

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 20.06.2025
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

«Майкопский государственный технологический университет»

Медицинский институт

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Госпитальной хирургии и последипломного образования



УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

06 20 25 года

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:

в диагностической деятельности:

ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в лечебной деятельности:

ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

в организационно-управленческой деятельности:

ПК-12 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете:

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования:

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ГОЛОВА

1. Топография лобно-теменно-затылочной областей. Границы. Особенности артериального и венозного кровоснабжения. Клетчаточные слои мягких тканей свода черепа.
2. Костная основа головы. Переломы костей свода и основания черепа. Локализация, особенности, топическая диагностика, осложнения. Л.М.
3. Топография височной области. Черепно-мозговая топография: схема Кронлейна.
4. Топография внутреннего основания черепа.
5. Оболочки мозга. Синусы твердой мозговой оболочки. Подоболочечные пространства.
6. Топография сосцевидной области. Формы строения сосцевидного отростка. Трепанационный треугольник Шипо.
7. Деление лица на области. Особенности артериального и венозного кровоснабжения, практическое значение. Иннервация лица, лимфоотток.
8. Околоушно-жевательная область. Топография околоушной слюнной железы, её выводного протока.
9. Топография и функция тройничного нерва.
10. Топография и функция лицевого нерва.
11. Топографическая анатомия щечной области. Границы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.
12. Топография глубокой области лица (клетчаточные промежутки, сосуды и нервы).

ШЕЯ

13. Деление шеи на области и треугольники.
14. Фасции и клетчаточные пространства шеи - топография, клиническое значение, пути распространения гноя, оперативные вмешательства. Л.М.
15. Срединные и боковые кисты и свищи шеи. Локализация, оперативное лечение. Л.М.
16. Топография органов шеи: гортань, трахея, глотка, пищевод (внешние ориентиры, скелетотопия, синтопия, иннервация, кровоснабжение, отток лимфы).
17. Топография лестничных щелей и лестнично-позвоночного треугольника (границы, содержимое).
18. Топография сонного треугольника.
19. Топография поднижнечелюстного треугольника, треугольник Пирогова (границы, слои, содержимое, практическое значение).
20. Лимфатическая система шеи. Лимфатические узлы, пути оттока лимфы от органов шеи.
21. Топография шейного отдела грудного лимфатического протока.
22. Топография шейного сплетения и шейного отдела симпатического ствола.
23. Топография сосудисто-нервного пучка шеи (проекционная линия, синтопия, рефлексогенные зоны, отличия наружной и внутренней сонных артерий).
24. Топографическая анатомия щитовидной железы. Кровоснабжение, топография возвратных нервов.

ГРУДЬ

25. Топография молочной железы, послойное строение, топографо-анатомическое обоснование операций на молочной железе. Л.М.

26. Пути метастазирования опухолей молочной железы, операции при раке молочной железы. Л.М.
27. Топография межреберья (слои, сосудисто-нервный пучок). Л.М.
28. Топография сердца и перикарда (скелетотопия, синтопия, голотопия, синусы перикарда, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).
29. Топография париетальной плевры, границы, отделы, плевральные синусы, кровоснабжение, иннервация висцерального и париетального листков плевры.
30. Топография легких (деление на доли, зоны, сегменты). Лимфоотток, кровоснабжение, иннервация, топография корня легкого,.
31. Топография средостения (границы, органы).
32. Топография грудного отдела пищевода. Деление на участки, их синтопия, кровоснабжение, места локализации порто-кавальных анастомозов.
33. Топография трахеи и бронхов, блуждающих и диафрагмальных нервов.
34. Топография непарных и полунепарных вен, грудного лимфатического протока, симпатического ствола.

БРЮШНАЯ СТЕНКА, БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ И ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО

35. Послойная топография переднебоковой стенки живота (деление на области, слои, кровоснабжение, иннервация, порто-кавальные анастомозы, лимфоотток). Топография белой линии живота, пупочного кольца, влагалища прямых мышц живота.
36. Топография пахового канала (стенки, глубокое и поверхностное паховые кольца, содержимое канала).
37. Слабые места брюшной стенки. Классификация грыж. Наружные грыжи живота.
38. Проекция органов брюшной полости на переднюю брюшную стенку. Л.М.
39. Топография диафрагмы (высота стояния, строение, функции, кровоснабжение, иннервация). Грудино-реберные и пояснично-реберные треугольники и их клиническое значение. Отверстия в диафрагме, их содержимое.
40. Топография поясничной области (фасциально-мышечные ложа, топография и клиническое значение треугольников Лесгафта и Пти).
41. Топография брюшины, свойства брюшины, отношение органов брюшной полости к брюшине.
42. Топография пазух, каналов, карманов, сумок (печеночная, преджелудочная, сальниковая) брюшины. Их клиническое значение. Л.М.
43. Топография сальниковой сумки и сальникового отверстия. Топографо-анатомическое обоснование дренирования сальниковой сумки. Л.М.
44. Клиническое значение преджелудочной и печеночной сумок. Строение, профилактика поддиафрагмальных абсцессов. Л.М.
45. Топографо-анатомическое обоснование возникновения поддиафрагмальных абсцессов, меры профилактики. Л.М.
46. Топография печени (голотопия, скелетотопия, синтопия, фиксация печени в брюшной полости, особенности кровоснабжения печени, иннервация, лимфоотток).
47. Топография внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря (голотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, строение).
48. Топографо-анатомическая сущность портальной гипертензии и ее оперативное лечение. Пути коллатерального тока крови при портальной гипертензии (естественные и искусственные). Л.М.
49. Топографо-анатомическое обоснование методов диагностики заболеваний желчных путей.
50. Топография верхнего этажа брюшной полости. Ход брюшины. Отношение к органам. Малый и большой сальник. Сумки.

51. Топография селезенки. Голотопия, синтопия, скелетотопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Хирургические доступы к селезенке.
52. Топография желудка: голотопия, синтопия, скелетотопия, связки желудка, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы.
53. Топография двенадцатиперстной кишки: голотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, особенности строения.
54. Топография поджелудочной железы: голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы. Хирургические доступы к железе.
55. Топография тощей и подвздошной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток). Отличия тонкой кишки от толстой.
56. Топография отделов толстой кишки и червеобразного отростка. Отношение к брюшине, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.
57. Топография забрюшинного пространства (границы, слои, фасции, клетчаточные пространства, их содержимое) сообщение с другими областями. Топография аорты, нижней полой вены, забрюшинных лимфатических узлов, поясничного отдела симпатического ствола.
58. Топография почек и мочеточников (синтопия, скелетотопия, кровоснабжение, иннервация).

ТАЗ

59. Топография таза. Скелет, мышцы, фасции, клетчаточные пространства, артерии и вены таза. Л.М.
60. Клиническое значение образований брюшины малого таза. Л.М.
61. Топография прямой кишки, мочевого пузыря, матки, придатков, уретры (синтопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).
62. Топографо-анатомическое обоснования ректального исследования. Ректороманоскопия.

КОНЕЧНОСТИ

63. Топография дельтовидной и лопаточной области. Границы, мышечно-фасциальные ложа, сосуды и нервы. Распространение гноя по клетчатке. Лопаточный артериальный коллатеральный круг.
64. Топография подмышечной впадины. Границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка, пути распространения гноя по клетчатке.
65. Топография плечевого сустава. Связки, ход капсулы, кровоснабжение, особенности строения, техника прокола.
66. Топография плеча. Границы, мышечно-фасциальные ложа, топография сосудисто-нервных пучков, пути распространения гноя.
67. Топография поперечного распила плеча в средней трети.
68. Коллатеральное кровоснабжение верхней конечности. Лопаточный артериальный круг. Артериальная сеть локтевого сустава.
69. Топография предплечья. Пространство Пирогова-Парона. Поперечный распил предплечья в средней трети.
70. Топография кисти. Границы, слои, клетчаточные пространства, сосуды. Синовиальные влагалища. Состояние кисти при ранениях лучевого, локтевого и срединного нерва.
71. Топография ягодичной области. Границы, фасциальные ложа, клетчатка, сосуды, нервы, их проекция на кожу.
72. Топография тазобедренного сустава (строение, капсула, связочный аппарат, особенности кровоснабжения). Линия Розер-Нелатона. Задняя область бедра.
73. Топография бедра (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервный пучок, его проекция на кожу - линия Кэна). Топография бедренного треугольника, приводящий канал бедра (Гунтеров). Распространение гноя по клетчатке.

74. Топография бедренного треугольника. Запирательный канал, его клиническое значение.
75. Топография бедренного канала.
76. Топография подколенной ямки. Границы, слои, сосудисто-нервный пучок. Пути распространения гноя из ямки.
77. Топография коленного сустава. Ход капсулы, связочный аппарат, завороты, их клиническое значение, пункция сустава.
78. Топография голени. Границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, топография маллеолярного канала. Положение стопы при повреждении малоберцового и большеберцового нервов.
79. Топография поперечных распилов бедра.
80. Топография поперечных распилов голени в средней трети.
81. Топография стопы. Мышечно-фасциальные ложа тыла и подошвы, сосудисто-нервные пучки, пути распространения гнойных процессов.
82. Коллатеральное кровообращение нижней конечности (коллатерали в области бедра, артериальная сеть коленного сустава).
83. Коллатеральное кровообращение верхней конечности (лопаточный коллатеральный круг, анастомозы локтевой области).

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

84. Понятие о хирургической операции. Классификация, этапы оперативных вмешательств. Требования к оперативному доступу, приему и завершению операции.
85. Методы остановки кровотечения. Техника временной и окончательной остановки кровотечения. 4. Проекционные линии сосудов человека.
86. Пункция магистральных сосудов. Понятие о методике Сельдингера: хирургические инструменты, показания, техника, осложнения.
87. Топографо-анатомическое обоснование ангиографии.
88. Сосудистый шов. Требования, методика. Принципы наложения сосудистого шва. Бесшовное соединение сосудов.
89. Оперативная ангиология. Вклад отечественных ученых.
90. Основные операции при артериальной окклюзии. Открытая и закрытая тромбэктомия, тромбинтимэктомия, аутовенозная пластика, различные варианты артериального шунтирования синтетическими протезами. Понятие о реваскуляризации конечности. Л.М.
91. Свободная кожная пластика (показания, этапы, техника). Л.М.
92. Пластика местными тканями (показания, этапы, техника). Л.М.
93. Пластика отдаленными тканями на питающей ножке – стебель Филатова (показания, этапы, техника). Л.М.
94. Понятие об эстетической хирургии. Л.М.
95. Состояние вопроса о пересадке органов и тканей. Исторический очерк. Вклад отечественных ученых. Тканевая несовместимость. Л.М.
96. Первичная хирургическая обработка ран головы. Л.М.
97. Костно-пластическая трепанация черепа. Хирургические инструменты для операций на черепе.
98. Декомпрессивная трепанация черепа. Показания, техника, инструментарий.
99. Вагосимпатическая блокада по Вишневскому. Топографо-анатомическое обоснование, история разработки и внедрения метода, показания, техника. Л.М.
100. Перевязка наружной сонной артерии (показания, топографо-анатомическое обоснование, техника).
101. Трахеотомия. Классификация, показания, топографо-анатомическое обоснование, техника, инструменты, осложнения. Л.М.

102. Операции на щитовидной железе - энуклеация, струмэктомия, гемиструмэктомия. Операции при хеMODEKТОМАХ.
103. Хирургическое лечение маститов (интра-ретромАММАРНЫХ). Топографо-анатомическое обоснование применяемых разрезов. Л.М.
104. Техника плевральной пункции при гемо- и пневмотораксе. Ошибки и осложнения. Л.М.
105. Оперативные доступы к сердцу. Хирургическое лечение ранений сердца.
106. Операции при ишемической болезни сердца.
107. Резекция ребра (показания, техника).
108. Оперативные доступы к легким.
109. Техника перевязки наружной сонной артерии, восстановление коллатерального кровотока после перевязки.
110. Операции при проникающих ранениях грудной клетки. Пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный). Дренаживание плевральной полости.
111. Прокол сердечной сумки.
112. Топографо-анатомическое обоснование лапаротомных доступов (продольные, поперечные, косые, комбинированные). Требования к оптимальному доступу к органам брюшной полости (тесты Сазон-Ярошевича). Классификация оперативных доступов в брюшную полость. Л.М.
113. Правила завершения операций в полости живота. Понятие о дренировании брюшной полости.
114. Понятие о лапароскопии как методе диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости. Инструментарий, техника, перспективы развития.
115. Слабые места брюшной стенки. Классификация грыж. Осложнения. Принципы оперативного лечения.
116. Понятие о скользящих, врожденных и ущемленных грыжах. Л.М.
117. Тактика хирурга при ревизии брюшной полости по поводу перитонита. Л.М.
118. Этапы развития прямой паховой грыжи. Л.М.
119. Техника операции при прямой паховой грыже. Л.М.
120. Этапы развития косой паховой грыжи.
121. Техника операции при косой паховой грыже. Л.М.
122. Операции при бедренных грыжах.
123. Операции при грыжах белой линии живота.
124. Операции при пупочных грыжах (по Лексеру, Мейо, Сапежко).
125. Кишечный шов Альберта, Ламбера, Шмидена. Л.М.
126. Техника резекции тонкой кишки. Виды межкишечных анастомозов.
127. Техника и показания к операции наложения противоестественного заднего прохода (одноствольный, двухствольный).
128. Техника операции гастротомии (по Штамму, Витцелю, Топроверу).
129. Исторический очерк развития абдоминальной хирургии. Вклад отечественных ученых.
130. Хирургия желудка. История развития. Топографо-анатомическое обоснование резекции желудка и ваготомии. Л.М.
131. Особенности резекции желудка по принципу Бильрот-1 и Бильрот-2. Показания, техника, дата первой операции в России. Л.М.
132. Ваготомия (показания, виды, техника, операции).
133. Топографо-анатомическое обоснование шва печени. Техника выполнения. Л.М.
134. Операции на желчном пузыре: холецистостомия, холецистэктомия, холедохотомия.
135. Аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову, параректальным разрезом по Ленандеру. Достоинства и недостатки этих разрезов. Методы обработки культы отростка.
136. Оперативная хирургия почек. Понятие о нефрэктомии и пиелотомии.

137. Хирургические доступы к селезенке.
138. Высокое сечение мочевого пузыря.
139. Виды ампутаций и техника вмешательств. Особенности обработки кости, нерва и магистрального сосуда. Л.М.
140. Пункция суставов: тазобедренного, коленного, плечевого, локтевого.
141. Методы ампутаций конечностей (гильотинный, конусо-круговой, лоскутный, фасциопластический, костнопластический). Л.М.
142. Техника фасциопластической ампутации голени в средней трети.
143. Оперативный методы лечения переломов. Понятие об экстремедуллярном внеочаговом компрессионно-дистракционном металлоостеосинтезе.
144. Понятие об интрамедуллярном металлоостеосинтезе.
145. Техника костно-пластической ампутации бедра по Гритти-Альбрехту-Шимановскому.
146. Воспалительные заболевания пальцев (панариции). Виды и локализация. Хирургические разрезы при панарициях. Обезболивание по Лукашевичу-Оберсту.
147. Локализация флегмон кисти и техника операций при них.
148. Шов и пластика сухожилий. Первичный и вторичный шов.
149. Шов нервов (первичный и вторичный).
150. Хирургические инструменты. Классификация, правила пользования хирургическими инструментами.
151. Хирургические узлы и швы. Виды, назначение. Правила вязания узлов. Наложение и снятие швов.
152. Определение эндоскопической хирургии. Этапы развития. Аппаратное и инструментальное обеспечение. Преимущества эндоскопических операций. Л.М.
153. Современные требования к лапароскопическому доступу, оперативному приему. Завершение лапароскопических операций. Л.М.

**Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»**

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Бедренная вена в бедренном треугольнике расположена по отношению к бедренной артерии:

- а) спереди;
- б) сзади;
- в) латерально;
- г) медиально;
- д) спереди и латерально;

2. При выполнении сосудистого циркулярного шва по Каррелю накладывают швы-держалки:

- а) 1 шов;
- б) 2 шва;
- в) 3 шва;
- г) 4 шва;
- д) швы-держалки не накладывают;

3. Большая скрытая вена в области голени расположена между:

- а) кожей и поверхностной фасцией;
- б) поверхностной и собственной фасциями;
- в) листками поверхностной фасции;
- г) собственной фасцией и икроножной мышцей;
- д) икроножной и камбаловидной мышцами;

4. Кверху от сухожилия длинного сгибателя пальцев в медиальном лодыжечном канале находится:

- а) задняя большеберцовая артерия;
- б) задняя большеберцовая вена;
- в) большеберцовый нерв;
- г) длинный сгибатель первого пальца;
- д) задняя большеберцовая мышца;

5. Следующим образованием тыла стопы книзу от поверхностного листка собственной фасции является:

- а) плюсневые кости стопы;
- б) предплюневые кости стопы;
- в) глубокий листок собственной фасции;
- г) сухожилия длинных и коротких разгибателей пальцев;
- д) тыльные межкостные мышцы;

6. Через большое седалищное отверстие малого таза проходит мышца:

- а) наружная запирательная;
- б) внутренняя запирательная;
- в) грушевидная;
- г) средняя ягодичная;
- д) малая ягодичная;

7. Через малое седалищное отверстие малого таза проходит мышца:

- а) внутренняя запирающая;
- б) наружная запирающая;
- в) грушевидная;
- г) средняя ягодичная;
- д) пояснично-подвздошная;

8. Через надгрушевидное отверстие в ягодичной области проходит:

- а) седалищный нерв;
- б) срамной нерв;
- в) внутренняя срамная артерия;
- г) верхняя ягодичная артерия;
- д) нижняя ягодичная артерия;

9. Через подгрушевидное отверстие в ягодичной области проходят все образования, кроме:

- а) жировой клетчатки;
- б) седалищного нерва;
- в) бедренного нерва;
- г) нижней ягодичной вены;
- д) внутренней срамной артерии;

10. К тазобедренному суставу спереди прилежат непосредственно мышцы:

- а) грушевидная;
- б) наружная запирающая;
- в) подвздошно-поясничная;
- г) квадратная;
- д) малая ягодичная;

11. Наружная четверть шейки тазобедренного сустава не прикрыта капсулой:

- а) спереди;
- б) сзади;
- в) сверху;
- г) снизу;
- д) снизу и спереди;

12. При гнойном поражении тазобедренного сустава экссудат распространяется в ягодичную область по ходу:

- а) средней ягодичной мышцы;
- б) седалищного нерва;
- в) подвздошно-поясничной мышцы;
- г) наружной запирающей мышцы;
- д) запирающего канала;

13. При гнойном поражении тазобедренного сустава экссудат распространяется в полость малого таза по ходу:

- а) наружной запирающей мышцы;
- б) бедренного канала;
- в) бедренной артерии;
- г) мышечной лакуны;
- д) внутренней запирающей мышцы;

14. Бедренная вена в сосудистой лакуне бедра находится по отношению к бедренной артерии:

- а) сзади;
- б) латерально;
- в) спереди;
- г) спереди и латерально;
- д) медиально;

15. Медиально от бедренной вены в бедренном канале залегает:

- а) бедренная артерия;
- б) бедренный нерв;
- в) запирательная артерия;
- г) жировая клетчатка и лимфоузлы;
- д) полово-бедренный нерв;

16. Бедренная артерия в бедренном треугольнике закрыта спереди непосредственно:

- а) бедренным нервом;
- б) бедренной веной;
- в) глубоким листком широкой фасции;
- г) поверхностным листком широкой фасции;
- д) поверхностной фасцией;

17. Бедренный нерв в одноименном треугольнике находится во влагалище мышцы:

- а) портняжной;
- б) прямой;
- в) пояснично-подвздошной;
- г) гребешковой;
- д) короткой приводящей;

18. Бедренный нерв по отношению к бедренной артерии в бедренном треугольнике находится:

- а) латерально;
- б) медиально;
- в) сзади;
- г) спереди;
- д) спереди и медиально;

19. Содержимое мышечной лакуны бедра составляет:

- а) прямая мышца бедра;
- б) портняжная мышца;
- в) бедренная вена;
- г) бедренная артерия;
- д) бедренный нерв;

20. Заднюю границу подмышечной ямки составляет мышца:

- а) широчайшая и большая круглая;
- б) малая круглая;
- в) подлопаточная;
- г) длинная головка трицепса;

д) подостная;

21. К подмышечной артерии сзади в грудном треугольнике подключичной области прилежит непосредственно:

- а) срединный нерв;
- б) подмышечный нерв;
- в) первичные пучки плечевого сплетения;
- г) лучевой нерв;
- д) задний пучок плечевого сплетения;

22. В подгрудном треугольнике подмышечной области к подмышечной артерии медиально прилежат непосредственно нервы:

- а) подмышечный;
- б) лучевой;
- в) локтевой;
- г) срединный;
- д) медиальный пучок плечевого сплетения;

23. Подмышечная клетчатка связана с клетчаткой переднего фасциально-мышечного ложа плеча по ходу:

- а) подлопаточной артерии;
- б) срединного нерва;
- в) лучевого нерва;
- г) подмышечного нерва;
- д) подмышечной артерии;

24. Подмышечная клетчатка связана с клетчаткой заднего фасциально-мышечного ложа плеча по ходу:

- а) подлопаточной артерии;
- б) срединного нерва;
- в) лучевого нерва;
- г) подмышечного нерва;
- д) подмышечной артерии;

25. Поддельтовидная клетчатка в области плечевого сустава расположена между:

- а) дельтовидной мышцей и глубоким листком собственной фасции;
- б) глубоким листком собственной фасции и поддельтовидной синовиальной сумкой;
- в) поддельтовидной синовиальной сумкой и сухожилиями над- и подостных мышц;
- г) сухожилиями над- и подостных мышц и капсулой плечевого сустава;
- д) капсулой плечевого сустава и шейкой плечевой кости;

26. Срединный нерв по отношению к плечевой артерии в средней трети плеча находится:

- а) сзади;
- б) спереди;
- в) латерально;
- г) медиально;
- д) ни один из вариантов;

27. Переломы плеча в средней трети чаще всего сопровождаются повреждением нерва:

- а) локтевого;
- б) лучевого;
- в) срединного;
- г) межреберно-плечевого;
- д) подмышечного;

28. Подмышечная вена по отношению к подмышечной артерии располагается:

- а) сзади;
- б) спереди;
- в) латерально;
- г) медиально;
- д) сзади и латерально;

29. Ампутация конечности - это отсечение:

- а) нежизнеспособных тканей;
- б) конечности на уровне сустава;
- в) поврежденной конечности;
- г) конечности на протяжении кости;
- д) тканей с целью максимального сохранения жизнеспособности конечности;

30. При задней артротомии плечевого сустава существует опасность повреждения:

- а) лучевого нерва;
- б) локтевого нерва;
- в) подмышечного нерва;
- г) плечевого сплетения;
- д) межреберно-плечевого нерва;

31. Коленный сустав имеет синовиальные завороты в количестве:

- а) 5;
- б) 10;
- в) 15;
- г) 9;
- д) 4;

32. Подколенный сосудисто-нервный пучок включает последовательно в направлении латерально-медиальном следующие элементы:

- а) вену, артерию, нерв;
- б) артерию, вену, нерв;
- в) вену, нерв, артерию;
- г) нерв, вену, артерию;
- д) нерв, артерию, вену;

33. Сосудисто-нервный пучок переднего ложа голени включает последовательно в направлении медиально-латеральном следующие элементы:

- а) две вены, артерию, нерв;
- б) артерию, две вены, нерв;
- в) вену, артерию, вену, нерв;
- г) нерв, вену, артерию, вену;
- д) нерв, артерию, две вены;

34. Хирургическое соединение костных отломков различными способами, называется:

- а) редрессация;
- б) остеосинтез;
- в) остеотомия;
- г) трансплантация;
- д) репозиция.

