рефлексогенная зона?

1. У начального отдела общей сонной артерии.
2. На бифуркации общей сонной артерии.
3. На середине длины общей сонной артерии.
4. На середине длины внутренней сонной артерии.

10. Повреждение каких нервов приводит к параличу голосовых связок?

1. N. hypoglossus.
2. N. lingualis.
3. N. laryngeus superior.
4. N. laryngeus inferior.

4.2. Оперативные вмешательства на шее

1. Перевязка какой сонной артерии наиболее опасна в плане развития ишемии головного мозга?

1. Общей сонной.
2. Наружной сонной.
3. Внутренней сонной.
4. Любой.

2. При перевязке какого отдела подключичной артерии создаются наиболее благоприятные условия для развития коллатерального кровообращения?
1. 1-го.
 2. 2-го.
 3. 3-го.
3. Какой нерв может быть поврежден во время резекции щитовидной железы?
1. Truncus simpaticus.
 2. N. vagus.
 3. N. frenicus.
 4. N. hipoglossus.
 5. N. laryngeus recurrens.
4. Укажите, где производят вкол иглы при выполнении шейной вагосимпатической блокады по А.В. Вишневскому:
1. Между ножками m. sternocleidomastoideus.
 2. В углу, образованном ключицей и задним краем m. sternocleidomastoideus.
 3. В области яремной вырезки грудины.
 4. На 3 см выше середины ключицы.
 5. На пересечении заднего края m. sternocleidomastoideus с v. jugularis externa.
5. Назовите наиболее вероятную ошибку, допущенную при рассечении трахеи, когда дыхание после введения трахеостомической канюли не восстанавливается:
1. Повреждение пищевода.
 2. Повреждение голосовых связок.
 3. Не рассечена слизистая оболочка трахеи.
 4. Трахеостома наложена низко.
 5. Повреждение n.n. laryngei recurrenti.
6. Почему необходимо перевязывать поверхностные вены шеи перед их рассечением?
1. Из-за опасности сильного кровотечения.
 2. Из-за опасности распространения инфекции.
 3. Из-за опасности воздушной эмболии.
 4. Из-за опасности тромбоэмболии.
7. Какой симптом из перечисленных не относится к признакам правильно выполненной вагосимпатической блокады по А.В. Вишневскому?
1. Сужение зрачка.
 2. Расширение зрачка.
 3. Гиперемия лица на стороне блокады с повышением кожной температуры.
 4. Западение глазного яблока и сужение глазной щели.
8. Для обнажения и перевязки наружной сонной артерии разрез проводят:
1. По переднему краю m. sternocleidomastoideus, вниз на 6-7 см от угла нижней челюсти.
 2. По заднему краю m. sternocleidomastoideus.
 3. Поперечный разрез на уровне верхнего края щитовидного хряща.
 4. Поперечный разрез на уровне верхнего края перстневидного хряща.
 5. По переднему краю m. sternocleidomastoideus, вниз на 6-7 см от верхнего края щитовидного хряща.

9. Для обнажения и перевязки общей сонной артерии разрез проводят:

1. По переднему краю m. sternocleidomastoideus, вниз на 6-7 см от угла нижней челюсти.
2. По заднему краю m. sternocleidomastoideus.
3. Поперечный разрез на уровне верхнего края щитовидного хряща.
4. Поперечный разрез на уровне верхнего края перстневидного хряща.
5. По переднему краю m. sternocleidomastoideus, вниз на 6 см от верхнего края щитовидного хряща.

10. При субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы наименее вероятно:

1. Удаление околощитовидных желез.
2. Удаление вилочковой железы.
3. Повреждение возвратных гортанных нервов.
4. Послеоперационный тиреотоксический криз.
5. Асфиксия и воздушная эмболия во время операции.

11. Вероятность повреждения какой артерии наиболее высока при нижней трахеостомии?

1. Верхней щитовидной.
2. Нижней щитовидной.
3. Самой нижней щитовидной.
4. Верхней гортанной.

12. По каким из нижеперечисленных признаков можно отличить в операционной ране внутреннюю и наружную сонные артерии?

1. По диаметру.
2. По наличию или отсутствию ветвей.
3. По отношению к внутренней яремной вене.
4. По более слабой пульсации в сравнении с пульсацией внутренней сонной артерии.
5. По отношению к блуждающему нерву.

13. Кто из известных хирургов впервые предложил поперечный разрез для доступа к щитовидной железе?

1. Т. Кохер.
2. О.В. Николаев.
3. Т. Бильрот.
4. Н.И. Пирогов.
5. У. Холстед.

14. Какой нерв может быть поврежден во время резекции щитовидной железы?

1. Truncus simpaticus.
2. N. vagus.
3. N. frenicus.
4. N. hipoglossus.
5. N. laryngeus recurrens.

15. Назовите наиболее вероятную ошибку, допущенную при рассечении трахеи, когда дыхание после введения трахеостомической канюли не восстанавливается:

1. Повреждение пищевода.
2. Повреждение голосовых связок.
3. Не рассечена слизистая оболочка трахеи.
4. Трахеостома наложена низко.
5. Повреждение n.n. laryngei recurrenti.

16. Для обнажения и перевязки наружной сонной артерии разрез проводят:

1. По заднему краю m. sternocleidomastoideus.
2. По переднему краю m. sternocleidomastoideus, вниз на 6-7 см от угла нижней челюсти.
3. Поперечный разрез на уровне верхнего края щитовидного хряща.
4. Поперечный разрез на уровне верхнего края перстневидного хряща.
5. По переднему краю m. sternocleidomastoideus, вниз на 6-7 см от перстневидного хряща.

17. Доступ к шейному отделу пищевода осуществляют разрезом:

1. По внутреннему краю m. sternocleidomastoideus от вырезки грудины до верхнего края щитовидного хряща.
2. По заднему краю m. sternocleidomastoideus.
3. Поперечным над рукояткой грудины.
4. Поперечным, на уровне верхнего края перстневидного хряща.
5. По внутреннему краю m. sternocleidomastoideus на уровне сонного треугольника.

18. По каким из нижеперечисленных признаков можно отличить в операционной ране внутреннюю и наружную сонные артерии?

1. По диаметру.
2. По наличию или отсутствию ветвей.
3. По отношению к внутренней яремной вене.
4. По более слабой пульсации в сравнении с пульсацией внутренней сонной артерии.
5. По толщине стенки.

Раздел 5 ГРУДЬ

5.1. Топографическая анатомия грудной стенки

1. Ранение грудной стенки считается проникающим при повреждении

1. Кожи.
2. Внутригрудной фасции.
3. Собственной фасции.
4. Париетальной плевры.

2. В пределах какого треугольника поверхностное и глубокое субпекторальные пространства сообщаются между собой?

1. Ключично-грудного треугольника.
2. Грудного треугольника.
3. Подгрудного треугольника.
4. На всех перечисленных уровнях.

3. В каком слое располагается ретромаммарное клеточное пространство?

1. Под большой грудной мышцей.
2. Под малой грудной мышцей.
3. Между капсулой молочной железы и поверхностным листком собственной фасции груди.
4. Между листками подкожной фасции.

4. Какие анатомические образования разграничивают поверхностное и глубокое субпекторальные пространства груди?

1. Поверхностная фасция груди и большая грудная мышца.
2. Поверхностный листок собственной фасции груди и большая грудная мышца.
3. Глубокий листок собственной фасции груди, подключичная и малая грудная мышцы.
4. Глубокий листок собственной фасции груди и малая грудная мышца.

5. На каком участке межреберья межреберные сосуды прикрыты ребром?

1. Кпереди от средней подмышечной линии.
2. От позвоночника до лопаточной линии.
3. От лопаточной до задней подмышечной линий.
4. От задней до передней подмышечных линий.

6. На каком уровне внутренняя грудная артерия прилегает ближе всего к наружному краю грудины?

1. На уровне 1-2-го межреберных промежутков.
2. На уровне 3-го межреберного промежутка.
3. На уровне 5-го межреберного промежутка.
4. На уровне мечевидного отростка.

