

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

**«ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ»**

<b>Уровень образования:</b>	Специалитет
<b>Специальность</b>	31.05.01 Лечебное дело
<b>Направленность программы</b>	Лечебное дело
<b>Форма обучения</b>	Очная
<b>Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)</b>	6 лет
<b>Год начала подготовки</b>	2023 г.
<b>В соответствии с утвержденным УП:</b>	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
<b>шифр и наименование дисциплины</b>	Б1.0.24 Топографическая анатомия и оперативная хирургия
<b>семестры реализации дисциплины</b>	4, 5 семестры
<b>форма контроля</b>	Зачет в 4 семестре, экзамен в 5 семестре.

## 1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1  
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения	Форма текущего контроля и промежуточной аттестации
ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач.	ОПК-5.01 Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния, а также патологические процессы в организме человека	Знать: методы исследования, применяемые в топографической анатомии и оперативной хирургии	Контрольные вопросы, тесты
		Уметь самостоятельно выполнять диагностические и лечебные манипуляции, совершенствовать собственные навыки	Контрольные вопросы, тесты
		Владеть навыками описания топографии органов и тканей; основами простейших лечебных и диагностических манипуляций.	Контрольные вопросы, тесты

## 2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

## 3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

(ОПК - 5)

4 семестр изучения в соответствии с УП

форма промежуточной аттестации – зачет

<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<b>Код и наименование индикатора:</b>	ОПК-5.01 Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния, а также патологические процессы в организме человека

**Тестовые задания**

№ вопроса	Формулировка тестовых заданий	Варианты ответов	Правильный ответ
<b>Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов</b>			
1.	Через латеральное отверстие подмышечной полости проходят следующие образования	1. Грудоспинные сосуды 2. Подлопаточный нерв 3. Подмышечный нерв 4. Подлопаточные сосуды	3. Подмышечный нерв
2.	В состав надплечья входит область	1. Надключичная 2. Дельтовидная 3. Кисти 4. Средостения	2. Дельтовидная
3.	Какие мышцы прикрепляются к гребню большого бугорка плечевой кости	1. Подлопаточная 2. Большая грудная 3. Надостная 4. Широчайшая мышца спины	2. Большая грудная
4.	Через трехстороннее отверстие проходят	1. Задняя артерия, огибающая плечевую кость 2. Передняя артерия, огибающая плечевую кость 3. Артерия, огибающая лопатку 4. Подмышечный нерв	3. Артерия, огибающая лопатку
5.	В средней трети плеча лучевой нерв расположен в	1. Переднем ложе плеча 2. Заднем ложе плеча 3. Медиальной межмышечной перегородке 4. Латеральной межмышечной перегородке	2. Заднем ложе плеча
6.	В нижней трети плеча локтевой нерв расположен	1. Спереди и медиально от плечевой артерии	2. В ложе трехглавой мышцы плеча

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. В ложе трехглавой мышцы плеча</li> <li>3. На 2 см кнутри от плечевой артерии</li> <li>4. Сопровождается нижней локтевой коллатеральной артерией</li> </ol>	
7.	В толще медиальной межмышечной перегородки проходит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лучевой нерв</li> <li>2. Локтевой нерв</li> <li>3. Лучевая артерия</li> <li>4. Латеральный кожный нерв предплечья</li> </ol>	2. Локтевой нерв
8.	Через лучевой запястный канал проходят	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лучевая артерия</li> <li>2. Лучевой нерв</li> <li>3. Сухожилие лучевого сгибателя запястья</li> <li>4. Лучевая вена</li> </ol>	3. Сухожилие лучевого сгибателя запястья
9.	Бедренная артерия проецируется на линию, проведенную от точки	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Расположенной на середине линии, соединяющей верхнюю переднюю подвздошную ость и лобковый симфиз, к медиальному надмыщелку бедра</li> <li>2. Расположенной на границе медиальной и средней трети паховой связки, к медиальному надмыщелку бедра</li> <li>3. Расположенной на верхней передней подвздошной ости к медиальному надмыщелку бедра</li> <li>4. Расположенной на большом вертеле к приводящему бугорку</li> </ol>	1. Расположенной на середине линии, соединяющей верхнюю переднюю подвздошную ость и лобковый симфиз, к медиальному надмыщелку бедра
10.	Структуры находятся в бедренном канале или проходят через него	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Жировая клетчатка</li> <li>2. Бедренные грыжи</li> <li>3. Малая подкожная вена</li> <li>4. Бедренная вена</li> </ol>	2. Бедренные грыжи
11.	Лучевой нерв формируется из этого пучка плечевого сплетения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Латерального</li> <li>2. Медиального</li> <li>3. Заднего и медиального</li> <li>4. Заднего и латерального</li> </ol>	3. Заднего и медиального
12.	Подмышечный нерв в подмышечной области формируется из	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Латерального пучка</li> <li>2. Медиального пучка</li> <li>3. Заднего пучка</li> <li>4. Заднего и латерального пучков</li> <li>5. Заднего и медиального пучков</li> </ol>	3. Заднего пучка
13.	Мышечно-кожный нерв в подмышечной области формируется из	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медиального пучка</li> <li>2. Латерального пучка</li> <li>3. Заднего пучка</li> </ol>	2. Латерального пучка

		<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Латерального и медиального пучков</li> <li>5. Медиального и заднего пучков</li> </ul>	
14.	На протяжении подмышечной области в подмышечной артерии выделяют отделов	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Один</li> <li>2. Два</li> <li>3. Три</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Пять</li> </ul>	3. Три
15.	Пульсация плечевой артерии определяется	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. У наружного края двуглавой мышцы плеча</li> <li>2. У места прикрепления к плечевой кости дельтовидной мышцы</li> <li>3. У внутреннего края дельтовидной мышцы</li> <li>4. На середине медиальной поверхности плеча</li> <li>5. Пульсация артерии не может быть пропальпирована на плече</li> </ul>	4. На середине медиальной поверхности плеча
16.	Срединный нерв по отношению к плечевой артерии в верхней трети плеча располагается	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Спереди</li> <li>2. Сзади</li> <li>3. Латерально</li> <li>4. Медиально</li> <li>5. Сзади и латерально</li> </ul>	3. Латерально
17.	Срединный нерв по отношению к плечевой артерии в нижней трети плеча проходит	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Спереди</li> <li>2. Сзади</li> <li>3. Медиально</li> <li>4. Латерально</li> <li>5. Спереди и латерально</li> </ul>	3. Медиально
18.	Мышечно-кожный нерв на плече располагается между мышцами	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Клювовидно-плечевой и плечевой</li> <li>2. Двуглавой и плечевой</li> <li>3. Двуглавой и трехглавой</li> <li>4. Двуглавой и клювовидно-плечевой</li> <li>5. Трехглавой и плечевой</li> </ul>	2. Двуглавой и плечевой
19.	Компрессионное сдавление мышечно-кожного нерва в переднем отделе локтевой области возможно в этом месте	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. При прохождении нерва под сухожилием двуглавой мышцы плеча</li> <li>2. При выходе мышечно-кожного нерва из-под края сухожилия двуглавой мышцы плеча</li> <li>3. При прохождении нерва под плечелучевой мышцей</li> <li>4. При прохождении нерва в передней латеральной борозде локтевой области</li> <li>5. Компрессионное поражение мышечно-кожного</li> </ul>	2. При выходе мышечно-кожного нерва из-под края сухожилия двуглавой мышцы плеча

		нерва в области локтя невозможно	
20.	Стетоскоп в локтевой области при измерении артериального давления для выслушивания тонов Короткова следует располагать	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кнутри от сухожилия двуглавой мышцы плеча</li> <li>2. Кнаружи от сухожилия двуглавой мышцы плеча</li> <li>3. На середине расстояния между латеральным и медиальным надмыщелками плечевой кости</li> <li>4. У латерального надмыщелка плечевой кости</li> <li>5. У медиального надмыщелка плечевой кости</li> </ol>	1. Кнутри от сухожилия двуглавой мышцы плеча
21.	Срединный нерв по отношению к плечевой артерии в локтевой ямке располагается	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спереди</li> <li>2. Сзади</li> <li>3. Латерально</li> <li>4. Медиально</li> <li>5. Положение нерва непостоянно</li> </ol>	3. Латерально
22.	Проекция срединного нерва, используемая для выполнения проводниковой анестезии в локтевой области, находится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. У медиального края сухожилия двуглавой мышцы</li> <li>2. На середине расстояния между медиальным надмыщелком плечевой кости и медиальным краем сухожилия двуглавой мышцы</li> <li>3. На 1,5 см кнаружи от медиального надмыщелка плеча</li> <li>4. У латерального края сухожилия двуглавой мышцы</li> <li>5. На 0,5 см кнутри от латерального надмыщелка плеча</li> </ol>	2. На середине расстояния между медиальным надмыщелком плечевой кости и медиальным краем сухожилия двуглавой мышцы
23.	Лучевой нерв в передней латеральной борозде локтевой ямки делится на ветви	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поверхностную и глубокую</li> <li>2. Переднюю и медиальную</li> <li>3. Переднюю и латеральную</li> <li>4. Переднюю и заднюю</li> <li>5. Заднюю и латеральную</li> </ol>	1. Поверхностную и глубокую
24.	К сдавлению глубокой ветви лучевого нерва в локтевой ямке могут привести	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Липома</li> <li>2. Фиброма</li> <li>3. Ганглий</li> <li>4. Перелом шейки лучевой кости</li> <li>5. Все перечисленные причины</li> </ol>	5. Все перечисленные причины
25.	Собственная фасция предплечья в переднем отделе образует футляров для мышц	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один</li> <li>2. Два</li> <li>3. Три</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Пять</li> </ol>	4. Четыре
26.	В средней трети переднего отдела предплечья можно	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один</li> <li>2. Два</li> </ol>	5. Пять

	выделить столько слоев мышц	3. Три 4. Четыре 5. Пять	
27.	В средней трети переднего отдела предплечья проходят сосудисто-нервные пучки	1. Один 2. Два 3. Три 4. Четыре 5. Пять	5. Пять
28.	Плечелучевая мышца в ране переднего отдела предплечья распознается по признакам	1. Мышца первого слоя с мощным толстым сухожилием 2. Мышца с “перистым” строением 3. Мышца с длинным узким сухожилием 4. Самая латеральная мышца первого слоя 5. Плоская мышца первого слоя	5. Плоская мышца первого слоя
29.	M.Flexorcarpiradialis распознается в ране по признакам	1. Мышца, имеющая “перистое” строение 2. Мышца первого слоя с толстым мощным сухожилием 3. Мышца с длинным узким сухожилием 4. Плоская широкая мышца 5. Самая латеральная мышца первого слоя	2. Мышца первого слоя с толстым мощным сухожилием
30.	Поверхностная ветвь лучевого нерва в верхней и средней третях предплечья располагается по отношению к лучевой артерии	1. Спереди 2. Сзади 3. Снаружи 4. Изнутри 5. Положение не постоянно	3. Снаружи
31.	На протяжении предплечья по отношению к локтевой артерии локтевой нерв находится	1. Спереди 2. Сзади 3. Латерально 4. Медиально 5. Положение не постоянно	4. Медиально
32.	Срединный нерв в верхней трети предплечья располагается между	1. Поверхностным и глубоким сгибателями пальцев 2. Головками круглого пронатора 3. Лучевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев 4. Плечелучевой мышцей и поверхностным сгибателем пальцев 5. Плечелучевой мышцей и лучевым сгибателем запястья	2. Головками круглого пронатора

33.	Срединный нерв в средней трети предплечья проходит между	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Головками круглого пронатора</li> <li>2. Поверхностным и глубоким сгибателями пальцев</li> <li>3. Лучевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев</li> <li>4. Межкостной мембраной и длинным сгибателем большого пальца кисти</li> <li>5. Локтевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев</li> </ol>	2. Поверхностным и глубоким сгибателями пальцев
34.	При поражении этих синовиальных влагалищ сухожилий сгибателей пальцев гной может прорваться в клетчаточное пространство Пирогова	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лучевой сумки</li> <li>2. Локтевой сумки</li> <li>3. Лучевой и локтевой сумок</li> <li>4. Прорыв гноя из синовиальных влагалищ исключен</li> <li>5. Из синовиального влагалища сгибателей II-IV пальца</li> </ol>	3. Лучевой и локтевой сумок
35.	При вскрытии флегмоны клетчаточного пространства Пирогова разрезы делают на этой поверхности предплечья	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Передней</li> <li>2. Задней</li> <li>3. Латеральной</li> <li>4. Медиальной</li> <li>5. Боковых поверхностях предплечья</li> </ol>	5. Боковых поверхностях предплечья
36.	В нижней трети предплечья различают борозды	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лучевую</li> <li>2. Локтевую</li> <li>3. Срединную</li> <li>4. Все вышеперечисленные борозды</li> <li>5. Медиальная и латеральная борозда</li> </ol>	4. Все вышеперечисленные борозды
37.	В нижней трети предплечья в срединной борозде располагается	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лучевая артерия</li> <li>2. Локтевая артерия и локтевой нерв</li> <li>3. Срединный нерв</li> <li>4. Передний межкостный нерв и передняя межкостная артерия</li> <li>5. Поверхностная ветвь лучевого нерва</li> </ol>	3. Срединный нерв
38.	В лучевом канале запястья проходит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лучевая артерия</li> <li>2. Поверхностная ветвь лучевого нерва</li> <li>3. Сухожилие лучевого сгибателя запястья</li> <li>4. Срединный нерв</li> </ol>	3. Срединный нерв

		5. Срединная артерия	
39.	Для радикального лечения стенозирующего лигаментита, связанного со сдавлением сухожилия лучевого сгибателя запястья в лучевом канале запястья нужно	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Использовать физиотерапию</li> <li>2. Наложить гипсовую манжету</li> <li>3. Хирургическим путем вскрыть переднюю стенку лучевого канала запястья с целью расширения его просвета</li> <li>4. Применить новокаиновую блокаду</li> <li>5. Холод и покой</li> </ol>	3. Хирургическим путем вскрыть переднюю стенку лучевого канала запястья с целью расширения его просвета
40.	В канале запястья проходит сухожилий	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одно</li> <li>2. Три</li> <li>3. Шесть</li> <li>4. Девять</li> <li>5. Восемь</li> </ol>	4. Девять
41.	Развитие синдрома запястного канала проявляется	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Воспалением срединного нерва</li> <li>2. Растяжением сухожилий сгибателей пальцев</li> <li>3. Уменьшением просвета запястного канала вследствие разрастания соединительной ткани</li> <li>4. Проникновением гноя из клетчаточного пространства Пирогова</li> <li>5. Является осложнением перелома лучевой кости в типичном месте</li> </ol>	3. Уменьшением просвета запястного канала вследствие разрастания соединительной ткани
42.	Локтевой канал запястья имеет столько стенок	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Две</li> <li>2. Три</li> <li>3. Четыре</li> <li>4. Пять</li> <li>5. Просвет канала имеет форму круга</li> </ol>	2. Три
43.	Фасциальных вместилищ в ладонном отделе кисти	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одно</li> <li>2. Два</li> <li>3. Три</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Пять</li> </ol>	3. Три
44.	Необходимость выделения “запретной зоны” в проксимальном отделе thenar обусловлена повреждением	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сухожилий сгибателей пальцев</li> <li>2. Сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти</li> <li>3. Двигательной ветви срединного нерва с нарушением противопоставления большого пальца</li> <li>4. Поверхностной артериальной ладонной дуги</li> </ol>	3. Двигательной ветви срединного нерва с нарушением противопоставления большого пальца