35. Оперативное рассечение кости называется:

- а) редрессация;
- б) остеосинтез;
- в) остеотомия;
- г) трансплантация кости;
- д) репозиция.

36. При пункции полости плечевого сустава из передней позиции иглу вводят:

- а) под клювовидный отросток лопатки;
- б) под выпуклую часть акромиального отростка лопатки, через толщу дельтовидной мышцы;
- в) под передний край акромиального отростка лопатки, между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы;
- г) в вершину подмышечной ямки;
- д) ни один из вариантов;

37. При пункции полости плечевого сустава из задней позиции иглу вводят:

- а) под клювовидный отросток;
- б) под выпуклую часть акромиального отростка, через толщу дельтовидной мышцы;
- в) под задний край акромиального отростка лопатки, между задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы;
- г) в вершину подмышечной ямки;
- д) ни один из вариантов.

38. При пункции тазобедренного сустава из латеральной позиции иглу вводят:

- а) у внутреннего края портняжной мышцы, в точку, находящуюся на середине линии, проведенной от верхушки большого вертела бедра к границе между внутренней и средней третями паховой связки;
- б) над верхушкой большого вертела во фронтальной плоскости при легко отведенной и медиально ротированной конечности;
- в) непосредственно под паховой связкой на границе ее внутренней и средней трети;
- г) латерально на 2см от седалищного бугра при легко отведенной и латерально ротированной конечности;
- д) ни один из вариантов.

39. При пункции полости коленного сустава иглу вводят:

- а) на уровне основания или верхушки надколенника, отступив латерально или медиально на 1-2см;
- б) непосредственно медиально или латерально от мыщелков бедренной кости;
- в) в центр подколенной ямки;
- г) непосредственно под надколенник в положении сгибания в коленном суставе;
- д) непосредственно над надколенником, в положении сгибания в коленном суставе;

40. Флегмону подколенной ямки вскрывают разрезом:

- а) крестообразным;
- б) двумя боковыми продольными;
- в) S-образным;
- г) срединным продольным;
- д) поперечным.

41. Глубокая флегмона ягодичной области чаще всего локализуется:

- а) между большой, средней и малой ягодичными мышцами;
- б) между кожей и поверхностной ягодичной фасцией;
- в) между средней и большой ягодичными мышцами;
- г) между поверхностной и собственной фасциями;
- д) между наружным и внутренними листками собственной фасции большой ягодичной мышцы.

42. При глубокой флегмоне ягодичной области гнойный процесс может распространяться по:

- а) паравазальной клетчатке в седалищно-прямокишечную ямку;
- б) паравазальной клетчатке в подбрюшинный этаж малого таза;
- в) перинеуральной клетчатке в заднее фасциальное ложе бедра;
- г) межфасциальному промежутку по подвздошно-большеберцовому тракту на переднюю поверхность бедра;
- д) все варианты.

43. Расстояние отдельных швов от края стенки сосуда при наложении сосудистого шва должно быть:

- а) не больше толщины стенки сосуда;
- б) не меньше толщины стенки сосуда;
- в) 5 мм;
- г) 7 мм;
- д) 9 мм

44. При выполнении сосудистого шва отдельные стежки должны накладываться один от другого на расстоянии:

- а) 0,1 см;
- б) 0,2 см;
- в) 0,3 см;
- г) 0,4 см;
- д) 0,5 см.

45. При сшивании сосуда большего калибра с сосудом меньшего диаметра последний срезается в следующем направлении к оси сосуда:

- а) поперечном;
- б) косом;
- в) продольном;
- г) в косом направлении срезается сосуд большего диаметра;
- д) не имеет значения.

46. При аутопластике сосуда наиболее подходящим трансплантатом для его замещения является:

- а) основная вена плеча;
- б) пупочная вена;
- в) тефлоновый протез;
- г) большая скрытая вена бедра;
- д) головная вена плеча;

47. Диаметр протеза, используемый для замещения дефекта сосуда, должен быть:

- а) равен диаметру сосуда;
- б) больше диаметра сосуда;
- в) меньше диаметра сосуда;
- г) равен длине окружности сосуда;
- д) равен двум диаметрам сосуда.

48. При полном разрыве сосуда накладывается шов:

- а) Розова;
- б) Ланге;
- в) Карреля;
- г) Казакова;
- д) все варианты.

49. Протезирование сосуда (ангиопластика) выполняется при наличии дефекта сосуда не менее:

- а) 0,5 – 1 см;
- б) 3 - 4 см;
- в) 5 - 6 см;
- г) 8 – 9 см;
- д) 10 – 12 см.

50. Линия Кена – это проекция:

- а) бедренной вены;
- б) седалищного нерва;
- в) срединного нерва;
- г) бедренной артерии;
- д) большеберцовой артерии.

51. Линия, соединяющая середину паховой связки с медиальным надмыщелком бедра, служит для определения проекции:

- а) глубокой артерии бедра;
- б) бедренной вены;
- в) бедренной артерии;
- г) бедренного нерва;
- д) большой скрытой вены бедра.

52. При травме сосуда время пережатия его с целью остановки кровотечения не должно превышать:

- а) 15 мин;
- б) 30 мин;
- в) 1 часа;
- г) 1,5 часов;

д) двух часов.

53. Под термином невролиз понимают:

- а) шов нерва;
- б) выделение нерва из рубцовой ткани;
- в) удаление невromы;
- г) иссечение части нерва;
- д) пересечение нервного ствола;

54. Показаниями к симпатэктомии являются:

- а) атрофия мышц в результате травмы нерва;
- б) дополнительная операция к реконструкции на аорте;
- в) аневризма аорты;
- г) каузалгические боли в результате травмы крупных нервных стволов конечностей;
- д) все варианты.

55. Показаниями к наложению вторичного шва нерва являются все, кроме:

- а) массивного повреждения окружающих тканей;
- б) инфицирования раны;
- в) огнестрельного ранения;
- г) давности раны менее 12 часов;
- д) все варианты.

56. Двигательную функцию срединного нерва при возможном его повреждении проверяют:

- а) противопоставлением первого пальца кисти пятому;
- б) разведением и сведением пальцев кисти;
- в) сгибанием пятого пальца кисти;
- г) приведением первого пальца кисти;
- д) отведением пятого пальца кисти.

57. Транспозиция нерва это:

- а) высвобождение нерва из окружающей его рубцовой ткани;
- б) расщепление периневрия для осмотра нервных волокон;
- в) вылушивание рубцов между нервными волокнами;
- г) перемещение сшитого нерва на новое место с целью; уменьшения его натяжения
- д) повторное сшивание нерва.

58. Двигательную функцию локтевого нерва проверяют:

- а) противопоставлением первый пальца кисти пятому;
- б) разгибанием второго пальца кисти;
- в) супинацией предплечья;
- г) разведением и сведением пальцев кисти;
- д) отведением первого пальца кисти.

59. Лимфоотток от боковой области лица осуществляется в лимфоузлы:

- а) щечные;
- б) глубокие лицевые;
- в) окологлоточные и заглоточные;
- г) околоушные глубокие;

д) ни один из вариантов;

60. Щечные лимфоузлы расположены:

- а) у переднего края массетера;
- б) в толще паренхимы околоушной слюнной железы;
- в) под капсулой околоушной слюнной железы;
- г) на наружной поверхности щечной мышцы;
- д) по ходу лицевой вены;

61. Околоушные глубокие лимфоузлы расположены:

- а) сразу под капсулой околоушной слюнной железы;
- б) за околоушной слюнной железой;
- в) у переднего края массетера;
- г) снаружи от капсулы околоушной слюнной железы;
- д) по ходу наружной сонной артерии;

62. Верхняя глазничная щель основания черепа соединяет глазницу с:

- а) крылонебной ямкой;
- б) средней черепной ямкой;
- в) подвисочной ямкой;
- г) ячейками решетчатой кости;
- д) височной ямкой;

63. Нижний носовой ход сообщается с:

- а) носослезным каналом;
- б) верхнечелюстной пазухой;
- в) основной пазухой;
- г) передними и средними ячейками лабиринта решетчатой кости;
- д) задними ячейками лабиринта решетчатой кости;

64. К лобной пазухе сверху прилежат образования:

- а) носовая и глазничная части лобной кости;
- б) внутренняя пластинка чешуи лобной кости;
- в) наружная пластинка лобной кости;
- г) чешуя лобной кости и твердая мозговая оболочка;
- д) твердая мозговая оболочка передней черепной ямки;

65. К лобной пазухе снизу прилежат образования:

- а) носовая и глазничная части лобной кости;
- б) основная пазуха;
- в) общий носовой ход;
- г) переносица и надбровное возвышение;
- д) все варианты;

66. К верхнечелюстной пазухе снизу прилежат образования:

- а) тело верхней челюсти;
- б) ветви подглазничной артерии и нерва;
- в) бугор верхней челюсти;
- г) альвеолярный отросток верхней челюсти;
- д) крылонебный ганглий;

67. К верхнечелюстной пазухе сзади прилежат все образования, кроме:

- а) тела и бугра верхней челюсти;
- б) клиновидно-небной артерии;
- в) верхних луночковых нервов;
- г) крылонебного ганглия;
- д) скулового отростка верхней челюсти;

68. Лицевые артерия и вена залегают на лице между:

- а) слизистой щеки и щечной мышцей;
- б) щечной мышцей и щечно-глоточной фасцией;
- в) жировым телом щеки и тонкой фасциальной пластинкой;
- г) тонкой фасциальной пластинкой и скуловыми мышцами;
- д) платизмой и подкожной клетчаткой;

69. Поверхностная группа лимфатических узлов в околоушно-жевательной области расположена между:

- а) кожей и подкожной клетчаткой;
- б) подкожной клетчаткой и поверхностной фасцией;
- в) поверхностной фасцией и паренхимой околоушной железы;
- г) дольками паренхимы околоушной железы;
- д) паренхимой железы и внутренним листком собственной фасции;

70. Вероятные пути распространения инфицированного экссудата из околоушно-жевательной области составляют все, кроме как в:

- а) височно-крыловидную клетчатку;
- б) межкрыловидную клетчатку;
- в) окологлоточную клетчатку;
- г) наружный слуховой проход;
- д) верхнечелюстную пазуху;

71. Глубокая область лица содержит все образования, кроме:

- а) межкрыловидной клетчатки;
- б) крыловидного венозного сплетения;
- в) ствола верхнечелюстной артерии;
- г) нижнечелюстного нерва;
- д) протока околоушной слюнной железы;

72. Границу свода и основания черепа составляют все образования, за исключением:

- а) верхней выйной линии;
- б) основания сосцевидного отростка;
- в) верхнего края наружного слухового прохода;
- г) подвисочного гребня сосцевидной кости;
- д) наружного затылочного бугра;

73. Височная мышца в височной области залегает между:

- а) поверхностной фасцией и височным апоневрозом;
- б) листками височного апоневроза;
- в) подапоневротической клетчаткой и надкостницей;
- г) межапоневротической клетчаткой и глубоким листком височного апоневроза;

д) височным апоневрозом и подапоневротической клетчаткой;

74. Надглазничный и лобный нервы свода черепа являются конечными ветвями нерва:

- а) блоковидного;
- б) глазничного;
- в) нижнечелюстного;
- г) лицевого;
- д) шейного сплетения;

75. Рваное отверстие основания черепа находится между:

- а) малым и большим крыльями основной кости;
- б) телом затылочной и пирамидой височной костей;
- в) верхушкой пирамиды височной кости и телом клиновидной кости;
- г) телом верхней челюсти и большим крылом основной кости;
- д) ни один из вариантов;

76. При инфицировании содержимого средней черепной ямки через стенку барабанной полости абсцесс может локализоваться в области:

- а) сигмовидного синуса;
- б) височной доли мозга;
- в) субдурального пространства;
- г) эпидурального пространства;
- д) всех перечисленных анатомических образований;

77. К большому затылочному отверстию снизу прилежит:

- а) выйная связка;
- б) большая задняя прямая мышца головы;
- в) передняя прямая мышца головы;
- г) связка верхушки зуба;
- д) большая затылочная цистерна;

78. Подъязычный канал основания черепа содержит кроме подъязычного нерва:

- а) внутреннее позвоночное венозное сплетение;
- б) передние и задние спинальные ветви позвоночных артерий;
- в) венозный анастомоз;
- г) подъязычную артерию;
- д) ни один из вариантов;

79. Сосцевидное отверстие основания черепа открывается:

- а) на вершине пирамиды височной кости;
- б) во внутренний слуховой ход;
- в) в борозду сигмовидного синуса;
- г) в рваное отверстие;
- д) ни один из вариантов;

80. Обонятельный нерв обеспечивает чувствительную специфическую иннервацию слизистой:

- а) верхнего носового хода;
- б) задних ячеек лабиринта решетчатой кости;
- в) передних и средних ячеек лабиринта решетчатой кости;

- г) среднего носового хода;
- д) нижнего носового хода;

81. Глазодвигательный нерв обеспечивает иннервацию:

- а) роговицы;
- б) конъюнктивы;
- в) слезной железы;
- г) аппарата аккомодации;
- д) верхней косой мышцы глазного яблока;

82. Глазничная ветвь тройничного нерва обеспечивает иннервацию:

- а) роговицы;
- б) слизистой задних и средних ячеек лабиринта решетчатой кости;
- в) слизистой передних ячеек лабиринта решетчатой кости;
- г) кожи подглазничной области;
- д) кожи крыла носа;

83. Глазничная ветвь тройничного нерва обеспечивает иннервацию желез:

- а) околоушной слюнной;
- б) слизистой задних ячеек лабиринта решетчатой кости;
- в) слезной;
- г) слизистой носоглотки;
- д) все варианты;

84. К третьему желудочку мозга сзади прилежат:

- а) медиальная поверхность зрительного бугра;
- б) верхний мозговой парус;
- в) задние отделы моста;
- г) задняя мозговая спайка, эпифиз, пластинка четверохолмия среднего мозга;
- д) нижний мозговой парус;

85. К большой цистерне мозга сверху прилежат:

- а) верхний мозговой парус;
- б) нижний мозговой парус;
- в) нижняя поверхность мозжечка;
- г) дно ромбовидной ямки;
- д) варолиев мост;

86. К мостовой цистерне мозга сверху прилежат:

- а) гипофиз;
- б) передне-верхний отдел моста;
- в) оболочки головного мозга;
- г) перекрест зрительных нервов;
- д) все варианты;

87. К цистерне терминальной пластинки сверху прилежат:

- а) киль мозолистого тела;
- б) задний отдел мозолистого тела;
- в) пластинка четверохолмия среднего мозга;
- г) извилины мозжечка;

д) эпифиз мозга;

88. При трепанации сосцевидного отростка возможно повреждение ствола лицевого нерва при нарушении границы треугольника Шипо:

а) медиальной;

б) передней;

в) задней;

г) верхней;

д) нижней;

89. При операции перевязки средней оболочечной артерии после выкраивания и отведения костного лоскута все дальнейшие действия хирурга последовательны, за исключением:

а) произведения гемостаза в кости;

б) удаления сгустков крови;

в) рассечения *durae mater*;

г) лигирования ветвей средней оболочечной артерии;

д) удаления субдуральной гематомы;

90. При пункции абсцесса мозга все действия хирурга правильны, за исключением выполнения:

а) разреза мягких тканей над местом локализации;

б) фрезевого отверстия на кости;

в) рассечения *durae mater*;

г) пункции мозга и удаления экссудата;

д) промывания полости абсцесса антисептическим раствором;

91. При непосредственном вскрытии трахеи по поводу асфиксии существует опасность ранения:

а) нижней щитовидной артерии;

б) верхней щитовидной артерии;

в) щитовидной железы;

г) задней стенки трахеи и пищевода;

д) общей сонной артерии;

92. Нижнюю границу шеи составляют все образования, кроме:

а) яремной вырезки грудины;

б) акромиально-ключичного сочленения;

в) ключицы;

г) верхней выйной линии;

д) остистого отростка VII шейного позвонка;

93. Границы надподъязычной области составляют все образования, кроме:

а) тела подъязычной кости;

б) больших рожек подъязычной кости;

в) нижнего края нижней челюсти;

г) верхушки сосцевидного отростка;

д) начала верхней выйной линии;

94. Висцеральный листок внутренностной фасции шеи непосредственно покрывает все образования, кроме:

- а) паращитовидных желез;
- б) возвратных нервов (нижних гортанных);
- в) щитовидной железы;
- г) пищевода;
- д) поднижнечелюстной слюнной железы;

95. Предпозвоночная фасция шеи покрывает все образования, кроме:

- а) пограничного симпатического ствола;
- б) длинных мышц шеи и головы;
- в) общей сонной артерии;
- г) лестничных мышц;
- д) плечевого сплетения;

96. Глубокое латеральное пространство шеи содержит все образования, кроме:

- а) диафрагмального нерва;
- б) щито-шейного артериального ствола;
- в) подключичной артерии;
- г) блуждающего нерва;
- д) плечевого сплетения;

97. Блуждающий нерв по отношению к общей сонной артерии в области сонного треугольника шеи находится:

- а) спереди и медиально;
- б) сзади и медиально;
- в) спереди и латерально;
- г) сзади и латерально;
- д) спереди;

98. Наружная сонная артерия в области шеи отдает все ветви, за исключением:

- а) язычной;
- б) лицевой;
- в) верхней щитовидной;
- г) затылочной;
- д) нижней щитовидной;

99. Скелетотопию лопаточно-трахеального треугольника составляют тела позвонков:

- а) С2 - С4;
- б) С4 - С7;
- в) С2 - С6;
- г) С3 - Th1;
- д) С3 - С6;

100. Нижняя щитовидная артерия является ветвью артерии:

- а) внутренней сонной;
- б) общей сонной;
- в) наружной сонной;
- г) аорты;

д) подключичной;

101. Верхний гортанный нерв обеспечивает иннервацию:

- а) слизистой оболочки верхнего отдела гортани;
- б) истинных голосовых связок;
- в) слизистой оболочки нижнего отдела гортани;
- г) перстневидно-щитовидной мышцы;
- д) ни один из вариантов;

102. Ваго-симпатическая новокаиновая блокада по Вишневскому выполняется при травме области:

- а) лица;
- б) свода черепа;
- в) средостения грудной клетки;
- г) передней брюшной стенки;
- д) печени и внепеченочных желчных путей;

103. При ушивании открытого пневмоторакса на грудную клетку накладываются ряды швов в количестве:

- а) двух;
- б) трех;
- в) одного;
- г) четырех;
- д) пяти;

104. При ушивании открытого пневмоторакса в первый ряд швов захватывают следующие слои грудной стенки:

- а) плевра;
- б) межреберные мышцы;
- в) внутригрудная фасция;
- г) плевра, межреберные мышцы, надкостница, и внутригрудная фасция;
- д) поверхностные мышцы грудной стенки;

105. При ушивании открытого пневмоторакса во второй ряд швов захватывают следующие слои грудной стенки:

- а) фасцию и поверхностные мышцы грудной стенки;
- б) межреберные мышцы;
- в) межреберные мышцы и внутригрудную фасцию;
- г) кожу с подкожной клетчаткой;
- д) кожу и поверхностные мышцы;

106. При ушивании открытого пневмоторакса в третий ряд швов захватывают следующие слои грудной стенки:

- а) фасция и поверхностные мышцы;
- б) межреберные и поверхностные мышцы;
- в) подкожная клетчатка и кожа;
- г) фасция и подкожная клетчатка;
- д) кожа, подкожная клетчатка, фасция, поверхностные и межреберные мышцы;

107. При пневмотораксе воздух скапливается:

- а) в реберно-диафрагмальном синусе;

- б) под куполом плевры;
- в) в реберно-медиастинальном синусе;
- г) в медиастинально-диафрагмальном синусе;
- д) во всей плевральной полости;

108. Ретромаммарные маститы вскрываются разрезами:

- а) радиальными;
- б) косыми;
- в) поперечными;
- г) полулуными;
- д) комбинированными;