7. В межреберном сосудисто-нервном пучке сверху вниз располагаются:

1. Артерия, нерв, вена.
2. Вена, нерв, артерия.
3. Нерв, вена, артерия.
4. Вена, артерия, нерв.

5.2. Операции на грудной стенке

1. Какие разрезы следует выполнять при флегмоне поверхностного субпекторального клетчаточного пространства?

1. По медиальному краю большой грудной мышцы с контрапертурой под внутренней третью ключицы.
2. По латеральному краю большой грудной мышцы с контрапертурой под внутренней третью ключицы.
3. Через большую грудную мышцу по ходу ее волокон.
4. Под внутренней третью ключицы с контрапертурой по нижнему краю большой грудной мышцы.

2. Какие разрезы следует выполнять при флегмоне глубокого субпекторального клетчаточного пространства?

1. По медиальному краю большой грудной мышцы с контрапертурой под внутренней третью ключицы.
2. По нижнему краю большой грудной мышцы с контрапертурой под внутренней

третью ключицы.

3. Через большую грудную мышцу по ходу ее волокон.
4. Под внутренней третьей ключицы с контрапертурой по латеральному краю большой грудной мышцы.

3. Какой разрез при гнойном субареолярном мастите с анатомической точки зрения наиболее обоснован?

1. Радиальный в пределах околососкового кружка.
2. По наружной окружности околососкового кружка не глубже подкожного слоя.
3. Радиальный за пределами околососкового кружка.
4. По переходной складке под молочной железой.

4. Какой разрез при гнойном ретромаммарном мастите обоснован с анатомической точки зрения?

1. По наружной окружности околососкового кружка.
2. Радиальный за пределами околососкового кружка.
3. По переходной складке под молочной железой.

5. Какой разрез при гнойном интерстициальном или паренхиматозном мастите является анатомически наиболее обоснованным?

1. По наружной окружности околососкового кружка.
2. Радиальный за пределами околососкового кружка.
3. Поперечный над зоной воспаления.

6. Какие из перечисленных отделов плевры обладают наибольшей всасывательной способностью?

1. Висцеральный и медиастинальный.
2. Выстилающие куполы.
3. Реберный и диафрагмальный.
4. Реберный и медиастинальный.

7. В каком месте целесообразно выполнять пункцию плевральной полости с целью удаления жидкости?

1. Во II межреберье по среднеключичной линии.
2. В IV межреберье по передней подмышечной линии.
3. В VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии.
4. В IX межреберье по лопаточной линии.

8. В каком месте целесообразно выполнять пункцию с целью удаления воздуха из плевральной полости?

1. Во II межреберье по среднеключичной линии.
2. В IV межреберье по передней подмышечной линии.
3. В VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии.
4. В IX межреберье по лопаточной линии.

9. Каким образом следует производить плевральную пункцию во избежание травмы межреберного сосудисто-нервного пучка?

1. По нижнему краю вышележащего ребра.
2. По верхнему краю нижележащего ребра.
3. По середине межреберья.

4. В любом месте с предварительным отдавливанием сосудисто-нервного пучка пальцем.

10. Какой лимфатический узел поражается раньше других при раке молочной железы?

1. Узел Розенмюллера-Пирогова.
2. Узел Вирхова.
3. Узел Зоргиуса.

11. Какой разрез позволяет вскрыть переднюю предлопаточную щель?

1. По наружному краю лопатки.
2. По позвоночному краю лопатки.
3. По нижнему краю широчайшей мышцы спины.
4. По верхнему краю широчайшей мышцы спины.
5. Вдоль ости лопатки.

12. Какой разрез позволяет вскрыть заднюю предлопаточную щель?

1. По наружному краю лопатки.
2. Вдоль позвоночного края лопатки.
3. По верхнему краю широчайшей мышцы спины.
4. По нижнему краю широчайшей мышцы спины.
5. Вдоль ости лопатки.

13. В каком костно-фиброзном вместилище лопатки следует предполагать наличие воспалительного процесса, если у больного отмечается болезненность при пассивной ротации плеча кнаружи?

1. В подостном.
2. В надостном.
3. В подлопаточном.

14. Какой разрез позволяет вскрыть переднюю предлопаточную щель?

1. По наружному краю лопатки.
2. По позвоночному краю лопатки.
3. По нижнему краю широчайшей мышцы спины.
4. По верхнему краю широчайшей мышцы спины.
5. Вдоль ости лопатки.

15. Какой разрез позволяет вскрыть заднюю предлопаточную щель?

1. По наружному краю лопатки.
2. Вдоль позвоночного края лопатки.
3. По верхнему краю широчайшей мышцы спины.
4. По нижнему краю широчайшей мышцы спины.
5. Вдоль ости лопатки.

16. Каким образом следует производить пункцию реберно-диафрагмального синуса во избежание травмы межреберного сосудисто-нервного пучка?

1. По нижнему краю вышележащего ребра.
2. По середине межреберья.
3. По верхнему краю нижележащего ребра.
4. В любом месте с предварительным отдавливанием сосудисто-нервного пучка пальцем.

5. В любом месте на высоте вдоха

5.3. Хирургическая анатомия органов грудной полости

- 1. Какие анатомические образования, входящие в состав корней легких, занимают наиболее переднее положение?**
 1. Легочные вены.
 2. Легочные артерии.
 3. Главные бронхи.
- 2. С каким пространством шеи связано переднее средостение?**
 1. Превисцеральным.
 2. Ретровисцеральным.
 3. Надгрудинным.
 4. Карманами Грубера.
- 3. С каким пространством шеи связано заднее средостение?**
 1. Превисцеральным.
 2. Ретровисцеральным.
 3. Надгрудинным.
 4. Карманами Грубера.
- 4. Правый возвратный гортанный нерв огибает?**
 1. Плечеголовной ствол.
 2. Дугу аорты.
 3. Левую легочную артерию.
 4. Правую подключичную артерию.
 5. Левую подключичную артерию.
- 5. Левый возвратный гортанный нерв огибает?**
 1. Плечеголовной ствол.
 2. Дугу аорты.
 3. Левую легочную артерию.
 4. Правую подключичную артерию.
 5. Левую подключичную артерию.
- 6. В какой сегментарный бронх и какого легкого вероятнее всего попадает бронхиальный секрет в положении больного лежа на спине?**
 1. 3 сегмент правого легкого.
 2. 4 сегмент левого легкого.
 3. 6 сегмент правого легкого.
 4. 8 сегмент левого легкого.
- 7. В какой бронх вероятнее всего попадает инородное тело при его аспирации?**
 1. В левый главный бронх.
 2. В правый главный бронх.
 3. В левый и правый с одинаковой вероятностью.
- 8. На каких уровнях повреждение грудного лимфатического протока будет сопровождаться левосторонним хилотораксом?**

1. Выше корней легких (III-IV грудные позвонки).
2. На уровне корней легких (V,VI,VII грудные позвонки).
3. На всех.

9. Какой отдел сердца наиболее часто повреждается при ножевых ранениях его передней стенки?

1. Левое предсердие.
2. Правое предсердие.
3. Правый желудочек.
4. Левый желудочек.

10. Какой крупный сосуд огибает корень правого легкого сверху?

1. Верхняя полая вена.
2. Дуга аорты.
3. Непарная вена.
4. Нижняя полая вена.
5. Легочный ствол.

11. Какой крупный сосуд прилежит к корню левого легкого сверху?

1. Полунепарная вена.
2. Дуга аорты.
3. Легочный ствол.
4. Верхняя полая вена.
5. Нижняя полая вена.

12. Какими артериями осуществляется кровоснабжение бронхиального дерева и паренхимы легких?

1. Легочными артериями.
2. Межреберными артериями.
3. Бронхиальными артериями.
4. Верхними диафрагмальными артериями.
5. Внутренней грудной артерией.