		5. Мышц возвышения большого пальца	
45.	Дистальные границы синовиальных влагалищ сухожилий сгибателей ii-iv пальцев расположены	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На уровне основания дистальной фаланги пальцев</li> <li>2. На уровне середины средних фаланг пальцев</li> <li>3. У дистального конца ногтевых фаланг пальцев</li> <li>4. На уровне головок пястных костей</li> <li>5. На середине проксимальной фаланги</li> </ol>	1. На уровне основания дистальной фаланги пальцев
46.	Среднее фасциальное ложе ладони содержит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сухожилия поверхностных и глубоких сгибателей ii-v пальцев</li> <li>2. Червеобразные мышцы</li> <li>3. Поверхностную артериальную ладонную дугу</li> <li>4. Срединный нерв</li> <li>5. Все вышеперечисленные элементы</li> </ol>	5. Все вышеперечисленные элементы
47.	Подкожная клетчатка ладони сообщается через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза с	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подапоневротическим клетчаточным пространством ладони</li> <li>2. Подсухожильным клетчаточным пространством ладони</li> <li>3. Синовиальными влагалищами II-V пальцев</li> <li>4. Клетчаточным пространством Пирогова</li> <li>5. Футлярами червеобразных мышц</li> </ol>	1. Подапоневротическим клетчаточным пространством ладони
48.	Запоминанию особенностей иннервации кожи пальцев помогает такое мнемоническое правило	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ваня</li> <li>2. Бавария</li> <li>3. Два</li> <li>4. Умру</li> <li>5. “Дамы в середине, кавалеры по бокам”</li> </ol>	4. Умру
49.	V-образная флегмона это	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гнойный тендовагинит I и V пальцев</li> <li>2. Гнойный тендовагинит II и IV пальцев</li> <li>3. Гнойных тендовагинит II и III пальцев</li> <li>4. Гнойное поражение межмышечных промежутков возвышения I и V пальцев</li> <li>5. Все вышеприведенные элементы</li> </ol>	1. Гнойный тендовагинит I и V пальцев
50.	Количество стволов большой подкожной вены	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1-2</li> <li>2. 2-5</li> <li>3. 6-8</li> </ol>	2. 2-5

	ноги на бедре варьирует в пределах	4. 8-10 5. Более 10	
51.	Широкая фасция бедра образует влагалища для мышц бедра	1. Портняжной, тонкой, напрягателя широкой фасции, длинной приводящей, прямой мышцы бедра 2. Портняжной, короткой приводящей мышцы 3. Прямой мышца бедра, большой приводящей мышцы 4. Длинной приводящей, большой приводящей, портняжной 5. Портняжной, тонкой, напрягателя широкой фасции	1. Портняжной, тонкой, напрягателя широкой фасции, длинной приводящей, прямой мышцы бедра
52.	Пространство под паховой связкой делится на отделы	1. Грыжевую, мышечную и сосудистую лакуны 2. Мышечную и грыжевую лакуны 3. Грыжевую и сосудистую лакуны 4. Мышечную и сосудистую лакуны 5. Мышечную, сосудистую лакуны и бедренное кольцо	4. Мышечную и сосудистую лакуны
53.	Стенками бедренного канала являются	1. Бедренная вена, поверхностный и глубокий листки широкой фасции 2. Паховая связка, гребешковая связка и бедренная вена 3. Поверхностная фасция и бедренная вена 4. Паховая связка, гребешковая связка и поверхностный листок широкой фасции бедра 5. Поверхностный и глубокий листки широкой фасции 6. Паховая и лакунарная связки, гребешковая фасция	1. Бедренная вена, поверхностный и глубокий листки широкой фасции
54.	Через мышечную лакуну выходит	1. Бедренная артерия и вена 2. Бедренный нерв 3. Бедренный нерв, артерия и вена 4. Подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв 5. Подвздошно-поясничная мышца	4. Подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв
55.	Нижнее отверстие канала приводящих мышц образовано	1. Большой приводящей мышцей и медиальной широкой мышцей	4. Это отверстие в сухожильном

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Большой приводящей мышцей и бедренной костью</li> <li>3. Длинной приводящей мышцей и бедренной костью</li> <li>4. Это отверстие в сухожильном растяжении большой приводящей мышцы</li> <li>5. Длинной и большой приводящими мышцами бедра</li> </ol>	растяжении большой приводящей мышцы
56.	Через переднее отверстие приводящего канала выходит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Бедренная артерия</li> <li>2. Подкожный нерв</li> <li>3. Подкожный нерв и нисходящая коленная артерия</li> <li>4. Нисходящая коленная артерия</li> <li>5. Передний кожный нерв бедра</li> </ol>	3. Подкожный нерв и нисходящая коленная артерия
57.	Бедренная вена располагается по отношению к артерии в приводящем канале так	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медиально</li> <li>2. Латерально</li> <li>3. Кзади</li> <li>4. Кпереди</li> <li>5. Положение варьирует</li> </ol>	3. Кзади
58.	Бедренная вена по отношению к артерии в верхней трети бедра располагается так	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кпереди</li> <li>2. Кзади</li> <li>3. Медиально</li> <li>4. Латерально</li> <li>5. Положение варьирует</li> </ol>	3. Медиально
59.	На этом расстоянии ниже паховой связки от бедренной артерии чаще отходит а. Profundafemoris	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 см</li> <li>2. 1-2 см</li> <li>3. 2-4 см</li> <li>4. 5-7 см</li> <li>5. 8-10 см</li> </ol>	3. 2-4 см
60.	Обычно глубокая артерия бедра отдает столько перфорантных артерий	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1</li> <li>2. 2-3</li> <li>3. 4-5</li> <li>4. 6-8</li> <li>5. Более 10</li> </ol>	3. 4-5
61.	Такое количество фасциальных футляров расположено на бедре для различных групп мышц	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один</li> <li>2. Два</li> <li>3. Три</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Пять</li> </ol>	3. Три
62.	Наружное отверстие запирающего канала проецируется	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На 1,2-1,6 см книзу от паховой связки и на 2-2,5 см кнаружи от лобкового бугорка</li> <li>2. На 1,5-2 см книзу от паховой связки и на 2—2,5 см кнаружи от лобкового бугорка</li> <li>3. 2-2,5 см книзу от паховой связки и 2,5-3 см от лобкового бугорка</li> </ol>	2. На 1,5-2 см книзу от паховой связки и на 2—2,5 см кнаружи от лобкового бугорка
63.	Клетчатка медиального отдела бедра через	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Околосагитальным пространством</li> </ol>	2. Предпузырным или боковым

	запирательное отверстие сообщается с	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Предпузырным или боковым клетчаточным пространством малого таза</li> <li>3. Околопрямокишечной ямкой</li> <li>4. Задней поверхностью бедра</li> <li>5. Бедренным каналом</li> </ol>	клетчаточным пространством малого таза
64.	После закупорки, повреждения или лигирования бедренной артерии в средней трети, кровотока на нижней конечности восстанавливается по	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Латеральной артерии, огибающей бедренную кость</li> <li>2. Наружной подвздошной артерии</li> <li>3. Глубокой артерии бедра</li> <li>4. Внутренней подвздошной артерии</li> <li>5. Нисходящей коленной артерии</li> </ol>	3. Глубокой артерии бедра
65.	Необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий сгибателей пальцев объясняется	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Опасностью распространения гноя в клетчаточное пространство Пирогова</li> <li>2. Опасностью перехода процесса на костные ткани</li> <li>3. Опасностью омертвления сухожилий вследствие сдавления их брыжейки</li> <li>4. Опасностью развития сепсиса</li> <li>5. Опасностью восходящего распространения гноя по клетчаточным пространствам верхней конечности</li> </ol>	1. Опасностью распространения гноя в клетчаточное пространство Пирогова
66.	Разрезы на пальцах кисти при гнойном тендовагините следует делать	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На ладонной поверхности</li> <li>2. На задней поверхности</li> <li>3. На боковых поверхностях</li> <li>4. В области ногтевой фаланги</li> <li>5. На переднебоковых поверхностях вне межфаланговых суставов</li> </ol>	1. На ладонной поверхности
67.	Бедренный нерв обычно делится на ветви ниже паховой связки на расстоянии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 см</li> <li>2. 2-3 см</li> <li>3. 4-5 см</li> <li>4. 6-7 см</li> <li>5. 7 и более см</li> </ol>	3. 4-5 см
68.	Узнать в ране двуглавую мышцу бедра можно по таким признакам	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проходит медиально, имеет широкую мышечно-сухожильную часть</li> <li>2. Идет медиально, имеет длинное узкое сухожилие</li> <li>3. Проходит латерально</li> </ol>	4. Располагается латерально, имеет вертикальное расположение

		<p>4. Располагается латерально, имеет вертикальное расположение</p> <p>5. Располагается медиально, проходит в вертикальном направлении</p>	
69.	Для запоминания топографии сосудисто-нервного пучка подколенной ямки подходит это мнемоническое правило	<p>1. Два</p> <p>2. Кент</p> <p>3. Нева</p> <p>4. Ваня</p> <p>5. “Дамы в середине, кавалеры по бокам”</p>	3. Нева
70.	Подколенная артерия отдаёт к коленному суставу ветвей	<p>1. 1-2</p> <p>2. 3-4</p> <p>3. 5</p> <p>4. 6</p> <p>5. Более 6</p>	3. 5
71.	Чтобы определить пульсацию подколенной артерии нужно придать такое положение нижней конечности	<p>1. Разогнуть в коленном суставе</p> <p>2. Согнуть в коленном суставе</p> <p>3. Ротировать кнаружи</p> <p>4. Ротировать кнутри</p> <p>5. Поднять под углом 30° к горизонтальной плоскости</p>	2. Согнуть в коленном суставе
72.	Так называемая “жоберова ямка” может служить для	<p>1. Определения положения верхнемедиальной артерии коленного сустава</p> <p>2. Доступа к коленному суставу</p> <p>3. Доступа к подколенной артерии с медиальной стороны</p> <p>4. Пункции коленного сустава</p> <p>5. Всех вышеуказанных манипуляций</p>	3. Доступа к подколенной артерии с медиальной стороны
73.	Чаще поражается варикозной болезнью эта вена нижней конечности	<p>1. Большая подкожная вена ноги</p> <p>2. Малая подкожная вена ноги</p> <p>3. Подколенная вена</p> <p>4. Бедренная вена</p> <p>5. Все перечисленные вены</p>	1. Большая подкожная вена ноги
74.	Голено-подколенный канал имеет такое количество стенок	<p>1. Две</p> <p>2. Три</p> <p>3. Четыре</p> <p>4. Канал имеет округлую форму</p> <p>5. Количество стенок индивидуально изменчиво</p>	3. Четыре
75.	Голеноподколенный канал имеет столько отверстий	<p>1. Два входных и два выходных</p>	3. Одно входное и три выходных

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Одно входное и два выходных</li> <li>3. Одно входное и три выходных</li> <li>4. Два входных и три выходных</li> <li>5. Одно входное и одно выходное</li> </ol>	
76.	Большеберцовый нерв по отношению к задней большеберцовой артерии в голенно-подколенном канале обычно располагается так	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спереди</li> <li>2. Сзади</li> <li>3. Снизу</li> <li>4. Латерально</li> <li>5. Медиально</li> </ol>	4. Латерально
77.	Через нижний мышечно-малоберцовый канал проходит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общий малоберцовый нерв</li> <li>2. Глубокий малоберцовый нерв</li> <li>3. Малоберцовая артерия</li> <li>4. Нисходящая коленная артерия</li> <li>5. Задняя большеберцовая артерия</li> </ol>	3. Малоберцовая артерия
78.	Поверхностный малоберцовый нерв в верхней трети голени проходит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Под кожей латеральной поверхности голени</li> <li>2. В верхнем мышечно-малоберцовом канале</li> <li>3. Между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем пальцев</li> <li>4. Между передней большеберцовой мышцей и длинным разгибателем большого пальца стопы</li> <li>5. На межкостной мембране</li> </ol>	2. В верхнем мышечно-малоберцовом канале
79.	Глубокий малоберцовый нерв по отношению к передней большеберцовой артерии в верхней трети голени обычно располагается	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спереди</li> <li>2. Сзади</li> <li>3. Латерально</li> <li>4. Медиально</li> <li>5. Снизу</li> </ol>	3. Латерально
80.	Глубокий малоберцовый нерв по отношению к передней большеберцовой артерии в нижней трети голени обычно располагается	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спереди</li> <li>2. Сзади</li> <li>3. Латерально</li> <li>4. Медиально</li> <li>5. Снизу</li> </ol>	1. Спереди
81.	Спицу в бугристости большеберцовой кости при скелетном вытяжении, чтобы не повредить общий	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Спереди</li> <li>2. С латеральной стороны</li> <li>3. С медиальной стороны</li> <li>4. Сзади</li> </ol>	2. С латеральной стороны

	малоберцовый нерв целесообразно проводить	5. Выбор точки не имеет значения и определяется квалификацией хирурга	
82.	Возможность механического повреждения общего малоберцового нерва на уровне головки малоберцовой кости обусловлена	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поверхностным расположением нерва, лежащего на костном основании</li> <li>2. Особенностью деления нерва на глубокую и поверхностную ветви</li> <li>3. Особенностью строения нерва, связанной с недоразвитием миелиновой оболочки</li> <li>4. Расположением нерва на латеральной поверхности коленной области</li> <li>5. Высокой чувствительностью нерва</li> </ol>	1. Поверхностным расположением нерва, лежащего на костном основании
83.	Под термином “перевязка артерии на протяжении” подразумевается	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лигирование артерии на расстоянии 2-3 см ниже от места ее повреждения</li> <li>2. Перевязка артерии в проксимальном отделе конечности</li> <li>3. Перевязка артерии вне раны в пределах здоровых тканей</li> <li>4. Перевязка артерии вместе с веной</li> <li>5. Фиксация временного шунта артерии с помощью лигатур</li> </ol>	3. Перевязка артерии вне раны в пределах здоровых тканей
84.	“Прямой доступ к артерии” - это	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прямолинейный разрез</li> <li>2. Разрез, ориентированный по продольной оси конечности</li> <li>3. Доступ строго по проекционной линии артерии</li> <li>4. Доступ вне проекционной линии</li> <li>5. Доступ, не связанный с необходимостью отодвигания мышц</li> </ol>	3. Доступ строго по проекционной линии артерии
85.	“Окольный доступ” к артерии - это	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Доступ поперек хода сосудисто-нервного пучка</li> <li>2. Доступ, связанный с необходимостью раздвигания мышц</li> <li>3. Доступ вне проекционной линии</li> <li>4. Доступ, связанный с необходимостью рассечения мышц</li> <li>5. Доступ к артерии, проходящей в другой области</li> </ol>	3. Доступ вне проекционной линии

86.	Проекционные линии артерий обычно проводят по костным ориентирам, потому что это	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исторически сложившееся правило</li> <li>2. Из-за удобства выполнения</li> <li>3. Вследствие неизменности положения костных ориентиров</li> <li>4. Для выполнения, при необходимости, пальцевого прижатия артерии</li> <li>5. Из-за технической простоты</li> </ol>	3. Вследствие неизменности положения костных ориентиров
87.	О достаточности выделения артерии из соединительной ткани перед перевязкой свидетельствует этот признак	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прекращение пульсаций</li> <li>2. Розовый цвет</li> <li>3. Матовость стенки</li> <li>4. Легкость смещения из стороны в сторону</li> <li>5. Все вышеуказанные признаки</li> </ol>	4. Легкость смещения из стороны в сторону
88.	Коллатеральное кровообращение - это	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Уменьшенное кровообращение в конечности после одновременной перевязки артерии и вены</li> <li>2. Кровоток по боковым ветвям после прекращения движения крови по магистральному сосуду</li> <li>3. Движение крови в восходящем направлении</li> <li>4. Восстановленное кровообращение в конечности</li> <li>5. Все вышеуказанные признаки</li> </ol>	2. Кровоток по боковым ветвям после прекращения движения крови по магистральному сосуду
89.	Применяется такой наиболее распространенный способ улучшения коллатерального кровообращения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Параартериальное введение новокаина</li> <li>2. Пересечение стенки артерии между двумя лигатурами для снятия спастического действия вазоконстрикторов</li> <li>3. Региональная гемоперфузия</li> <li>4. Массаж</li> <li>5. Локальное термическое воздействие</li> </ol>	2. Пересечение стенки артерии между двумя лигатурами для снятия спастического действия вазоконстрикторов
90.	Проекционная линия локтевой артерии в средней и, нижней третях предплечья проходит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. От середины локтевой ямки к гороховидной кости</li> <li>2. От середины локтевой ямки к середине расстояния между шиловидными отростками лучевой и локтевой костей</li> </ol>	3. От медиального надмыщелка плечевой кости к гороховидной кости