109. При раке молочной железы удаляют единым блоком все анатомические образования, кроме:

- а) молочной железы;
- б) большой и малой грудных мышц;
- в) передней зубчатой мышцы;
- г) клетчатки;
- д) подмышечных, окологрудных, подключичных лимфатических узлов;

110. Межреберный сосудисто-нервный пучок расположен между:

- а) большой и малой грудными мышцами;
- б) малой грудной и наружной межреберными мышцами;
- в) внутренними межреберными мышцами и внутригрудной фасцией;
- г) наружной и внутренней межреберными мышцами;
- д) внутригрудной фасцией и париетальным листком плевры;

111. Отток лимфы от грудной стенки справа осуществляется главным образом в:

- а) правый яремный ствол;
- б) правый лимфатический проток;
- в) грудной лимфатический проток;
- г) левый яремный лимфатический ствол;
- д) левый подключичный ствол;

112. При скоплении воздуха в плевральной полости прокол плевры производят спереди грудной клетки в межреберье:

- а) 1;
- б) 1-2;
- в) 3-4;
- г) 5-6;
- д) 7-8;

113. При интраплевральной торакопластике удаляются все слои, кроме:

- а) ребер;
- б) межреберных мышц;
- в) париетальной плевры;
- г) кожи, подкожной клетчатки, фасции;
- д) наружных мышц грудной стенки;

114. Через аортальное отверстие диафрагмы, кроме аорты, проходят:

- а) пищевод;
- б) блуждающий нерв;
- в) диафрагмальный нерв;
- г) грудной лимфатический проток;
- д) непарная вена;

115. Через пищеводное отверстие диафрагмы, кроме пищевода, проходят:

- а) аорта;
- б) грудной лимфатический проток;
- в) симпатический ствол;
- г) непарная и полунепарная вены;
- д) блуждающие нервы;

116. Среди диафрагмальных грыж чаще всего встречаются грыжи отверстия:

- а) аортального;
- б) нижней полой вены;
- в) реберно-поясничных треугольников;
- г) пищеводного отверстия;
- д) реберно-грудинных треугольников;

117. Плевральная полость располагается между:

- а) медиастинальной плеврой и перикардом;
- б) париетальным и висцеральным листками плевры;
- в) париетальным листком плевры и внутригрудной фасцией;
- г) внутригрудной фасцией и висцеральным листком плевры;
- д) правой и левой медиастинальными плеврами;

118. Трахея по отношению к пищеводу в грудной полости расположена:

- а) слева;
- б) справа;
- в) сзади;
- г) впереди;
- д) слева и сзади;

119. Правый бронх по сравнению с левым бронхом:

- а) уже;
- б) длиннее;
- в) шире;
- г) короче;
- д) одинаковый по длине и диаметру;

120. Правое легкое имеет доли:

- а) одну;
- б) две;
- в) три;
- г) четыре;
- д) пять;

121. В правом легком имеются междолевые борозды в количестве:

- а) одной;
- б) двух;
- в) трех;
- г) четырех;
- д) борозды отсутствуют;

122. Левое легкое состоит из долей в количестве:

- а) одной;
- б) двух;
- в) трех;
- г) четырех;
- д) пяти;

123. Правое легкое имеет доли в количестве:

- а) одной;
- б) двух;
- в) трех;
- г) четырех;
- д) шести;

124. К бронху в воротах правого легкого сверху прилежит:

- а) легочная артерия;
- б) легочная вена;
- в) трахея;
- г) непарная вена;
- д) ни один из вариантов;

125. По отношению к легочным венам бронх в воротах левого легкого располагается:

- а) спереди и сверху;
- б) сзади и снизу;
- в) спереди;
- г) сзади и сверху;
- д) справа;

126. По отношению к легочной артерии бронх в воротах правого легкого располагается:

- а) спереди;
- б) сзади;
- в) сверху;
- г) слева;
- д) справа;

127. Блуждающие нервы по отношению к корням обоих легких расположены:

- а) спереди;
- б) сзади;
- в) медиально;
- г) сверху;

д) снизу;

128. Каждое легкое состоит из сегментов в количестве:

- а) 8;
- б) 9 -10;
- в) 11;
- г) 12;
- д) 7 - 8;

129. Межреберно-боковой доступ к легким осуществляется по ходу ребер:

- а) II-III;
- б) III-IV;
- в) IV-V;
- г) VI;
- д) VII;

130. При пульмонэктомии по поводу гангрены легкого обработка элементов его корня начинается с:

- а) верхней легочной вены;
- б) нижней легочной вены;
- в) легочной артерии;
- г) главного бронха;
- д) непарной вены;

131. При удалении легкого обработка элементов его корня начинается с:

- а) верхней легочной вены;
- б) нижней легочной вены;
- в) легочной артерии;
- г) непарной вены;
- д) главного бронха;

132. Переднее средостение груди представлено всеми образованиями, кроме:

- а) вилочковой железы;
- б) перикарда с сердцем;
- в) сосудов, входящих и выходящих из сердца;
- г) блуждающего нерва;
- д) диафрагмального нерва;

133. Заднее средостение представлено всеми образованиями, кроме:

- а) пищевода;
- б) блуждающих нервов;
- в) диафрагмальных нервов;
- г) непарной и полунепарной вен;
- д) нисходящего отдела грудной аорты;

134. Все отделы перикарда являются мобильными, за исключением:

- а) переднего (грудинного);
- б) нижнего (диафрагмального);
- в) медиастинального;
- г) правого бокового (плеврального);

д) левого бокового (плеврального);

135. Наиболее крупным синусом перикарда является:

- а) косой;
- б) передне-нижний;
- в) поперечный;
- г) задне-нижний;
- д) все синусы равноценны по объему;

136. Венозный отток от перикарда осуществляется во все вены, кроме:

- а) нижней поллой;
- б) верхней поллой;
- в) внутренней грудной;
- г) непарной;
- д) полунепарной;

137. Из левого желудочка сердца выходит:

- а) легочная артерия;
- б) легочные вены;
- в) аорта;
- г) верхняя полая вена;
- д) нижняя полая вена;

138. В левое предсердие впадает:

- а) аорта;
- б) верхняя полая вена;
- в) нижняя полая вена;
- г) легочные вены;
- д) легочная артерия;

139. В правое предсердие впадает:

- а) аорта;
- б) легочная артерия;
- в) нижняя полая вена;
- г) легочные вены;
- д) верхняя полая вена;

140. Из правого желудочка выходит:

- а) аорта;
- б) легочные вены;
- в) легочный артериальный ствол;
- г) верхняя полая вена;
- д) нижняя полая вена;

141. Через боталлов проток происходит сообщение легочной артерии с:

- а) левым желудочком;
- б) левыми легочными венами;
- в) правыми легочными венами;
- г) аортой;
- д) верхней поллой веной;

142. Впереди боталлова протока проходит:

- а) левый возвратный нерв;
- б) левый блуждающий нерв;
- в) левый диафрагмальный нерв;
- г) верхняя полая вена;
- д) ни один из вариантов;

143. Для доступа к сердцу проводят горизонтальную левостороннюю торакотомию по межреберью:

- а) 2-му;
- б) 3-му;
- в) 4-му;
- г) 5-му;
- д) 6-му;

144. При ушивании раны сердца в шов захватывают только:

- а) эпикард;
- б) миокард;
- в) эндокард;
- г) эпикард и миокард;
- д) миокард и эндокард;

145. Аппарат искусственного кровообращения (АИК) служит для временной замены функции:

- а) сердца;
- б) правого легкого;
- в) левого легкого;
- г) обоих легких;
- д) легких и сердца;

146. К пристеночным ветвям грудной аорты относятся:

- а) бронхиальные;
- б) пищеводные;
- в) средостенные;
- г) межреберные;
- д) сердечной сумки;

147. Пищевод имеет сужения:

- а) одно;
- б) два;
- в) три;
- г) четыре;
- д) не имеет;

148. Под аплазией пищевода понимается:

- а) полная облитерация пищевода;
- б) полное или частичное отсутствие пищевода;
- в) частичная облитерация пищевода;
- г) укорочение пищевода;

д) удвоение пищевода;

149. Левый блуждающий нерв проникает в грудную полость между:

- а) левым плече-головным венозным стволом и левой общей сонной артерией;
- б) левыми общей сонной и подключичной артериями;
- в) левой и правой общими сонными артериями;
- г) левыми подключичными артерией и веной;
- д) левыми внутренней яремной веной и общей сонной артерией;

150. Правый блуждающий нерв проникает в грудную полость между:

- а) левыми подключичными сосудами (веной артерией);
- б) правыми подключичными сосудами (веной и артерией);
- в) правыми внутренней яремной веной и общей сонной артерией;
- г) дугой аорты и правым бронхом;
- д) дугой аорты и верхней полой веной;

151. При формировании скользящей грыжи стенку грыжевого мешка могут составлять все органы, кроме:

- а) восходящего отдела толстой кишки;
- б) нисходящего отдела толстой кишки;
- в) слепой кишки;
- г) мочевого пузыря;
- д) тощей кишки;

152. При косой приобретенной паховой грыже элементы семенного канатика по отношению к грыжевому мешку находятся:

- а) латерально;
- б) спереди;
- в) медиально;
- г) сзади;
- д) внутри мешка;

153. При выполнении операции грыжесечения паховой грыжи все действия хирурга последовательны, кроме:

- а) оперативного доступа;
- б) вскрытия грыжевого мешка;
- в) выделения грыжевого мешка;
- г) осмотра грыжевого содержимого и вправления в брюшную полость;
- д) пластики пахового канала;

154. При выполнении операции грыжесечения по поводу ущемленной паховой грыжи все действия хирурга последовательны, кроме:

- а) оперативного доступа;
- б) выделения грыжевого мешка;
- в) вскрытия грыжевого мешка и осмотра содержимого;
- г) рассечения ущемляющего кольца;
- д) захвата содержимого на турникет;

155. "Корона смерти" - это вариант отхождения артерии:

- а) бедренной;
- б) надчревной нижней;
- в) надчревной верхней;

- г) запирающей;
- д) внутренней подвздошной;

156. Нижнюю стенку пахового промежутка составляет:

- а) нижний край наружной косой мышцы живота;
- б) паховая связка;
- в) латеральный край прямой мышцы живота;
- г) медиальный край прямой мышцы живота;
- д) свободный нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота;

157. Длина бедренного канала при сформировавшейся бедренной грыже зависит от:

- а) задней стенки;
- б) передней стенки;
- в) латеральной стенки;
- г) медиальной стенки;
- д) верхней стенки;

158. При выполнении холецистостомии стенку желчного пузыря фиксируют к слоям брюшной стенки:

- а) париетальной брюшине;
- б) париетальной брюшине и коже;
- в) апоневрозу наружной косой мышцы живота;
- г) коже;
- д) внутренней косой мышце живота и коже;

159. К слепой кишке прилежат все образования, кроме:

- а) правого мочеточника;
- б) нижней полой вены;
- в) забрюшинной клетчатки;
- г) боковой брюшной стенки;
- д) ни один из вариантов;

160. Кровоснабжение слепой кишки осуществляется из бассейна артерии:

- а) верхней брыжеечной;
- б) нижней брыжеечной;
- в) наружной подвздошной;
- г) внутренней подвздошной;
- д) общей печеночной;

161. Венозный отток от слепой кишки осуществляется в систему вены:

- а) нижней полой;
- б) верхней полой;
- в) нижней и верхней полых;
- г) воротной;
- д) воротной и нижней полой;

162. Иннервацию слепой кишки осуществляют:

- а) полово-бедренный нерв;
- б) верхнее подчревное сплетение;
- в) нижнее подчревное сплетение;

- г) нижнее брыжеечное сплетение;
- д) верхнее брыжеечное сплетение;

163. Правая желудочная артерия берет начало от:

- а) чревного ствола;
- б) левой желудочной артерии;
- в) общей печеночной артерии;
- г) собственной печеночной артерии;
- д) селезеночной артерии;

164. Левая желудочная артерия берет начало от:

- а) общей печеночной артерии;
- б) чревного ствола;
- в) верхней брыжеечной артерии;
- г) селезеночной артерии;
- д) левой желудочно-сальниковой артерии;

165. Брюшина покрывает печень со всех сторон, кроме ее поверхности:

- а) верхней;
- б) нижней;
- в) передней;
- г) задней;
- д) ни один из вариантов;

166. Основными источниками кровоснабжения печени являются:

- а) поясничные артерии;
- б) правая перикардиально-диафрагмальная артерия;
- в) собственная печеночная артерия и воротная вена;
- г) межреберные артерии;
- д) диафрагмальные артерии;

167. К шейке желчного пузыря прилежит:

- а) малая кривизна желудка;
- б) луковица 12-перстной кишки;
- в) поперечная ободочная кишка;
- г) нисходящий отдел 12-перстной кишки;
- д) головка поджелудочной железы;

168. Содержимым треугольника Кале в печеночно-12-перстной связке является:

- а) правая печеночная артерия;
- б) пузырный проток;
- в) пузырная артерия;
- г) собственная печеночная артерия;
- д) ни один из вариантов;

169. К поджелудочной железе сзади прилежат:

- а) левый надпочечник;
- б) 12-перстная кишка;
- в) хвостатая доля печени;

- г) нижняя полая вена и аорта;
- д) корень брыжейки поперечной ободочной кишки;

170. К головке поджелудочной железы латерально прилежит:

- а) пилорический отдел желудка;
- б) ворота правой почки;
- в) вертикальный отдел 12-перстной кишки;
- г) восходящая ободочная кишка;
- д) ни один из вариантов;

171. К хвостовой части поджелудочной железы прилежит латерально:

- а) поясничная часть диафрагмы;
- б) ворота селезенки;
- в) левая почка;
- г) аорта;
- д) селезеночный угол ободочной кишки;

172. К задним отделам тощей и подвздошной кишки прилежат все образования, кроме:

- а) почек;
- б) нижней полой вены;
- в) брюшной аорты с ветвями;
- г) средних отделов мочеточников;
- д) брыжейки поперечной ободочной кишки;

173. При проведении ретроградной аппендэктомии действия хирурга последовательны, за исключением:

- а) проведения лигатуры в брыжейке у основания отростка, его перевязки;
- б) наложения кисетного шва вокруг основания отростка;
- в) выделения отростка от основания к верхушке с рассечением и перевязкой брыжейки и спаек;
- г) пересечения отростка дистальнее места перевязки и погружения культи в кисет;
- д) удаления отростка, послойного ушивания раны;

174. Скелетотопию правой почки составляют позвонки:

- а) XII грудной - II поясничный;
- б) XI грудной - I поясничный;
- в) X-XII грудные;
- г) I-III поясничные;
- д) I-IV поясничные;

175. Скелетотопию левой почки составляют позвонки:

- а) X-XII грудные;
- б) XI грудной- I поясничный;
- в) XII грудной - II поясничный;
- г) I - II поясничные;
- д) I - III поясничные;

176. Почка по отношению к брюшине расположена:

- а) интраперитонеально;

- б) мезоперитонеально;
- в) интра- и мезоперитонеально;
- г) экстраперитонеально;
- д) экстра- мезоперитонеально;

177. Верхняя надпочечниковая артерия является ветвью артерии:

- а) нижней диафрагмальной;
- б) почечной;
- в) брюшной аорты;
- г) селезеночной;
- д) чревного ствола;

178. Средняя надпочечниковая артерия берет начало от артерии:

- а) внутренней грудной;
- б) почечной;
- в) селезеночной;
- г) общей печеночной;
- д) брюшной аорты;

179. Нижняя надпочечниковая артерия берет начало от артерии:

- а) верхней брыжеечной;
- б) чревного ствола;
- в) нижней диафрагмальной;
- г) почечной;
- д) селезеночной;

180. Первое физиологическое сужение мочеточника находится на границе:

- а) середины длины мочеточника;
- б) верхней и средней трети длины мочеточника;
- в) лоханки и мочеточника;
- г) пограничной линии таза;
- д) III и IV поясничных позвонков;

181. Второе физиологическое сужение мочеточника находится на границе:

- а) середины длины мочеточника;
- б) верхней и средней трети длины мочеточника;
- в) III и IV поясничных позвонков;
- г) пограничной линии таза;
- д) большого крыла подвздошной кости;

182. Третье физиологическое сужение мочеточника находится на границе:

- а) большого крыла подвздошной кости;
- б) плоскости входа в область малого таза;
- в) входа в широкую связку матки;
- г) входа в стенку мочевого пузыря;
- д) III - IV крестцовых позвонков;

183. Мочеточники по отношению к брюшине расположены:

- а) экстраперитонеально;
- б) мезоперитонеально;

- в) интраперитонеально;
- г) мезо- и экстраперитонеально;
- д) мезо- и интраперитонеально;

184. Мочеточник кровоснабжается артерией:

- а) верхней брыжеечной;
- б) нижней брыжеечной;
- в) яичниковой (яичковой);
- г) селезеночной;
- д) внутренней подвздошной;

185. Венозный отток от правого мочеточника осуществляется в вены:

- а) воротную;
- б) верхнюю брыжеечную;
- в) нижнюю брыжеечную;
- г) нижнюю полую;
- д) правую ободочную;

186. Венозный отток от левого мочеточника осуществляется в вены:

- а) селезеночную;
- б) верхнюю брыжеечную;
- в) левую ободочную;
- г) левую общую подвздошную;
- д) левую почечную;

187. Основу мочеполовой диафрагмы составляет мышца:

- а) лобково-копчиковая;
- б) подвздошно-копчиковая;
- в) внутренняя запирающая;
- г) глубокая поперечная промежности;
- д) наружная запирающая;

188. Основу тазовой диафрагмы составляет мышца:

- а) подвздошно-поясничная;
- б) грушевидная;
- в) поднимающая задний проход;
- г) глубокая поперечная промежности;
- д) поверхностная поперечная промежности;

189. Висцеральный листок тазовой фасции покрывает все образования, за исключением:

- а) маточных труб;
- б) тела матки;
- в) перешейка матки;
- г) нижней стенки мочевого пузыря;
- д) крестца;

190. Околопузырная клетчатка таза заключена между:

- а) париетальным листком тазовой фасции и брюшины;
- б) висцеральным листком тазовой фасции и брюшины;
- в) висцеральной и предпузырной фасциями мочевого пузыря;

- г) поперечной фасцией и мышцей передней брюшной стенки;
- д) ни один из вариантов;

191. Околопузырная клетчатка таза содержит:

- а) наружную подвздошную вену;
- б) наружную подвздошную артерию;
- в) внутреннюю подвздошную вену;
- г) пупочную вену;
- д) запирающий нерв;

192. Впередипрямокишечное клетчаточное пространство содержит:

- а) срединную крестцовую артерию;
- б) узлы симпатического ствола;
- в) ветви средних и нижних прямокишечных артерий, жировую клетчатку;
- г) мочеточник;
- д) только жировую клетчатку;

193. Позадипростатическое висцеральное клетчаточное пространство заключено между:

- а) брюшинными покровами мочевого пузыря и ампулы прямой кишки;
- б) предпузырными отделами мочеточников;
- в) задней поверхностью простаты и передней поверхностью прямой кишки;
- г) висцеральной фасцией простаты и брюшино-промежностным апоневрозом;
- д) тканью простаты и ее фасциальной капсулой;

194. Седалищно-прямокишечное клетчаточное пространство таза внизу ограничено:

- а) наружным сфинктером прямой кишки;
- б) внутренней запирающей мышцей;
- в) нижними краями больших ягодичных мышц;
- г) нижней фасцией тазовой диафрагмы;
- д) кожей седалищно-анальной области;

195. Седалищно-прямокишечное клетчаточное пространство таза сверху ограничено:

- а) седалищным бугром;
- б) внутренней запирающей мышцей;
- в) нижними краями больших ягодичных мышц;
- г) нижней фасцией тазовой диафрагмы;
- д) наружным сфинктером прямой кишки;

196. Подкожный этаж полости малого таза включает:

- а) простатический отдел уретры;
- б) предстательную железу;
- в) ампулы семявыносящих протоков;
- г) промежностный отдел уретры;
- д) все варианты;

197. Начало формирования внутренней подвздошной артерии происходит на уровне:

- а) гребня подвздошной кости;
- б) крестцово-подвздошного сочленения;
- в) верхнего края большой седалищной вырезки таза;
- г) нижнего края грушевидной мышцы;

д) крестцово-копчикового сочленения;

198. Хвостовой отдел придатка яичка покрыт серозной оболочкой:

- а) полностью;
- б) на $1/3$ поверхности;
- в) на $1/2$ поверхности;
- г) на $2/3$ поверхности;
- д) не покрыт;

199. Придаток яичка кровоснабжается артерией:

- а) запирающей;
- б) яичковой;
- в) семявыносящего протока;
- г) внутренней срамной;
- д) наружной срамной;

200. Венозный отток от придатка яичка происходит по венам:

- а) наружным срамным;
- б) внутренним срамным;
- в) семявыносящего протока;
- г) пузырным верхним;
- д) запирающим;

**Ответы тестовых заданий для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»**

[illegible]

**Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов
по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»**
(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Основоположителем оперативной хирургии и топографической анатомии в России является
 - а. Н.И. Пирогов
 - б. П.И. Дьяконов
 - в. Н.А. Семашко
 - г. Н.В. Буяльский
2. Что такое хирургическая операция?
 - а. Любые манипуляции, выполняемые хирургом
 - б. Любые манипуляции, выполняемые хирургом в операционной
 - в. Механическое воздействие на ткани и органы человека с целью лечения заболеваний, выполняемое хирургом
 - г. Воздействие на ткани и органы путём соединения и соединения тканей с целью диагностики и лечения
3. Что такое радикальная операция?
 - а. операция, выполненная одномоментно
 - б. операция, ставящая целью полное излечение больного
 - в. операция, устраняющая болевой синдром
 - г. технически простая операция
 - д. операция, которую может выполнить любой хирург
4. Что такое паллиативная операция?
 - а. операция, не ставящая целью излечение больного, но устраняющая симптомы заболевания
 - б. устраняющая патологический очаг
 - в. наиболее простая по технике выполнения
 - г. любая операция, выполненная по поводу сопутствующего заболевания
5. Какая операция является экстренной?
 - а. Которая выполняется в течение первых двух часов от поступления в стационар
 - б. Которая выполняется после полного обследования больного
 - в. Которая выполняется немедленно
 - г. Которая выполняется в течение первых суток
6. Какая операция является срочной?
 - а. Которая выполняется после необходимого минимального обследования больного в кратчайшие сроки поступления в стационар
 - б. Которая выполняется после полного обследования больного
 - в. Которая выполняется немедленно
 - г. Которая выполняется в течение первых суток
7. Что такое симультанная операция?
 - а. Выполнение нескольких оперативных приёмов по поводу различных заболеваний в ходе одной операции
 - б. Имитация хирургической операции у безнадежного онкологического больного
 - в. Операция, выполняемая для уточнения диагноза в случае сомнений в его правдивости
8. Что из перечисленного является хирургической операцией?
 - а. Вправление вывиха
 - б. Катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером
 - в. Плевральная пункция
 - г. Сифонная клизма
 - д. Интубация трахеи
9. Хирургическая операция включает следующие этапы...
 - а. Укладка на операционный стол
 - б. Обезболивание

- в. Разрез
- г. Хирургический доступ
- д. Оперативный приём
- е. Выход из операции
- ж. Асептическая повязка

10. Положение Транделенбурга – это...