13. Левый возвратный гортанный нерв огибает

1. Плечеголовной ствол.
2. Дугу аорты.
3. Левую легочную артерию.
4. Правую подключичную артерию.
5. Левую подключичную артерию.

14. Правый возвратный гортанный нерв огибает

1. Плечеголовной ствол.
2. Дугу аорты.
3. Левую легочную артерию.
4. Правую подключичную артерию.
5. Левую подключичную артерию.

15. Какие сосуды располагаются в венечной борозде?

1. Межжелудочковая ветвь левой венечной артерии.
2. Задняя межжелудочковая ветвь правой венечной артерии.

3. Огибающая ветвь левой венечной артерии и правая венечная артерия.
4. Большая вена сердца.
5. Малая вена сердца.

16. Система каких сосудов корня легкого расщепляется в легких исключительно сегментарно?

1. A. pulmonalis.
2. Vv. pulmonales.
3. Aa. bronchiales.
4. Vv. bronchiales.
5. Всех вышеперечисленных.

5.4. Операции на органах грудной полости

1. Какая пазуха перикарда наиболее предпочтительна для пункции?

1. Поперечная.
2. Косая.
3. Передне-нижняя.

2. Какая пазуха перикарда позволяет хирургу обследовать пальцами луковицу аорты и начальный отдел легочного ствола?

1. Поперечная.
2. Косая.
3. Передне-нижняя.

3. Какой нерв может быть случайно поврежден при перикардиотомии?

1. Диафрагмальный.
2. Блуждающий.
3. Возвратный гортанный.
4. Симпатический ствол.

4. Как правильно произвести окончательную остановку кровотечения из внутренней грудной артерии?

1. Тугой тампонадой раны.
2. Перевязав проксимальный конец артерии.
3. Перевязав дистальный конец артерии.
4. Перевязав проксимальный и дистальный концы артерии и ее анастомозы с межреберными артериями.

5. На каком легком выполняется билобэктомия?

1. Справа.
2. Слева.
3. Сторона не имеет значения.

6. Какая торакотомия предпочтительнее для осуществления доступа к нижнегрудному отделу пищевода?

1. Правосторонняя.
2. Левосторонняя.
3. Сторона операции не имеет значения.

- 7. Какая торакотомия предпочтительнее для осуществления доступа к пищеводу в средней его трети?**
1. Правосторонняя.
 2. Левосторонняя.
 3. Сторона операции не имеет значения.
- 8. Как правильно произвести окончательную остановку кровотечения из внутренней грудной артерии?**
1. Тугой тампонадой раны.
 2. Перевязав проксимальный конец артерии.
 3. Перевязав дистальный конец артерии.
 4. Перевязав проксимальный и дистальный концы артерии и ее анастомозы с межреберными артериями.
 5. Выполнить сосудистый шов
- 9. В какой точке производится пункция перикарда по Ларрею?**
1. На уровне прикрепления хряща VII ребра слева от мечевидного отростка.
 2. В месте прикрепления хряща VII ребра справа от мечевидного отростка.
 3. В 5-м межреберье по парастеральной линии слева.
 4. В 5-м межреберье по парастеральной линии справа.
 5. В 4-м межреберье по парастеральной линии слева.
- 10. Какой из перечисленных ниже швов является наиболее предпочтительным для ушивания раны левого желудочка сердца?**
1. П-образный.
 2. Кисетный.
 3. Узловой.
 4. Непрерывный обвивной.
 5. Матрачный.
- 11. Каким образом должна быть ушита операционная рана перикарда после ревизии сердца при ранениях?**
1. Непрерывным швом наглухо.
 2. Непрерывным швом наглухо с дренажом в полость перикарда.
 3. Оставлена открытой.
 4. Редкими узловыми швами.
 5. Кисетным швом.
- 12. Какой элемент корня легкого перевязывается первым при пневмонэктомии по поводу рака?**
1. Легочные вены.
 2. Легочная артерия.
 3. Главный бронх.
 4. Бронхиальные артерии.
 5. Последовательность перевязки не имеет значения.
- 13. Каким оперативным приемом достигается герметизация плевральной полости после торакотомии?**
1. Путем восстановления непрерывности париетальной плевры.
 2. За счет наложения плевромышечных швов.

3. За счет наложения кожных швов.
4. Благодаря наложению перикостальных швов.
5. За счет ушивания мышц, покрывающих грудную стенку.

14. Какой доступ применяется для проведения прямого массажа сердца?

1. Правосторонняя передне-боковая торакотомия по V межреберью.
2. Срединная стернотомия.
3. Левосторонняя передне-боковая торакотомия по V межреберью.
4. Двухчресплевральный доступ.
5. Левосторонняя задне-боковая торакотомия по V межреберью.

15. С какой целью во время плевральной пункции используют резиновую трубку, соединяющую иглу со шприцем?

1. Для удобства манипуляций с иглой.
2. Для предупреждения попадания воздуха в плевральную полость.
3. Для контроля за характером оттекающей из плевральной полости жидкости.
4. Для периодического ухода за состоянием внутреннего просвета трубки.
5. Для введения лекарственных препаратов путем прокола трубки.

Раздел 6 ЖИВОТ

6.1. Топографическая анатомия брюшной стенки

1. Уточните положение паховой грыжи по отношению к паховой связке:

1. Выше паховой связки.
2. Ниже паховой связки.
3. Может быть выше и ниже паховой связки.

2. Возможно ли распространение гематомы из одного футляра прямой мышцы живота в соседний?

1. Возможно выше пупка.
2. Возможно ниже полукружной линии (Дугласа).
3. Невозможно.

3. При какой локализации гематомы в футляре прямой мышцы живота могут проявляться симптомы раздражения брюшины?

1. Гематома локализуется выше пупка.
2. Гематома локализуется ниже пупка.
3. Локализация гематомы не имеет значения.

4. Какие вены из перечисленных ниже служат порто-кавальными анастомозами при портальной гипертензии?

1. Околопупочные (v.v. paraumbilicalis).
2. Верхние и нижние надчревные (v.v. epigastricae superior et inferior).
3. Поверхностные надчревные (v.v. epigastricae superficialis).
4. Грудонадчревные (v.v. thoracoepigastricae).
5. Пупочная (lig. teres hepatis).

5. Какие связи подкожных вен пупочной области из перечисленных ниже могут

служить кава-кавальными анастомозами?

1. С верхними и нижними надчревными венами (v.v. epigastricae superiores et inferiores).
2. С пупочной веной (v. umbilicalis).
3. С околопупочными (v.v. paraumbilicalis).

6. При какой форме пахового промежутка чаще возникают паховые грыжи?

1. При высоком и широком паховом промежутке, имеющем треугольную форму.
2. При паховом промежутке, имеющем щелевидно-овальную форму.
3. Форма пахового промежутка значения не имеет.

7. Какое анатомически слабое место служит грыжевыми воротами при бедренной грыже?

1. Латеральная паховая ямка.
2. Медиальная паховая ямка.
3. Внутреннее отверстие бедренного канала.
4. Наружное отверстие бедренного канала.

8. Между какими мышцами живота в боковых областях располагаются нервы брюшной стенки?

1. Между наружной и внутренней косыми.
2. Между внутренней косой и поперечной.
3. Между поперечной мышцей и внутрибрюшной фасцией.

9. Какое анатомическое образование из перечисленных ниже проходит в латеральной складке?

1. Мочевой проток (d.urachus).
2. Нижняя надчревная артерия и вена (a. et v. epigastricae inferiora).
3. Пупочная артерия (a.umbilicalis).

10. Какое положение по отношению к грыжевому мешку занимает семенной канатик при косой паховой грыже?

1. Располагается кнаружи.
2. Располагается кнутри.
3. Располагается кпереди.
4. Располагается кзади.

11. Какое положение занимает грыжевой мешок при прямой паховой грыже по отношению к семенному канатику?

1. Располагается кнаружи.
2. Располагается кнутри.
3. Располагается кпереди.
4. Располагается кзади.