		<p>3. От медиального надмышелка плечевой кости к гороховидной кости</p> <p>4. От медиального надмышелка плечевой кости к пульсовой точке</p> <p>5. От латерального надмышелка к гороховидной кости</p>	
91.	Проекционная линия плечевой артерии проводится так	<p>1. От вершины подмышечной впадины к середине расстояния между внутренним надмышелком плечевой кости и сухожилием двуглавой мышцы плеча</p> <p>2. От клювовидного отростка лопатки к медиальному надмышелку плеча</p> <p>3. От акромиона к медиальному надмышелку плечевой кости</p> <p>4. По внутреннему желобку плеча (s. Vicipitalis medialis)</p> <p>5. Все ранее указанные линии верны</p>	1. От вершины подмышечной впадины к середине расстояния между внутренним надмышелком плечевой кости и сухожилием двуглавой мышцы плеча
92.	К лучевой артерии в нижней трети предплечья производится доступ	<p>1. Прямой</p> <p>2. Окольный</p>	1. Прямой
93.	Подводить лигатурную иглу при перевязке лучевой артерии следует	<p>1. С любой стороны</p> <p>2. С медиальной стороны</p> <p>3. С латеральной стороны</p> <p>4. Справа</p> <p>5. Слева</p>	1. С любой стороны
94.	При обнажении локтевой артерии рассекается такое количество листков собственной фасции	<p>1. Один</p> <p>2. Два</p> <p>3. Три</p> <p>4. Четыре</p> <p>5. Пять</p>	2. Два
95.	При перевязке локтевой артерии следует подводить лигатурную иглу	<p>1. Со стороны локтевого нерва</p> <p>2. С латеральной стороны</p> <p>3. С любой стороны</p> <p>4. “От себя”</p> <p>5. “На себя”</p>	1. Со стороны локтевого нерва
96.	При обнажении плечевой артерии в средней трети плеча используется доступ	<p>1. Прямой</p> <p>2. Окольный</p>	2. Окольный
97.	На этом уровне целесообразно накладывать лигатуры на плечевую артерию для лучшего	<p>1. На любом уровне</p> <p>2. Выше уровня отхождения глубокой артерии плеча</p> <p>3. Ниже уровня отхождения глубокой артерии плеча</p> <p>4. В нижней трети плеча</p>	3. Ниже уровня отхождения глубокой артерии плеча

	функционирования коллатералей	5. Перевязка плечевой артерии в любом месте очень опасна из-за высокой степени развития некроза дистального отдела конечности	
98.	Прямой доступ к подмышечной артерии опасен	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возможностью повреждения стволов плечевого сплетения</li> <li>2. Возможностью воздушной эмболии при повреждении подмышечной вены</li> <li>3. Получением плохого косметического эффекта</li> <li>4. Возможностью врастания нервов в послеоперационный рубец</li> <li>5. Все ранее указанные признаки верны</li> </ol>	2. Возможностью воздушной эмболии при повреждении подмышечной вены
99.	Лигатуры на подмышечную артерию следует накладывать на уровне	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Любом</li> <li>2. Выше уровня отхождения a. Subscapularis</li> <li>3. Ниже уровня отхождения a. Subscapularis</li> <li>4. Нижнего края большой грудной мышцы</li> <li>5. Нижнего края малой грудной мышцы</li> </ol>	2. Выше уровня отхождения a. Subscapularis
100.	Для проведения проекционной линии бедренной артерии по кэну нижняя конечность должна находиться в таком положении	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нога должна находиться в обычном положении</li> <li>2. Нога отведена в сторону под углом 30 °</li> <li>3. Нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и ротирована кнаружи</li> <li>4. Нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и ротирована кнутри</li> <li>5. Положение конечности не имеет значения</li> </ol>	3. Нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и ротирована кнаружи
101.	Проекционная линия задней большеберцовой артерии проводится от	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медиального надмыщелка бедренной кости к медиальной лодыжке</li> <li>2. Середины подколенной ямки к середине расстояния между медиальной лодыжкой и ахилловым сухожилием</li> <li>3. Точки, отстоящей кзади на 1 см от внутреннего края большеберцовой кости, к середине расстояния между внутренней лодыжкой и ахилловым сухожилием</li> </ol>	3. Точки, отстоящей кзади на 1 см от внутреннего края большеберцовой кости, к середине расстояния между внутренней лодыжкой и ахилловым сухожилием

		<p>4. Бугристости большеберцовой кости к наружной лодыжке</p> <p>5. Середины подколенной ямки к пяточному бугру</p> <p>Середины подколенной ямки к пяточному бугру</p>	
102.	<p>Проекционная линия передней большеберцовой артерии проводится от</p>	<p>1. Бугристости большеберцовой кости к середине расстояния между лодыжками</p> <p>2. Середины расстояния между бугристостью большеберцовой кости и медиальным мыщелком бедра к медиальной лодыжке</p> <p>3. Середины расстояния между бугристостью большеберцовой кости и головкой малоберцовой кости к латеральной лодыжке</p> <p>4. Середины расстояния между бугристостью большеберцовой кости и головкой малоберцовой кости к середине расстояния между лодыжками</p> <p>5. Середины надколенника к середине расстояния между лодыжками</p>	<p>4. Середины расстояния между бугристостью большеберцовой кости и головкой малоберцовой кости к середине расстояния между лодыжками</p>
103.	<p>Лигатуры на бедренную артерию при ее перевязке в верхней трети бедра целесообразнее накладывать на уровне</p>	<p>1. На любом</p> <p>2. Выше уровня отхождения глубокой артерии бедра</p> <p>3. Ниже уровня отхождения глубокой артерии бедра</p> <p>4. На 1 см ниже паховой связки</p> <p>5. На уровне нижнего края паховой связки</p>	<p>3. Ниже уровня отхождения глубокой артерии бедра</p>
104.	<p>Проекционная линия лучевого нерва на плече проводится</p>	<p>1. Через точки, соответствующие латеральному краю дельтовидной мышцы и наружному надмыщелку плечевой кости</p> <p>2. От точки на середине заднего края дельтовидной мышцы к нижнему отделу наружного желобка двуглавой мышцы плеча</p> <p>3. От заднего края акромиона к латеральному надмыщелку плечевой кости</p>	<p>2. От точки на середине заднего края дельтовидной мышцы к нижнему отделу наружного желобка двуглавой мышцы плеча</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. От клювовидного отростка к середине локтевой ямки</li> <li>5. От заднего края акромиона к нижнему отделу наружного желобка двуглавой мышцы плеча</li> </ol>	
105.	Для обнажения лучевого нерва на плече необходимо найти межмышечный промежуток между	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Двуглавой и трехглавой мышцами плеча</li> <li>2. Длинной и латеральной головками трехглавой мышцы плеча</li> <li>3. Двуглавой и плечевой мышцами</li> <li>4. Плечелучевой и плечевой мышцами</li> <li>5. Трехглавой и плечелучевой мышцами</li> </ol>	2. Длинной и латеральной головками трехглавой мышцы плеча
106.	Эта артерия сопровождает лучевой нерв на плече	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Глубокая артерия плеча</li> <li>2. Плечевая артерия</li> <li>3. A. Collateralis ulnaris superior</li> <li>4. A. Collateralis radialis</li> <li>5. Срединная коллатеральная артерия</li> </ol>	1. Глубокая артерия плеча
107.	Чем опасно прохождение лучевого нерва рядом с “хирургической шейкой” плечевой кости	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возможностью ущемления нерва при переломах плечевой кости</li> <li>2. Возможностью врастания нерва в костную мозоль</li> <li>3. Возможностью разрыва нерва</li> <li>4. Образованием внутривольных гематом</li> <li>5. Возможностью развития всех перечисленных явлений</li> </ol>	5. Возможностью развития всех перечисленных явлений
108.	Проекционная линия срединного нерва на предплечье проводится от	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медиального надмыщелка плечевой кости до гороховидной кости</li> <li>2. Середины локтевой ямки до середины расстояния между шиловидными отростками локтевой и лучевой костей</li> <li>3. Латерального надмыщелка плечевой кости до середины расстояния между шиловидными отростками</li> <li>4. Медиального края сухожилия двуглавой мышцы плеча до гороховидной кости</li> <li>5. Медиальному краю длинной ладонной мышцы</li> </ol>	2. Середины локтевой ямки до середины расстояния между шиловидными отростками локтевой и лучевой костей

109.	Проекционная линия седалищного нерва проводится от	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Седалищного бугра к медиальному надмыщелку бедренной кости</li> <li>2. Большого вертела к латеральному надмыщелку бедренной кости</li> <li>3. Середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к середине подколенной ямки</li> <li>4. Бугристости большеберцовой кости к наружной лодыжке</li> <li>5. Середины подколенной ямки к пяточному бугру</li> </ol>	3. Середины расстояния между седалищным бугром и большим вертелом к середине подколенной ямки
110.	Передняя мочка для прокола плечевого сустава находится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Под акромионом</li> <li>2. Под клювовидным отростком</li> <li>3. В межбугорковой борозде</li> <li>4. По середине переднего края дельтовидной мышцы</li> <li>5. По медиальному краю хирургической шейки плечевой кости</li> </ol>	2. Под клювовидным отростком
111.	Разрез при артротомии плечевого сустава по лангенбеку начинают проводить от	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клювовидного отростка</li> <li>2. Акромиона</li> <li>3. Середины переднего края дельтовидной мышцы</li> <li>4. Латеральной трети ключицы</li> <li>5. “Хирургической шейки” плечевой кости</li> </ol>	2. Акромиона
112.	Для вскрытия капсулы плечевого сустава является обязательным момент	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вскрытия синовиального влагалища сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча</li> <li>2. Разведения волокон дельтовидной мышцы</li> <li>3. Наложения контрапертуры</li> <li>4. Проведения разреза длиной 6-8 см</li> <li>5. Все перечисленные элементы</li> </ol>	1. Вскрытия синовиального влагалища сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
113.	Ветви этого нерва могут быть повреждены при проведении артротомии плечевого сустава по Лангенбеку	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Срединного нерва</li> <li>2. Лучевого</li> <li>3. Локтевого</li> <li>4. Подмышечного</li> <li>5. Мышечно-кожного нерва</li> </ol>	4. Подмышечного
114.	После выполнения артротомии плечевого сустава рука фиксируется в положении	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Под углом 90° к туловищу</li> <li>2. Отведение плеча на 70-80° с отклонением его вперед на 30°</li> <li>3. Рука прижата к туловищу</li> <li>4. Под углом 45° к туловищу</li> <li>5. Фиксация не обязательна</li> </ol>	2. Отведение плеча на 70-80° с отклонением его вперед на 30°

115.	Точка введения иглы при проколе локтевого сустава находится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Между латеральным краем olecranon и нижним краем epicondylus lateralis</li> <li>2. В медиальной задней борозде области локтя</li> <li>3. Над верхушкой olecranon</li> <li>4. В медиальной передней борозде области локтя</li> <li>5. Позади медиального надмыщелка плечевой кости</li> </ol>	1. Между латеральным краем olecranon и нижним краем epicondylus lateralis
116.	Подход к капсуле локтевого сустава при артротомии по Кохеру осуществляется между	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Двуглавой и трехглавой мышцами</li> <li>2. Трехглавой и плечелучевой мышцами</li> <li>3. Двуглавой и плечелучевой мышцами</li> <li>4. Двуглавой и плечевой мышцами</li> <li>5. Двуглавой мышцей и m. Anconeus</li> </ol>	2. Трехглавой и плечелучевой мышцами
117.	Точка для пункции лучезапястного сустава находится на	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пересечении линии, соединяющей шиловидные отростки лучевой и локтевой кости с линией, являющейся продолжением 3-й пястной кости</li> <li>2. Пересечении линии, соединяющей шиловидные отростки с линией, являющейся продолжением 2-й пястной кости</li> <li>3. Пересечении линии, соединяющей шиловидные отростки с линией, являющейся продолжением 4-й пястной кости</li> <li>4. Середине расстояния между шиловидными отростками</li> <li>5. На наружной трети ширины расстояния между шиловидными отростками</li> </ol>	2. Пересечении линии, соединяющей шиловидные отростки с линией, являющейся продолжением 2-й пястной кости
118.	Точка пункции тазобедренного сустава находится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. По середине длины паховой связки</li> <li>2. На середине длины линии, соединяющей середину паховой связки с большим вертелом бедренной кости</li> <li>3. Над большим вертелом</li> <li>4. По середине ягодичной складки</li> <li>5. По медиальному краю седалищного бугра</li> </ol>	2. На середине длины линии, соединяющей середину паховой связки с большим вертелом бедренной кости
119.	При пункции тазобедренного сустава	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вниз</li> <li>2. Вверх</li> </ol>	4. Медиально

	после упора иглы в шейку бедра следует направить ее конец	3. Латерально 4. Медиально 5. В зону наименьшего сопротивления	
120.	Разрез при эмпиеме коленного сустава обычно производится	1. По бокам от надколенника 2. От одного надмыщелка бедренной кости к другому через бугристость большеберцовой кости 3. Через подколенную ямку 4. Доступ выполняется через жоберову ямку	2. От одного надмыщелка бедренной кости к другому через бугристость большеберцовой кости
<b>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов</b>			
121.	Резекция сустава - это	1. Полное удаление суставных поверхностей 2. Частичное удаление суставных поверхностей 3. Полное или частичное удаление суставных поверхностей 4. Удаление всего сустава с фрагментами костей 5. Вычленение конечности в суставе	3. Полное или частичное удаление суставных поверхностей
122.	Артротомия - это	1. Вскрытие полости сустава 2. Удаление суставных поверхностей при их повреждении 3. Удаление периферической части конечности на уровне сустава 4. Введение в сустав дренажей 5. Гнойное заболевание сустава	1. Вскрытие полости сустава
123.	Термин “ампутация конечности” означает	1. Удаление дистального отдела конечности 2. Удаление периферической части конечности на протяжении кости 3. Удаление части конечности 4. Удаление конечности в проксимальном отделе 5. Рассечение мягких тканей конечности	2. Удаление периферической части конечности на протяжении кости
124.	К какому виду ампутаций относится ампутация с “манжеткой”	1. Частный случай лоскутной ампутации 2. Двухмоментная круговая ампутация 3. Трехмоментная конусо-круговая ампутация	2. Двухмоментная круговая ампутация

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Однолоскутная ампутация</li> <li>5. Данная ампутация не относится ни к одному из названных типов</li> </ol>	
125.	“Уровень ампутации” - это место	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рассечения мягких тканей</li> <li>2. Наибольшего разрушения мягких тканей</li> <li>3. Перепила кости</li> <li>4. Пересечения нервов</li> <li>5. Все перечисленные признаки</li> </ol>	3. Перепила кости
126.	При лоскутной ампутации длина лоскута рассчитывается	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. По формуле площади круга</li> <li>2. По формуле длины окружности</li> <li>3. Лоскуты выкраиваются с запасом, а моделирование культи производится в конце операции</li> <li>4. По формуле длины окружности с учетом сократимости кожи</li> <li>5. По формуле площади круга с учетом сократимости кожи</li> </ol>	4. По формуле длины окружности с учетом сократимости кожи
127.	При использовании транспериостального способа обработки надкостницы, после ее кругового рассечения нужно сдвинуть ее	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Проксимально на 5-10 мм</li> <li>2. Дистально</li> <li>3. Проксимально и сформировать манжетку для последующего закрытия опиала кости</li> <li>4. Проксимально насколько возможно</li> <li>5. Дистально на 1 мм</li> </ol>	2. Дистально
128.	Лезвие пилы по отношению к длиннику кости при ампутации устанавливается обычно	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перпендикулярно</li> <li>2. Под углом 30°</li> <li>3. Под углом 45°</li> <li>4. Под углом 60°</li> <li>5. Определяется видом ампутации</li> </ol>	1. Перпендикулярно
129.	Крупные сосуды при туалете культи для лигирования находят	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На основании топографо-анатомических ориентиров</li> <li>2. По кровотечению после снятия жгута</li> <li>3. По пульсации артерии</li> <li>4. Используя проекционные линии</li> <li>5. По всем ранее указанным признакам</li> </ol>	1. На основании топографо-анатомических ориентиров
130.	Этот материал обычно применяется для лигирования сосудов среднего и крупного	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шелк</li> <li>2. Кетгут</li> <li>3. Льянные нити</li> <li>4. Конский волос</li> </ol>	3. Льянные нити