- а. Положение на боку с валиком под поясницу
- б. Положение на спине с валиком под надплечье и запрокинутой головой
- в. Положение на спине с опущенным головным концом

11. Положение Фовлера – это ...

- а. Положение на спине с опущенным ножным концом
- б. Положение на спине с опущенным головным концом
- в. Положение на животе с согнутой шеей

12. При операциях на органах забрюшинного пространства тело больного располагают ...

- а. На животе с разгибанием стола в центре
- б. На боку с валиком под поясницу
- в. На спине с приподнятым ножным концом

13. При операциях на задней черепной ямке тело пациента размещают...

- а. В положении Фовлера
- б. В положении Транделенбурга
- в. На животе с согнутой головой

14. Кто принимает решение о способе обезболивания при хирургической операции?

- а. Больной
- б. Анестезиолог
- в. Оперирующий хирург
- г. Заведующий отделением
- д. Страховая компания
- е. Все ответы верны

15. Что из перечисленного НЕ является хирургическим приёмом?

- а. Пункция
- б. Резекция
- в. Томия
- г. Перспирация
- д. Эктомия

16. Удаление червеобразного отростка будет являться...

- а. Резекцией
- б. Ампутацией
- в. Эктомией
- г. Экстирпацией

17. Наложение сообщения жёлчного пузыря с тощей кишкой будет являться...

- а. Пексией
- б. Рафией
- в. Стомией

18. Что из перечисленного относится к выходу из операции?

- а. Разрез кожи
- б. Остановка кровотечения
- в. Наложение анастомоза
- г. Дренирование раны

19. На какие сутки после операции обычно снимаются кожные швы?

- а. 3-4
- б. 7-8
- в. 10-12

20. Хирургические инструменты – это...

- а. Инструменты, которыми работает хирург

- б. Любой инструмент, который используется для выполнения операции
 - в. Инструменты, предназначенные для выполнения операции
- 21. Скальпели бывают...**
- а. Брюшистые, остроконечные
 - б. Брюшистые, остроконечные, ампутиационные, резекционные
 - в. Брюшистые, остроконечные, обоюдоострые, шиловидные
- 22. Какие из перечисленных инструментов относятся к группе для фиксации и экспозиции тканей?**
- а. скальпели
 - б. ножницы
 - в. зажимы
 - г. пинцеты
- 23. Каким образом следует производить разрез кожи по отношению к направлению волокон подлежащих мышц для достижения наилучшего косметического эффекта?**
- а. вдоль
 - б. поперечно
 - в. в косом направлении
 - г. направление разреза не имеет значения
- 24. Какой способ удержания скальпеля из перечисленных является верным?**
- а. Как столовый нож
 - б. Как кисть художника
 - в. Как кухонный нож
- 25. Каким из перечисленных режущих инструментов наиболее правильно можно рассекать кожу?**
- а. Скальпель
 - б. Ножницы
 - в. Ампутиационный нож
 - г. Пила Джигли
- 26. Каким пинцетом можно захватывать стенку кишки?**
- а. Анатомическим
 - б. Хирургическим
 - в. Лапчатым
- 27. Какой зажим можно накладывать на мелкий кровотокающий сосуд в ране?**
- а. Микулича
 - б. Кохера
 - в. Москит
 - г. Фёдорова
- 28. Какие зеркала должны быть использованы при операции на мочевом пузыре?**
- а. Куско
 - б. Дуайена
 - в. Острые двузубые
- 29. Каким крючком нельзя пользоваться при работе в брюшной полости?**
- а. Фарабефа
 - б. Острым четырёхзубым
 - в. Дуайена
 - г. Лёгочным
- 30. Для чего используется цапка?**
- а. Для фиксации дренажей
 - б. Для фиксации операционного белья
 - в. Для остановки кровотечения в мелких сосудах
- 31. Для чего используются пулевые щипцы?**
- а. Для извлечения инородных предметов из раневого канала
 - б. Для фиксации шейки матки в гинекологии
 - в. Для проведения дренажей в глубокие раны

- 32. Какая из пил используется для трепанации черепа?**
- а. Листовая
 - б. Дуговая
 - в. Пила Джигли-Оливеркрона
 - г. Краниотомическая
- 33. Какой из приведённых инструментов используется для тупого смещения надкостницы?**
- а. Ретрактор
 - б. Распатор Фарабефа
 - в. Шпатель
 - г. Лопаточка Буяльского
 - д. Палочка Виноградова
- 34. Ретрактор используется для...**
- а. Смещения надкостницы
 - б. Выкраивания кожного лоскута при пластике
 - в. Извлечения инородных тел
 - г. Защиты мышц при перепиливании кости
 - д. Не является хирургическим инструментом
- 35. Корнцанг – это инструмент для...**
- а. Для разъединения тканей
 - б. Для фиксации тканей
 - в. Для остановки кровотечения из крупных сосудов
 - г. Вспомогательный хирургический инструмент
 - д. Не является хирургическим инструментом
- 36. Какой инструмент используется в хирургии для рубления тканей?**
- а. Ампутационный нож
 - б. Долото
 - в. Ортопедический топорик
 - г. Рубление тканей в хирургии не применяется
- 37. Передней стенкой подмышечной впадины являются:**
- а. Большая и малая грудные мышцы
 - б. Грудная стенка с передней зубчатой мышцей
 - в. Надостная и подостная мышцы
 - г. Плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча
- 38. Задней стенкой подмышечной впадины являются:**
- а. Большая и малая грудные мышцы
 - б. Грудная стенка с передней зубчатой мышцей
 - в. Надостная и подостная мышцы
 - г. Плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча
 - д. Подлопаточная, большая круглая и широчайшая мышцы спины
- 39. Внутренней стенкой подмышечной впадины являются:**
- а. Большая и малая грудные мышцы
 - б. Грудная стенка с передней зубчатой мышцей
 - в. Надостная и подостная мышцы
 - г. Плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча
 - д. Подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины
- 40. Наружной стенкой подмышечной впадины являются:**
- а. Большая и малая грудные мышцы
 - б. Грудная стенка с передней зубчатой мышцей
 - в. Надостная и подостная мышцы
 - г. Плечевая кость с клювовидно-плечевой и двуглавой мышцами плеча
 - д. Подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины
- 41. Для кожи подмышечной впадины наиболее характерны два заболевания из перечисленных:**
- а. Трофические язвы

- б. Гидраденит
 - в. Фурункулы
 - г. Экзема
 - д. Псориаз
42. Хирург обнажает подмышечный сосудисто-нервный пучок разрезом по наружной границе подмышечной области. При этом первым анатомическим образованием, с которым он встретится, является:
- а. Подмышечная артерия
 - б. Подмышечная вена
 - в. Плечевое сплетение
43. По ходу операции в подмышечной впадине хирургу оказалось необходимым определить срединный нерв. Укажите главный отличительный признак срединного нерва в подмышечной впадине:
- а. Расположение латеральнее локтевого нерва
 - б. Расположение на передней поверхности подмышечной артерии
 - в. Формирование слиянием двух ножек
44. Верхней и нижней границами ключично-грудного треугольника передней стенки подмышечной впадины являются следующие два образования из перечисленных:
- а. Нижний край ключицы
 - б. Верхний край большой грудной мышцы
 - в. Верхний край малой грудной мышцы
 - г. Нижний край малой грудной мышцы
 - д. Нижний край большой грудной мышцы
45. Верхней и нижней границами грудного треугольника передней стенки подмышечной впадины являются следующие два образования из перечисленных:
- а. Нижний край ключицы
 - б. Верхний край большой грудной мышцы
 - в. Верхний край малой грудной мышцы
 - г. Нижний край малой грудной мышцы
 - д. Нижний край большой грудной мышцы
46. Верхней и нижней границами подгрудного треугольника передней стенки подмышечной впадины являются следующие два образования из перечисленных:
- а. Нижний край ключицы
 - б. Верхний край большой грудной мышцы
 - в. Верхний край малой грудной мышцы
 - г. Нижний край малой грудной мышцы
 - д. Нижний край большой грудной мышцы
47. В подмышечной впадине на уровне ключично-грудного треугольника стволы плечевого сплетения по отношению к подмышечной артерии располагаются:
- а. Медиально, латерально и спереди
 - б. Медиально, латерально и сзади
 - в. Сверху и спереди
 - г. Сверху и сзади
 - д. Со всех сторон
48. В подмышечной впадине на уровне грудного треугольника пучки плечевого сплетения по отношению к подмышечной артерии располагаются:
- а. Медиально, латерально и спереди
 - б. Медиально, латерально и сзади
 - в. Сверху и спереди
 - г. Сверху и сзади
 - д. Со всех сторон
49. В подмышечной впадине на уровне подгрудного треугольника нервы плечевого сплетения по отношению к подмышечной артерии располагаются:
- а. Медиально, латерально и спереди
 - б. Медиально, латерально и сзади

- в. Сверху и спереди
- г. Сверху и сзади
- д. Со всех сторон

50. Лигатуры на подмышечную артерию следует накладывать:

- а. На любом уровне
- б. Несколько выше уровня отхождения а. subscapularis
- в. Ниже уровня отхождения а. subscapularis
- г. На уровне нижнего края большой грудной мышцы
- д. На уровне нижнего края малой грудной мышцы

51. В подгрудном треугольнике подмышечной области к подмышечной артерии латерально прилежит непосредственно нерв:

- а. Лучевой
- б. Кожно-мышечный
- в. Локтевой
- г. Срединный

52. В подгрудном треугольнике подмышечной области к подмышечной артерии медиально прилежит непосредственно:

- а. Подмышечный нерв
- б. Лучевой нерв
- в. Локтевой нерв
- г. Срединный нерв

53. В грудном треугольнике подмышечной области к подмышечной артерии медиально прилежит непосредственно:

- а. Подмышечная вена
- б. Локтевой нерв
- в. Срединный нерв
- г. Медиальный пучок плечевого сплетения

54. К подмышечной артерии сзади в подгрудном треугольнике подмышечной области прилежит непосредственно:

- а. Подмышечный нерв
- б. Лучевой нерв
- в. Медиальный пучок плечевого сплетения
- г. Задний пучок плечевого сплетения

55. Подмышечная клетчатка связана с клетчаткой подключичной области по ходу:

- а. Задней артерии, огибающей плечевую кость
- б. Передней артерии, огибающей плечевую кость
- в. Срединного нерва
- г. Подмышечной артерии

56. Подмышечная клетчатка сообщается с клетчаткой поддельтовидного пространства по ходу:

- а. Подлопаточной артерии
- б. Подмышечной артерии
- в. Срединного нерва
- г. Подмышечного нерва

57. Поверхностное субпекторальное клетчаточное пространство заключено между:

- а. Глубоким листком грудино-ключичной фасции и ребрами
- б. Ребрами и передней зубчатой мышцами
- в. Большой грудной мышцей и ключично-грудной фасцией
- г. Большой грудной мышцей и поверхностным листком собственной фасции
- д. Собственной и поверхностной фасциями подключичной области

58. Глубокое субпекторальное клетчаточное пространство расположено между мышцами:

- а. Дельтовидной и большой грудной
- б. Малой и большой грудными
- в. Передней зубчатой и подлопаточной

- г. Большой круглой и подлопаточной
 - д. Малой грудной и межреберными
- 59. Подмышечная клетчатка связана с клетчаткой подлопаточного пространства по ходу:**
- а. Подлопаточной артерии и вены
 - б. Подмышечной артерии
 - в. Лучевого нерва
 - г. Подмышечного нерва
- 60. За счёт какого слоя сосудистой стенки обеспечивается его регенерация?**
- а. Адвентиция
 - б. Медия
 - в. Интима
- 61. Продолженный спазм сосуда при травме – результат травматического воздействия на ..**
- а. Периартериальное симпатическое сплетение
 - б. Интимальную выстилку
 - в. Эластические волокна
- 62. Доступы к сосудам делятся на...**
- а. Прямые, окольные и комбинированные
 - б. Магистральные, периферические
 - в. Радикальные, паллиативные
- 63. Как следует осуществить временную остановку кровотечения из магистрального сосуда при отсутствии специальных инструментов?**
- а. Перевязать
 - б. Наложить зажим Кохера
 - в. Наложить зажим Бильрота
 - г. Наложить турникет
- 64. Какой инструмент не может быть наложен на магистральный кровеносный сосуд?**
- а. Бульдог
 - б. Кишечный жом
 - в. Москит
 - г. Турникет
- 65. На какой срок может быть пережата общая бедренная артерия без существенной угрозы для конечности?**
- а. 1,5 часа летом, 2 часа зимой
 - б. 4 часа
 - в. 24 часа
- 66. На какой срок может быть пережата почечная артерия без существенной угрозы для органа?**
- а. 5 минут
 - б. 30 минут
 - в. 1,5 часа
- 67. На какой срок может быть пережата общая сонная артерия без существенной угрозы для головного мозга?**
- а. 5 минут
 - б. 30 минут
 - в. 1,5 часа
- 68. Требования к современному сосудистому шву включают всё, кроме...**
- а. Не должен сужаться просвет сосуда
 - б. Нить не должна находиться в просвете сосуда
 - в. нельзя допускать вворачивания интимы
 - г. Шов должен быть герметичным
- 69. Непрерывный шов сосуда между тремя держалками носит название шва...**
- а. Карреля
 - б. Полянцева
 - в. Морозовой

г. Горслея

70. Нить для наложения шва сосудов у взрослых:

- а. Атравматическая, рассасывающаяся, полифиламентная
- б. Атравматическая, нерассасывающаяся, монофиламентная
- в. Безыгольная, рассасывающаяся, полифиламентная
- г. Безыгольная, нерассасывающаяся, монофиламентная

71. Критическим уровнем перевязки артерий верхней конечности не является...

- а. Подключичная артерия до отхождения щитошейного ствола
- б. Подмышечная артерия после отхождения подлопаточной артерии
- в. Плечевая артерия после отхождения глубокой артерии плеча

72. Критическим уровнем перевязки артерий нижней конечности не является...

- а. Общая бедренная артерия
- б. Поверхностная бедренная артерия в Гунтеровом канале до отхождения нисходящей артерии коленного сустава
- в. Подколенная артерия
- г. Передняя большеберцовая артерия

73. Перевязка вен какой системы на нижней конечности является критической?

- а. Поверхностной
- б. Перфорантной
- в. Глубокой

74. Какой из приведённых доступов для ангиографии наименее безопасен?

- а. Трансрадиальный
- б. Транскаротидный
- в. Трансфemorальный
- г. Трансаортальный (по Dos Santos)

75. Каким образом в артерию вводят катетер для ангиографии?

- а. Через троакар
- б. По проводнику, введённому через пункционную иглу в просвет сосуда
- в. Через артериотомную рану

76. Какой из перечисленных оперативных приёмов не может быть выполнен при помощи внутрисосудистой хирургии?

- а. Дилатация
- б. Облитерация
- в. Стентирование
- г. Протезирование
- д. Все перечисленные варианты могут быть выполнены

77. Каково чаще всего происхождение эмболов магистральных сосудов конечностей?

- а. Вены нижних конечностей
- б. Околоплодная жидкость
- в. Опухоли
- г. Тромбы в левом предсердии

78. При эмболии на уровне стояния эмбола...

- а. Пульс отсутствует
- б. Пульс сохранён или усилен
- в. Пульс незначительно ослаблен

79. При удалении балонным зондом, введённым через разрез в стенке общей бедренной артерии, эмбола, находящегося в поверхностной бедренной артерии, выполняется

- а. Ортоградная эмболэктомия по Фогерти
- б. Ретроградная эмболэктомия по Вредену
- в. Прямая эмболэктомия

80. Какое количество слоёв имеет стенка ложной аневризмы?

- а. Один
- б. Два
- в. Три

- 81. Какое заболевание не может быть причиной истинной аневризмы магистральных артерий?**
- Атеросклероз
 - Эндартериит
 - Сифилис
 - Сахарный диабет
- 82. Что является операцией выбора при истинных аневризмах аорты?**
- Эндоаневризмоморффия (операция Матаса)
 - Операция Филагриуса
 - Операция Антиллуса
 - Протезирование аорты
- 83. Какое из перечисленных оперативных вмешательств не относится к радикальным патогенетическим при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей?**
- Эндартерэктомия
 - Симпатэктомия
 - Протезирование
 - Шунтирование
- 84. В качестве синтетических сосудистых протезов в настоящее время применяют**
- Полихлорвиниловые трубки
 - Айвалоновые губчатые манжеты
 - Полипропиленовые сетки
 - Политетрафторэтиленовые изделия
- 85. Какой из перечисленных сосудов невозможно использовать для выполнения аутопластики кровеносных сосудов?**
- V. saphena magna
 - Фрагмент поверхностной бедренной артерии
 - Лучевая артерия
 - Воротная вена
- 86. Какие системы вен на нижней конечности выделяют?**
- Поверхностные, глубокие, перфорантные
 - Перфорантные, комуникантные, подкожные, межкостные
 - Клапанные, безклапанные
- 87. При каком заболевании вен нижних конечностей нарушена проходимость глубоких вен, а поверхностная венозная система варикозно расширена?**
- Варикозная болезнь
 - Посттромбофлебитическая болезнь
 - Болезнь Паркса-Вебера-Рубашова
- 88. Что является условием выполнения операции комбинированной венэктомии?**
- Проходимость глубоких вен нижних конечностей
 - Состоятельность клапанов перфорантных вен
 - Отсутствие рефлюкса в подкожных венах
- 89. Субфасциальная перевязка перфорантных вен называется операцией...**
- Троянова-Транделенбурга
 - Линтона
 - Шеде-Кохера
- 90. Шунтирующая операция, при которой кровь от поражённой конечности в обход тромбированной подвздошной вены уходит через реверсированную большую подкожную вену на противоположную сторону называется операцией**
- Уоррена-Тайра
 - Пальма-Эсперона
 - Педжета-Шреттер
- 91. Распространение воспалительного процесса из крыловидного сплетения на синусы твердой мозговой оболочки возможно через три вены из указанных:**
- V. meningea media

- б. Вены, следующие в нижней глазничной щели
- в. Вены, проходящие в овальном и круглом отверстиях
- г. V. facialis
- д. V. jugularis externa

92. К передней группе ветвей n. mandibularis относятся 3 из перечисленных:

- а. Нерв жевательной мышцы
- б. Медиальный крыловидный нерв
- в. Ушно-височный нерв
- г. Глубокие височные нервы
- д. Латеральный крыловидный нерв

93. К задней группе ветвей n. mandibularis относятся 4 из перечисленных:

- а. Медиальный крыловидный нерв
- б. Латеральный крыловидный нерв
- в. Ушно-височный нерв
- г. Нижний луночковый нерв
- д. Язычный нерв

94. При использовании подскулового пути обезболивания второй ветви тройничного нерва в крыловидно-небной ямке точка вкола иглы находится:

- а. На середине нижнего края скуловой дуги
- б. На границе передней и средней трети длины нижнего края скуловой дуги
- в. На середине линии, проведенной от наружного края глазницы к козелку уха
- г. На середине линии, проведенной от наружного края глазницы к козелку уха

95. Для обезболивания верхних больших коренных зубов и слизистой оболочки альвеолярного отростка выбираются следующие два вида проводниковой анестезии:

- а. У круглого отверстия
- б. У нижнеглазничного отверстия
- в. Туберальная анестезия
- г. У большого небного отверстия

96. Вкол иглы при туберальной анестезии производится:

- а. Между 2 и 3 большими коренными зубами по переходной складке
- б. На уровне 1 большого коренного зуба по переходной складке
- в. На уровне 2 премоляра по переходной складке
- г. На уровне клыка

97. Подглазничное отверстие проецируется:

- а. На 1 см книзу от медиального угла глаза
- б. На 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы и на 0,5 см ниже этого ориентира
- в. На 0,5 см кнаружи от середины нижнего края глазницы и на 2 см ниже этого ориентира
- г. На 0,5 см ниже точки пересечения нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через медиальный край второго верхнего малого коренного зуба

98. Новокаин подводится к большому небному отверстию:

- а. Для обезболивания слизистой твердого неба и слизистой альвеолярного отростка от клыка до 3 моляра
- б. Для обезболивания слизистой щеки и мягкого неба
- в. Для обезболивания боковой поверхности языка
- г. Для обезболивания заднего отдела языка

99. Следующие два ориентира необходимо пальпаторно определить при внутриротовом способе мандибулярной анестезии:

- а. Суставной отросток нижней челюсти
- б. Позадимолярную ямку и косую линию
- в. Скуловую дугу и угол нижней челюсти
- г. Крыловиднонижнечелюстную складку

- 100. Перелом верхней челюсти по Лефору-I проходит:**
- Через основание грушевидного отверстия, по дну верхнечелюстных пазух, над альвеолярным отростком
 - Через височные ости, внутренне-боковую стенку и дно глазниц, по скуло-верхнечелюстному шву
 - По линии прикрепления лицевого скелета к костям основания черепа
- 101. Перелом верхней челюсти по Лефору-II проходит:**
- Через основание грушевидного отверстия, по дну верхнечелюстных пазух, над альвеолярным отростком
 - Поперечно через корень носа по внутренней стенке глазницы
 - Через середины глазниц
- 102. Перелом верхней челюсти по Лефору-III проходит:**
- По линии носолобного шва, верхней глазничной щели, через височный отросток скуловой кости или по височно-скуловому шву
 - Через основание грушевидного отверстия
 - Через нижние поверхности глазниц
- 103. Жевательнoчелюстная щель непосредственно сообщается сверху:**
- С клетчаткой межапоневротического пространства височной области
 - С клетчаточным пространством, расположенным под апоневрозом височной области
 - С клетчаткой подапоневротического пространства лобно-теменно-затылочной области
 - С поднадкостничной клетчаткой лобно-теменно-затылочной области
- 104. Боковые клетчаточные пространства над диафрагмой рта ограничены следующими четырьмя элементами из пяти указанных:**
- M. mylohyoideus
 - Мышцами языка
 - Нижней челюстью
 - Слизистой оболочкой полости рта
 - M. digastricus
- 105. Для вскрытия глубокой флегмоны подглазничной области разрез проводится:**
- По нижнему краю глазницы
 - По боковой поверхности спинки носа
 - Вдоль переходной складки слизистой оболочки верхнего свода преддверия полости рта, тупым способом проникая до дна собачьей ямки
 - На месте наибольшей флюктуации
- 106. Разрез при флегмоне скуловой области проводится:**
- По радиусу от козелка уха с учетом топографии ветвей лицевого нерва
 - По нижнему краю скуловой кости с учетом топографии ветвей лицевого нерва
 - Вертикально по переднему краю козелка уха
 - По переходной складке слизистой преддверия полости рта над 4-6 зубами
- 107. При флегмоне позадищелюстной (околоушной) области разрез проводится:**
- Радиально от козелка уха
 - Окаймляя угол нижней челюсти между грудино-ключично-сосцевидной мышцей и задним краем ветви нижней челюсти
 - По нижнему краю тела нижней челюсти
 - От козелка уха до угла рта
- 108. При флегмоне подвисочной ямки разрез проводится:**
- До кости у верхнего края преддверия полости рта
 - До кости вдоль переходной складки верхнего свода преддверия полости рта в области последних двух больших коренных зубов
 - Разрез проводится по нижнему краю тела нижней челюсти
 - Разрез проводится по нижнему краю скуловой дуги с учетом топографии ветвей лицевого нерва

109. В состав передней области шеи входят три следующих парных треугольника из перечисленных:
- Лопаточно-ключичный
 - Лопаточно-трахейный
 - Лопаточно-трапецевидный
 - Поднижнечелюстной
 - Сонный
110. В состав латеральной области шеи входят два следующих треугольника из перечисленных:
- Лопаточно-трахейный
 - Лопаточно-трапецевидный
 - Лопаточно-трапецевидный
 - Поднижнечелюстной
 - Сонный
111. Грудино-ключично-сосцевидная область располагается между:
- Передней и задней областями шеи
 - Передней и латеральной областями шеи
 - Латеральной и задней областями шеи
112. В пределах поднижнечелюстного треугольника имеются следующие две фасции из перечисленных:
- Поверхностная фасция
 - собственная фасция
 - Лопаточно-ключичная фасция
 - Внутришейная фасция
 - Предпозвоночная фасция
113. В пределах сонного треугольника имеются следующие четыре фасции из перечисленных:
- Поверхностная фасция
 - Собственная фасция
 - Лопаточно-ключичная фасция
 - Париетальный листок внутришейной фасции
 - Висцеральный листок внутришейной фасции
 - Предпозвоночная фасция
114. В пределах лопаточно-трахеального треугольника имеются следующие фасции из перечисленных:
- Поверхностная фасция
 - Собственная фасция
 - Лопаточно-ключичная фасция
 - Внутришейная фасция
 - Предпозвоночная фасция
115. В пределах лопаточно-трапецевидного треугольника имеются следующие три фасции из перечисленных:
- Поверхностная фасция
 - Собственная фасция
 - Лопаточно-ключичная фасция
 - Внутришейная фасция
 - Предпозвоночная фасция
116. При субтотальной резекции щитовидной железы должна быть оставлена часть железы, содержащая паращитовидные железы. Такой частью является:
- Верхний полюс боковых долей
 - Задне-внутренняя часть боковых долей
 - Задне-наружная часть боковых долей
 - Передне-внутренняя часть боковых долей

117. Во время операции струмэктомии, выполняемой под местной анестезией, при наложении зажимов на кровеносные сосуды щитовидной железы у больного возникла осиплость голоса из-за:
- Нарушения кровоснабжения гортани
 - Сдавления верхнего гортанного нерва
 - Сдавления возвратного гортанного нерва
118. В основном сосудисто-нервном пучке шеи общая сонная артерия и внутренняя яремная вена располагаются относительно друг друга следующим образом:
- Артерия медиальнее, вена латеральнее
 - Артерия латеральнее, вена медиальнее
 - Артерия спереди, вена сзади
 - Артерия сзади, вена спереди
119. При выполнении трахеотомии больному следует придать положение:
- На спине: голова запрокинута кзади, под лопатки подложен валик
 - На спине: голова повернута влево, под лопатки подложен валик
 - Полусидячее положение с запрокинутой кзади головой
 - Лежа на правом или левом боку
120. Для проведения разреза при трахеостомии точно по средней линии должны быть совмещены на одной линии в области шеи два ориентира из перечисленных:
- Верхняя вырезка щитовидного хряща
 - Середина тела подъязычной кости
 - Середина подбородка
 - Перешеек щитовидной железы
 - Середина яремной вырезки грудины
121. В каком соотношении срединная линия тела разделяет сердце?
- $\frac{3}{4}$ слева, $\frac{1}{4}$ справа
 - $\frac{2}{3}$ слева, $\frac{1}{3}$ справа
 - $\frac{1}{3}$ слева, $\frac{2}{3}$ справа
 - $\frac{1}{4}$ слева, $\frac{3}{4}$ справа
122. Параллельно какой оси сердца располагается межжелудочковая перегородка?
- короткой
 - длинной
123. Стенка какой камеры сердца участвует преимущественно в формировании его передней поверхности?
- Левое предсердие
 - Левый желудочек
 - Правое предсердие
 - Правый желудочек
124. Стенка какой камеры сердца участвует преимущественно в формировании его задней поверхности?
- Левое предсердие
 - Левый желудочек
 - Правое предсердие
125. За счёт повреждения какого анатомического образования после мобилизации подключичных артерий в грудной клетке может развиваться синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм)?
- Диафрагмального нерва
 - Блуждающего нерва
 - Подключичной петли
 - Атриовентрикулярного узла
126. Какое анатомическое образование можно повредить при мобилизации митрального клапана в области верхнего основания муральной створки?
- Огибающую артерию
 - Синоатриальный узел

- в. Коронарный синус
- 127. **От какого сосуда отходит передняя межжелудочковая артерия?**
 - а. Восходящей аорты
 - б.левой венечной артерии сердца
 - в. Правой венечной артерии сердца
 - г. Легочного ствола
 - д. левой легочной артерии
- 128. **Стенка какой камеры сердца участвует преимущественно в формировании его нижней поверхности?**
 - а. Левое предсердие
 - б. Левый желудочек
 - в. Правый желудочек
- 129. **Чем ограничена брюшная полость?**
 - а. париетальной брюшиной
 - б. внутренностной фасцией
 - в. апоневрозом внутренней косой мышцы живота
 - г. поверхностной фасцией
 - д. влагалища прямых мышц
- 130. **Чем ограничена полость живота?**
 - а. париетальная брюшина
 - б. внутренностная фасция
 - в. апоневроз внутренней косой мышцы живота
 - г. поверхностная фасция
 - д. влагалища прямых мышц живота
- 131. **Какое анатомическое образование делит брюшную полость на два этажа?**
 - а. брыжейка поперечно-ободочной кишки
 - б. желудочно-сальниковая связка
 - в. малый сальник
 - г. брыжейка тонкой кишки
- 132. **Вворачивающий сквозной шов через все слои кишечной стенки называют:**
 - а. Швом Альберта
 - б. Швом Ламбера
 - в. Швом Пирогова-Бира
 - г. Швом Черни
 - д. Швом Шмидена
- 133. **Наиболее вероятным путем распространения гнойного перитонита из правой брыжеечной пазухи является:**
 - а. Верхний этаж брюшной полости
 - б. Левая брыжеечная пазуха
 - в. Левый боковой канал
 - г. Правый боковой канал
- 134. **У больного гнойный аппендицит осложнился формированием внутрибрюшинного поддиафрагмального абсцесса. Определите путь распространения инфекции:**
 - а. По большому сальнику
 - б. По передней стенке восходящей ободочной кишки
 - в. По правому боковому каналу
 - г. По околоободочной клетчатке восходящей ободочной кишки
- 135. **Внутренние грыжи живота могут возникать в следующих трех местах нижнего этажа брюшной полости в соответствии с расположением брюшинных карманов:**
 - а. Позади двенадцатиперстно-тощего изгиба
 - б. В области илеоцекального угла
 - в. В области печеночного изгиба ободочной кишки
 - г. В области селезеночного изгиба ободочной кишки

- д. Позади брыжейки сигмовидной кишки
 - е. Впереди брыжейки сигмовидной кишки
136. В ходе оперативного вмешательства после дополнительной мобилизации (рассечения брюшинных связок) может быть выведен в операционную рану следующий орган из перечисленных:
- а. Печень
 - б. Желудок
 - в. Поперечная ободочная кишка
 - г. Поджелудочная железа
137. В преджелудочной сумке находятся:
- а. Желчный пузырь
 - б. Левая доля печени
 - в. Поджелудочная железа
 - г. Правая доля печени
 - д. Селезенка
138. Границей между поясничной областью и забрюшинным пространством является:
- а. Квадратная мышца поясницы
 - б. Поперечная мышца живота
 - в. Внутривисцеральная фасция
 - г. Забрюшинная фасция
139. В забрюшинном пространстве между внутривисцеральной и забрюшинной фасциями располагается:
- а. Забрюшинный клетчаточный слой
 - б. Околоободочная клетчатка
 - в. Околопочечная клетчатка
140. Околоободочная клетчатка располагается между:
- а. Восходящей или нисходящей ободочной кишкой и позадиободочной фасцией
 - б. Позадиободочной и впередипочечной фасциями
 - в. Позадиободочной и внутривисцеральной фасциями
141. Околопочечная клетчатка располагается вокруг почки:
- а. Под фиброзной капсулой почки
 - б. Между фиброзной и фасциальной капсулами
 - в. Поверх фасциальной капсулы почки
142. Чревный ствол отходит от брюшной аорты на уровне:
- а. Th11
 - б. Th12
 - в. L1
 - г. L2
143. Верхняя брыжеечная артерия отходит от брюшной аорты на уровне:
- а. h12
 - б. L1
 - в. L2
144. Нижняя часть прямой кишки покрыта брюшиной:
- а. С трех сторон
 - б. Только спереди
 - в. Вообще не покрыта брюшиной
145. Среди трех путей оттока лимфы от прямой кишки основным является:
- а. В паховые лимфоузлы
 - б. В крестцовые и далее во внутренние подвздошные лимфоузлы
 - в. В верхние прямокишечные и далее в нижние брыжеечные лимфоузлы
146. При операции экстирпации прямой кишки по поводу рака производится полное удаление клетчатки позадипрямокишечного пространства из-за:
- а. Тесной связи жировой клетчатки со стенкой прямой кишки
 - б. Возможностью прорастания опухоли в жировую клетчатку

- в. Возможностью наличия метастазов опухоли в передних крестцовых лимфоузлах
 - г. Из-за рубцово-фиброзного ее перерождения
- 147. К задней стенке желудка прилежат все образования, кроме:**
- а.левой доли печени
 - б. Задний листок париетальной брюшины
 - в. Поджелудочной железы
 - г. Селезенки
 - д. Брюшной аорты
- 148. Желудок кровоснабжается артериями, отходящими:**
- а. Только от чревного ствола
 - б. От чревного ствола и верхней брыжеечной артерии
 - в. Только от верхней брыжеечной артерии
- 149. Одним из осложнений язвенной болезни желудка является желудочное кровотечение. Чаще всего к такому осложнению в соответствии с особенностями кровеносного русла желудка приводят язвы, расположенные:**
- а. На передней стенке тела желудка
 - б. На задней стенке тела желудка
 - в. На малой кривизне желудка
 - г. На большой кривизне желудка
- 150. Поверхность трубчатого свища выстлана оболочкой полого органа:**
- а. Серозной
 - б. Мышечной
 - в. Слизистой
 - г. Подслизистой
- 151. В иннервации четырехглавой мышцы бедра принимает участие:**
- а. бедренный нерв;
 - б. седалищный нерв;
 - в. запирающий нерв;
 - г. половой нерв;
 - д. нижний ягодичный нерв;
- 152. Задний отдел голеностопного сустава содержит:**
- а. заднюю большеберцовую артерию;
 - б. большеберцовый нерв;
 - в. ахиллово сухожилие;
 - г. малую скрытую вену;
 - д. кожный нерв икры;
- 153. Собственное срединное клетчаточное пространство подошвы заключено между:**
- а. подошвенным апоневрозом и межкостной фасцией подошвы;
 - б. глубокой и межкостной фасциями подошвы;
 - в. коротким сгибателем пальцев и глубокой фасцией подошвы;
 - г. подошвенным апоневрозом и коротким сгибателем пальцев;
 - д. глубокой фасцией и квадратной мышцей подошвы;
- 154. Кпереди от большой ягодичной мышцы в ягодичной области расположены непосредственно:**
- а. средняя ягодичная мышца;
 - б. седалищный нерв;
 - в. грушевидная мышца;
 - г. глубокий листок собственной фасции;
 - д. поверхностный листок собственной фасции;
- 155. К средней ягодичной мышце в ягодичной области снизу прилежит мышца:**
- а. наружная запирающая;
 - б. грушевидная;
 - в. внутренняя запирающая;
 - г. квадратная;

- д. близнецовая верхняя;
- 156. Через большое седалищное отверстие малого таза проходит мышца:**
- а. наружная запирательная;
 - б. внутренняя запирательная;
 - в. грушевидная;
 - г. средняя ягодичная;
 - д. малая ягодичная;
- 157. К тазобедренному суставу спереди прилежат непосредственно мышцы:**
- а. грушевидная;
 - б. наружная запирательная;
 - в. подвздошно-поясничная;
 - г. квадратная;
 - д. малая ягодичная;
- 158. При гнойном поражении тазобедренного сустава экссудат распространяется в полость малого таза по ходу:**
- а. наружной запирательной мышцы;
 - б. бедренного канала;
 - в. бедренной артерии;
 - г. мышечной лакуны;
 - д. внутренней запирательной мышцы;
- 159. Передне-верхнюю границу внутреннего кольца бедренного канала составляет:**
- а. бедренная артерия;
 - б. бедренная вена;
 - в. подвздошно-гребешковая фасция;
 - г. паховая связка;
 - д. лакунарная связка;
- 160. Бедренная артерия в бедренном треугольнике закрыта спереди непосредственно:**
- а. бедренным нервом;
 - б. бедренной веной;
 - в. глубоким листком широкой фасции;
 - г. поверхностным листком широкой фасции;
 - д. поверхностной фасцией;
- 161. Подошвенный канал стопы проксимально сообщается непосредственно с:**
- а. медиальным лодыжечным каналом;
 - б. пяточным каналом;
 - в. подкожной клетчаткой подошвы;
 - г. медиальным ложем подошвы;
 - д. латеральным лодыжечным каналом;
- 162. К средней ягодичной мышце в ягодичной области снизу прилежит мышца:**
- а. наружная запирательная;
 - б. грушевидная;
 - в. внутренняя запирательная;
 - г. квадратная;
 - д. близнецовая верхняя;
- 163. Через большое седалищное отверстие малого таза проходит мышца:**
- а. наружная запирательная;
 - б. внутренняя запирательная;
 - в. грушевидная;
 - г. средняя ягодичная;
 - д. малая ягодичная;
- 164. Через малое седалищное отверстие малого таза проходит мышца:**
- а. внутренняя запирательная;
 - б. наружная запирательная;
 - в. грушевидная;

- г. средняя ягодичная;
 - д. пояснично-подвздошная;
- 165. Через надгрушевидное отверстие в ягодичной области проходит:**
- а. седалищный нерв;
 - б. срамной нерв;
 - в. внутренняя срамная артерия;
 - г. верхняя ягодичная артерия;
 - д. нижняя ягодичная артерия;
- 166. Через подгрушевидное отверстие в ягодичной области проходят все образования, кроме:**
- а. жировой клетчатки;
 - б. седалищного нерва;
 - в. бедренного нерва;
 - г. нижней ягодичной вены;
 - д. внутренней срамной артерии;
- 167. К тазобедренному суставу спереди прилежат непосредственно мышцы:**
- а. грушевидная;
 - б. наружная запирательная;
 - в. подвздошно-поясничная;
 - г. квадратная;
 - д. малая ягодичная;
- 168. Наружная четверть шейки тазобедренного сустава не прикрыта капсулой:**
- а. спереди;
 - б. сзади;
 - в. сверху;
 - г. снизу;
 - д. снизу и спереди;
- 169. При гнойном поражении тазобедренного сустава экссудат распространяется в ягодичную область по ходу:**
- а. средней ягодичной мышцы;
 - б. седалищного нерва;
 - в. подвздошно-поясничной мышцы;
 - г. наружной запирательной мышцы;
 - д. запирательного канала;
- 170. Длина бедренного канала зависит от его стенки:**
- а. верхней;
 - б. передней;
 - в. медиальной;
 - г. латеральной;
 - д. задней;
- 171. Задне-медиальную стенку бедренного канала составляет:**
- а. глубокий листок широкой фасции бедра;
 - б. поверхностный листок широкой фасции бедра;
 - в. портняжная мышца;
 - г. короткая мышца, приводящая бедро;
 - д. длинная мышца, приводящая бедро;
- 172. Наружное кольцо бедренного канала образовано:**
- а. апоневрозом наружной косой мышцы живота;
 - б. апоневрозом поперечной мышцы живота;
 - в. поверхностным листком широкой фасции бедра;
 - г. глубоким листком широкой фасции бедра;
 - д. поверхностной фасцией бедра;

- 173. Бедренная вена в сосудистой лакуне бедра находится по отношению к бедренной артерии:**
- а. сзади;
 - б. латерально;
 - в. спереди;
 - г. спереди и латерально;
 - д. медиально;
- 174. Переднюю границу подмышечной ямки составляет:**
- а. дельтовидная мышца;
 - б. медиальная головка трёхглавой мышцы плеча;
 - в. большая грудная мышца;
 - г. малая грудная мышца;
 - д. длинная головка трёхглавой мышцы плеча;
- 175. Заднюю границу подмышечной ямки составляет мышца:**
- а. широчайшая и большая круглая;
 - б. малая круглая;
 - в. подлопаточная;
 - г. длинная головка трицепса;
 - д. подостная;
- 176. Содержимым подмышечной ямки являются все образования, за исключением:**
- а. подмышечной артерии;
 - б. подмышечной вены;
 - в. плечевого сплетения;
 - г. грудно-плечевых нервов;
 - д. клюво-плечевой мышцы;
- 177. С полостью плечевого сустава сообщаются все образования, за исключением:**
- а. подлопаточной синовиальной сумки;
 - б. поклювовидной синовиальной сумки;
 - в. межбугоркового заворота;
 - г. подакромиальной синовиальной сумки;
 - д. подмышечного заворота;
- 178. Подапоневротическая клетчатка пястья кисти заключена между:**
- а. кожей и ладонным апоневрозом;
 - б. ладонным апоневрозом и поверхностным сгибателем пальцев;
 - в. поверхностным и глубоким сгибателями пальцев;
 - г. глубоким сгибателем пальцев и глубокой ладонной фасцией;
 - д. глубокой ладонной фасцией и межкостными мышцами;
- 179. Ампутация конечности - это отсечение:**
- а. нежизнеспособных тканей;
 - б. конечности на уровне сустава;
 - в. поврежденной конечности;
 - г. конечности на протяжении кости;
 - д. тканей с целью максимального сохранения жизнеспособности конечности;
- 180. Экзартикуляция конечности - это отсечение:**
- а. нежизнеспособных тканей;
 - б. конечности на уровне сустава;
 - в. поврежденной конечности;
 - г. конечности на протяжении кости;
 - д. тканей с целью максимального сохранения жизнеспособности конечности;
- 181. Абсолютным показанием к ампутации является:**
- а. травматический отрыв конечности;
 - б. гангрена конечности различной этиологии;
 - в. открытые множественные переломы костей с повреждением 2/3 диаметра мягких тканей, сосудов, нервов;
 - г. наличие очага тяжелой инфекции на конечности;