12. Какое отношение к оболочкам семенного канатика занимает грыжевой мешок при косой паховой грыже?

1. Грыжевой мешок находится внутри оболочек семенного канатика.
2. Грыжевой мешок находится вне оболочек семенного канатика.
3. Грыжевой мешок может быть как внутри, так и вне оболочек семенного канатика.

- 13. Какое отношение к оболочкам семенного канатика занимает грыжевой мешок при прямой паховой грыже?**
1. Грыжевой мешок находится внутри оболочек семенного канатика.
 2. Грыжевой мешок находится вне оболочек семенного канатика.
 3. Грыжевой мешок может быть как внутри, так и вне оболочек семенного канатика.
- 14. Какое анатомически слабое место может служить грыжевыми воротами при косой паховой грыже?**
1. Медиальная паховая ямка.
 2. Латеральная паховая ямка.
 3. Внутреннее отверстие бедренного канала.
 4. Наружное отверстие пахового канала.
- 15. Какое анатомически слабое место может служить грыжевыми воротами при прямой паховой грыже?**
1. Медиальная паховая ямка.
 2. Латеральная паховая ямка.
 3. Внутреннее отверстие бедренного канала.
 4. Наружное отверстие пахового канала.
- 16. Врожденная паховая грыжа анатомически является:**
1. Прямой грыжей.
 2. Косой грыжей.
 3. Любой паховой грыжей.
- 17. Для каких грыж опущение грыжевого мешка в мошонку является типичным:**
1. Прямых паховых.
 2. Косых паховых.
 3. Бедренных.
 4. Любых из вышеперечисленных.
- 18. Ущемляющим кольцом для бедренных грыж является:**
1. Поверхностное бедренное кольцо.
 2. Глубокое бедренное кольцо.
 3. Любое из вышеперечисленных образований.

6.2. Операции на брюшной стенке

- 1. Разъединение каких слоев брюшной стенки наиболее болезненно при выполнении доступа к червеобразному отростку с использованием местной инфильтрационной анестезии?**
1. Кожи и париетальной брюшины.
 2. Кожи и подкожной клетчатки.
 3. Томпсоновой фасции и наружной косой мышцы живота.
 4. Апоневротическая и мышечная части наружной косой мышцы живота.
- 2. При какой лапаротомии нагрузка на линию швов в послеоперационном периоде будет относительно выше?**
1. Срединном разрезе.
 2. Поперечном разрезе.

3. Косом разрезе.

3. Какие разрезы при лапаротомии в пупочной области могут считаться наименее травматичными?

1. Продольные срединные разрезы с обходом пупка справа.
2. Продольные срединные разрезы с обходом пупка слева.
3. Параректальные разрезы.
4. Трансректальные.

4. С какой стороны необходимо обойти пупок при срединной лапаротомии?

1. Слева.
2. Справа.
3. Сторона не имеет значения.

5. Какие разрезы передней брюшной стенки в боковой области живота наиболее травматичны с анатомо-физиологических позиций?

1. Продольные (вертикальные).
2. Косые.
3. Поперечные.

6. Какие слои из перечисленных ниже требуют повышенной инфильтрации раствора анестетика при местной анестезии с целью наибольшего расслабления мышц живота при аппендэктомии?

1. Подкожная жировая клетчатка.
2. Рыхлая клетчатка между наружной и внутренней косой мышцами живота.
3. Рыхлая клетчатка между внутренней косой и поперечной мышцами живота и предбрюшинная клетчатка.

7. Какие разрезы брюшной стенки из перечисленных ниже сопровождаются наибольшей денервацией мышц?

1. Срединный.
2. Косой вдоль реберной дуги и параректальный по Ленандеру.
3. Косой по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову.
4. Поперечный (по Пфаненштилю).

8. В каком направлении целесообразно рассекать грыжевые ворота при ущемлении косой паховой грыжи у внутреннего отверстия пахового канала?

1. Кнутри.
2. Кнаружи.
3. Вниз.
4. Вверх.

9. Какое анатомическое образование следует рассечь для ликвидации ущемления паховой грыжи у наружного отверстия пахового канала?

1. Апоневроз наружной косой мышцы живота.
2. Паховую связку.
3. Гребешковую связку.
4. Внутреннюю косую и поперечную мышцы живота.

10. Какие из нижеперечисленных способов пластики пахового канала при паховых

грыжах предполагают укрепление только передней его стенки?

1. Способ Бассини и Кукуджанова.
2. Способ Мартынова и Постемского.
3. Способ Жирара-Спасокукоцкого и Мартынова.
4. Способ Кукуджанова и Постемского..

11. Какой из нижеперечисленных способов пластики пахового канала предполагает укрепление задней его стенки?

1. Бассини.
2. Мартынова.
3. Жирара-Спасокукоцкого.
4. Кимбаровского.

12. При пластике грыжевых ворот по Bassini при прямой паховой грыже хирург укрепляет стенку:

1. Переднюю.
2. Нижнюю.
3. Заднюю.
4. Верхнюю.

13. При пластике грыжевых ворот по Мартынову при косой паховой грыжи хирург укрепляет стенку:

1. Переднюю.
2. Нижнюю.
3. Заднюю.
4. Верхнюю.

14. По каким признакам можно отличить в ране апоневроз наружной косой мышцы живота от фасции Томпсона?

1. По толщине.
2. По цвету.
3. По прочности.
4. По направлению исчерченности.

15. В каком направлении следует рассекать ущемляющее кольцо при ущемленной бедренной грыже?

1. Кнаружи.
2. Кнутри.
3. Кпереди.
4. Кзади.

16. При рассечении ущемляющего кольца какой грыжи имеют значение индивидуальные различия в форме ветвления нижней надчревной и запирающей артерии?

1. Прямой паховой.
2. Бедренной.
3. Косой паховой.
4. Пупочной.

17. По каким анатомическим признакам можно отличить в операционной ране стенку

грыжевого мешка?

1. По характерному виду брюшины: белесоватая, гладкая, блестящая малососудистая ткань.
2. По характеру исчерченности стенки мешка.
3. По толщине стенки мешка.
4. При высокой растяжимости мешка.

18. Чем с анатомической точки зрения отличается операция при рецидивной грыже от первой операции при грыже?

1. Нарушением топографо-анатомических соотношений в области операции и сращением грыжевого мешка с окружающими тканями.
2. Сращением грыжевого содержимого с грыжевым мешком.
3. Наличием транссудата в грыжевом мешке.
4. Многокамерностью грыжевого мешка.

19. В чем сущность операции Бассини при бедренной грыже?

1. В подшивании к лонной связке внутренней косой и поперечной мышц живота.
2. В подшивании паховой связки к лонной из бедренного доступа.
3. В подшивании паховой связки к лонной из пахового доступа.

20. В чем сущность операции Руджи при бедренной грыже?

1. В подшивании к лонной связке внутренней косой и поперечной мышц живота.
2. В подшивании паховой связки к лонной из бедренного доступа.
3. В подшивании паховой связки к лонной из пахового доступа.

21. В чем сущность операции Парлавецчио при бедренной грыже?

1. В подшивании к лонной связке паховой связки, а также нижних краев внутренней косой и поперечной мышц живота из пахового доступа.
2. В подшивании паховой связки к лонной из бедренного доступа.
3. В подшивании паховой связки к лонной из пахового доступа.

22. В каком направлении целесообразно рассекать грыжевые ворота при ущемлении косой паховой грыжи у внутреннего отверстия пахового канала?

1. Кнутри.
2. Вниз.
3. Кнаружи.
4. Вверх.
5. Направление не имеет значения.

23. Какой из нижеперечисленных способов пластики пахового канала предполагает укрепление задней его стенки?

1. Мартынова.
2. Бассини.
3. Жирара-Спасокукоцкого.
4. Кимбаровского.
5. Спасокукотского.

24. Чем с анатомической точки зрения отличается операция при рецидивной грыже от первой операции при грыже?