	калибров при туалете культи		
131.	Концы нервов при ампутации усекают	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для предотвращения развития невромы</li> <li>2. Для предотвращения развития фантомных болей</li> <li>3. Для предупреждения развития каузалгий</li> <li>4. Для того, чтобы сформировалась неврома небольших размеров</li> <li>5. С целью лучшего заживления раны</li> </ol>	1. Для предотвращения развития невромы
132.	На таком расстоянии от уровня ампутации усекают концы нервов при ампутации конечности	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1-2 см</li> <li>2. 3-4 см</li> <li>3. 5-6 см</li> <li>4. 7-8 см</li> <li>5. До 10 см</li> </ol>	2. 3-4 см
133.	Расположение послеоперационного рубца по завершении ампутации желательно	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На рабочей поверхности</li> <li>2. На нерабочей поверхности</li> <li>3. На конце культи</li> <li>4. На поверхности с наиболее прочной кожей</li> <li>5. Расположение рубца не имеет значения</li> </ol>	2. На нерабочей поверхности
134.	Следующие ткани необходимо включить в состав манжетки при выполнении соответствующей ампутации конечности	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кожу и подкожную клетчатку</li> <li>2. Кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию</li> <li>3. Кожу, подкожную клетчатку, поверхностную и собственные фасции</li> <li>4. Все мягкие ткани, включая мышцы</li> <li>5. Мягкие ткани и надкостницу</li> </ol>	3. Кожу, подкожную клетчатку, поверхностную и собственные фасции
135.	Из этих поверхностей предплечья выкраивают лоскуты, при двухлоскутной ампутации предплечья в средней трети	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Передней и задней поверхностей</li> <li>2. Медиальной и латеральной поверхностей</li> <li>3. Переднелатеральной и заднемедиальной поверхностей</li> <li>4. Переднемедиальной и заднелатеральной поверхностей</li> <li>5. Любых поверхностей</li> </ol>	3. Переднелатеральной и заднемедиальной поверхностей
136.	При туалете культи после наложения кровоостанавливающего зажима перед перевязкой артерия должна тщательно выделяться из соединительной ткани для	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лучшей дифференцировки сосудов</li> <li>2. Предотвращения соскальзывания лигатур</li> <li>3. Улучшения микроциркуляции в дистальном отделе культи</li> </ol>	2. Предотвращения соскальзывания лигатур

		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Предотвращения развития отека культы</li> <li>5. Удобства работы</li> </ol>	
137.	Усечение конца нерва при ампутации конечности должно производиться с помощью	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лазерного скальпеля</li> <li>2. Ножниц</li> <li>3. Лезвия бритвы</li> <li>4. Электроножа</li> <li>5. Скальпеля</li> </ol>	3. Лезвия бритвы
138.	Преимущество костно-пластической ампутации конечности перед другими видами ампутаций заключается в	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Технической простоте</li> <li>2. Создании опороспособной культы</li> <li>3. Незначительном уменьшении длины конечности</li> <li>4. Сохранении “чувства земли”</li> </ol>	4. Сохранении “чувства земли”
139.	Наиболее типичным осложнением костнопластической ампутации голени по Н.И.Пирогову является	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитие злокачественной опухоли культы</li> <li>2. Омертвление пяточного бугра при повреждении пяточной артерии</li> <li>3. Остеомиелит</li> <li>4. Нарушение биомеханики при ходьбе</li> <li>5. Развитие “конской стопы”</li> </ol>	2. Омертвление пяточного бугра при повреждении пяточной артерии
140.	Включается в состав лоскута при костнопластической ампутации бедра по Гритти-Шимановскому — Стоксу-Альбрехту эта кость	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пяточная</li> <li>2. Бугристость большеберцовой кости</li> <li>3. Надколенник</li> <li>4. Фрагмент бедренной кости</li> <li>5. Головка малоберцовой кости</li> </ol>	3. Надколенник
141.	При выполнении первого момента конусо-круговой ампутации по Н.И.Пирогову рассекаются круговым разрезом следующие ткани	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Все мягкие ткани</li> <li>2. Кожа</li> <li>3. Кожа и подкожная клетчатка</li> <li>4. Кожа, подкожная клетчатка и поверхностная фасция</li> <li>5. Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная и собственная фасции</li> </ol>	5. Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная и собственная фасции
142.	При выполнении второго момента трехмоментной конусо-круговой ампутации по Н.И.Пирогову рассекаются слои	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Все мышцы</li> <li>2. Поверхностные мышцы</li> <li>3. Глубокие мышцы</li> <li>4. Все мышцы и надкостница</li> <li>5. Мягкие ткани, надкостница и кость</li> </ol>	1. Все мышцы
143.	Что перед выполнением третьего момента трехмоментной конусо-круговой ампутации по	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Использовать ретрактор</li> <li>2. Проконтролировать положение жгута</li> </ol>	3. Максимально возможно оттянуть проксимально кожу и поверхностные мышцы

	Н.И.Пирогову нужно сделать?	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Максимально возможно оттянуть проксимально кожу и поверхностные мышцы</li> <li>4. Циркулярно пересечь надкостницу</li> <li>5. Остановить кровотечение из мягких тканей</li> </ol>	
144.	Какие ампутации чаще используют в “хирургии катастроф”	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лоскутные</li> <li>2. Костно-пластические</li> <li>3. Круговые</li> <li>4. Ампутации с манжеткой</li> <li>5. Фасциально-пластические ампутации</li> </ol>	3. Круговые
145.	Какие ампутации чаще применяются в мирное время	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Круговые</li> <li>2. Лоскутные</li> <li>3. Костно-пластические</li> <li>4. Ампутации с манжеткой</li> <li>5. Атипичные ампутации</li> </ol>	2. Лоскутные
146.	Остеосинтезом называется	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Операция, направленная на удлинение сегмента конечности</li> <li>2. Операция, выполняемая для открытой репозиции и фиксации костных фрагментов</li> <li>3. Методика, позволяющая синтезировать костную ткань в лабораторных условиях с последующей имплантацией</li> <li>4. Методика имплантации остеобластов донора</li> </ol>	2. Операция, выполняемая для открытой репозиции и фиксации костных фрагментов
147.	Операция по Беккоку заключается в	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Широком рассечении кожи по ходу большой подкожной вены, с последующим удалением последней</li> <li>2. Удалением через два небольших разреза по проводнику</li> <li>3. Подкожной перевязке коммуникантных вен</li> <li>4. Подфасциальной перевязке коммуникантных вен</li> </ol>	2. Удалением через два небольших разреза по проводнику
148.	Операция по Маделунгу заключается в	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Широком рассечении кожи по ходу большой подкожной вены, с последующим удалением последней</li> <li>2. Удалением через два небольших разреза по проводнику</li> <li>3. Подкожной перевязке коммуникантных вен</li> <li>4. Подфасциальной перевязке коммуникантных вен</li> </ol>	1. Широком рассечении кожи по ходу большой подкожной вены, с последующим удалением последней

149.	Вскрытие флегмон глубокого ложа сгибателей голени производят разрезом по	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медиальному краю большеберцовой кости</li> <li>2. Медиальному краю большеберцовой кости, отступив на 2-3 см кзади</li> <li>3. Латеральному краю большеберцовой кости</li> <li>4. Линии проекции основного сосудисто-нервного пучка голени</li> </ol>	2. Медиальному краю большеберцовой кости, отступив на 2-3 см кзади
150.	Каковы цели артропластики	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Создание неподвижности в суставе</li> <li>2. Ограничение подвижности в суставе</li> <li>3. Восстановление подвижности в суставе</li> </ol>	3. Восстановление подвижности в суставе
151.	Каковы цели артродеза	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Создание неподвижности в суставе</li> <li>2. Ограничение подвижности в суставе</li> <li>3. Восстановление подвижности в суставе</li> </ol>	1. Создание неподвижности в суставе
152.	Что такое секвестрэктомия	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Удаление части кости</li> <li>2. Рассечение кости</li> <li>3. Удаление элиминированной костной ткани из секвестральной коробки</li> <li>4. Удаление гнойного содержимого из костно-мозгового канала</li> </ol>	3. Удаление элиминированной костной ткани из секвестральной коробки
153.	Ветвью какого нерва является лобный нерв	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подглазничного</li> <li>2. Глазного</li> <li>3. Надблокового</li> <li>4. Надглазничного</li> </ol>	2. Глазного
154.	Через круглое отверстие проходит	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхнечелюстной нерв</li> <li>2. Малый каменистый нерв</li> <li>3. Эмиссарные вены</li> <li>4. Блуждающий нерв</li> </ol>	1. Верхнечелюстной нерв
155.	Нижний сагиттальный синус непосредственно переходит в синус	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Верхний сагиттальный</li> <li>2. Прямой</li> <li>3. Поперечный</li> <li>4. Сигмовидный</li> </ol>	2. Прямой
156.	В результате слияния правой и левой позвоночных артерий образуется артерия	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Задняя соединительная</li> <li>2. Передняя соединительная</li> <li>3. Базилярная</li> <li>4. Средняя мозговая</li> </ol>	3. Базилярная
157.	Мимическую мускулатуру иннервирует нерв	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Тройничный</li> <li>2. Лицевой</li> <li>3. Глазодвигательный</li> <li>4. Добавочный</li> </ol>	1. Тройничный
158.	Жевательную мускулатуру иннервируют ветви нерва	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Блокового</li> <li>2. Лицевого</li> <li>3. Тройничного</li> </ol>	3. Тройничного

		4. Добавочного	
159.	В височно-крыловидном пространстве расположена артерия	1. Средняя менингеальная 2. Верхнечелюстная 3. Нижняя альвеолярная 4. Глубокая ушная	1. Средняя менингеальная
160.	Средняя менингеальная артерия проникает в полость черепа через отверстие	1. Круглое 2. Остистое 3. Овальное 4. Шилососцевидное	4. Шилососцевидное
161.	Подъязычные слюнные железы находятся	1. Между слизистой оболочкой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей 2. Во внутреннем межмышечном пространстве 3. В наружном межмышечном промежутке 4. В поднижнечелюстных клетчаточных пространствах	1. Между слизистой оболочкой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей
162.	Направление разрезов на лице, главным образом, обусловлено	1. Ходом лицевой артерии 2. Направлением ветвей лицевого нерва 3. Топографией мимической мускулатуры 4. Линиями Лангера	2. Направлением ветвей лицевого нерва
163.	При трепанации черепа используется	1. Лопаточка Бюальского 2. Пила Джилли-Оливекрона 3. Крючок Фарабефа 4. Щипцы Мюзо	2. Пила Джилли-Оливекрона
164.	При пластике дефектов черепа предпочтительней использовать	1. Аллопластический материал 2. Ребро больного 3. Трупная кость	1. Аллопластический материал
165.	Декомпрессионную трепанацию черепа производят	1. Непосредственно над очагом поражения 2. В затылочной области 3. В проекции сагиттального синуса 4. В теменной области	1. Непосредственно над очагом поражения
166.	После первичной обработки проникающих ран черепа твердую мозговую оболочку необходимо	1. Ушить герметичным швом 2. Ушить редкими узловыми швами 3. Ушить редкими узловыми швами и оставить выпускник 4. Не ушивать	4. Не ушивать
167.	При первичной хирургической обработке раны лобно-теменно-затылочной области следует производить рассечение мягких тканей в каком направлении	1. В продольном 2. В поперечном 3. В радиальном относительно верхней точки головы 4. Рана рассекается крестообразно	3. В радиальном относительно верхней точки головы

		5. Выбор направления не имеет значения	
168.	При первичной хирургической обработке мягких тканей лобно-теменно-затылочной области необходимо придать ране форму	1. Округлую 2. Веретенообразную 3. Z-образную 4. Подковообразную 5. Форма значения не имеет	2. Веретенообразную
169.	В состав скальпа входят ткани:	1. Кожа и подкожная клетчатка 2. Кожа, подкожная клетчатка и сухожильный шлем 3. Все мягкие ткани, включая надкостницу 4. Мягкие ткани лобно-теменно-затылочной области и отломки костей свода черепа	2. Кожа, подкожная клетчатка и сухожильный шлем
170.	Гематома подкожной клетчатки лобно-теменно-затылочной области характеризуется тем, что	1. Имеет форму шишки 2. Распространяется в пределах одной кости 3. Имеет разлитой характер и свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области 4. Свободно распространяется на подкожную клетчатку височной области и лица 5. Определенную характеристику дать затруднительно	1. Имеет форму шишки
171.	Поднадкостничная гематома лобно-теменно-затылочной области характеризуется тем, что	1. Имеет форму шишки 2. Распространяется в пределах одной кости 3. Имеет разлитой характер и свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области 4. Свободно распространяется на клетчатку лица 5. Четкую характеристику дать затруднительно	2. Распространяется в пределах одной кости
172.	Подапоневротическая гематома лобно-теменно-затылочной области характеризуется тем, что	1. Имеет пульсирующий характер 2. Имеет форму овала, ориентированного в продольном направлении 3. Свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области 4. Четкую характеристику дать невозможно	3. Свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области

		5. Соответствует форме подлежащей кости	
173.	При первичной хирургической обработке лобно-теменно-затылочной области, обнаружив в ране крупный костный осколок, связанный надкостницей с костями свода черепа следует	1. Такой осколок следует удалить 2. Такой осколок следует сохранить 3. При проникающем ранении головы осколок сохраняют 4. При непроникающем ранении головы осколок сохраняют 5. Тактика зависит от опыта хирурга	2. Такой осколок следует сохранить
174.	Кости свода черепа состоят из скольких слоев	1. Из одного 2. Из двух 3. Из трех 4. Из четырех 5. Из пяти	3. Из трех
175.	Проникающими ранениями головы называются ранения	1. Связанные с повреждением костей свода черепа 2. Связанные с повреждением вещества мозга 3. Связанные с повреждением твердой мозговой оболочки 4. Связанные с повреждением мягкой мозговой оболочки 5. Определяется зиянием раны	3. Связанные с повреждением твердой мозговой оболочки
176.	При травме черепа, сопровождающейся переломами, в наибольшей степени повреждаются слои костей свода черепа	1. Все слои 2. Наружная пластинка 3. Внутренняя пластинка 4. Губчатое вещество 5. Закономерность отсутствует	3. Внутренняя пластинка
177.	Трепанация, при которой удаляется фрагмент кости называется	1. Костно-пластическая 2. Резекционная 3. Ламинэктомия 4. Одномоментная 5. Двухмоментная	2. Резекционная
178.	Средняя менингеальная артерия является ветвью	1. Внутренней сонной артерии 2. Верхнечелюстной артерии 3. Лицевой артерии 4. Затылочной артерии 5. Позвоночной артерии	2. Верхнечелюстной артерии
179.	Схема, служащая для ориентировки в черепно-мозговой топографии называется	1. Схема Делицина 2. Треугольник Шипо 3. Схема Стремберга 4. Треугольник Пирогова	5. Схема Кронлейна-Брюсовой