- д. все варианты;
- 182. Предпозвоночная фасция шеи покрывает все образования, кроме:**
- а. пограничного симпатического ствола;
 - б. длинных мышц шеи и головы;
 - в. общей сонной артерии;
 - г. лестничных мышц;
 - д. плечевого сплетения;
- 183. Наружная сонная артерия в области шеи отдает все ветви, за исключением:**
- а. язычной;
 - б. лицевой;
 - в. верхней щитовидной;
 - г. затылочной;
 - д. нижней щитовидной;
- 184. Пограничный симпатический ствол в области сонного треугольника шеи находится между:**
- а. париетальным и висцеральным листками внутренностной фасции;
 - б. предпозвоночной фасцией и длинными мышцами головы и шеи;
 - в. общей сонной артерией и внутренней яремной веной;
 - г. внутренней яремной веной и диафрагмальным нервом;
 - д. диафрагмальным нервом и плечевым сплетением;
- 185. В сонном треугольнике шеи непосредственно кзади от среднего констриктора глотки находится:**
- а. пограничный симпатический ствол;
 - б. ретровисцеральная клетчатка;
 - в. предпозвоночная фасция;
 - г. блуждающий нерв;
 - д. длинная мышца шеи;
- 186. Нижняя щитовидная артерия является ветвью артерии:**
- а. внутренней сонной;
 - б. общей сонной;
 - в. наружной сонной;
 - г. аорты;
 - д. подключичной;
- 187. Верхний гортанный нерв обеспечивает иннервацию:**
- а. слизистой оболочки верхнего отдела гортани;
 - б. истинных голосовых связок;
 - в. слизистой оболочки нижнего отдела гортани;
 - г. перстневидно-щитовидной мышцы;
 - д. ни один из вариантов;
- 188. При ушивании открытого пневмоторакса на грудную клетку накладываются ряды швов в количестве:**
- а. двух;
 - б. трех;
 - в. одного;
 - г. четырех;
 - д. пяти;
- 189. При ушивании открытого пневмоторакса в первый ряд швов захватывают следующие слои грудной стенки:**
- а. плевра;
 - б. межреберные мышцы;
 - в. внутригрудная фасция;
 - г. плевра, межреберные мышцы, надкостница, и внутригрудная фасция;
 - д. поверхностные мышцы грудной стенки;

- 190. При ушивании открытого пневмоторакса во второй ряд швов захватывают следующие слои грудной стенки:**
- а. фасцию и поверхностные мышцы грудной стенки;
 - б. межреберные мышцы;
 - в. межреберные мышцы и внутригрудную фасцию;
 - г. кожу с подкожной клетчаткой;
 - д. кожу и поверхностные мышцы;
- 191. При пневмотораксе воздух скапливается:**
- а. в реберно-диафрагмальном синусе;
 - б. под куполом плевры;
 - в. в реберно-медиастинальном синусе;
 - г. в медиастинально-диафрагмальном синусе;
 - д. во всей плевральной полости;
- 192. Реберная дуга образована соединением хрящей:**
- а. VI-IX ребер;
 - б. VII-X ребер;
 - в. VIII-XI ребер;
 - г. VI-X ребер;
 - д. VII-IX ребер;
- 193. Капсула молочной железы образована за счет:**
- а. собственной фасции груди;
 - б. поверхностной пластинки собственной фасции груди;
 - в. глубокой пластинки собственной фасции груди;
 - г. поверхностной фасции груди;
 - д. кожи и подкожной клетчатки;
- 194. Основной лимфоотток от верхнего квадранта молочной железы осуществляется в лимфатические узлы:**
- а. подключичные и надключичные;
 - б. подмышечные;
 - в. загрудные;
 - г. парастернальные;
 - д. под большую грудную мышцу;
- 195. К межреберному нерву сверху прилежат:**
- а. межреберная вена;
 - б. наружная грудная вена;
 - в. межреберная артерия;
 - г. тыльная вена грудной клетки;
 - д. внутренняя грудная артерия;
- 196. Иннервацию мочевого пузыря осуществляют:**
- а. верхнее подчревное сплетение;
 - б. нижнее подчревное сплетение;
 - в. 2 крестцовый нерв;
 - г. 3-4 крестцовые нервы;
 - д. все варианты;
- 197. Лимфатический отток от мочевого пузыря осуществляется в лимфоузлы:**
- а. передние крестцовые;
 - б. внутренние подвздошные;
 - в. наружные подвздошные;
 - г. глубокие паховые;
 - д. все варианты;
- 198. Венозный отток от придатка яичка происходит по венам:**
- а. нижним поверхностным надчревным;
 - б. нижним надчревным;
 - в. запирательным;
 - г. внутренним срамным;

д. наружным семенным;

199. Скелетотопию почечных артерий составляет позвонок:

а. XI грудной;

б. XII грудной;

в. I поясничный;

г. II поясничный;

д. III поясничный;

200. Брюшная аорта по отношению к брюшине расположена:

а. экстраперитонеально;

б. мезоперитонеально;

в. интраперитонеально;

г. экстра- и мезоперитонеально;

д. интра- и мезоперитонеально;

**Ответы на тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний
ординаторов по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»**

[illegible]

Ситуационные задачи по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

Мозговой отдел головы

Ситуационная задача №1

В хирургическое отделение был доставлен больной со скальпированной раной в лобно-теменно-затылочной области. При первичной обработке раны было обращено внимание на обширную поднадкостничную гематому. В послеоперационном периоде у больного образовался секвестр значительного участка правой теменной кости. Укажите на возможные причины данного осложнения. Какие особенности топографии этой области следует иметь в виду для объяснения данного осложнения?

Эталонный ответ:

В лобно-теменно-затылочной области расположены 3 слоя клетчатки: подкожная, подапоневротическая, поднадкостничная. Причиной данного осложнения является поднадкостничная гематома, которая повлекла за собой нарушение кровоснабжения, отслоение надкостницы от кости. В результате это привело к некрозу, секвестрированию кости.

Ситуационная задача №2

В приёмное отделение доставлен ребёнок 7 лет с автодорожной травмой – скальпированной раной теменно-затылочной области, с признаками перелома костей свода черепа и обильным кровотечением из раны. Укажите особенности обработки ран мягких тканей свода черепа, способы остановки кровотечения из покровных слоёв свода черепа, костей свода.

Эталонный ответ:

Первичную хирургическую обработку мягких тканей свода черепа производят экономно; кровотечение останавливают с помощью зажимов Холстеда с перевязкой сосудов; производят прошивание кровоточащего сосуда, электрокоагуляцию поврежденных сосудов. Из костей свода черепа остановку кровотечения осуществляют: втиранием в губчатое вещество кости стерильного парафина или воска; сжатием с помощью щипцов трех слоев кости свода черепа (компактное вещество, губчатое вещество, стекловидная пластинка).

Ситуационная задача №3

В хирургическое отделение поступил больной с резанной раной (5-6 см) мягких тканей височно-теменной области. Повязка на голове и одежда были обильно пропитаны кровью. Укажите источники кровотечения. Какими особенностями топографии мягких тканей свода черепа можно объяснить столь сильное кровотечение?

Эталонный ответ:

Повреждена поверхностная височная артерия. Сильное кровотечение объясняется обильной сетью анастомозов, стенки сосудов не спадаются, так как адвентиция их сращена с соединительнотканными тяжами, идущими от шлема к коже головы. Сосуды располагаются поверхностно (под кожей). Кровоснабжение мягких тканей покровов свода черепа осуществляется из трех пар коллекторов (бассейны наружной и внутренней сонных артерий).

Ситуационная задача №4

После автомобильной аварии в больницу скорой помощи доставлены трое пострадавших с ушибами мягких тканей головы. У одного из пострадавших определяется массивная разлитая гематома, у другого гематома локализована в пределах теменной кости, у третьего - незначительные ушибы, представленные локализованными поверхностными гематомами (шишками). Определите локализацию гематом у всех трех пострадавших пациентов.

Эталонный ответ:

В лобно-теменно-затылочной области располагаются три слоя клетчатки: подкожная, подапоневротическая, поднадкостничная. Массивная гематома расположена в подапоневротической клетчатке; локализованная в пределах теменной кости - поднадкостничная; поверхностная гематома располагается в подкожной клетчатке.

Ситуационная задача №5

У больного после удаления липомы в теменной области инфицировалась послеоперационная рана, а затем возник тромбоз верхне-сагиттального синуса твердой мозговой оболочки. Укажите особенности топографии сосудов в области свода черепа, которыми можно обосновать распространение инфекции из мягких тканей в полость черепа.

Эталонный ответ:

В области мягких покровов головы существует связь вне- и внутричерепной венозных систем через эмиссарные и диплоэтические вены. Из нагноительных очагов в теменной области через вены-выпускники этой кости инфекция попала в верхний сагиттальный синус, вызвав его тромбоз.

Ситуационная задача №6

После вскрытия карбункула затылочной области, располагающегося кнаружи от наружного затылочного выступа, у больного открылось сильное кровотечение в ране. Укажите, какие сосуды могли быть расплавлены гнойным процессом в данной области?

Эталонный ответ:

Во время вскрытия карбункула в затылочной области произошло повреждение затылочной артерии, которая является ветвью наружной сонной артерии и располагается кнаружи от наружного затылочного выступа.

Ситуационная задача №7

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Менингит, тромбоз кавернозного синуса". В анамнезе фурункул в области крыла носа. Чем опасен тромбоз кавернозного синуса, имеющего капиллярное строение? Объясните топографо-анатомические особенности венозных синусов полости черепа.

Эталонный ответ:

Лицевая, далее угловая вена лица в области угла глаза анастомозирует с глазничными венами, которые входят в состав внутричерепного отдела и сообщается с кавернозными синусами. В результате сдавления лицевой вены отеком жидкостью наступило ретроградное течение крови (кверху), которое может достигнуть пещеристой пазухи и вызвать данное заболевание.

Ситуационная задача №8

В приемное отделение доставлен больной с черепно-мозговой травмой, у которого была диагностирована субдуральная гематома теменной области справа с симптомами сдавления мозга. Какая операция показана пострадавшему? Опишите этапы операции, назовите возможный источник кровотечения.

Эталонный ответ:

При субдуральной гематоме рекомендуется костно-пластическая трепанация по Оливекрону. Этапы операции: 1 - произведение люмбальной пункции; 2 - выкраивание кожно-апоневротического лоскута в височной области на питающей ножке, направленной к основанию черепа и вперед; 3 - дугообразное рассечение надкостницы с отслоением по периметру разреза; 4 - нанесение 5 фрезевых отверстий; 5 - перепиливание кости от отверстия к отверстию пилой Джигли; 6 - вскрытие твердой мозговой оболочки крестообразным разрезом. Отверстие закрывают костно-надкостничным и кожно-апоневротическим лоскутами. Повреждена средняя мозговая артерия.

Ситуационная задача №9

У больного перелом основания черепа сопровождается кровотечением из носа и симптомом "очков". Укажите, на уровне какой из черепных ямок произошел перелом основания черепа. Объясните топографо-анатомически возникновение симптома "очков" и кровотечение из носа.

Эталонный ответ:

Перелом основания черепа произошел в области передней черепной ямки. Кровотечение из носа и симптом "очков" связаны с повреждением решетчатых сосудов, пещеристого синуса, образованием двухсторонних ретробульбарных гематом глазниц.

Ситуационная задача №10

У больного перелом основания черепа сопровождается кровотечением из наружного слухового прохода, паралич мимической мускулатуры лица, ухудшение слуха. Укажите, на уровне какой из черепных ямок произошел перелом основания черепа. Объясните топографоанатомические особенности возникновения указанных симптомов.

Эталонный ответ:

Перелом основания черепа произошел в области задней черепной ямки. Кровотечение из наружного слухового прохода возникло после повреждения пирамиды височной кости, кровоизлияния в барабанную полость и повреждения барабанной перепонки. Паралич мимических мышц и ухудшение слуха возникли после повреждения лицевого (VII пара ЧМН) и предверно-улиткового (VIII пара ЧМН) нервов, располагающихся в одном внутреннем слуховом проходе.

Ситуационная задача №11

У больного после полученной травмы в приемном покое выставлен диагноз: "Перелом основания черепа в задней черепной ямке". Назовите 10 нервных и сосудистых образований, которые могут быть повреждены при переломах в этой области.

Эталонный ответ:

При травме черепа этой локализации могут быть повреждены: IX, X, XI и XII пары черепно-мозговых нервов, сигмовидный и поперечный синусы твердой мозговой оболочки, структуры продолговатого мозга, основные артерии, мозжечок, пирамида височной кости.

Ситуационная задача №12

В приемное отделение больницы скорой помощи доставлен больной после автоаварии с черепно-мозговой травмой. Клинически определяется: кровотечение и ликворея из носа, расстройство глазодвигательной функции, анизокория, расстройство обоняния. Укажите, в какой из черепно-мозговых ямок проходит линия перелома. Назовите топографо-анатомические образования, повреждение которых привело к таким тяжелым функциональным нарушениям.

Эталонный ответ:

Передняя черепная ямка с переходом на среднюю. Линия перелома проходит через продырявленную пластинку решетчатой кости, верхнюю стенку глазницы, большое и малое крылья основной кости с повреждением I-III пар черепно-мозговых нервов, с разрывом твердой и паутинной мозговых оболочек, с разрывом вен твердой мозговой оболочки.

Ситуационная задача №13

В нейрохирургическое отделение поступил больной с симптомами прогрессирующего повышения внутричерепного давления. Была диагностирована опухоль височной доли головного мозга. Больному была произведена паллиативная операция для уменьшения внутричерепного давления. Укажите, какая операция была произведена больному и ее этапы?

Эталонный ответ:

При прогрессирующем повышении внутричерепного давления рекомендуется резекционная трепанация. Этапы операции: произведение люмбальной пункции; выкраивание кожно-апоневротического лоскута в височной области на питающей ножке, направленной к основанию черепа; рассечение надкостницы; нанесение фрезевого отверстия, которое расширяется до 6х6 см, вскрытие твердой мозговой оболочки крестообразным разрезом. Отверстие в височной кости закрывают кожно-апоневротическим лоскутом.

Ситуационная задача №14

У больного с черепно-мозговой травмой через несколько суток после операции - трепанации черепа возникло повышение внутричерепного давления. Лечащий врач выбрал область сосцевидного отростка для фиксации медицинских пиявок. Дайте топографо-анатомическое обоснование точки приложения пиявок.

Эталонный ответ:

Улучшение состояния больного наступило в результате оттока крови из системы внутричерепных вен через вены-выпускники, которые располагаются в области сосцевидных отростков, в затылочной области. Пиявки при укусе выделяют антисвертывающие вещества, что также способствует оттоку крови из полости черепа.

Ситуационная задача №15

У больного после операции - трепанации сосцевидного отростка (антротомия) возник периферический паралич лицевого нерва. Дать топографо-анатомическое обоснование данного осложнения.

Эталонный ответ:

Паралич лицевого нерва наступил в результате повреждения его в области нижнего отдела канала лицевого нерва

Ситуационная задача №16

Во время операции - трепанации сосцевидного отростка (антротомия) по поводу гнойного мастоидита в глубине раны началось сильное кровотечение. Укажите на возможный источник кровотечения и способы остановки кровотечения.

Эталонный ответ:

Во время трепанации сосцевидного отростка хирург уклонился к задней стороне треугольника Шипо. В результате произошло повреждение сигмовидного синуса. Существует несколько способов остановки кровотечения из поврежденного синуса: тампонада, перевязка синуса, ушивание раны синуса, пластика дефекта лоскутом твердой мозговой оболочки (пластика по Бурденко).

ЛИЦЕВОЙ ОТДЕЛ ГОЛОВЫ

Ситуационная задача №17

В хирургическое отделение поступил больной с рваной раной боковой области лица у места пересечения переднего края жевательной мышцы и нижнего края нижней челюсти, что вызвало сильное кровотечение и асимметрию ротовой щели. Укажите, какие сосуды и нерв повреждены.

Эталонный ответ:

Направление раны указывает на повреждение лицевой артерии и краевой ветви нижней челюсти лицевого нерва. Проекция лицевой артерии проходит от середины края нижней челюсти к медиальному углу глаза.

Ситуационная задача №18

В хирургическое отделение поступил больной с резаной раной боковой области лица, рана 4 см длиной, расположена вертикально на уровне ветви нижней челюсти на 1,5-2 см ниже скуловой дуги. При ревизии раны и остановке кровотечения из сосудов подкожно-жировой клетчатки было обнаружено, что рану постоянно наполняет прозрачная жидкость. Укажите какое образование было повреждено в результате ранения и между какими анатомическими элементами боковой области лица это образование залегает?

Эталонный ответ:

Направление раны указывает на повреждение выводного протока околоушной железы. Он проецируется от основания мочки уха к углу ротовой щели. У переднего края жевательной мышцы, поворачивая под прямым углом прободает щечную мышцу и открывается в преддверие рта на уровне 6-7 верхнего зуба. Выводной проток залегает между мышцей, поднимающей угол рта и жировым телом щеки, щечно-глоточной фасцией.

Ситуационная задача №19

В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил больной с диагнозом: "Острое воспаление правой околоушной слюнной железы". При осмотре - наличие плотного инфильтрата спереди от козелка уха, позади нижнечелюстной ямки, резко выражена асимметрия ротовой щели, сглажена правая носогубная складка. Укажите возможные причины данной симптоматики.

Эталонный ответ:

Острое воспаление околоушной железы вызвало сдавление лицевого нерва, который проходит через толщу железы. Лицевой нерв иннервирует всю мимическую мускулатуру. Все перечисленные симптомы указывают на повреждение лицевого нерва.

Ситуационная задача №20

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Менингит, тромбоз кавернозного синуса". В анамнезе фурункул в области крыла носа. Чем опасен тромбоз кавернозного синуса, имеющего капиллярное строение? Объясните топографо-анатомические особенности венозных синусов полости черепа.

Эталонный ответ:

Лицевая, далее угловая вена лица в области угла глаза анастомозирует с глазничными венами, которые входят в состав внутричерепного отдела и сообщается с кавернозными синусами. В результате сдавления лицевой вены отеком жидкостью наступило ретроградное течение крови (кверху), которое может достигнуть пещеристой пазухи и вызвать данное заболевание.

Ситуационная задача №21

В результате автодорожной аварии у пострадавшего образовалась рваная рана боковой области лица слева. На рентгенограмме - оскольчатый перелом ветви нижней челюсти на уровне шейки суставного отростка. При ревизии раны и удалении свободных костных осколков внезапно из глубины раны началось сильное кровотечение. Укажите, какой сосуд мог быть поврежден острым осколком кости, какой сосуд нужно перевязать в случае затруднения при попытке остановки кровотечения в ране.

Эталонный ответ:

В результате тяжелой травмы возникло повреждение верхне-челюстной артерии. В случае затруднения остановки кровотечения можно перевязать наружную сонную артерию.

Ситуационная задача №22

Во время удаления зуба возник передний двусторонний вывих в височно-нижнечелюстном суставе. Каков механизм вывиха? Как при этом расположена нижняя челюсть?

Эталонный ответ:

При опускании нижней челюсти вначале происходит движение в нижнем отделе сустава. В случае дальнейшего открытия рта суставная головка уже вместе с мениском перемещается по суставной ямке вперед на суставной бугорок. При широко раскрытом рте суставная головка становится впереди от наиболее низкой части суставного бугорка. Это является моментом, способствующим соскальзыванию суставного отростка вперед – получается вывих нижней челюсти вперед. Очень редко встречается вывих назад, когда головка челюсти смещается под костную часть слухового прохода, становится впереди сосцевидного и снаружи от шиловидного отростков. Вывихи челюсти внутри или снаружи наблюдаются лишь при переломах шейки суставного отростка. При растяжении капсулы сустава вывих может оказаться привычным.

Ситуационная задача №23

В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил ребенок 6 лет с диагнозом: «Острое гнойное воспаление правой околоушной слюнной железы». При осмотре обнаружена выраженная асимметрия ротовой щели и сглажена правая носогубная складка. Укажите анатомические образования, повреждение которых привело к такой клинической картине.

Эталонный ответ:

Острое воспаление околоушной железы вызвало сдавление лицевого нерва, который проходит через толщу железы. Лицевой нерв иннервирует всю мимическую мускулатуру. Все перечисленные симптомы указывают на повреждение лицевого нерва.

Ситуационная задача №24

В хирургическое отделение поступил ребенок с диагнозом «Острое гнойное воспаление правой околоушной железы». Хирург вскрыл гнойник, но в послеоперационном периоде опять возникло гнойное воспаление околоушной слюнной железы. Укажите, как выполняется оперативный доступ к околоушной железе и какую ошибку допустил хирург при оперативном лечении ребенка.

Эталонный ответ:

Кожа рассекается вертикальным разрезом по предушной складке от козелка уха и ниже мочки. Капсула околоушной слюнной железы рассекается в косо-поперечном направлении с учетом расположения ветвей лицевого нерва. Ошибкой хирурга является то, что им не вскрыты все дольки железы, что и привело к развитию рецидива.

Ситуационная задача №25

В хирургическое отделение поступил больной с жалобами на быстро наступающее сведение челюстей, боль при глотании, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов, особенно в области угла правой челюсти. При осмотре хирургом выявлены: плотный малоболезненный инфильтрат внутри от правого угла нижней челюсти, имеющий как бы поперечное направление с небольшой флуктуацией в середине, гиперемия и отек крыловидно-челюстной складки, мягкого неба и передней дужки, при надавливании иррадиация боли по ходу нижнечелюстного нерва, нарушается чувствительность нижней стороны губы справа. Дайте топографо-анатомическое обоснование данного заболевания и где необходимо выполнять разрезы при его лечении.

Эталонный ответ:

Флегмона правого крыловидно-нижнечелюстного пространства. Стенками данного пространства являются: медиальная – медиальная крыловидная мышца, латеральная – угол и ветвь нижней челюсти. Вверху переходит в височно-крыловидное пространство. Вскрывается флегмона внеротовым доступом – позади угла нижней челюсти и внутриротовым – позади последнего зуба нижней челюсти по переходной складке и медиально от ветви нижней челюсти.