1. Нарушением топографо-анатомических соотношений в области грыжевых ворот и

- сращением грыжевого мешка с окружающими тканями.
- 2. Сращением грыжевого содержимого с грыжевым мешком.
- 3. Наличием транссудата в грыжевом мешке.
- 4. Многокамерностью грыжевого мешка.
- 5. Доступом к грыжевому мешку.

6.3. Хирургическая анатомия полых и паренхиматозных органов брюшной полости

1. Какие из перечисленных ниже анатомических образований проходят в печеночно-двенадцатиперстной связке?

- 1. Воротная вена и проток поджелудочной железы.
- 2. Воротная и нижняя полая вены.
- 3. Воротная вена и общий желчный проток.
- 4. Проток поджелудочной железы и печеночные вены.
- 5. Печеночные вены и общая печеночная артерия.

2. В какие из перечисленных лимфоузлов лимфа оттекает от малой кривизны желудка?

- 1. В лимфоузлы, расположенные в толще желудочно-ободочной связки.
- 2. В лимфоузлы по ходу левой желудочной артерии.
- 3. В лимфоузлы, расположенные в области ворот селезенки в толще желудочно-селезеночной связки.

3. В какие из перечисленных лимфоузлов лимфа оттекает от большой кривизны желудка?

- 1. В лимфоузлы по ходу левой желудочной артерии.
- 2. В лимфоузлы, расположенные в правой половине малого сальника.
- 3. В лимфоузлы, расположенные в желудочно-ободочной связке.

4. Назовите точные ориентиры для определения границы между желудком и луковицей двенадцатиперстной кишки?

- 1. Предпривратниковая вена Мейо (v. prepylorica).
- 2. Печеночно-желудочная связка.
- 3. Желудочно-ободочная связка.
- 4. Печеночно-двенадцатиперстная связка.

5. Какие артерии из перечисленных ниже обеспечивают кровоснабжение культи желудка после резекции двух его третей?

- 1. Правая и левая желудочные.
- 2. Правая желудочно-сальниковая и короткие желудочные артерии.
- 3. Левая желудочно-сальниковая и короткие желудочные артерии.
- 4. Правая и левая желудочно-сальниковые.

6. В каких из перечисленных отделах брюшной полости могут быть обнаружены пищевые массы при прободной язве передней стенки желудка?

- 1. В преджелудочной и печеночной сумках.
- 2. В сальниковой и печеночной сумках.
- 3. В печеночной сумке и слепом селезеночном кармане.
- 4. В забрюшинной клетчатке и преджелудочной сумке.
- 5. В слепом селезеночном кармане и печеночной сумке.

- 7. В каком из перечисленных отделов брюшной полости могут быть обнаружены пищевые массы при прободной язве задней стенки желудка?**
1. В преджелудочной сумке.
 2. В левом поддиафрагмальном пространстве.
 3. В сальниковой сумке.
 4. В правом поддиафрагмальном пространстве.
- 8. Какие из перечисленных анатомических образований принимают участие в формировании треугольника Кало?**
1. Воротная вена и общий желчный проток.
 2. Собственная печеночная и пузырная артерии
 3. Пузырный и общий печеночный протоки, пузырная артерия.
 4. Пузырная артерия и общий желчный проток.
 5. Общий желчный проток и собственная печеночная артерия.
- 9. Какие из перечисленных анатомических образований печечно-двенадцатиперстной связки располагаются непосредственно на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки?**
1. Общая печеночная артерия.
 2. Общий желчный проток.
 3. Собственная печеночная артерия.
 4. Общий печеночный проток.
- 10. Какой фактор является решающим в стабилизации положения печени?**
1. Собственная фиброзная капсула (Глиссона).
 2. Связочный аппарат.
 3. Печеночная ножка.
 4. Внутривнутрибрюшное давление.
 5. Внебрюшинное поле печени.
- 11. Какие из нижеперечисленных внешних анатомических признаков толстой кишки являются абсолютными?**
1. Диаметр.
 2. Цвет.
 3. Толщина стенки.
 4. Наличие лент, сальниковых отростков, выпячиваний и складок.
- 12. Какие из нижеперечисленных внешних анатомических признаков толстой кишки являются относительными?**
1. Наличие лент.
 2. Наличие сальниковых отростков.
 3. Наличие выпячиваний и складок.
 4. Диаметр и цвет.
- 13. Какой слой кишечной стенки является наиболее прочным?**
1. Серозный.
 2. Мышечный.
 3. Подслизистый.
 4. Слизистый.

14. По каким абсолютным признакам можно отличить в ране слепую кишку от поперечной ободочной?

1. По расположению в правой подвздошной области.
2. По отсутствию брыжейки и сальника.
3. По сравнительно небольшому количеству сальниковых отростков.
4. По сравнительно небольшой подвижности.

15. По каким однозначным признакам можно отличить в ране слепую кишку от сигмовидной?

1. По относительно слабой выраженности сальниковых отростков.
2. По расположению в правой подвздошной области.
3. По отсутствию брыжейки и сальника.
4. По диаметру.
5. По ширине мышечных лент.

16. Какие участки брюшины обладают всасывающими свойствами?

1. Брюшина, покрывающая переднюю стенку живота.
2. Диафрагмальная брюшина.
3. Брюшина, покрывающая тонкую кишку.
4. Брюшина, покрывающая брыжейки и широкие маточные связки.
5. Брюшина, покрывающая толстую кишку.

17. Какие участки брюшины обладают транссудирующими свойствами?

1. Диафрагмальная брюшина.
2. Брюшина, покрывающая тонкую кишку.
3. Брюшина, покрывающая брыжейки и широкие маточные связки.
4. Брюшина, покрывающая толстую кишку.
5. Брюшина, покрывающая переднюю стенку живота.

18. Как объяснить с анатомических позиций появление асцита при раке головки поджелудочной железы?

1. Сдавлением воротной вены.
2. Сдавлением нижней полой вены.
3. Нарушением проходимости протока поджелудочной железы.
4. Сдавлением панкреатического отдела общего желчного протока.
5. Метастазами в ворота печени.

19. Где находится точка Мак-Бурнея?

1. Между средней и наружной третями *lin. bispinalis (spinarum)*.
2. Между наружной и средней третями *lin. spinoumbilicalis*.
3. На середине *lin. spinoumbilicalis*.
4. На середине *lin. bispinalis (spinarum)*.

20. Где находится точка Ланца?

1. На середине *lin. bispinalis*.
2. На середине *lin. spinoumbilicalis*.
3. На границе средней и наружной третей *lin. bispinalis* (справа).
4. На границе средней и наружной третей *lin. bispinalis* (слева).

6.4. Операции на полых и паренхиматозных органах живота

- 1. Благодаря чему достигается герметизм швов при операциях на полых органах живота?**
 1. Тщательному сопоставлению серозно-мышечных слоев поврежденной стенки.
 2. Реактивным и пластическим свойствам брюшины.
 3. Тщательному сопоставлению слизисто-подслизистых слоев поврежденной стенки.
 4. Реактивными и пластическими свойствами кишечного эпителия.
- 2. В каком направлении необходимо отвести сальник и поперечную ободочную кишку при ревизии нижнего этажа брюшной полости?**
 1. Кверху.
 2. Книзу.
 3. Вправо.
 4. Влево.
- 3. Какой отдел общего желчного протока наиболее доступен для ревизии?**
 1. Pars supraduodenalis.
 2. Pars retroduodenalis.
 3. Pars pancreatica.
 4. Pars intramuralis.
- 4. Каковы допустимые сроки пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки?**
 1. 10-15 минут.
 2. 20-30 минут.
 3. 1-2 часа.
- 5. Какой из способов холецистэктомии позволяет уменьшить опасность попадания камней из желчного пузыря в желчный проток во время операции?**
 1. От шейки.
 2. От дна.
 3. Способ не имеет значения.
- 6. Для чего необходима перитонизация ложа желчного пузыря после его удаления?**
 1. Для предотвращения истечения желчи и крови в брюшную полость.
 2. Для предотвращения развития спаек.
 3. Для профилактики образования камней.
 4. Для предупреждения раневых инфекционных осложнений.
- 7. Каким путем наиболее удобно выполнить ревизию задней стенки двенадцатиперстной кишки и головки поджелудочной железы?**
 1. Путем рассечения желудочно-ободочной связки.
 2. Через сальниковое отверстие.
 3. Путем рассечения брюшины вдоль нижне-наружного изгиба двенадцатиперстной кишки.
 4. Путем вскрытия 12-перстной кишки.
- 8. Какой из перечисленных доступов предпочтительнее для ревизии тела поджелудочной железы?**
 1. Через желудочно-поджелудочные связки.