		5. Схема Кронлейна-Брюсовой	
180.	Средняя оболочечная артерия входит в полость черепа:	1. Через овальное отверстие 2. Через круглое отверстие 3. Через височный выпускник 4. Через рваное отверстие 5. Через остистое отверстие	5. Через остистое отверстие
181.	При костно-пластической трепанации, отслаивать надкостницу следует в направлении	1. К центру лоскута 2. К периферии раны 3. В направлении сверху вниз 4. В направлении снизу вверх 5. К периферии раны после крестообразного рассечения надкостницы	2. К периферии раны
182.	Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится	1. На 1 см ниже козелка уха 2. На 0,5-1 см ниже середины нижнего края глазницы 3. Позади угла нижней челюсти 4. На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы 5. На 1 см ниже середины скуловой дуги	4. На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы
183.	По классификации, предложенной В.Н.Шевкуненко на шее выделяют следующее количество фасций	1. Одну 2. Две 3. Три 4. Четыре 5. Пять	5. Пять
184.	1-я фасция шеи происхождения	1. Первичного целомического 2. Мышечного 3. Соединительнотканного 4. Вторичного целомического 5. Генетические источники различны	2. Мышечного
185.	3-я фасция шеи происхождения	1. Вторичного целомического 2. Из жаберных дуг 3. Из параангиального футляра 4. Мышечного 5. Первичного целомического	4. Мышечного
186.	Шею делит анатомически, на передний и задний отделы фасция	1. Первая 2. Вторая 3. Третья 4. Четвертая 5. Пятая	2. Вторая

187.	Источником формирования поверхностных нервов шеи является	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шейное сплетение</li> <li>2. Плечевое сплетение</li> <li>3. Лицевой нерв</li> <li>4. Тройничный нерв</li> <li>5. Блуждающий нерв</li> </ol>	1. Шейное сплетение
188.	Место выхода поверхностных нервов шеи проецируется	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. На уровне верхнего края щитовидного хряща</li> <li>2. На уровне подъязычной кости</li> <li>3. На середине заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы</li> <li>4. Концентрированной точки выхода поверхностных нервов шеи нет</li> <li>5. На 1 см выше грудино-ключичного сочленения</li> </ol>	3. На середине заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы
189.	Надгрудное клетчаточное пространство находится между какими фасциями	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1-й и 2-й</li> <li>2. 2-й и 3-й</li> <li>3. 3-й и 4-й</li> <li>4. 2-й и 4-й</li> <li>5. 2-й и 5-й</li> </ol>	2. 2-й и 3-й
190.	Непарное венозное сплетение щитовидной железы находится в клетчаточном пространстве:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Надгрудном</li> <li>2. Превисцеральном</li> <li>3. Ретровисцеральном</li> <li>4. Предпозвоночном</li> <li>5. Слепом мешке Грубера</li> </ol>	2. Превисцеральном
191.	С передним средостением общается клетчаточное пространство шеи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Надгрудное, межапоневротическое</li> <li>2. Превисцеральное</li> <li>3. Ретровисцеральное</li> <li>4. Предпозвоночное</li> <li>5. Клетчаточные пространства шеи с клетчаткой переднего средостения не сообщаются</li> </ol>	2. Превисцеральное
192.	С задним средостением общается клетчаточное пространство шеи	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Надгрудноемежапоневротическое</li> <li>2. Превисцеральное</li> <li>3. Ретровисцеральное</li> <li>4. Предпозвоночное</li> <li>5. Клетчаточные пространства шеи не сообщаются с клетчаткой заднего средостения</li> </ol>	3. Ретровисцеральное
193.	В лопаточно-трапециевидном треугольнике встречаются фасции	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Все пять фасций шеи</li> <li>2. 2-я и 5-я</li> <li>3. 1-я, 2-я и 5-я</li> <li>4. 1-я, 2-я, 3-я</li> <li>5. 1-я, 2-я, 4-я и 5-я</li> </ol>	3. 1-я, 2-я и 5-я
194.	Необходимо рассечь при доступе к наружной сонной артерии в сонном	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1-ю, 2-ю и 5-ю</li> <li>2. 1-ю, 2-ю, 3-ю и 4-ю</li> <li>3. 1-ю, 2-ю и 4-ю</li> <li>4. 1-ю, 3-ю, 4-ю</li> </ol>	3. 1-ю, 2-ю, 3-ю и 4-ю

	треугольнике шеи следующие фасции	5. Все пять фасций шеи	
195.	При проведении трахеостомии, необходимо рассечь следующие фасции в лопаточно-трахеальном треугольнике	1. Все пять фасций шеи 2. Все фасции, кроме 5-й 3. 1-ю и 2-ю 4. 1-ю, 2-ю и 4-ю 5. 1-ю и 4-ю	2. Все фасции, кроме 5-й
196.	При обнажении язычной артерии, необходимо рассечь в поднижнечелюстном треугольнике следующие фасции	1. Все пять фасций шеи 2. Все фасции, кроме 5-й 3. 1-ю, 2-ю и 3-ю 4. 1-ю и 2-ю 5. 2-ю и 5-ю	4. 1-ю и 2-ю
197.	В основном сосудисто-нервном пучке медиального треугольника шеи медиально располагается следующий элемент	1. Общая сонная артерия 2. Внутренняя яремная вена 3. Блуждающий нерв 4. Диафрагмальный нерв 5. Плечевое сплетение	1. Общая сонная артерия
198.	В сосудисто-нервном пучке латерального треугольника шеи латерально располагается следующий элемент	1. Подключичная вена 2. Плечевое сплетение 3. Диафрагмальный нерв 4. Симпатический ствол 5. Грудной проток	2. Плечевое сплетение
199.	Верхняя точка проекционной линии общей сонной артерии проецируется на	1. Вершину сосцевидного отростка 2. Угол нижней челюсти 3. Середину расстояния между углом нижней челюсти и верхушкой сосцевидного отростка 4. Середину тела нижней челюсти 5. Рога подъязычной кости	3. Середину расстояния между углом нижней челюсти и верхушкой сосцевидного отростка
200.	Нижняя точка проекционной линии общей сонной артерии находится на	1. Середине рукоятки грудины 2. Границе медиальной и средней третьей длины ключицы 3. Грудино-ключичном суставе 4. Месте прикрепления к грудине II ребра 5. Середине длины ключицы	3. Грудино-ключичном суставе
201.	Бифуркация общей сонной артерии чаще всего располагается на уровне	1. Угла нижней челюсти 2. Верхнего края щитовидного хряща 3. Подъязычной кости 4. Середины щитовидного хряща 5. Нижнего края щитовидного хряща	2. Верхнего края щитовидного хряща

202.	Язычная артерия является ветвью	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наружной сонной артерии</li> <li>2. Внутренней сонной артерии</li> <li>3. Лицевой артерии</li> <li>4. Верхней щитовидной артерии</li> <li>5. Подключичной артерии</li> </ol>	1. Наружной сонной артерии
203.	В качестве ориентира треугольник Пирогова используется для обнажения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наружной сонной артерии</li> <li>2. Внутренней сонной артерии</li> <li>3. Общей сонной артерии</li> <li>4. Язычной артерии</li> <li>5. Позвоночной артерии</li> </ol>	4. Язычной артерии
204.	Грудной проток чаще всего впадает	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В венозный угол Пирогова слева</li> <li>2. В венозный угол Пирогова справа</li> <li>3. Двустороннее впадение в венозный угол Пирогова</li> <li>4. Грудной проток не имеет постоянного места впадения</li> <li>5. Плечеголовная вена слева или справа</li> </ol>	1. В венозный угол Пирогова слева
205.	Сколько отделов с характерной топографией выделяют на протяжении подключичной артерии на шее	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один</li> <li>2. Два</li> <li>3. Три</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Пять</li> </ol>	3. Три
206.	Различают верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомии по отношению к следующему анатомическому образованию	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Перстневидному хрящу</li> <li>2. Щитовидному хрящу</li> <li>3. Подъязычной кости</li> <li>4. Перешейку щитовидной железы</li> <li>5. Кольцам трахеи - верхним, средним и нижним</li> </ol>	4. Перешейку щитовидной железы
1	Как называется соединение всех позвонков, являющееся механической опорой для всего тела?		Позвоночный столб
2	Как называется образование, которое является границей между шейкой и телом ребра?		Бугорок ребра
3	Какое анатомическое образование расположено между большим и малым бугорком плечевой кости?		Межбугорковая борозда
4	Какое анатомическое образование расположено на проксимальном конце локтевой кости?		Локтевой отросток

5	Как называется часть плечевой кости, расположенная между головкой и большим и малым бугорком?		Анатомическая шейка
6	Какое анатомическое образование имеется на реберной поверхности лопатки?		Подлопаточная ямка
7	Какое анатомическое образование расположено на задней поверхности тела бедренной кости?		Шероховатая линия
8	Какое образование расположено в области сращения тел всех трех костей, образующих тазовую кость?		Вертлужная впадина
9	Какое прерывное соединение связывает между собой плечевую кость и кости предплечья?		Локтевой сустав
10	Как называется часть затылочной кости, где расположен глоточный бугорок?		Базиллярная часть
11	Как называется образование на мозговой поверхности затылочной чешуи в проекции внутреннего затылочного выступа?		Крестообразное возвышение
12	От какого образования начинается борозда верхнего сагиттального синуса на лобной чешуе?		Лобный гребень
13	Самый широкий канал височной кости это?		Сонный канал
14	Канал височной кости, состоящий из двух полуканалов?		Мышечно-трубный канал
15	Какие соединения костей анатомически изолированы друг от друга, но функционирующие только вместе?		Комбинированные суставы
16	Какое самое крупное соединение костей в теле человека имеет в своем составе мениски?		Коленный сустав
17	Какой сосуд проходит в треугольнике Пирогова?		Язычная артерия

18	Что образует апоневроз наружной косой мышцы живота, натянутый между верхней передней подвздошной остью и лобковым бугорком?		Паховая связка
19	Какое топографическое образование соответствует малой грудной мышце?		Грудной треугольник
20	Какое топографическое образование находится между нижними краями малой грудной и большой грудной мышц, а также между передним краем дельтовидной мышцы?		Подгрудной треугольник

<b>5 семестр изучения в соответствии с УП</b>	
<b>форма промежуточной аттестации – экзамен</b>	
<b>Код и наименование проверяемой компетенции:</b>	ОПК – 5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
<b>Код и наименование индикатора:</b>	ОПК-5.01 Определяет и оценивает морфофункциональные, физиологические состояния, а также патологические процессы в организме человека

### Тестовые задания

№ вопроса	Формулировка тестовых заданий	Варианты ответов	Правильный ответ
<b>Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов</b>			
1.	Ветвью дуги аорты является	1. Щито-шейный ствол 2. Левая сонная артерия 3. Правая сонная артерия 4. Правая подключичная артерия	2. Левая сонная артерия
2.	Граница между передним и задним средостением проходит по	1. Передней поверхности нисходящей аорты 2. Задней поверхности трахеи и главных бронхов 3. Передней поверхности пищевода 4. Задней поверхности сердца	2. Задней поверхности трахеи и главных бронхов

3.	Капсула молочной железы образована следующей фасцией грудной стенки	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Собственной фасцией груди</li> <li>2. Поверхностной</li> <li>3. Ключично-грудной</li> <li>4. Внутригрудной</li> <li>5. Молочная железа лежит вне фасции</li> </ol>	2. Поверхностной
4.	Лимфатический узел Зоргиуса находится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Под ключицей позади грудино-ключично-сосцевидной мышцы</li> <li>2. По ходу внутренней грудной артерии</li> <li>3. В центре подмышечной впадины</li> <li>4. У наружного края большой грудной мышцы на уровне II ребра</li> <li>5. Под краем широчайшей мышцы спины</li> </ol>	4. У наружного края большой грудной мышцы на уровне II ребра
5.	Межреберный сосудисто-нервный пучок расположен в следующем слое грудной стенки	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Под грудной фасцией</li> <li>2. Между межреберными мышцами</li> <li>3. В параплевральной клетчатке</li> <li>4. Под поверхностной фасцией</li> <li>5. Между разными тканями в зависимости от отделов грудной стенки</li> </ol>	2. Между межреберными мышцами
6.	Межреберная (межмышечная) щель – это промежуток между	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Большой и малой грудными мышцами</li> <li>2. Наружной и внутренней межреберными мышцами</li> <li>3. Передней зубчатой и наружной межреберной мышцами</li> <li>4. Широчайшей мышцей спины и наружной межреберной мышцей</li> <li>5. Такого термина не существует</li> </ol>	2. Наружной и внутренней межреберными мышцами
7.	Внутренняя грудная артерия отходит от	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подмышечной</li> <li>2. Подключичной</li> <li>3. Наружной сонной</li> <li>4. Дуги аорты</li> <li>5. Плечеголовного ствола</li> </ol>	2. Подключичной
8.	Пункция плевральной полости при разлитом процессе производится в положении больного	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лежа на боку</li> <li>2. Лежа на животе</li> <li>3. В положении сидя с согнутым туловищем</li> <li>4. В полусидячем положении</li> </ol>	3. В положении сидя с согнутым туловищем

		5. Положение больного не имеет значения	
9.	При свободном выпоте в плевральном мешке, производится пункция на следующем уровне	1. На уровне верхнего края выпота 2. В центре выпота 3. В наиболее низкой точке выпота 4. Выбор уровня не имеет значения 5. Выше верхнего края жидкости	3. В наиболее низкой точке выпота
10.	Вкол иглы при пункции плевральной полости производится по	1. По верхнему краю нижележащего ребра 2. По нижнему краю ребра 3. По середине межреберья 4. В любой из вышеперечисленных точек; 5. Выбор точки зависит от проведения пункции в переднем или заднем отделе межреберья	1. По верхнему краю нижележащего ребра
11.	При поднадкостничной резекции ребра надкостница рассекается:	1. П-образно 2. Дугообразно 3. Линейным разрезом 4. Поперечным разрезом 5. Н-образно	5. Н-образно
12.	После резекции ребра с целью введения дренажной трубки в полость плевры, скальпелем рассекается задний листок надкостницы	1. Вдоль верхнего края ребра 2. Вдоль нижнего края ребра 3. По середине ширины удаленного ребра 4. Все вышеперечисленные ответы правильные 5. Место рассечения определяется особенностями патологического процесса	3. По середине ширины удаленного ребра
13.	После резекции ребра дренажная трубка, введённая в плевральную полость, фиксируется к	1. Пристеночной плевре 2. Межреберным мышцам 3. Коже 4. Поверхностной фасции 5. Собственной фасции	3. Коже
14.	Ранение называется проникающим если повреждён следующий анатомический слой грудной стенки	1. Кожа 2. Кожа и подкожная жировая клетчатка 3. Кожа, подкожная жировая клетчатка и мышцы 4. Все вышеперечисленные слои и внутригрудная фасция и плевра 5. Кожа, подкожная жировая клетчатка и собственная фасция	4. Все вышеперечисленные слои и внутригрудная фасция и плевра