Ситуационная задача №26

В хирургическое отделение поступил больной, при осмотре у которого выявлено: припухание околоушно-жевательной, щечной и частично височной областей справа, отек слизистой оболочки верхнего свода предверия рта, сглаженность переходной складки, умеренное сведение челюстей. Укажите локализацию данного заболевания, источники инфицирования и пути распространения гноя.

Эталонный ответ:

Флегмона правой околоушно-жевательной области. Источники инфицирования: околоушная слюнная железа, зубы нижней челюсти, нижняя челюсть, жировая клетчатка глубокой области лица, барабанная полость. Пути распространения инфицированного содержимого: глубокие пространства лица, в наружный слуховой проход, в щечную область и преддверие полости рта.

Ситуационная задача №27

В хирургическое отделение поступил больной в тяжелом состоянии, у которого отмечают: затрудненное дыхание, охриплость голоса, гиперемия и припухлость позади нижней челюсти слева, боль, отдающая в ухо, увеличение лимфатических узлов вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Из анамнеза известно, что больной накануне подавился рыбной костью. Укажите какое заболевание может быть у данного больного, опишите хирургические доступы при лечении этого заболевания.

Эталонный ответ:

Флегмона левого пространства. Стенками данного пространства являются: медиальная – боковая стенка носоротоглотки, латеральная – медиальная крыловидная мышца. Вскрывается флегмона внеротовым доступом – позади угла нижней челюсти и внутриротовым – позади последнего зуба нижней челюсти по переходной складки и медиально от ветви нижней челюсти.

Ситуационная задача №28

В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил ребенок 6 лет с диагнозом: «Острое гнойное воспаление правой околоушной железы». При осмотре обнаружена резко выраженная асимметрия ротовой щели и сглажена правая носогубная складка. Укажите анатомические образования, повреждение которых привело к такой клинической картине.

Эталонный ответ:

В область воспалительного процесса были вовлечены щечная и краевая ветвь лицевого нерва с нарушением функции мимических мышц: поднимающей и опускающей угол рта, круговой мышцы рта, щечной и мышцы смеха

Ситуационная задача №29

В отделение детской хирургии поступил ребенок 3 лет с диагнозом: «Острое гнойное воспаление левого жирового комка Биша». Укажите гомологию и синтопию данного образования.

Эталонный ответ:

Жировой комок Биша располагается в щечной области между щечно-глоточной фасцией (медиально) и мышцей, поднимающей угол рта, покрытой изнутри собственной фасцией. Пронизывает жировой комок Биша проток околоушной слюнной железы. Проецируется на кожу щеки – впереди переднего края жевательной мышцы

Ситуационная задача №30

В хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному

выполнена тотальная ринопластика филатовским стеблем по Хитрову. Укажите этапы данной операции.

Эталонный ответ:

Этапы тотальной ринопластики Филатовским стеблем по Хитрову: 1 - формирование круглого кожно-жирового стебля на груди или животе; 2 - пересадка одной ножки стебля на кисть или предплечье; 3 - перенесение второй ножки стебля в область корня носа; 4 - ринопластика (формирование носа).

Ситуационная задача №31

В результате случайного огнестрельного ранения у солдата произошло значительное повреждение носовых костей и перегородки носа, при заживлении которых образовались массивные рубцы, заполняющие полностью носовую полость. С целью устранения глубоких атрезий в полости носа и восстановления носового дыхания больному выполнена операция по Мухину. Укажите этапы этой операции.

Эталонный ответ:

Этапы устранения глубокой атрезии носовых ходов (восстановление носового дыхания) по Мухину: 1 – отсечь кожную носовую перегородку и отвести вверх с кончиком носа, 2 – удалить костные и хрящевые фрагменты рубцовой ткани; 3 – разогреть пластинку стенса и заполнить ею полость носа; 4 – забрать кожный трансплантат с бедра и вынуть затвердевший стенсовый слепок; 5 – приклеить к стенсовому слепку кожный трансплантат и ввести его снова в полость носа; 6 – сформировать отверстие в центре вкладыша; 7 – удалить стенсовый вкладыш и ввести в носовые ходы пластмассовые трубочки с индивидуальными размерами.

Ситуационная задача №32

У ребенка диагностирован острый гнойный гайморит. Перечислите пути распространения гноя из гайморовой пазухи с учетом возрастных особенностей.

Эталонный ответ:

Распространение инфицированного экссудата из верхнечелюстной пазухи может произойти в средний носовой ход, полость глазницы, задние луночковые пазухи альвеолярного отростка верхней челюсти

Ситуационная задача №33

Прав ли будет врач, установивший у ребенка 3-летнего возраста диагноз: «Острый гнойный фронтит»? Дайте пояснение.

Эталонный ответ:

Нет, так как лобные пазухи формируются окончательно к 6-7 летнему возрасту.

Ситуационная задача №34

В хирургическое отделение поступил ребенок 5 лет, у которого при абсцессе альвеолярного отростка верхней челюсти возникла флегмона подглазничной области. Дайте топографо-анатомическое обоснование возникшего осложнения и укажите места разреза.

Эталонный ответ:

При абсцессах альвеолярного отростка гнойный экссудат скапливается между костью и надкостницей вестибулярной поверхности. В затянувшихся случаях происходит расплавление надкостницы (у детей слабо выражена) и скопление гноя обнаруживается под слизистой оболочкой. В дальнейшем гнойный экссудат распространяется по рыхлой жировой клетчатке в подглазничную область. Оперативный доступ со стороны преддверия рта, по переходной складки в горизонтальном направлении.

Ситуационная задача №35

После перелома нижней челюсти у пострадавшего появилось онемение кожи подбородочной области. В каком месте ориентировочно произошел перелом и объясните причину данного осложнения.

Эталонный ответ:

Произошел подбородочный перелом нижней челюсти. При одностороннем переломе возможно повреждение одного подбородочного нерва, а при двухстороннем – двух

Ситуационная задача №36

Ребенок 3 лет поступил для проведения плановой операции по поводу незаращения твердого неба «Волчья пасть». Определите объем оперативного вмешательства, за счет каких соседних тканей возможно закрытие этого врожденного дефекта.

Эталонный ответ:

Оптимальный возраст 3-4 года. Основные моменты уранопластики: 1) устранение дефекта; 2) ретропозиция мягких тканей; 3) мезофарингоконструкция. Пластику закрытия дефекта твердого неба проводят за счет тканей мягкого неба, мягких тканей твердого неба (слизисто-надкостничные лоскуты), слизистой носа (носоглотки), боковой стенки глотки (слизисто-подслизистый слой).

Ситуационная задача №37

В хирургическом отделении стоматологической поликлиники у мужчины 35 лет выполнена операция по поводу кисты 1 премоляра нижней челюсти справа. Укажите отличия цистотомии (Партч-I) от цистэктомии (Партч-II).

Эталонный ответ:

При цистотомии (Партч-1) производят рассечение и удаление содержимого кисты, а при цистэктомии (Партч-2) удаляют полностью кисту без вскрытия ее капсулы.

Ситуационная задача №38

В травматологическое отделение поступил пострадавший, у которого после падения с лестницы произошел перелом верхней челюсти. Укажите и объясните наиболее типичные места переломов верхней челюсти (Лефор I, II, III).

Эталонный ответ:

Лефор I – линия перелома верхней челюсти проходит горизонтально от основания грушевидного отверстия до бугра верхней челюсти, чуть выше дна гайморовой полости, заканчиваясь за последним зубом верхней челюсти. Лефор II – линия перелома проходит поперечно через корень носа по внутренней стенке глазницы до заднего конца нижней глазничной щели, затем направляется вперед, пересекает нижний край глазницы и спускается вниз почти вертикально по челюстно-скуловому шву и жале на альвеолярный отросток кзади. до до крыловидного отростка клиновидной кости. Лефор III – вначале линия перелома совпадает с линией перелома второго типа, затем линия переходит на наружную стенку и наружный край глазницы, далее по лобно-скуловому шву направляется на бугор и крыловидные отростки клиновидной кости

Ситуационная задача №39

При падении с грузовика на подбородок у мужчины 35 лет произошел двухсторонний перелом обоих суставных отростков нижней челюсти. Укажите наиболее типичные места переломов нижней челюсти (по Линдеманну). Укажите направление смещения отломков.

Эталонный ответ:

Ментальный перелом – смещение отломков происходит по вертикали (односторонний, двухсторонний). Ангулярный перелом – в области угла нижней челюсти,

смещение может не происходить (односторонний, двухсторонний). Перелом в области шейки суставного отростка – боковое смещение по горизонтали дуги челюсти в сторону перелома (одностороннее, двухстороннее). Центральный перелом – смещения не наблюдается.

Ситуационная задача №40

В хирургическом отделении прооперировали ребенка по поводу врожденного укорочения уздечки языка. Укажите способы хирургического удлинения уздечки.

Эталонный ответ:

Рассекается укороченная уздечка поперечным разрезом в средней трети, оттягивается кончик языка максимально вверх и сшить кетгутом края слизистой оболочки уздечки в продольном направлении.

Ситуационная задача №41

Укажите преимущественную локализацию рака языка и последовательные этапы удаления по Красину.

Эталонный ответ:

Преимущественная локализация - на боковой поверхности тела языка. Этапы удаления запущенных форм рака языка по Красину: 1 – овальный разрез кожи в подбородочной области; 2 – выделить и перевязать лицевые и язычные артерии с обеих сторон; 3 – рассечь диафрагму рта в поднижнечелюстных треугольниках; 4 – резецировать подбородочную часть нижней челюсти и отвести вниз; 5 – иссечь ткани языка и диафрагмы рта в нужном объеме; 6 – зашить рану корня языка, фиксировать резецированную подбородочную часть челюсти, швы на мягкие ткани

Ситуационная задача №42

При закупорке камнем выводного протока подъязычной слюнной железы у женщины 55 лет появилась припухлость подъязычного валика, болезненность при движениях языка. Укажите топографо-анатомические особенности преимущественной локализации камней в поднижнечелюстной слюнной железе и оперативные доступы при хирургическом лечении.

Эталонный ответ:

Преимущественной (95%) локализации слюнных камней в поднижнечелюстной слюнной железе способствует низкое расположение железы (на шее) и косо-восходящее направление выводного протока, что приводит к замедлению выведения секрета. Разрезы выполняются внутриротовые (если камни локализуются в концевом отделе протока) и внеротовые (при паренхиматозных камнях или их локализации в начальном отделе протока).

Ситуационная задача №43

В хирургическое отделение поступил больной в тяжелом состоянии. При осмотре обнаружена отечность лица, полуоткрытый рот, речь затруднена из-за болезненных движений языка, припухлость в подбородочном и боковых подчелюстных пространствах, гиперемия кожи. При пальпации в подподбородочной области определяется плотный инфильтрат. Дайте топографо-анатомическое объяснение данного заболевания.

Эталонный ответ:

У больного флегмона дна полости рта. Диафрагма полости рта образована челюстно-подъязычными мышцами, подбородочно-подъязычными, подбородочно-язычными и передними брюшками двубрюшной мышцы. Сзади диафрагма граничит с шиловидноязычными, шиловидноподъязычными и шилоглоточными мышцами. Клетчатка дна полости рта многочисленными каналами и щелями связана со всеми клетчаточными пространствами челюстно-лицевой области и шеи

ШЕЯ

Ситуационная задача №44

Доставлен больной с переломом поперечных отростков VI и VII шейных позвонков, нарастающей гематомой в надключичной области. Ранение какого сосуда могло произойти при повреждении костей? Укажите ориентиры для его нахождения и лигирования.

Эталонный ответ:

При данной патологии признано повреждение позвоночной артерии. Ориентирами являются VI шейный позвонок, в отверстие которого входит артерия. Позвоночная артерия начинается от первого отдела подключичной артерии.

Ситуационная задача №45

У ребёнка 8 лет при компьютерной томографии была найдена опухоль височной доли мозга слева. Решено произвести перевязку внутренней сонной артерии слева для лишения кровоснабжения опухоли. Назовите доступы к внутренней сонной артерии и возможные пути коллатерального кровообращения. Из бассейна какой артерии будет осуществляться кровоснабжение?

Эталонный ответ:

Доступ через сонный треугольник в области синокаротидной зоны, вдоль внутреннего края кивательной мышцы. Кровоснабжение будет осуществляться из бассейна подключичной артерии (по позвоночным сосудам), а также из бассейна внутренней сонной артерии с противоположной стороны.

Ситуационная задача №46

В хирургическое отделение поступил больной со злокачественной опухолью околоушной слюнной железы, которая вызвала кровотечение. Укажите, какой сосуд поврежден и какими ориентирами должен пользоваться хирург для обнажения этого сосуда на шее?

Эталонный ответ:

При злокачественном перерождении околоушной слюнной железы может наступить повреждение стенки наружной сонной артерии. Проекционная ее линия соответствует биссектрисе угла, образованного кивательной и лопаточно-подъязычной мышцами.

Ситуационная задача №47

У больного рак корня языка. Во время радикальной операции началось сильное кровотечение в ране, которое было решено остановить перевязкой язычной артерии на протяжении. Укажите, в каких треугольниках шеи можно обнажить и перевязать язычную артерию. Какие ткани необходимо раздвинуть?

Эталонный ответ:

Перевязка язычной артерии производится в пределах треугольника Пирогова, образованного сухожилиями двубрюшной мышцы и подъязычным нервом. После рассечения мягких тканей разъединяют волокна подъязычно-язычной мышцы, обнажают язычную артерию.

Ситуационная задача №48

В больницу скорой помощи доставлен больной с острым отравлением. Для детоксикации было решено провести дренирование грудного лимфатического протока. Укажите ориентиры, которыми должен пользоваться хирург для обнаружения грудного лимфатического протока на шее.

Эталонный ответ:

Грудной лимфатический проток впадает в левый венозный угол Пирогова (слияние левой подключичной и внутренней яремной вены). Левый венозный угол и грудной

лимфатический проток располагаются кзади от кивательной мышцы в лестнично-позвоночном треугольнике. Разрез делается на 1 см выше и параллельно ключице слева

Ситуационная задача №49

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Флегмона подчелюстной области справа". Хирург решил вскрыть флегмону. Укажите, повреждение каких образований может произойти в области подчелюстной железы и нижнего края нижней челюсти.

Эталонный ответ:

При вскрытии подчелюстной флегмоны необходимо не повредить лицевые артерию и вену. Вена располагается на передней, артерия - на задней поверхности подчелюстной железы

Ситуационная задача №50

У больного диагностировано инородное тело в шейном отделе пищевода, которое не удалось удалить при проведении эзофагоскопии. Укажите ориентиры для определения оперативного доступа к шейному отделу пищевода.

Эталонный ответ:

Оперативным доступом к шейному отделу пищевода является разрез по передней поверхности левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, так как пищевод отклоняется влево от срединной линии шеи.

Ситуационная задача №51

Инородное тело пищевода вызвало перфорацию задней его стенки на уровне VII шейного позвонка, в результате чего образовалась флегмона окологлоточной клетчатки. Укажите возможные пути распространения гнойного затека и определите оперативный доступ для вскрытия флегмоны этого пространства.

Эталонный ответ:

Гнойный затек при повреждении пищевода может распространиться в заднее средостение. Для вскрытия ретровисцерального клетчаточного пространства проводится разрез по заднему краю кивательной мышцы.

Ситуационная задача №52

Бригадой скорой помощи в операционную доставлен больной в состоянии асфиксии. Хирург решил выполнить верхнюю трахеотомию. Во время операции было обнаружено, что верхний край перешейка щитовидной железы расположен на уровне нижнего края щитовидного хряща. Укажите, как должен поступить хирург, какую трахеотомию выполнить и этапы этой операции?

Эталонный ответ:

При данном расположении перешейка щитовидной железы выполняется нижняя трахеостомия. Этапы: рассечение мягких тканей до трахеи, вскрытие трахеи, введение трахеостомической трубки с помощью трахеорасширителя Труссо, фиксация трахеостомической трубки, ушивание раны

Ситуационная задача №53

После операции нижней трахеотомии у больного возникла флегмона клетчатки переднего средостения. По каким фасциально-клетчаточным пространствам может распространиться гной и куда?

Эталонный ответ:

Из превисцерального межфасциального клетчаточного пространства гной может распространиться в переднее средостение.

Ситуационная задача №54

У ребёнка с истинным крупом комплекс проводимых консервативных мероприятий оказался не эффективным. При асфиксии было решено произвести срочную трахеостомию. Укажите способы трахеостомий, какой способ предпочтительней произвести в данной ситуации, почему? Назовите основные моменты операции.

Эталонный ответ:

Существует верхняя, средняя, нижняя трахеостомии. Предпочтительнее у детей – нижняя трахеостомия, так как трахея у детей имеет воронкообразную форму и нужно дать доступ воздуха ниже места сужения. Кроме этого, перешеек щитовидной железы скелетотопически стоит высоко, на уровне перстневидного хряща, свободные кольца трахеи находятся ниже перешейка. Этапы трахеостомии: 1 – разрез кожи – от верхнего края перстневидного хряща до яремной вырезки строго по средней линии шеи, послойно рассечение всех слоев шеи до трахеи, гемостаз, отведение вверх перешейка щитовидной железы; 2 – фиксация трахеи однозубым крючком, рассечение 2-3 хрящей трахеи; 3 – введение трахеорасширителя Труссо в трахею, затем по инструменту проведение трахеостомической канюли Люэра; 4 – ушивание раны введенной канюли.

Ситуационная задача №55

После удаления левой доли щитовидной железы у больного резко изменился тембр голоса. Укажите повреждение какого образования и на каком этапе операции могло вызвать подобное состояние.

Эталонный ответ:

При удалении щитовидной железы был поврежден возвратный нерв на этапе выделения задней и медиальной поверхностей железы.

Ситуационная задача №56

После ранения рыбьей костью пищевода у больного возникла глубокая флегмона шеи, локализующаяся в претрахеальном клетчаточном пространстве. Назовите возможные пути распространения гноя при отсутствии помощи. Какое грозное осложнение может развиваться в данной ситуации?

Эталонный ответ:

В клетчатку переднего средостения. Осложнение – медиастенит. Наличие прямой связи клетчатки претрахеального и переднего медиастенального пространств обеспечивает распространение экссудата в область груди с образованием переднего медиастенита.

Брюшная полость

Ситуационная задача №57

Во время операции по поводу острой кишечной непроходимости выявлен тромбоз нижней брыжеечной артерии. В каком отделе кишечника нарушено кровоснабжение? Укажите границы возможно некроза кишки.

Эталонный ответ:

Нарушено кровообращение в области селезеночного изгиба поперечной ободочной кишки, нисходящего отдела ободочной, сигмовидной и проксимального отдела прямой кишки. Границы: проксимально-селезеночный угол поперечной ободочной кишки, дистально – проксимальный отдел прямой кишки.

Ситуационная задача №58

Сразу после срочной лапаротомии по поводу прободной язвы желудка патологического содержимого в брюшной полости больного не обнаружено. В какое анатомическое образование излилось содержимое желудка, почему оно не попало в брюшную полость? Какой внутрибрюшной доступ к задней стенке желудка позволяет её осмотреть и ушить перфоративную язву.

Эталонный ответ:

Содержимое желудка попало в сальниковую сумку. Внутрибрюшные доступы: 1. Через желудочно-ободочную связку; 2. Через брыжейку поперечной ободочной кишки; 3. Через стенку малого сальника. В данном случае имелась сплошная желудочно-поджелудочная связка, которая разделила сальниковую сумку на две изолированные полости (преддверие и собственно полость).

Ситуационная задача №59

У больной, которая неделю назад экстренно оперирована по поводу разрыва кисти яичника, обнаружен поддиафрагмальный абсцесс справа. Объясните, каким образом инфекция из полости малого таза попала в правое поддиафрагмальное пространство? Почему абсцесс возник справа, а не слева?

Эталонный ответ:

Инфекция распространилась по правому боковому каналу. Левый боковой канал не сообщается с верхним этажом брюшной полости из-за наличия диафрагмально-поперечноободочной связки в области селезеночного угла поперечной ободочной кишки, поэтому абсцесс возник справа.

Ситуационная задача №60

У пострадавшего в ДТП с подозрением на внутрибрюшное кровотечение выполнена лапаротомия, в брюшной полости обнаружена кровь. Какие анатомические образования в брюшной полости необходимо осмотреть, чтобы определить источник кровотечения? Какие сосуды могут быть повреждены и их локализация?

Эталонный ответ:

Прежде необходимо осмотреть верхнюю брыжеечную артерию в правом брыжеечном синусе и нижнюю брыжеечную артерию в левом брыжеечном синусе.

Ситуационная задача №61

После срочной лапаротомии по поводу острой кишечной непроходимостью в брюшной полости больного обнаружен некротизированный участок тонкой кишки длиной 50 см. какой длины участок кишки необходимо резецировать? Назовите этапы резекции кишки, вид анастомоза и порядок наложения кишечных швов?

Эталонный ответ:

Удаляется дополнительно 50 см кишки (30 см проксимально и 20 см дистально). Этапы: 1. Лапаротомия; 2. Мобилизация кишки; 3. Резекция кишки; 4. Наложение анастомоза. Виды анастомозов: конец в конец; бок в бок; конец в бок. Порядок наложения кишечных швов: 1. Серозно-мышечный (Ламбер); 2. Сквозной (Жоли); 3. Сквозной (Шмидена); 4. Серозно-мышечный (Ламбера);

Ситуационная задача №62

У больного полная непроходимость пищевода в результате прорастания опухолью. Какая поллиативная операция показана больному? Назовите этапы операции.

Эталонный ответ:

Паллиативная операция - гастростомия. Виды: трубчатый и губовидный свищ. Этапы операции: по Витцелю: 1. Верхняя срединная лапаротомия; 2. Вшивание трубки в области передней стенки желудка (конец трубки обращен к выходному отделу желудка); 3. Наложение кисетного шва в области отверстия желудка, через которое вводится трубка в желудок; 4. Фиксация стенки желудка к брюшной стенке и выведение трубки наружу; 5. Ушивание операционной раны.