2. Через желудочно-ободочную связку.
3. Через желудочно-селезеночную связку.
4. Через брыжейку поперечной ободочной кишки.
5. Через сальниковое отверстие.

9. В каком случае поджелудочная железа окажется наиболее доступной?

1. При рассечении желудочно-ободочной связки.
2. При рассечении печеночно-желудочной связки.
3. При рассечении желудочно-селезеночной связки.
4. При введении пальца в Винслово отверстие.

10. Края раны кишки или желудка после ранения

1. Вворачиваются внутрь просвета.
2. Выворачиваются наружу.
3. Не меняют своего отношения к просвету.

11. Какова судьба краевых кишечных швов при неосложненном (оптимальном) заживлении раны кишечной стенки?

1. Инкапсулируются и остаются на месте.
2. Прорезываются и отходят в просвет кишки.
3. Прорезываются и отходят в брюшную полость.

12. Какова судьба серо-серозных узловых кишечных швов при неосложненном заживлении раны кишечной стенки?

1. Инкапсулируются и остаются на месте.
2. Прорезываются и отходят в просвет кишки.
3. Рассасываются.
4. Прорезываются и отходят в брюшную полость.

13. В течение какого времени завершаются процессы заживления раны кишки?

1. Одна неделя.
2. Один месяц.
3. Два месяца.

14. Каким видом шовного материала из ниже перечисленных накладывают краевые кишечные швы?

1. Шелк.
2. Капрон.
3. Кетгут (викрил).

15. Будет ли обеспечена окончательная остановка кровотечения из раны печени при сдавлении печеночной артерии?

1. Да.
2. Нет.
3. Частично.

16. Резекция какой половины тонкой кишки будет сопровождаться более тяжелыми расстройствами пищеварения?

1. Проксимальной (оральной).
2. Дистальной (каудальной).

3. Отдел кишки не имеет значения.

17. Каким образом проектируют доступ к червеобразному отростку через точку Мак-Бурнея при аппендэктомии у взрослого?

1. Треть длины располагают выше точки Мак-Бурнея, две трети – ниже.
2. Две трети длины располагают выше точки Мак-Бурнея, одна треть – ниже.
3. Середину разреза проектируют на точку Мак-Бурнея.

18. В каком направлении разъединяют внутреннюю косую мышцу живота при доступе к червеобразному отростку?

1. По ходу волокон.
2. По ходу разреза кожи и апоневроза наружной косой мышцы живота.
3. В поперечном направлении.

19. Какую связку из перечисленных ниже необходимо рассечь для ревизии задней стенки желудка?

1. Диафрагмально-желудочную.
2. Печеночно-двенадцатиперстную.
3. Желудочно-ободочную.
4. Желудочно-селезеночную связку.
5. Печеночно-желудочную.

20. Какой из перечисленных доступов предпочтительнее для ревизии тела поджелудочной железы?

1. Через желудочно-диафрагмальную связку.
2. Через желудочно-ободочную связку.
3. Через желудочно-селезеночную связку.
4. Через брыжейку поперечной ободочной кишки.
5. Через сальниковое отверстие.

21. В каком случае из перечисленных ниже существует возможность не производить резекцию кишки?

1. При небольшом единичном точечном ранении кишки.
2. При наличии многочисленных ран кишки, расположенных близко друг к другу.
3. При поперечных разрывах кишки.
4. При отрывах кишки от брыжейки.
5. При ранениях или тромбозах сосудов брыжейки с нарушением кровоснабжения кишки.

22. Какую связку из перечисленных ниже необходимо рассечь для ревизии задней стенки желудка?

1. Диафрагмально-желудочную.
2. Печеночно-двенадцатиперстную.
3. Желудочно-ободочную.
4. Желудочно-селезеночную связку.
5. Печеночно-желудочную.

23. Кто разработал специальный пальпаторный прием для поиска вслепую двенадцатиперстно-тощего изгиба (flexura duodenoeynalis) при ревизии органов брюшной полости?

1. Т. Кохер.
2. А.П. Губарев.
3. Т. Бильрот.
4. Н.И. Пирогов.
5. И. Микулич.

24. Разъединение каких слоев брюшной стенки наиболее болезненно при выполнении доступа к червеобразному отростку с использованием местной инфильтрационной анестезии?

1. Кожы и париетальной брюшины.
2. Кожы и подкожной клетчатки.
3. Томпсоновой фасции (глубокого листка поверхностной фасции).
4. Апоневротической части наружной косой мышцы живота.
5. Внутренней косой и поперечной мышц живота.

25. Какие разрезы при лапаротомии в пупочной области могут считаться наименее травматичными?

1. Продольные срединные разрезы с обходом пупка справа.
2. Продольные срединные разрезы с обходом пупка слева.
3. Параректальные разрезы.
4. Трансректальные.
5. Кожы.

26. Какова наиболее вероятная судьба серо-серозных узловых кишечных швов при неосложненном заживлении раны кишечной стенки?

1. Инкапсулируются и остаются на месте.
2. Прорезываются и отходят в просвет кишки.
3. Рассасываются.
4. Прорезываются и отходят в брюшную полость.
5. Возможны все варианты.

27. В каких случаях производят ретроградное удаление червеобразного отростка?

1. У детей.
2. У пожилых людей.
3. В случаях, когда отросток не выводится в рану и/или замурован в спайках.
4. В случаях, когда отросток имеет короткую брыжейку.
5. В зависимости от предпочтений хирурга.

28. Какой из перечисленных ниже видов шовного материала должен быть использован для перевязки основания червеобразного отростка при аппендэктомии?

1. Шелк.
2. Лавсан.
3. Капрон.
4. Кетгут (викрил).
5. Вид шовного материала не имеет принципиального значения.

29. На какую длину вскрываются просветы кишок при формировании межкишечного соустья в анастомозе «бок в бок»?

1. На 5 см.
2. На один диаметр кишки.

3. На 1,5 диаметра кишки.
4. На 8 см.
5. На 10 см.

30. Резекция какого отдела тонкой кишки и в каком объеме наиболее тяжело переносится больным?

1. 1 м тощей
2. 1 м подвздошной
3. 50 % и более орального конца (тощей)
4. 50 % и более каудального конца (подвздошной)
5. Отдел кишки при ее резекции не имеет значения

31. На кровоснабжение какого отдела желудка неблагоприятно отразится удаление селезенки, выполненной по всем правилам искусства («lege artis»)?

1. На кардиальном.
2. На дне.
3. На теле.
4. На пилорическом.
5. На любом из перечисленных.

32. Стеноз какого отдела 12-перстной кишки наиболее часто может быть причиной высокой тонкокишечной непроходимости?

1. Pars superior.
2. Pars descendens.
3. Pars horizontalis.
4. Pars ascendens.
5. Любой.

33. В стенку какого отдела 12-перстной кишки наиболее часто вкалываются острые инородные тела (иглы)

1. Flexura duodeni superior.
2. Pars descendens.
3. Flexura duodeni inferior.
4. Pars horizontalis.
5. Pars ascendens.

34. В каком направлении следует ушивать рану при язвенном дефекте пилорического отдела желудка для уменьшения вероятности развития стеноза?

1. Вдоль оси желудка.
2. Косо по отношению к оси желудка.
3. S-образно.
4. Направление не имеет значения.
5. Поперечно оси желудка.