15.	Грудную стенку от грудной полости отделяет	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Парихетальная плевра</li> <li>2. Внутригрудная фасция</li> <li>3. Предплевральная клетчатка</li> <li>4. Ребра и внутренние межреберные мышцы</li> <li>5. Все вышеперечисленные слои</li> </ol>	2. Внутригрудная фасция
16.	Серозных полостей в грудной полости	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Одна</li> <li>2. Две</li> <li>3. Три</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Пять</li> </ol>	3. Три
17.	Наиболее крупный и глубокий из синусов плевры	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диафрагмо-медиастинальный правый</li> <li>2. Реберно-медиастинальный передний</li> <li>3. Реберно-диафрагмальный</li> <li>4. Реберно-медиастинальный задний</li> <li>5. Диафрагмо-медиастинальный левый</li> </ol>	3. Реберно-диафрагмальный
18.	Наиболее тяжелые нарушения наблюдаются при пневмотораксе	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Открытом</li> <li>2. Закрытом</li> <li>3. Клапанном</li> <li>4. Спонтанном</li> <li>5. Комбинированном</li> </ol>	3. Клапанном
19.	При первичной хирургической обработке нужно стремиться расширить рану груди в следующем направлении	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В вертикальном направлении</li> <li>2. Строго в горизонтальном направлении</li> <li>3. В направлении наибольшего размера раны</li> <li>4. Выбор направления расширения не имеет значения</li> <li>5. По ходу ребер</li> </ol>	5. По ходу ребер
20.	Вагосимпатическая блокада при ранениях груди производится с целью	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для обезболивания</li> <li>2. Для уменьшения явлений гипоксии</li> <li>3. Как способ борьбы с плевропульмональным шоком</li> <li>4. Для профилактики пневмонии</li> <li>5. Для гипервентиляции легких</li> </ol>	3. Как способ борьбы с плевропульмональным шоком
21.	При простом ушивании открытого пневмоторакса нужно захватить в первый ряд швов следующие слои	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Парихетальную плевру и внутригрудную фасцию</li> <li>2. Парихетальную плевру</li> <li>3. Все слои грудной стенки</li> <li>4. Внутригрудную фасцию</li> <li>5. Парихетальную плевру, внутригрудную фасцию, межреберные мышцы</li> </ol>	5. Парихетальную плевру, внутригрудную фасцию, межреберные мышцы
22.	При оказании первой врачебной помощи при клапанном пневмотораксе основным является	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вагосимпатическая блокада</li> <li>2. Наложение асептической окклюзионной повязки</li> </ol>	4. Удаление избытка воздуха из плевральной полости

	следующий элемент	3. Перевод пострадавшего в полусидячее положение 4. Удаление избытка воздуха из плевральной полости 5. Все вышеперечисленные ответы верны	
23.	. В правом легком выделяют следующее количество долей	1. Две 2. Три 3. Четыре 4. Пять 5. Шесть	2. Три
24.	В левом легком выделяют следующее количество долей	1. Две 2. Три 3. Четыре 4. Пять 5. Шесть	1. Две
25.	В корне правого легкого занимает самое верхнее положение	1. Легочная вена 2. Легочная артерия 3. Главный бронх 4. Ветви диафрагмального нерва 5. Грудной проток	3. Главный бронх
26.	В корне левого легкого занимает самое верхнее положение	1. Легочная вена 2. Главный бронх 3. Легочная артерия 4. Диафрагмальный нерв 5. Блуждающий нерв	3. Легочная артерия
27.	Переднее положение в корне правого и левого легких занимает	1. Главный бронх 2. Легочная артерия 3. Одна из бронхиальных артерий 4. Легочные вены 5. Одна из бронхиальных вен	4. Легочные вены
28.	Новокаиновую блокаду легочного сплетения технически проще производить после	1. Выполнения продольной стернотомии 2. Заднебоковой торакотомии по шестому-седьмому межреберью 3. Переднебоковой торакотомии в четвертом-пятом межреберье 4. Выполнения паравертебральной торакотомии 5. Поперечной стернотомии	2. Заднебоковой торакотомии по шестому-седьмому межреберью
29.	В правом легком выделяют бронхолегочных сегментов	1. Пять 2. Шесть 3. Десять 4. Восемь 5. Девять	3. Десять

30.	В левом легком выделяют бронхолегочных сегментов	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шесть</li> <li>2. Семь</li> <li>3. Восемь</li> <li>4. Девять</li> <li>5. Десять</li> </ol>	4. Девять
31.	Характерная особенность шва Тигеля, накладываемого обычно на рану легкого заключается в том что прорезывания узловых швов	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Это непрерывный шов с захлестом нити</li> <li>2. Это горизонтальный матрацный шов</li> <li>3. Это вертикальный матрацный шов</li> <li>4. Для проведения швов используются иглы с закругленным концом</li> <li>5. Производится проведение опорных нитей сквозь толщу краев раны для предупреждения</li> </ol>	5. Производится проведение опорных нитей сквозь толщу краев раны для предупреждения
32.	На границе между передним и задним средостением располагается	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Аорта</li> <li>2. Пищевод</li> <li>3. Трахея и главные бронхи</li> <li>4. Вилочковая железа</li> <li>5. Ни один из указанных органов не разделяет переднее и заднее средостение</li> </ol>	3. Трахея и главные бронхи
33.	. Остатки вилочковой железы, окруженные клетчаткой располагаются	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В верхнем межплевральном поле</li> <li>2. В нижнем отделе переднего средостения</li> <li>3. В верхнем отделе заднего средостения</li> <li>4. В нижнем отделе заднего средостения</li> <li>5. На границе переднего и заднего средостения</li> </ol>	1. В верхнем межплевральном поле
34.	От дуги аорты, обычно, отходит такое количество ветвей	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пять</li> <li>2. Две</li> <li>3. Шесть</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Три</li> </ol>	5. Три
35.	Прилежат сзади к клетчатке, окружающей вилочковую железу данные анатомические элементы	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нисходящая аорта и пищевод</li> <li>2. Плечеголовые вены, дуга аорты и перикард</li> <li>3. Симпатический ствол и полунепарная вена</li> <li>4. Корень легкого</li> <li>5. Грудной проток</li> </ol>	2. Плечеголовые вены, дуга аорты и перикард
36.	К верхней полой вене прилежит сзади	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Трахея</li> <li>2. Пищевод</li> <li>3. Перикард и сердце</li> </ol>	5. Дуга аорты

		4. Вилочковая железа 5. Дуга аорты	
37.	Вдоль правой стенки верхней полой вены располагается следующее анатомическое образование	1. Корень правого легкого 2. Правый блуждающий нерв 3. Правый диафрагмальный нерв 4. Грудная часть грудного протока 5. Правый симпатический ствол	3. Правый диафрагмальный нерв
38.	Непарная вена чаще впадает в какую стенку верхней полой вены	1. В заднюю 2. В переднюю 3. В правую 4. В левую 5. Определенного места впадения нет	1. В заднюю
39.	Начальный отдел восходящей части аорты проецируется на уровне прикрепления хряща	1. I ребра к левому краю грудины 2. II ребра к левому краю грудины 3. III ребра к левому краю грудины 4. IV ребра к левому краю грудины 5. V ребра к левому краю грудины	2. II ребра к левому краю грудины
40.	Левый возвратный гортанный нерв обычно отходит от блуждающего нерва на уровне	1. Выше дуги аорты 2. На уровне передней стенки дуги аорты 3. У нижнего края дуги аорты 4. На всех вышеперечисленных уровнях 5. Левый возвратный гортанный нерв от блуждающего в грудной полости не отходит	3. У нижнего края дуги аорты
41.	Правый возвратный гортанный нерв обычно отходит от блуждающего нерва на уровне	1. У верхнего края правой подключичной артерии 2. У нижнего края правой подключичной артерии 3. На уровне корня легкого 4. У места отхождения плечеголового ствола 5. На уровне верхнего края дуги аорты	2. У нижнего края правой подключичной артерии
42.	Диафрагмальные нервы пересекают следующую поверхность корней легких	1. Переднюю 2. Заднюю 3. Верхнюю 4. Нижнюю	1. Переднюю

		5. Топография диафрагмального нерва по отношению к корню легкого чрезвычайно вариабельна	
43.	. Наиболее безопасным является следующий способ пункции перикардиальной полости	1. Ларрея 2. Марфана 3. Делафуа 4. Куршмана 5. Пирогова	1. Ларрея
44.	Является ли осмотр задней стенки сердца при его ранении обязательным элементом операции	1. Да, является обязательным элементом операции во избежание грубой ошибки 2. Осмотр задней стенки сердца обычно не производится из-за дефицита времени 3. Осмотр задней стенки сердца выполняется только при признаках ее повреждения 4. Осмотр задней стенки сердца производится только при скоплении крови на дне косого синуса перикарда 5. Производится только при широком доступе	1. Да, является обязательным элементом операции во избежание грубой ошибки
45.	Можно ли применять для ушивания раны сердца рассасывающийся шовный материал	1. Свойства материала не имеют значения 2. Нельзя, использование рассасывающегося материала может привести к расхождению краев раны со смертельным кровотечением 3. Для соединения краев раны сердца применяются металлические скрепки или проволока 4. Важен не выбор материала, а проведение нитей сквозь всю толщу стенки камер сердца 5. Шовный материал может быть любой, но нити не должны проникать в полость сердца	2. Нельзя, использование рассасывающегося материала может привести к расхождению краев раны со смертельным кровотечением
46.	Бифуркация трахеи соответствует уровню позвонков	1. Th5-Th6 2. Th3-Th4 3. Th1-Th2 4. Th6-Th7 5. Th7-Th8	2. Th3-Th4
47.	Перикардиальных синусов обычно различают	1. Один 2. Два 3. Три 4. Четыре 5. Пять	4. Четыре

48.	Корень правого легкого огибает сверху	1. Непарная вена 2. Дуга аорты 3. Верхняя полая вена 4. Грудной проток 5. Полунепарная вена	1. Непарная вена
49.	Элементы корня левого легкого располагаются в порядке сверху вниз так	1. Главный бронх, легочная артерия, легочные вены 2. Легочная артерия, главный бронх, легочные вены 3. Легочные вены, главный бронх, легочная артерия 4. Легочные вены, легочная артерия, главный бронх 5. Главный бронх, легочные вены, легочная артерия	2. Легочная артерия, главный бронх, легочные вены
50.	Элементы корня правого легкого располагаются в порядке сверху вниз так	1. Главный бронх, легочная артерия, легочные вены 2. Легочная артерия, главный бронх, легочные вены 3. Легочная артерия, легочные вены, главный бронх 4. Легочные вены, главный и1081 бронх,, легочная артерия 5. Главный бронх, легочные вены, легочная артерия	1. Главный бронх, легочная артерия, легочные вены
51.	Пищевод прилежит на всем протяжении в заднем средостении кроме позвоночника	1. К полунепарной вене 2. К левому симпатическому стволу 3. К грудному протоку 4. К грудной части нисходящей аорты 5. К трахее	4. К грудной части нисходящей аорты
52.	Ветви левого блуждающего нерва в грудной полости располагаются на следующей поверхности пищевода:	1. На передней поверхности 2. На задней поверхности 3. На левой поверхности 4. На правой поверхности 5. Закономерностей нет, на любой из перечисленных поверхностей	1. На передней поверхности
53.	Грудной проток в нижнем отделе заднего средостения располагается между	1. Пищеводом и непарной веной 2. Грудной аортой и непарной веной 3. Пищеводом и симпатическим стволом 4. Непарной и полунепарной венами 5. Задней поверхностью легкого и полунепарной веной	2. Грудной аортой и непарной веной
54.	Самым мощным в средостении является нервное сплетение	1. Пищеводное 2. Трахеальное 3. Аортальное	1. Пищеводное

		4. Сердечное 5. Легочное	
55.	Зона хирургического риска повреждения грудного протока при манипуляциях на пищеводе соответствует уровню	1. Th2-Th3 2. Th5-Th6 3. Th3-Th4 4. Th6 – Th8 5. Th8-Th10	2. Th5-Th6
56.	На рану пищевода накладывается рядов швов	1. Один 2. Два 3. Три 4. Четыре 5. Рядность швов определяется размерами дефекта	2. Два
57.	При ликвидации дефекта стенки пищевода используется шовный материал	1. Шелк 2. Полимерные нити 3. Кетгут 4. Выбор шовного материала не имеет значения 5. Льняные нити	2. Полимерные нити
58.	В заднем средостении различают слоев клетчатки	1. Два 3. Четыре 2. Три 4. Пять 5. Шесть	1. Два
59.	Фасцию разделяющую клетчатку позади грудины на два слоя впервые описал	1. В. А. Руднев 2. Н. И. Пирогов 3. И. Д. Кирпатовский 4. В. Н. Шевкуненко 5. А. К. Георгадзе	1. В. А. Руднев
60.	В развитии заднего медиастинита ведущим является фактор	1. Огнестрельные ранения 2. Прободение пищевода инородными телами 3. Распространение метастатическим путем 4. Переход гнойного процесса в заднее средостение при флегмонах шеи 5. Все вышеперечисленные факторы в равной степени являются ведущими	2. Прободение пищевода инородными телами
61.	При дефектах межжелудочковой перегородки не применяется	1. Ушивание дефекта 2. Вшивание заплаты 3. Эндоваскулярное закрытие 4. Протезирование клапана легочного ствола	4. Протезирование клапана легочного ствола
62.	Пункция и дренирование плевральной полости по поводу пневмоторакса производятся в	1. II м/р по среднеключичной линии 2. II м/р по задней подмышечной линии 3. VII м/р по среднеключичной линии	1. II м/р по среднеключичной линии

		4. VII м/р по задней подмышечной линии	
63.	Пункция и дренирование плевральной полости по поводу гемоторакса производится в	1. II м/р по среднеключичной линии 2. II м/р по задней подмышечной линии 3. VII м/р по среднеключичной линии 4. VII м/р по задней подмышечной линии	4. VII м/р по задней подмышечной линии
64.	При гнойных очагах в молочной железе, располагающихся ближе к передней поверхности, применяются разрезы	1. Поперечные 2. Радиальные 3. Дугообразные 4. Крестообразные	2. Радиальные
65.	. Нижней границей пахового канала является	1. Верхние края наружной косой и поперечной мышц живота 2. Гребешковая связка 3. Паховая связка 4. Продольная фасция	3. Паховая связка
66.	У мужчин в паховой связке проходит	1. Круглая связка матки 2. Семенной канатик 3. Паховая артерия 4. Мочеиспускательный канал	2. Семенной канатик
67.	Переднебоковая стенка живота разделяется с помощью горизонтальных и вертикальных линий на	1. 8 областей 2. 9 областей 3. 10 областей 4. 11 областей 5. 12 областей	2. 9 областей
68.	Поверхностная фасция переднебоковой стенки живота устроена таким образом	1. Отсутствует 2. Сливается с собственной фасцией 3. Имеет один листок 4. Имеет два листка 5. Имеет более двух листков	4. Имеет два листка
69.	Наружная косая мышца живота имеет такой ход волокон	1. Снизу вверх и снаружи внутрь 2. Сверху вниз и изнутри кнаружи 3. Сверху вниз и снаружи кнутри 4. Поперечный 5. Продольный	3. Сверху вниз и снаружи кнутри
70.	Внутренняя косая мышца живота в боковом отделе переднебоковой стенки живота имеет такой ход волокон	1. Ход волокон этой мышцы совпадает с ходом волокон наружной косой мышцы живота 2. Ход волокон этой мышцы противоположен ходу волокон наружной косой мышцы живота 3. Эта мышца отличается поперечным ходом волокон	2. Ход волокон этой мышцы противоположен ходу волокон наружной косой мышцы живота

		<p>4. Мышца имеет продольный ход волокон</p> <p>5. Волокна направляются сверху вниз и снаружи кнутри</p>	
71.	В верхнем отделе брюшной стенки передняя стенка влагалища прямой мышцы живота образована	<p>1. Апоневрозом наружной косой мышцы живота</p> <p>2. Апоневрозом наружной и внутренней косых мышц живота</p> <p>3. Апоневрозом наружной, внутренней и поперечной мышц живота</p> <p>4. Апоневрозом внутренней косой и поперечной мышц живота</p> <p>5. Апоневрозом поперечной мышцы живота</p>	3. Апоневрозом наружной, внутренней и поперечной мышц живота
72.	Позади поперечной мышцы живота находится	<p>1. Брюшина</p> <p>2. Предбрюшинная клетчатка</p> <p>3. Внутривнутрибрюшная фасция</p> <p>4. Все перечисленные слои</p> <p>5. Сухожильное растяжение</p>	3. Внутривнутрибрюшная фасция
73.	Белая линия живота образуется за счет	<p>1. Апоневроза наружной косой мышцы живота</p> <p>2. Апоневроза внутренней косой мышцы живота</p> <p>3. Апоневроза поперечной мышцы живота</p> <p>4. Сухожильных пучков наружной, внутренней косой и поперечной мышц живота</p> <p>5. Внутривнутрибрюшной фасции</p>	4. Сухожильных пучков наружной, внутренней косой и поперечной мышц живота
74.	Необходимость построения пахового треугольника связана с тем что	<p>1. Представляет теоретический интерес</p> <p>2. Для четкого определения паховой области</p> <p>3. Для определения проекции на кожу наружного и внутреннего отверстий пахового канала</p> <p>4. Для дифференцировки косых и прямых паховых грыж</p> <p>5. Для выбора метода оперативного вмешательства при паховых грыжах</p>	3. Для определения проекции на кожу наружного и внутреннего отверстий пахового канала
75.	. “паховый промежуток” – это расстояние между	<p>1. Наружным и внутренним кольцами пахового канала</p> <p>2. Паховой связкой и нижним краем внутренней косой и поперечной мышц живота</p> <p>3. Паховой связкой и поперечной мышцей</p> <p>4. Передней и задней стенками пахового канала;</p>	2. Паховой связкой и нижним краем внутренней косой и поперечной мышц живота