Ситуационная задача №63

Больному с раковым стенозом выходного отдела желудка выполнена поллиативная операция. Между какой кишкой и желудком можно наложить анастомоз в обход его выходного отдела и восстановить пассаж пищи в кишечник? Назовите порядок наложения кишечных швов.

Эталонный ответ:

Операции – гастроэнтероанастомозы: передний (на короткой петле), задний (на длинной петле с дополнительными межкишечным анастомозом по Брауну). Порядок наложения швов: 1. Шов Ламбера; 2. Шов Жоли; 3. Шов Шмидена; 4. Шов Ламбера.

Ситуационная задача №64

После экстренной лапаротомии у пострадавшего в ДТП обнаружен разрыв поперечно-ободочной кишки и выполнена резекция поврежденного участка. Назовите вид анастомоза и порядок наложения кишечных швов при его формировании.

Эталонный ответ:

Этапы: 1. Лапаротомия; 2. Мобилизация кишки; 3. Резекция кишки; 4. Наложение анастомоза "конец в конец". Порядок наложения швов: 1. Шов Ламбера; 2. Шов Жоли; 3. Шов Шмидена; 4. Шов Ламбера; 5. Шов Ламбера; 6. Шов Ламбера.

Ситуационная задача №65

У больного пищеводное кровотечение. Объясните его причину. Какие виды компенсаторных сосудистых анастомозов существуют и где они располагаются?

Эталонный ответ:

Блок в портальной системе, который приводит к расширению и разрыву вен пищевода. В области брюшного отдела пищевода существует porto-кавальный анастомоз.

Ситуационная задача №66

Какие сосуды необходимо перевязать при резекции восходящего отдела толстой и подвздошной кишки. Какой вид межкишечного анастомоза при этом нужно создать и каков порядок наложения кишечных швов?

Эталонный ответ:

Необходимо перевязать подвздошно-толстокишечную артерию. Анастомоз "конец в бок". Порядок наложения швов: 1. Шов Ламбера; 2. Шов Жоли; 3. Шов Шмидена; 4. Шов Ламбера; 5. Шов Ламбера.

Ситуационная задача №67

У больного язвенное желудочное кровотечение, не поддающееся консервативной терапии. По жизненным показаниям выполнена резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Чем отличается резекция желудка по Бильрот-1 и по Бильрот-2? Назовите виды анастомозов и порядок наложения швов.

Эталонный ответ:

Типичная операция по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Этапы: 1. Лапаротомия; 2. Мобилизация желудка; 3. Перевязка левой желудочной артерии; 4. Выведение тощей кишки в верхний этаж; 5. Резекция 12-перстной кишки и обработка культи; 6. Резекция желудка; 7. Наложение желудочного-кишечного анастомоза "конец в бок"; 8. Зашивание раны.

Ситуационная задача №68

У больного с проникающим ранением в живот после экстренной лапаротомии выявлено ранение печени. Назовите: 1) сосуды, кровоснабжающие печень; 2) их локализацию; 3) приемы временной остановки кровотечения; 4) гемостатические швы на печень.

Эталонный ответ:

1. Собственная печеночная артерия, воротная вена; 2. Расположены в печеночно-12-перстной связке; 3. Сдавление сосудов в печеночно-12-перстной связке путем проведения пальца через сальниковое отверстие или путем сдавления печеночной ткани; 4. П-образные швы, шов Кузнецова-Пенского, шов Жордано, шов Брегадзе, шов Оппеля и другие.

Ситуационная задача №69

У больного абсцесс печени в пределах 6-7 сегментов(латеральный сектор). Представьте схему сегментарного строения печени по Куино. Назовите триаду Глиссона и место ее расположения.

Эталонный ответ:

В основу сегментарного строения печени по Куино положено деление триады Глиссона внутри печени. Триада Глиссона-общий желчный проток, воротная вена, собственная печеночная артерия, расположены в печеночно-двенадцатиперстной связке. Сегменты с диафрагмальной поверхности: 7 8 1 2 6 5 4 3 Сегменты с висцеральной поверхности: 6 5 4 3 7 1 2

Ситуационная задача №70

Какие отделы тонкой и толстой кишки подвергаются ишемической гангрене при тромбозе верхней брыжеечной артерии?

Эталонный ответ:

12-перстная кишка, тощая кишка, подвздошная кишка, слепая с червеобразным отростком, восходящий отдел и часть поперечной ободочной кишки.

Ситуационная задача №71

После аппендэктомии у больного возникло осложнение- межкишечный абсцесс с прорывом гноя в левую брыжеечную пазуху. Укажите пути дальнейшего распространения гноя.

Эталонный ответ:

Левый брыжеечный синус, полость малого таза, правый и левый боковые каналы, печеночная сумка.

Ситуационная задача №72

У больной каловый свищ в правой поясничной области после ножевого ранения. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Какой отдел кишки ранен? Почему данное ранение оказалось непроникающим в брюшную полость?

Эталонный ответ:

Повреждена внебрюшинная часть восходящего или нисходящего отдела толстой кишки.

Ситуационная задача №73

Пострадавшему с тупой травмой живота произведена срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости повреждений не обнаружено. При ревизии правого бокового канала и правой брыжеечной пазухи была обнаружена обширная забрюшинная гематома. Какими анатомическими образованиями, ограничен правый боковой канал и брыжеечную пазуху. О повреждении какого крупного сосуда можно думать? В каких слоях забрюшинного пространства скопилась кровь, которая просвечивает через брюшину?

Эталонный ответ:

Срединный разрез - от середины расстояния между мечевидным отростком и пупочным кольцом до середины расстояния между пупком и лонным сочленением, обходя пупочное кольцо слева. Правый боковой канал образован восходящим отделом толстой кишки и передне-боковой стенкой живота. Правый брыжеечный синус образован

восходящим отделом толстой кишки (снаружи), поперечной ободочной кишкой и её брыжейкой (сверху), брыжейкой тонкой кишки (медиально). Повреждена верхняя брыжеечная артерия, гематома в забрюшинном пространстве.

Ситуационная задача №74

После лапаротомии и ревизии органов брюшной полости у больного с проникающим ранением живота обнаружена продольная резаная рана толстой кишки размером 2 см. в каком направлении следует ушить рану кишки, какими швами и в какой последовательности.

Эталонный ответ:

Ране необходимо придать поперечное направление. Зашить рану . Первый ряд - сквозной шов, поверх него- два ряда серозно-мышечных швов (Ламбер).

Ситуационная задача №75

После лапаротомии по поводу острого аппендицита у больного обнаружено ретроцекальное расположение червеобразного отростка. Какой вид операции необходимо выполнить? Чем этот способ отличается от типичной аппендэктомии? Какие варианты расположения червеобразного отростка относительно слепой кишки известны?

Эталонный ответ:

Варианты расположения червеобразного отростка: по отношению к основанию отростка - вверх (подпеченочно), вниз (тазовое), кнаружи (латеральное), кнутри (медиальное), позади слепой кишки (ретроцекальное), забрюшинно (ретроперитонеальное). Ретроградная аппендэктомия: в отличие от обычной аппендэктомии выделение отростка начинается от основания.

Ситуационная задача №76

У пострадавшего – в правой подреберной области ножевая рана размером 3 см. после лапаротомии и ревизии брюшной полости выявлено повреждение воротной вены. Из слияния каких вен образуется воронья вена, её синтопия?

Эталонный ответ:

Воротная вена образуется при слиянии селезеночной и верхней брыжеечной вен, иногда в образовании участвует и нижняя брыжеечная вена. Воротная вена лежит в печеночно-12-перстной связке глубже общего желчного протока (справа) и собственной желчной артерии (слева).

Ситуационная задача №77

Доставлен больной с диагнозом: "Острый панкреатит". После лапаротомии и ревизии поджелудочной железы диагноз подтвердился. Какие внутрибрюшинные доступы к поджелудочной железе известны? Какие магистральные сосуды прилежат к ней?

Эталонный ответ:

Внутрибрюшные доступы: через желудочно-ободочную связку, брыжейку поперечной ободочной кишки, малый сальник, сверху - чревный ствол, снизу - верхнебрыжеечные сосуды.

Ситуационная задача №78

У больного 70 лет диагностирован «острый холецистит». Консервативное лечение не эффективно. Состояние больного ухудшается. Какую операцию можно выполнить такому больному с учетом его возраста и тяжести состояния? Укажите проекцию желчного пузыря на переднюю брюшную стенку, оперативный доступ и этапы избранной операции.

Эталонный ответ:

Холецистостомия . Виды операций на желчном пузыре: холецистостомия, холецистотомия, холецистэктомия, различные виды анастомозов. Проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку - место пересечения с реберной дугой линии, идущей от верхней левой подвздошной ости через пупочное кольцо или парастеральной

линии с горизонтальной линией, соединяющей края X ребер. Оперативный доступ по Федорову, Кохеру. Этапы холецистостомии: 1. Лапаротомия; 2. Обследование желчного пузыря; 3. Пункция желчного пузыря; 4. Вскрытие желчного пузыря; 5. Формирование свища (губовидного, трубчатого); 6. Зашивание раны.

Ситуационная задача №79

Больному выполнена холецистэктомия по поводу флегмонозного холецистита. Какие способы холецистэктомии известны, их этапы? Какие анатомические образования входят в треугольник Кало и какое значение имеет этот треугольник при холецистэктомии?

Эталонный ответ:

Холецистэктомия от дна и от шейки. Этапы операции: 1. Лапаротомия; 2. Обследование желчного пузыря; 3. Пункция желчного пузыря; 4. Выведение через рану желчного пузыря с помощью зажима Люэра; 5. Разрез серозной оболочки пузыря в виде розетки и выделение его; 6. Перевязка пузырной артерии; 7. Перевязка и пересечение пузырного протока; 8. Удаление желчного пузыря; 9. Дренаж и зашивание раны. Границы треугольника Кало : справа - пузырный проток; слева - общий печеночный проток; сверху - пузырная артерия. Треугольник Кало используется для отыскания пузырной артерии.

Ситуационная задача №80

У больного – желчнокаменная болезнь, механическая желтуха. Камень расположен в общем желчном протоке вблизи Фатерова сосочка 12-перстной кишки. Чем представлены внепеченочные желчевыводящие пути, какие протоки открываются в 12-перстную кишку, в каком отделе кишки располагается Фатеров сосок.

Эталонный ответ:

Желчевыводящие пути: правый и левый печеночные протоки, общий печеночный , пузырный, общий желчный проток. На задней поверхности нисходящего отдела 12-перстной кишки на большом сосочке открывается общий желчный проток чаще вместе с панкреатическим протоком.

Ситуационная задача №81

У больного язва 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу. Назовите отделы 12-перстной кишки, их отношение к брюшине. Какой из её отделов в большей степени соприкасается с поджелудочной железой?

Эталонный ответ:

Отделы 12-перстной кишки: верхний горизонтальный, нисходящий, нижний горизонтальный, восходящий. Интраперитонеально расположен верхний горизонтальный отдел, мезоперитонеально и забрюшинно – нисходящий, нижний горизонтальный и восходящий отделы. Синтопия 12-перстной кишки: сверху и спереди - печень и желчный пузырь; снизу - поперечная ободочная кишка, тонкая кишка и ее брыжейка; спереди – поперечная ободочная кишка; сзади - ворота правой почки; латерально и спереди - печеночный изгиб поперечной ободочной кишки; медиально - головка поджелудочной железы.

Ситуационная задача №82

У больного прободная язва задней стенки нисходящего отдела 12-перстной кишки, по причине которой позади неё развилась флегмона забрюшинной клетчатки. Укажите оперативные внутрибрюшные доступы к 12-перстной кишке, пути распространения гнойного экссудата.

Эталонный ответ:

Забрюшинное пространство. Разрез Кохера - 6-10 см кнаружи на 1 см от 12-перстной кишки. Для мобилизации 3,4 отдела кишки пересекается верхняя дуоденальная складка и отделяется mesocolon (по Клерману).

Ситуационная задача №83

У ребенка- атрезия общего желчного протока, механическая желтуха. Между какими органами можно создать обходные анастомозы для разрешения желтухи?

Эталонный ответ:

Правый, левый печеночные, общий печеночный проток, пузырный проток, общий желчный проток. Холецистодуоденостомия, холецистогастростомия, холецистоеюностомия, холедоходуоденостомия и другие.

Ситуационная задача №84

Больному с диагнозом: «спленомегалия» рекомендована операция – спленэктомия. Какой оперативный доступ к селезенке можно применить для её удаления? Какие кровеносные сосуды при этом необходимо перевязать и пересечь?

Эталонный ответ:

Оперативный доступ: косой разрез параллельно левому реберному краю или торако-абдоминальный. Селезеночные сосуды-артерии и вены перевязать и пересечь ближе к воротам селезенки.

Ситуационная задача №85

Больному с язвой выходного отдела желудка выполнена дренирующая операция – пилоропластика по Финнею с ваготомией. Назовите виды ваготомий. Какая из них чаще применяется в клинике и почему?

Эталонный ответ:

Ваготомии: тотальная, селективная, проксимальная селективная. В клинике применяется селективная, проксимальная селективная ваготомия. При ней сохраняется нерв Латарже, иннервирующий антральный отдел желудка.

Ситуационная задача №86

У больного рак ректосигмоидного отдела толстой кишки с явлениями частичной кишечной непроходимости. При ректоскопии на расстоянии 5 см от ануса отмечено сужение прямой кишки до 1 см в диаметре. Какую паллиативную операцию можно выполнить этому больному? Назовите этапы и виды этой операции. Укажите источники кровоснабжения прямой кишки.

Эталонный ответ:

Противоестественный проход. Кровоснабжается за счет сигмовидных артерий (3-4). Одноствольная, двухствольная, одномоментная, двухмоментная операция по Майллю. Этапы операции: 1. Лапаротомия косым разрезом в левой подвздошной области; 2. Подшивание брюшины к коже в области раны; 3. Выведение сигмовидной кишки с наложением швов между приводящим и отводящим коленами у брыжечного края; 4. Фиксация кишки к брюшине и коже в области ран; 5. Рассечение поперечным разрезом кишки от одного края до другого.

Ситуационная задача №87

У больного с желудочным кровотечением при гастроскопии выявлена кровоточащая язва пилорического отдела желудка. Рекомендована операция- резекция желудка. Назовите принципы резекции желудка по Бильрот-1 и по Бильрот-2, виды анастомозов и порядок наложения швов при их формировании.

Эталонный ответ:

Методики: Бильрот-I - анастомоз между желудком и 12-перстной кишкой "конец в конец"; Бильрот-II - анастомоз между желудком и тощей кишкой "конец в бок"; Порядок наложения швов: 1. серозно-мышечный (Ламбера); 2. сквозной (Жоли); 3. сквозной (Шмидена); 4. серозно-мышечный (Ламбера);

Ситуационная задача №88

У больного с циррозом печени при обследовании выявлен гемморой. Назовите пути оттока венозной крови от прямой кишки. Объясните причину возникновения геммороя.

Эталонный ответ:

От верхней трети прямой кишки в систему воротной вены. От остальных отделов – в систему нижней полой вены. В области верхнего отдела прямой кишки имеется портокавальный анастомоз. Расширение вен прямой кишки (геморрой) возник вследствие блока в системе воротной вены (цирроз печени).

ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО

Ситуационная задача №89

У больного мочекаменной болезнью на рентгенограмме в проекции почки определяются тени конкрементов. Выберите оперативный доступ к почке, операцию, этапы операции.

Эталонный ответ:

Пиелотомия. Передняя и задняя пиелотомия. Оперативный доступ по Федорову. Этапы операции: 1. Оперативный доступ; 2. Выведение почки в рану; 3. Наложение двух держалок на лоханку; 4. Вскрытие лоханки продольным разрезом; 5. Ревизия лоханки, мочеточника; 6. Ушивание лоханки кетгутом, не прошивая слизистой оболочки; 7. Ушивание операционной раны.

Ситуационная задача №90

У больной – флегмона забрюшинного пространства. При повреждении каких органов мог возникнуть данный патологический процесс? Укажите возможные разрезы для вскрытия гнойника забрюшинного пространства.

Эталонный ответ:

12-перстная кишка, поджелудочная железа, почка, мочеточник. Внебрюшинные (вертикальный - Симона, горизонтальный - Пеана, косые - Федорова, Бергмана-Израэля).

Ситуационная задача №91

При рентгенологическом исследовании больного с приступом мочекаменной болезни обнаружена тень конкремента в начальном отделе мочеточника. Назовите оперативный доступ и операцию для удаления камня из мочеточника, послеоперационную топографию раны.

Эталонный ответ:

Доступ по Бергману-Израэлю: разрез по биссектрисе угла, образованного 12 ребром и мышцей - выпрямителем спины. Послеоперационно: кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция, широкая мышца спины и наружная косая мышца живота, задняя нижняя зубчатая мышца, внутренняя косая, поперечная мышцы живота, квадратная мышца поясницы, внутрибрюшная фасция, собственная клетчатка забрюшинного пространства, забрюшинная фасция (пред- и позапочечная), жировая капсула, фиброзная капсула почки.

Ситуационная задача №92

При осмотре больного под 12 ребром справа определяется выпячивание овоидной формы. Местная воспалительная реакция тканей не выражена. При пункции получена творожистая масса. Откуда и через какое анатомическое образование патологические массы проникли в поясничную область? Какие анатомические структуры участвуют в образовании этого слабого места?

Эталонный ответ:

Четырехугольник Лесгафта-Грюнфельда. Образован: сверху - задняя нижняя зубчатая мышца, сверху и латерально - 12 ребро, снизу - верхний край внутренней косой мышцы живота, медиально - мышца разгибатель спины. Пространство прикрыто широкой мышцей спины. Треугольник Пти. Границы: снизу - гребень подвздошной кости, сверху и медиально - край широкой мышцы спины, сверху и латерально - край наружной косой мышцы живота.

Ситуационная задача №93

Больному с отравлением сулемой выполнена операция – декапсуляция почки. Укажите оперативный доступ к почке, послойную топографию. Какие капсулы почки необходимо рассечь?

Эталонный ответ:

Доступ по Федорову: послойно - кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция, широкая мышца спины, наружная косая мышца живота, сверху - задняя нижняя зубчатая мышца, медиально - грудинно-поясничная фасция, мышца - выпрямитель спины, латерально - внутренняя косая, поперечная мышцы живота, внутрибрюшная фасция, собственная клетчатка забрюшинного пространства. Рассекают капсулы почки: наружную, жировую, фиброзную.

Ситуационная задача №94

Больной выполнена нефрэктомия по поводу пиелонефроза. Назовите этапы операции. Какие элементы составляют ножку почки? В какой последовательности следует их обрабатывать при нефрэктомии?

Эталонный ответ:

Этапы операции: 1. Оперативный доступ по Федорову; 2. Выведение почки в рану; 3. Обработка сосудов и удаление почки; 4. Введение дренажей; 5. Ушивание операционной раны. Ножка почки представлена почечными артерией и веной, лоханкой или мочеточником. Артерия, вена, мочеточник. Установка дренажей в околопочечную, собственную забрюшинную и подкожную клетчатки.

Ситуационная задача №95

Больной с почечной коликой показана паранефральная блокада. Опишите технику блокады. Какие слои клетчатки располагаются в забрюшинном пространстве.

Эталонный ответ:

Положение больного на здоровом боку, на валике. Точки вкола - вершина угла, образованного 12 ребром и мышцей - выпрямителем спины. Направление - перпендикулярно поверхности кожи. Три слоя клетчатки: собственная забрюшинная клетчатка, околопочечная, околокишечная.

Ситуационная задача №96

Больному с диагнозом «нефроптоз» выполнена операция по Ривою-Пытелю. Назовите основные принципы этой операции.

Эталонный ответ:

Используется мышечный лоскут из большой поясничной мышцы, который проводится в субкапсулярный тоннель, конец лоскута перекидывается через XII ребро. Способ Гораша, Федорова, Пытеля, Лопаткина.

Ситуационная задача №97

У больного выявлена аномалия развития почек. Назовите аномалии почек по количеству, форме и местоположению.

Эталонный ответ:

По количеству почек - одна, две, три, четыре. По форме - L-образная, S-образная, подковообразные, галетообразные. По месту расположения - тазовое, подвздошное, внутрибрюшное, блуждающая почка.

Ситуационная задача №98

Больной с диагнозом: "Рак Фатерова сосочка 12-перстной кишки" представляет жалобы на частые и болезненные мочеиспускания. Назовите синтопию правой почки и объясните причину данной симптоматики.

Эталонный ответ:

Синтопия правой почки: сверху - надпочечник, печень; снизу - печеночный изгиб поперечной ободочной кишки, спереди снутри - 12-перстная кишка. При заболеваниях 12-перстной кишки могут вовлекаться мочевыводящие пути почки

Ситуационная задача №99

У больного абсцесс (карбункул) почки в верхнем её сегменте. Сколько и каких сегментов имеет почка? Что положено в основу деления почки на сегменты? Какой вид операции необходимо выполнить при данной патологии? Какие виды швов накладывают на рану почки?

Эталонный ответ:

Почка имеет 5 сегментов: верхушечный, передне-верхний, передне-средний, передне-нижний, залоханочный. В основу положено деление почечной артерии. Операция - сегментэктомия. Швы П-образные.

Ситуационная задача №100

Во время операции на матке был поврежден мочеточник. Назовите части и отделы мочеточника, места сужения, принципы наложения швов на мочеточник.

Эталонный ответ:

Брюшная и тазовая части. Отделы брюшной части: суженная, поясничная, подвздошная. Отделы тазовой части: собственная тазовая, надпузырная, внутривеночная. Места сужения: при переходе из лоханки, при переходе в малый таз, внутривеночное (в стенке мочевого пузыря). Шов узловым кетгутом, без прошивания слизистой оболочки. В широкой связке матки к мочеточнику прилежат параметральная клетчатка, маточная артерия и притоки маточной вены, лимфатические узлы