35. Каким приемом хирург снижает вероятность повреждения внутренних органов при лапароцентезе?

1. Введением стилета троакара на вдохе.
2. Введением стилета троакара на выдохе.
3. Противотягой кверху белой линии в момент введения стилета.

4. Подтягиванием кверху кожи и подкожной клетчатки в момент введения стилета.
5. Отдавливанием органов свободной рукой через брюшную стенку в момент введения стилета.

36. Благодаря чему достигается герметизм швов при операциях на полых органах живота?

1. Тщательному сопоставлению серозно-мышечных слоев поврежденной стенки.
2. Реактивным и пластическим свойствам брюшины.
3. Тщательному сопоставлению слизисто-подслизистых слоев поврежденной стенки.
4. Реактивными и пластическими свойствами кишечного эпителия.
5. Грануляционной ткани между срастающимися краями рассеченных мышечных слоев.

37. В каком направлении необходимо отвести сальник и поперечную ободочную кишку при ревизии нижнего этажа брюшной полости?

1. Кверху.
2. Книзу.
3. Вправо.
4. Влево.
4. Разделить большую кривизну желудка с основанием сальника.

38. Для чего необходима перитонизация ложа желчного пузыря после его удаления?

1. Для предотвращения развития спаек.
2. Для профилактики образования камней.
3. Для предотвращения истечения желчи и крови в брюшную полость.
4. Для предупреждения раневых инфекционных осложнений.
5. Для восстановления фиксирующих свойств глиссоновой капсулы.

39. Сколько рядов швов общепринято накладывать при ушивании раны тонкой кишки?

1. Один.
2. Два.
3. Три.
4. Четыре.
5. Пять.

40. На какую длину вскрываются просветы кишок при формировании межкишечного соустья в анастомозе «бок в бок»?

1. На 5 см.
2. На один диаметр кишки.
3. На 1,5 диаметра кишки.
4. На 8 см.
5. На 10 см.

41. Резекция какого отдела тонкой кишки и в каком объеме наиболее тяжело переносится больным?

1. 1 м тощей.
2. 1 м подвздошной.
3. 50 % и более орального конца (тощей).
4. 50 % и более каудального конца (подвздошной).

5. Отдел кишки при ее резекции не имеет значения.

42. На кровоснабжение какого отдела желудка неблагоприятно отразится удаление селезенки, выполненной по всем правилам искусства («lege artis»)?

1. На кардиальном.
2. На дне.
3. На теле.
4. На пилорическом.
5. На любом из перечисленных.

Раздел 7 ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО

1. В каком направлении принято рассекать мочеточник:

1. В поперечном.
2. В продольном.
3. В косом.

2. В какое клетчаточное пространство вводят раствор новокаина при паранефральной блокаде:

1. В собственно забрюшинный слой клетчатки.
2. В околопочечную клетчатку (paranephron).
3. В околотолстокишечную клетчатку (paracolon).
4. В футляр разгибателя спины.

3. Какое из нижеперечисленных пространств сообщается с боковым клетчаточным пространством 2-го этажа малого таза:

1. Paranephron.
2. Textus cellulosus retroperitonealis.
3. Paracolon.

4. Чем обусловлена атравматичность надлобковой капиллярной пункции мочевого пузыря для органов брюшной полости ?

1. Наличием предбрюшинной клетчатки в области передней стенки мочевого пузыря.
2. Наличием предпузырного и околопузырного клетчаточных пространств в зоне пункции.
3. Внебрюшинным предлежанием передней стенки наполненного мочевого пузыря.

5. По каким двум признакам из нижеперечисленных можно отличить блуждающую почку от дистопированной?

1. По степени нарушения функции почки и по рентгенологическим признакам искривления мочеточников.
2. По рентгенологическим признакам натяжения почечных сосудов и искривления мочеточников.
3. По изменению естественного положения почки и степени нарушения ее функции.
4. По рентгенологическим признакам искривления мочеточников и изменению естественного положения почки.

- 6. Какой оперативный доступ предпочтительнее для дренирования нагноительных процессов в забрюшинном пространстве, который снижает вероятность инфицирования брюшной полости?**
1. Федорова.
 2. Израэля-Бергмана.
 3. Симона (вдоль наружного края разгибателя спины).
 4. Межреберный.
- 7. Возможно ли поступление мочи из лоханки в общее кровеносное русло?**
1. Невозможно.
 2. Возможно, по венозным и лимфатическим путям.
 3. Возможно, по артерио-артериальным анастомозам.
- 8. Какой оперативный доступ к почке технически наиболее удобно перевести в поперечную лапаротомию?**
1. Федорова.
 2. Израэля-Бергмана.
 3. Симона.
 4. Межреберный.
- 9. К какому надпочечнику есть больше анатомических предпосылок для выполнения лапараскопического эндовидеохирургического доступа?**
1. К левому.
 2. К правому.
 3. Сторона не имеет значения.
- 10. Где следует производить вкол иглы при выполнении паранефральной блокады?**
1. У вершины угла между XII ребром и краем длинных мышц спины.
 2. Между XI ребром и краем длинных мышц спины.
 3. На 1 см снаружи по биссектрисе угла между XII ребром и длинными разгибателями спины.
 4. На пересечении гребня подвздошной кости и наружного края m. erector spinae.
- 11. Каков главный механизм действия паранефральной блокады по А.В. Вишневскому?**
1. Анестезия клетчатки забрюшинного пространства.
 2. Временное прерывание чувствительной и вегетативной иннервации органов брюшной полости, забрюшинного пространства, таза и нижних конечностей.
 3. Расширение почечных сосудов и улучшение кровоснабжения почки.
 4. Усиление почечной фильтрации.
- 12. В каком состоянии должен находиться просвет мочевого пузыря при наложении свища на его переднюю стенку?**
1. В опорожненном.
 2. В естественном наполнении.
 3. Наполняют раствором слабого антисептика.
 4. Слегка наполненном любой нейтральной жидкостью.
 5. Степень наполнения пузыря и характер жидкости не имеют принципиального значения.

13. Какой поверхности слизистой оболочки мочевого пузыря не должна касаться трубка искусственного свища мочевого пузыря?

1. Верхушки.
2. Задней стенки.
3. Правой боковой.
- 4.левой боковой.
5. Дна.

Раздел 8 ТАЗ

1. Через какой свод влагалища пунктируют Дугласово пространство при патологии?

1. Передний.
2. Задний.
3. Через любой.

2. Пункцией какой стенки прямой кишки можно эвакуировать гной при абсцессе Дугласова пространства?

1. Передней.
2. Задней.
- 3.левой.
4. Правой.

3. С каким клетчаточным пространством таза связана анатомически предбрюшинная клетчатка лобковой области?

1. Предпузырным.
2. Околопузырным.
3. Боковым.
4. Позадипрямокишечным.

4. При каких грыжах живота мочевой пузырь может пролабировать в грыжевые ворота рядом с грыжевым мешком?

1. При косых паховых.
2. При прямых паховых.
3. При бедренных.
- 5.

27. Через какую ямку на задней поверхности передней брюшной стенки пролабирует стенка мочевого пузыря при скользящей грыже?

1. Надпузырную.
2. Медиальную паховую.
3. Латеральную паховую.
4. Бедренную (annulus femoralis).

6. Гнойники каких этажей таза могут стать источниками парапроктитов и параректальных свищей?

1. Первого и второго.
2. Второго и третьего.
3. Любого.

7. По ходу какого сосудисто-нервного пучка клетчаточное пространство под большой

ягодичной мышцей сообщается с седалищно-прямокишечной ямкой?

1. Верхнеягодичного.
2. Нижнеягодичного.
3. Срамного.
4. Запирательного.
5. Седалищного нерва и сопровождающих его сосудов.

8. Какая фасция разделяет подкожную клетчатку таза от клетчатки седалищно-прямокишечной ямки?