		5. Пахового промежутка не существует	
76.	Поверхностное паховое кольцо образовано	1. Внутривнутрибрюшной фасцией 2. Расщеплением паховой связки 3. Расщеплением апоневроза наружной косой мышцы живота 4. Внутренней косой и поперечной мышцами живота 5. Поверхностной фасцией	3. Расщеплением апоневроза наружной косой мышцы живота
77.	Внутреннее отверстие пахового канала соответствует ямке	1. Латеральной 2. Медиальной 3. Надпузырной 4. Нижней 5. Верхней	1. Латеральной
78.	Паховые грыжи чаще бывают у	1. Мужчин 2. Женщин 3. Детей вне зависимости от пола 4. Стариков вне зависимости от пола 5. Закономерности не существует	1. Мужчин
79.	Анатомической предпосылкой образования паховых грыж является	1. Наличие пахового промежутка 2. Наличие широкого пахового промежутка 3. Наличие узкого пахового промежутка 4. Отсутствие пахового промежутка 5. Отсутствие внутривнутрибрюшной фасции	2. Наличие широкого пахового промежутка
80.	Укрепляют заднюю стенку пахового канала	1. При косой паховой грыже 2. При прямой паховой грыже 3. При врожденной паховой грыже 4. При ущемленной грыже 5. Определяется желанием хирурга	2. При прямой паховой грыже
81.	Разрез при операции по поводу паховой грыжи располагается	1. Параллельно паховой связке на 2 см ниже нее 2. Параллельно паховой связке на 2 см выше нее 3. По проекции паховой связки 4. Над грыжевым мешком 5. Горизонтально на границе наружной и средней третей длины паховой связки	2. Параллельно паховой связке на 2 см выше нее
82.	К паховой связке при укреплении грыжевых ворот	1. Апоневроз наружной косой мышцы живота	3. Апоневроз наружной косой

	по способу боброва— жирара—спасокукоцкого подшиваются следующие слои	2. Внутренняя косая и поперечная .мышцы живота 3. Апоневроз наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами живота 4. Поперечная фасция 5. Края прямой мышцы живота	мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами живота
83.	К паховой связке при укреплении грыжевых ворот по способу бассини подшиваются такие слои	1. Апоневроз наружной косой мышцы живота 2. Внутренняя косая и поперечная мышцы живота вместе с поперечной фасцией 3. Апоневроз наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами 4. Поперечная фасция 5. Края прямой мышцы живота	2. Внутренняя косая и поперечная мышцы живота вместе с поперечной фасцией
84.	К паховой связке при укреплении грыжевых ворот по мартынову подшиваются такие слои	1. Апоневроз наружной косой мышцы живота 2. Внутренняя косая и поперечная мышцы живота 3. Апоневроз наружной косой мышцы живота вместе с внутренней косой и поперечной мышцами живота 4. Поперечная Z _____ фасция 5. Края прямой мышцы живота	1. Апоневроз наружной косой мышцы живота
85.	На паховую связку при укреплении пахового канала швы должны накладываться так	1. Строго по одной линии 2. По одной линии с одинаковым расстоянием между швами 3. В шахматном порядке 4. Хаотично 5. Закономерностей нет	4. Хаотично
86.	Бедренный канал имеет	1. 2 отверстия и 2 стенки 2. 2 отверстия и 3 стенки 3. 2 отверстия и 4 стенки 4. 3 отверстия и 2 стенки 5. 3 отверстия и 3 стенки	2. 2 отверстия и 3 стенки
87.	Наружное отверстие бедренного канала находится	1. В поверхностной фасции 2. В апоневрозе наружной косой мышцы живота 3. В широкой фасции бедра 4. В передней стенке футляра прямой мышцы живота 5. Во внутрибрюшной фасции	3. В широкой фасции бедра
88.	При операции бедренной грыжи бедренным способом сшиваются эти ткани	1. Паховая связка с лакунарной 2. Паховая связка с гребешковой	2. Паховая связка с гребешковой

		<p>3. Внутренняя косая и поперечная мышцы с паховой и гребенчатой связками</p> <p>4. Апоневроз наружной косой мышцы живота с гребенчатой связкой</p> <p>5. Лакунарная связка с гребенчатой</p>	
89.	Необходимость просвечивания иглы при ее проведении через волокна паховой связки при операции по поводу паховой грыжи обусловлена	<p>1. Опасностью повреждения бедренных сосудов</p> <p>2. Опасностью повреждения бедренного нерва</p> <p>3. Опасностью повреждения мочевого пузыря</p> <p>4. Опасностью повреждения лимфатического узла Розенмюллера— Пирогова</p> <p>5. Косметическими соображениями</p>	1. Опасностью повреждения бедренных сосудов
90.	Недостаток применения бедренного способа операции бедренной грыжи заключается в возможности	<p>1. Сдавления большой подкожной вены</p> <p>2. Увеличения пахового промежутка при смещении вниз паховой связки</p> <p>3. Сдавления сосудисто-нервного пучка бедра</p> <p>4. Формирования грубого послеоперационного рубца</p> <p>5. Повреждения бедренных сосудов</p>	2. Увеличения пахового промежутка при смещении вниз паховой связки
91.	Имеет ли забрюшинное пространство одинаковые границы с поясничной областью	<p>1. Имеет одинаковые границы с забрюшинной областью</p> <p>2. Значительно превосходит поясничную область по своим границам</p> <p>3. Значительно меньше поясничной области</p> <p>4. Эти области нельзя сравнивать, так как они значительно удалены друг от друга</p> <p>5. Поясничная область и забрюшинное пространство - это синонимы</p>	2. Значительно превосходит поясничную область по своим границам
92.	Толщина подкожной жировой клетчатки поясничной области распределяется так	<p>1. Равномерно — ее относительно мало</p> <p>2. Равномерно—ее относительно много</p> <p>3. Неравномерно _____ — ее толщина значительно больше в верхнем отделе</p> <p>4. Неравномерно — ее толщина значительно больше в нижнем отделе</p>	4. Неравномерно — ее толщина значительно больше в нижнем отделе

		5. Толщина клетчатки в различных отделах поясничной области зависит от индивидуальных особенностей	
93.	Брюшная полость разделяется на верхний и нижний этажи посредством	1. Большого сальника 2. Брыжейки поперечно-ободочной кишки 3. Брыжейки тонкой кишки 4. Желудочно-ободочной связки	2. Брыжейки поперечно-ободочной кишки
94.	В составе печечно-двенадцатиперстной связки проходит	1. Правый лимфатический проток 2. Надпеченочная артерия 3. Пузырный проток 4. Воротная вена	4. Воротная вена
95.	Ветвью чревного ствола является артерия	1. Левая желудочно-сальниковая 2. Правая желудочная 3. Общая бедренная 4. Селезеночная	4. Селезеночная
96.	Границами треугольника Кало являются	1. Пузырная артерия, пузырный проток, общий желчный проток 2. Пузырная артерия, пузырный проток, общий печеночный проток 3. Общая печеночная артерия, общий печеночный проток, общий желчный проток 4. Правая печеночная артерия, пузырная артерия, правый печеночный проток	2. Пузырная артерия, пузырный проток, общий печеночный проток
97.	. От брюшного отдела аорты отходит	1. Селезеночная артерия 2. Чревный ствол 3. Левая сонная артерия 4. Пузырная артерия	2. Чревный ствол
98.	В забрюшинном пространстве выделяют столько слоев клетчатки	1. Один 2. Два 3. Три 4. Четыре 5. Пять	3. Три
99.	Соединяется ли непосредственно околопочечная клетчатка с околомочеточниковой клетчаткой	1. Да, соединяется непосредственно во всех случаях 2. Нет, не соединяется 3. Соединяется очень часто 4. Соединяется крайне редко 5. Соединяется только после разрушения предпочечной фасции	1. Да, соединяется непосредственно во всех случаях

100.	Обычно длиннее	1. Правая почечная вена 2. Левая почечная вена	2. Левая почечная вена
101.	Угол, образованный продольными осями обеих почек открыт	1. Книзу 2. Кверху 3. Латерально 4. Медиально 5. Четкой ориентации угла нет	2. Кверху
102.	Симпатический ствол переходит из грудной полости в забрюшинное пространство через	1. Отверстие нижней полой вены 2. Аортальное отверстие 3. Щель в латеральной части ножки поясничной части диафрагмы 4. Пищеводное отверстие 5. Любое из вышеперечисленных отверстий	3. Щель в латеральной части ножки поясничной части диафрагмы
103.	У грудного протока выделяют такие части	1. Верхняя и нижняя 2. Брюшная и грудная 3. Брюшная, грудная и шейная 4. Грудная и шейная 5. Пристеночная и висцеральная	3. Брюшная, грудная и шейная
104.	Грудной проток переходит из забрюшинного пространства в грудную полость через это отверстие диафрагмы	1. Пищеводное отверстие 2. Аортальное отверстие 3. Отверстие нижней полой вены 4. Сухожильный центр	2. Аортальное отверстие
105.	Расширение в начальной части грудного протока называется цистерна	1. Хили 2. Грубера 3. Н. И. Пирогова 4. В. Н. Шевкуненко 5. Д. А. Жданова	1. Хили
106.	В воротах почки мочеточник занимает положение	1. Самое верхнее 2. Самое нижнее 3. Самое переднее 4. Самое заднее 5. Между почечной артерией и веной	2. Самое нижнее
107.	Доступы к почке — по Бергману-Израелю или Федорову характеризуются тем что	1. Это внебрюшинные доступы 2. Это чрезбрюшинные доступы 3. При этих доступах обязательно резецируется XII ребро 4. Это переменные доступы 5. Это доступы, обязательно требующие вскрытия плевральной полости	1. Это внебрюшинные доступы

108.	Почечный зажим на почечную ножку накладывается для	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ускоренного тромбообразования в просвете сосудов после раздавливания их стенки</li> <li>2. Фиксации почки</li> <li>3. Выведения почки из раны</li> <li>4. Проведения лигатуры</li> <li>5. Мобилизации почечных сосудов</li> <li>6. Предупреждения кровотечения при тщательном выделении ножки</li> </ol>	6. Предупреждения кровотечения при тщательном выделении ножки
109.	На почечную ножку перед удалением почки должно быть наложено столько рядов лигатур	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один ряд лигатур на почечные артерии и вены</li> <li>2. Три ряда (два ряда общих лигатур на все сосуды и ряд ординарных лигатур на отдельные ветви сосудов).</li> <li>3. Два ряда (одна общая лигатура и ряд отдельных лигатур на каждую сосудистую ветвь)</li> <li>4. Количество рядов не имеет значения, важно полностью остановить кровотечение</li> <li>5. Четыре ряда (два ряда общих лигатур и еще два ряда лигатур на каждый из сосудов по отдельности в воротах почки)</li> </ol>	3. Два ряда (одна общая лигатура и ряд отдельных лигатур на каждую сосудистую ветвь)
110.	При доступе к почке через латеральный отдел поясничной области может быть поврежден этот синус плевральной полости	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Задний реберно-медиастинальный</li> <li>2. Передний реберно-медиастинальный</li> <li>3. Реберно-диафрагмальный</li> <li>4. Все вышеперечисленные синусы</li> <li>5. Медиастино-диафрагмальный</li> </ol>	3. Реберно-диафрагмальный
111.	При нефрэктомии следует перевязывать мочеточник на уровне	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Как можно ближе к лоханке</li> <li>2. Как можно ближе к мочевому пузырю</li> <li>3. На середине длины между почкой и мочевым пузырем</li> <li>4. Отступя 4-5 см от нижнего конца почки</li> <li>5. Отступя 5 см от нижнего конца почки</li> </ol>	2. Как можно ближе к мочевому пузырю
112.	Точка вкола иглы при выполнении паранефральной блокады находится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. По середине нижнего края XII ребра</li> <li>2. На границе наружной 1/3 и внутренних 2/3 нижнего края XII ребра</li> </ol>	3. В углу между XII ребром и наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник

		<p>3. В углу между XII ребром и наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник</p> <p>4. В точке наибольшей болезненности в поясничной области</p> <p>5. По середине латерального отдела поясничной области</p>	
113.	Продвигать иглу при выполнении паранефральной блокады следует в направлении	<p>1. Строго в направлении сзади наперед</p> <p>2. По направлению к пупку</p> <p>3. По направлению к основанию мечевидного отростка</p> <p>4. Под углом 30° к поверхности кожи в восходящем направлении</p>	2. По направлению к пупку
114.	Критерием попадания конца иглы в около почечную клетчатку при паранефральной блокаде является	<p>1. Появление крови в шприце</p> <p>2. Появление “отрицательного мениска” жидкости в канюле иглы</p> <p>3. Ощущение “провала”</p> <p>4. Появление выраженного сопротивления продвижению иглы</p> <p>5. Свободный ход поршня шприца</p>	2. Появление “отрицательного мениска” жидкости в канюле иглы
115.	Верно ли что правая печеночная сумка непосредственно соединяется с правым боковым каналом	<p>1. Да, соединяется непосредственно</p> <p>2. Нет, не соединяется</p> <p>3. Обычно правая печеночная пазуха перекрыта правой ободочно-диафрагмальной связкой</p> <p>4. Степень соединения зависит от величины преджелудочного пространства</p> <p>5. Соединяется лишь в 1/3 случаев</p>	1. Да, соединяется непосредственно
116.	Границей между верхним и нижним этажами брюшной полости является	<p>1. Горизонтальная плоскость, проведенная через нижние края реберных дуг</p> <p>2. Горизонтальная плоскость, проведенная через пупок</p> <p>3. Малый сальник</p> <p>4. Большой сальник</p> <p>5. Поперечная ободочная кишка и ее брыжейка</p>	5. Поперечная ободочная кишка и ее брыжейка
117.	Пережать пальцами печеночно-	<p>1. На 5-7 мин</p> <p>2. На 5-10 мин</p>	1. На 5-7 мин

	двенадцатиперстную связку для временной остановки кровотечения из печени можно	3. На 15-20 мин 4. На 25-30 мин 5. Время пережатия определяется необходимостью остановки кровотечения	
118.	Прием Губарева, позволяющий определить начало тощей кишки заключается в определении	1. Точки пульсации нижней брыжеечной артерии 2. Приводящего отдела тощей кишки по волнам перистальтики 3. Начала тощей кишки в месте пересечения корня брыжейки поперечной ободочной кишки и позвоночника 4. Пульсовой точки чревного ствола 5. Места отхождения правой почечной артерии	3. Начала тощей кишки в месте пересечения корня брыжейки поперечной ободочной кишки и позвоночника
119.	Для определения в ране приводящей и отводящей петли тонкой кишки нужно сделать	1. Следить за волнами перистальтики 2. Использовать знание особенностей хода сосудов 3. Вскрыть просвет кишки для определения направления движения содержимого 4. Расправить кишку для свободного доступа к корню ее брыжейки 5. Ничего делать не нужно — кишка сама займет нужное положение	4. Расправить кишку для свободного доступа к корню ее брыжейки
120.	Поперечная ободочная кишка расположена по отношению к брюшине так	1. Брюшиной поперечная ободочная кишка не покрыта 2. Покрыта с одной стороны 3. Покрыта с двух сторон 4. Покрыта с трех сторон 5. Покрыта со всех сторон	5. Покрыта со всех сторон
121.	Восходящая ободочная кишка покрыта брюшиной	1. Брюшиной не покрыта 2. С одной стороны 3. С двух сторон 4. С трех сторон 5. Со всех сторон	4. С трех сторон
122.	Признак позволяющий отличить поперечную ободочную кишку от остальных отделов ободочной кишки	1. Большое количество жировых подвесок 2. Наличие большого сальника 3. Ориентация в поперечном направлении 4. Интраперитонеальное отношение к брюшине 5. Наличие мышечных лент	2. Наличие большого сальника