1. Выстилающая мочеполовую диафрагму сверху.
2. Выстилающая мочеполовую диафрагму снизу.
3. Выстилающая m. levator ani сверху.
4. Выстилающая m. levator ani снизу.
5. Подкожная.

9. Какой участок стенки мочевого пузыря является активной рефлексогенной зоной?

1. Верхушка.
2. Передняя стенка.
3. Задняя стенка.
4. Область мочеполового треугольника.
5. Все отделы, не покрытые брюшиной.

10. Где производят вкол иглы для проведения внутритазовой анестезии по Л.Г. Школьникову?

1. Непосредственно под паховой связкой на 1 см кнаружи от пульсирующей бедренной артерии.
2. По середине ягодично-бедренной складки.
3. На 1 см кнаружи от передне-верхней ости подвздошной кости.
4. На 1 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости.
5. На 1 см ниже передне-верхней ости подвздошной кости.

НОМЕРА ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Раздел 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ

1.1. Обезболивание

1 (2), 2 (2), 3 (3), 4 (3), 5 (1), 6 (2), 7 (3), 8 (2), 9 (4), 10 (3), 11 (1), 12 (1), 13 (2), 14 (1), 15 (2), 16 (3), 17 (1), 18 (2).

Раздел 2. КОНЕЧНОСТИ

2.1. Топографическая анатомия верхней конечности

1 (4), 2 (3), 3 (1), 4 (2), 5 (3), 6 (1), 7 (3), 8 (2), 9 (3), 10 (2)

2.2. Топографическая анатомия нижней конечности

1 (4), 2 (4), 3 (4).

2.3. Операции на сосудах и нервах

1 (2), 2 (2), 3 (3), 4 (1), 5 (1), 6 (5), 7 (1), 8 (2), 9 (1), 10 (2), 11 (3), 12 (1), 13 (2), 14 (1), 15 (2), 16 (2), 17 (2), 18 (5), 19 (1), 20 (3), 21 (4), 22 (2), 23 (5), 24 (1), 25 (2), 26 (4), 27 (4), 28 (1), 29 (3), 30 (4).

2.4. Гнойная хирургия

1 (4), 2 (2), 3 (2), 4 (2), 5 (2), 6 (2), 7 (5), 8 (2), 9 (3), 10 (1), 11 (5), 12 (5), 13 (1), 14 (2), 15 (4), 16 (2), 17 (2).

2.5. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия суставов

1 (3), 2 (3), 3 (1), 4 (3), 5 (4), 6 (2), 7 (2), 8 (3), 9 (2), 10 (4), 11 (2), 12 (2), 13 (2), 14 (3), 15 (3), 16 (4), 17 (2), 18 (4), 19 (2), 20 (3), 21 (4), 22 (4), 23 (1), 24 (2); 25 (3), 26 (4), 27 (3).

2.6. Ампутации

1 (4), 2 (5), 3 (3), 4 (2), 5 (1), 6 (3), 7 (2), 8 (1), 9 (1), 10 (3), 11 (2), 12 (1), 13 (1), 14 (4), 15 (3), 16 (2), 17 (2), 18 (4), 19 (3), 20 (3), 21 (5), 22 (1), 23 (2), 24 (3), 25 (3), 26 (4), 27 (3), 28 (3).

Раздел 3. ГОЛОВА

3.1. Топографическая анатомия мозгового отдела головы

1 (1), 2 (1), 3 (3), 4 (3), 5 (3), 6 (4), 7 (1), 8 (1), 9 (3), 10 (1), 11 (2), 12 (3), 13 (1), 14 (3), 15 (3), 16 (2), 17 (3), 18 (2).

3.2. Оперативные вмешательства на мозговом отделе головы

1 (3), 2 (2), 3 (1), 4 (2), 5 (4), 6 (4), 7 (1), 8 (3), 9 (4), 10 (3), 11 (2), 12 (1), 13 (5), 14 (4).

3.3. Топографическая анатомия лицевой области

1 (1), 2 (4), 3 (3), 4 (2), 5 (2), 6 (4), 7 (2), 8 (1), 9 (4), 10 (3), 11 (2).

3.4. Оперативные вмешательства на лице

1 (3), 2 (1), 3 (4), 4 (3), 5 (4), 6 (5), 7 (3), 8 (3), 9 (4).

Раздел 4. ШЕЯ

4.1. Топографическая анатомия шеи

1 (3), 2 (3), 3 (2), 4 (2), 5 (3), 6 (2), 7 (2), 8 (2), 9 (2), 10 (4).

4.2. Оперативные вмешательства на шее

1 (3), 2 (3), 3 (5), 4 (5), 5 (3), 6 (3), 7 (2), 8 (1), 9 (5), 10 (2), 11 (3), 12 (2), 13 (1), 14 (5), 15 (5), 16 (2), 17 (1), 18 (2).

Раздел 5. ГРУДЬ

5.1. Топографическая анатомия грудной стенки

1 (4), 2 (1), 3 (3), 4 (3), 5 (1), 6 (1), 7 (4).

5.2. Операции на грудной стенке

1 (4), 2 (2), 3 (2), 4 (3), 5 (2), 6 (3), 7 (3), 8 (1), 9 (2), 10 (3), 11 (2), 12 (1), 13 (3), 14 (2), 15 (1), 16 (3).

5.3. Хирургическая анатомия органов грудной полости

1 (1), 2 (1), 3 (2), 4 (4), 5 (2), 6 (3), 7 (2), 8 (1), 9 (3), 10 (3), 11 (2), 12 (3), 13 (2), 14 (4), 15 (3), 16 (1).

5.4. Операции на органах грудной полости

1 (3), 2 (1), 3 (1), 4 (4), 5 (1), 6 (2), 7 (1), 8 (4), 9 (1), 10 (3), 11 (4), 12 (1), 13 (2), 14 (3), 15 (2).

Раздел 6. ЖИВОТ

6.1. Топографическая анатомия брюшной стенки

1 (1), 2 (2), 3 (2), 4 (1), 5 (1), 6 (1), 7 (3), 8 (2), 9 (2), 10 (2), 11 (2), 12 (1), 13 (2), 14 (2), 15 (1), 16 (2), 17 (2), 18 (2).

6.2. Операции на брюшной стенке

1 (1), 2 (1), 3 (2), 4 (1), 5 (1), 6 (3), 7 (2), 8 (2), 9 (1), 10 (3), 11 (1), 12 (3), 13 (1), 14 (4), 15 (2), 16 (2), 17 (1), 18 (1), 19 (2), 20 (3), 21 (1), 22 (3), 23 (2), 24 (1).

6.3. Хирургическая анатомия полых и паренхиматозных органов брюшной полости

1 (3), 2 (2), 3 (3), 4 (1), 5 (3), 6 (1), 7 (3), 8 (3), 9 (2), 10 (4), 11 (4), 12 (4), 13 (3), 14 (2), 15 (3), 16 (2), 17 (3), 18 (1), 19 (2), 20 (3).

6.4. Операции на полых и паренхиматозных органах брюшной полости

1 (2), 2 (1), 3 (1), 4 (1), 5 (1), 6 (1), 7 (3), 8 (2), 9 (1), 10 (2), 11 (2), 12 (1), 13 (3), 14 (3), 15 (2), 16 (2), 17 (1), 18 (1), 19 (3), 20 (2), 21 (1), 22 (3), 23 (2), 24 (1), 25 (2), 26 (1), 27 (3), 28 (4), 29 (3), 30 (4), 31 (2), 32 (4), 33 (3), 34 (5), 35 (3), 36 (2), 37 (1), 38 (3), 39 (2), 40 (2), 41 (4), 42 (2).

Раздел 7. ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО

1 (3), 2 (2), 3 (2), 4 (3), 5 (2), 6 (3), 7 (2), 8 (1), 9 (2), 10 (1), 11 (2), 12 (3),

13 (5) .

Раздел 8. ТАЗ

1 (2), 2 (1), 3 (1), 4 (2), 5 (2), 6 (2), 7 (3), 8 (5), 9 (4), 10 (4).