123.	Для определения источников кровотечения в брюшной полости при ревизии органов такой порядок действий предпочтительнее	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр производится последовательно в направлении сверху вниз</li> <li>2. Последовательно осматривается правый боковой канал, левый боковой канал, левая брыжеечная пазуха, правая брыжеечная пазуха</li> <li>3. Осмотр начинается с места наибольшего скопления крови</li> <li>4. Для определения источника кровотечения последовательно в нисходящем направлении пережимается брюшная аорта</li> <li>5. Осмотр производится в направлении справа налево</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Последовательно осматривается правый боковой канал, левый боковой канал, левая брыжеечная пазуха, правая брыжеечная пазуха</li> </ol>
124.	Для наложения на рану селезенки с целью остановки кровотечения используется материал	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Шелк</li> <li>2. Синтетические нити</li> <li>3. Кетгут</li> <li>4. Только монофиламентные нити</li> <li>5. Выбор материала не имеет значения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Кетгут</li> </ol>
125.	Наибольшая трудность в наложении узловых швов на рану печени и селезенки заключается в	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возможности прорезывания швов</li> <li>2. Трудности завязывания узлов</li> <li>3. Труднодоступности раны из-за неудовлетворительных геометрических характеристик доступа</li> <li>4. Возможности повреждения крупных внутриорганных сосудов</li> <li>5. Наложении швов не представляет технических трудностей</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Возможности прорезывания швов</li> </ol>
126.	Обходить пупок при выполнении срединной лапаротомии рекомендуется	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. С правой стороны</li> <li>2. С левой стороны</li> <li>3. Выбор стороны не имеет значения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. С левой стороны</li> </ol>
127.	При перфорации передней стенки желудка желудочное содержимое из преджелудочной щели может распространиться на нижний этаж брюшной полости	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, это наиболее часто встречающееся направление распространения содержимого желудка при перфорации его передней стенки</li> <li>2. Преджелудочная щель замкнута, поэтому такой путь распространения содержимого желудка невозможен</li> <li>3. Такое направление распространения возможно</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, это наиболее часто встречающееся направление распространения содержимого желудка при перфорации его передней стенки</li> </ol>

		лишь редких случаях при небольших размерах большого сальника треугольной формы 4. Распространение содержимого желудка при перфорации его передней стенки обычно происходит в правую печеночную пазуху 5. Преджелудочная щель сообщается только с левой печеночной пазухой	
128.	Общий желчный и панкреатический протоки обычно открываются в эту часть двенадцатиперстной кишки в	1. Горизонтальную часть 2. Нисходящую часть 3. Горизонтальную часть 4. Верхнюю часть 5. Заднюю часть	2. Нисходящую часть
129.	Кровь от двенадцатиперстной кишки оттекает в	1. Воротную вену 2. Нижнюю полую 3. Воротную и нижнюю полую вены 4. Нижнюю и верхнюю полые вены 5. Воротную, нижнюю полую и верхнюю полую вены	1. Воротную вену
130.	Для поиска двенадцатиперстно-тощего изгиба используется прием	1. Пирогова 2. Мультиановского 3. Губарева 4. Мак-веля 5. Куино	3. Губарева
<b>Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов</b>			
131.	. Корень брыжейки тонкой кишки ориентирован в направлении	1. Поперечно слева направо 2. Косо сверху вниз и слева направо 3. Продольно 4. Косо сверху вниз и справа налево 5. Корень брыжейки тонкой кишки не имеет четкой ориентации	2. Косо сверху вниз и слева направо
132.	. Тощая и подвздошная кишка относятся к брюшине так	1. Обе экстраперитонеально 2. Обе мезоперитонеально 3. Обе интраперитонеально 4. Тощая кишка интраперитонеально, подвздошная - мезоперитонеально	3. Обе интраперитонеально

		5. Подвздошная кишка интраперитонеально, тощая - мезоперитонеально	
133.	Восходящая ободочная кишка чаще всего относится к брюшине	1. Мезоперитонеально 2. Интраперитонеально 3. Экстраперитонеально 4. Отношение к брюшине неопределенно 5. Брюшиной восходящая ободочная кишка не покрыта	1. Мезоперитонеально
134.	Отличить поперечную ободочную кишку от других отделов ободочной кишки позволяет	1. Серо-голубой цвет 2. Жировые подвески 3. Характерные вздутия (гаустры) 4. Интраперитонеальное положение 5. Свешивающийся большой сальник	5. Свешивающийся большой сальник
135.	Отличить сигмовидную кишку от других отделов ободочной кишки позволяет	1. Свешивающийся сальник 2. Большое количество жировых подвесок 3. Серо-голубой цвет 4. Изгиб в форме буквы <s> 5. Интраперитонеальное положение	2. Большое количество жировых подвесок
136.	Участие в кровоснабжении ободочной кишки принимают	1. Ветви нижней брыжеечной артерии 2. Ветви верхней брыжеечной артерии 3. Ветви чревного ствола (селезеночная артерия) 4. Ветви верхней и нижней брыжеечных артерий 5. Ветви чревного ствола и верхней брыжеечной артерии	4. Ветви верхней и нижней брыжеечных артерий
137.	Производить подход к задней поверхности нисходящей или восходящей ободочной кишки следует	1. Со стороны бокового канала 2. Со стороны брыжеечной пазухи (синус) 3. В направлении сверху вниз 4. В направлении снизу вверх 5. Направление подхода определяется характером повреждения	1. Со стороны бокового канала
138.	Тампонада ран паренхиматозных органов свободными сальниковыми фрагментами или сальниковыми лоскутами на ножке применяется для	1. Предупреждения инфицирования полости брюшины 2. Предупреждения развития в последующем спаечной болезни	3. Более эффективной остановки кровотечения

		<p>3. Более эффективной остановки кровотечения</p> <p>4. Лучшего всасывания раневого отделяемого</p> <p>5. Исключения прорезывания нитей</p>	
139.	Отличить восходящую ободочную кишку от слепой кишки можно по	<p>1. Отношению к брюшине — слепая кишка обычно покрыта брюшиной со всех сторон, а восходящая ободочная — с трех сторон</p> <p>2. Наружному диаметру — диаметр слепой кишки больше диаметра восходящей ободочной кишки</p> <p>3. Количеству жировых подвесок — на слепой кишки количество жировых подвесок невелико, а на восходящей ободочной — значительно</p> <p>4. Цвету — слепая кишка серовато-голубая, а восходящая ободочная — розовая</p> <p>5. Толщине стенки — у слепой кишки стенка толстая, а у восходящей ободочной — тонкая</p>	<p>1. Отношению к брюшине — слепая кишка обычно покрыта брюшиной со всех сторон, а восходящая ободочная — с трех сторон</p>
140.	Отличить слепую кишку от сигмовидной можно по	<p>1. Топографии — слепая кишка находится с правой стороны, а сигмовидная — с левой</p> <p>2. Форме — сигмовидная кишка имеет характерную s-образную форму</p> <p>3. Наличию мышечных лент (у слепой кишки мышечные ленты хорошо выражены, а у сигмовидной кишки — определяются с трудом)</p> <p>4. Количеству жировых подвесок (у сигмовидной кишки большое количество жировых подвесок, а у слепой кишки их практически нет)</p> <p>5. Цвету — сигмовидная кишка розовая, а слепая кишка — серовато-голубая</p>	<p>4. Количеству жировых подвесок (у сигмовидной кишки большое количество жировых подвесок, а у слепой кишки их практически нет)</p>
141.	Артерии, идущие к желудку, обычно отходят из	<p>1. Чревного f2-ствола</p> <p>2. Верхней брыжеечной артерии</p> <p>3. Нижней брыжеечной артерии</p> <p>4.левой почечной артерии</p> <p>5. Правой почечной артерии</p>	<p>1. Чревного f2-ствола</p>

142.	Наиболее выраженную мышечную оболочку имеет	1. Пищевод 2. Желудок 3. Двенадцатиперстная кишка 4. Тощая кишка 5. Подвздошная кишка 6. Толстая кишка	2. Желудок
143.	В составе стенки тонкой кишки выделяют футляров	1. Один 2. Два 3. Три 4. Четыре 5. Пять	2. Два
144.	Наибольшими пластическими свойствами обладает какая из оболочек стенок полых органов брюшной полости	1. Слизистая 2. Подслизистая 3. Мышечная 4. Серозная 5. Субсерозная	4. Серозная
145.	Срастание серозной оболочки происходит через	1. 12 ч 2. 24 ч 3. 36 ч 4. 7 сут 5. 7 сут	2. 24 ч
146.	Из оболочек полых органов наибольшей механической прочностью обладает	1. Серозная 2. Мышечная 3. Подслизистая 4. Слизистая	3. Подслизистая
147.	Наиболее выраженные артериальные и венозные сплетения располагаются в каком слое стенки полых органов брюшной полости	1. Серозной 2. Мышечной 3. Подслизистой 4. Слизистой	3. Подслизистой
148.	Обеспечивает герметичность наложение швов на какой из футляров стенки кишки	1. Серозно-мышечный 2. Слизисто-подслизистый	1. Серозно-мышечный
149.	Предложил соединять серозные поверхности путем сшивания:	1. Черни 2. Ламбер 3. Пирогов 4. Шмиден 5. Кирпатовский	2. Ламбер
150.	При наложении кишечного шва прошивать все оболочки предложил	1. Пеан 2. Бильрот 3. Альберт 4. Жели 5. Вельфлер	4. Жели
151.	В настоящее время наиболее употребительным является вариант краевого кишечного шва	1. Только через слизистую оболочку 2. С захватом слизисто-подслизистого слоя 3. Через слизистую, подслизистую и мышечную оболочки	5. Через все оболочки кишечной стенки

		4. Через серозную оболочку 5. Через все оболочки кишечной стенки	
152.	Трехрядный шов применяется в	1. Желудке 2. Двенадцатиперстной кишке 3. Тонкой кишке 4. Толстой кишке 5. Во всех вышеперечисленных отделах	4. Толстой кишке
153.	Гастростомия это	1. Введение зонда в просвет желудка 2. Наложение искусственного наружного свища на желудок 3. Формирование желудочно- кишечного анастомоза 4. Рассечение стенки желудка для извлечения инородного тела с последующим зашиванием раны 5. Удаление части желудка	2. Наложение искусственного наружного свища на желудок
154.	При наложении гастростомы по способу Штамма-Кодера формируется свищ	1. Губовидный 2. Трубочатый 3. Продольный 4. Поперечный 5. Циркулярный	2. Трубочатый
155.	Какой вид свища формируется при наложении его по способу Топровера	1. Губовидный 2. Трубочатый 3. Продольный 4. Поперечный 5. Циркулярный	1. Губовидный
156.	Какой оболочкой полого органа живота выстлан канал губовидного свища	1. Серозной 2. Мышечной 3. Слизистой 4. Подслизистой 5. Ни одной из указанных оболочек	3. Слизистой
157.	Какой оболочкой полого органа живота выстлана внутренняя поверхность трубочатого свища	1. Серозной 2. Мышечной 3. Слизистой 4. Подслизистой 5. Ни одной из указанных оболочек	1. Серозной
158.	Отверстие в органе после удаления трубки может закрывается самостоятельно при виде свища	1. Губовидном 2. Трубочатом	2. Трубочатом
159.	Резиновая трубка при гастростомии по Витцелю после выведения в рану передней стенки желудка	1. Ближе к малой кривизне 2. Ближе к большой кривизне 3. В бессосудистой зоне между большой и малой кривизной	3. В бессосудистой зоне между большой и малой кривизной

	<p>прикладывается</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ближе к малой кривизне</li> <li>2. Ближе к большой кривизне</li> <li>3. В бессосудистой зоне между большой и малой кривизной</li> <li>4. Вблизи пилорического отдела</li> <li>5. В кардиальном отделе</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Вблизи пилорического отдела</li> <li>5. В кардиальном отделе</li> </ol>	
160.	<p>. При гастростомии по Витцелю отдел трубки, погружаемый в просвет желудка должен быть направлен к</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пилорическому отделу</li> <li>2. Кардиальному отделу</li> <li>3. Малой кривизне</li> <li>4. Большой кривизне</li> <li>5. Направление не имеет значения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Кардиальному отделу</li> </ol>
161.	<p>При завершении гастростомии свободный конец трубки выводится</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Через рану, образовавшуюся после доступа (не ушитый участок основного разреза).</li> <li>2. Через небольшой прокол по наружному краю левой прямой мышцы живота</li> <li>3. Через разрез по наружному краю правой прямой мышцы живота</li> <li>4. Вблизи пупка через небольшой разрез</li> <li>5. Через прокол в любом месте переднебоковой стенки живота</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Через небольшой прокол по наружному краю левой прямой мышцы живота</li> </ol>
162.	<p>Гастропексия - это</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сшивание участков стенки желудка вокруг трубки для гастростомии</li> <li>2. Такого термина не существует</li> <li>3. Так называется рассечение стенки желудка</li> <li>4. Фиксация желудка к париетальной брюшине несколькими швами</li> <li>5. Рассечение мышечного жома в области привратника</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Фиксация желудка к париетальной брюшине несколькими швами</li> </ol>
163.	<p>Рационально применять при ушивании точечных колотых ран тонкой кишки шов</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Узловые серозно-мышечные</li> <li>2. По Шмидену</li> <li>3. Кисетный серозно-мышечный</li> <li>4. Шов Альберта</li> <li>5. Шов Жоли</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Кисетный серозно-мышечный</li> </ol>
164.	<p>Почему раны полых органов ушивают в поперечном направлении</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Из-за удобства работы</li> <li>2. Для лучшей адаптации слоев</li> <li>3. Во избежание сужения просвета</li> <li>4. В силу сложившейся традиции</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Во избежание сужения просвета</li> </ol>

		5. Для сохранения перистальтики	
165.	Рана тонкой кишки не подлежит ушиванию, а в качестве операции выбора применяется резекция при превышении этой величины	1. Длиной 3-5 см 2. Длиной 1/3 длины окружности тонкой кишки 3. Длиной менее 2/3 длины окружности 4. Длиной более 2/3 длины окружности 5. Рана ушивается во всех случаях вне зависимости от размеров	4. Длиной более 2/3 длины окружности
166.	Обычно захватывают при наложении швов - "держалок"	1. Все футляры стенки кишки 2. Серозно-мышечный футляр 3. Слизисто-подслизистый футляр 4. Все слои 5. Серозно-мышечно-подслизистый футляр	2. Серозно-мышечный футляр
167.	По ходу операции брюшину во избежание потери ею пластических свойств обычно смачивают 1. Дистиллированной водой 2. Новокаином 3. Физиологическим раствором 4. Раствором хлористого кальция 5. Используются все ранее указанные растворы	1. Дистиллированной водой 2. Новокаином 3. Физиологическим раствором 4. Раствором хлористого кальция 5. Используются все ранее указанные растворы	3. Физиологическим раствором
168.	Наиболее физиологичным является гастроэнтероанастомоз 1. Передний изоперистальтический (по Вельфлеру) 2. Передний изоперистальтический с энтеро-энтероанастомозом (по Брауну) 3. Передний позадиободочный (по Бреннеру) 4. Задний позадиободочный на предельно короткой петле (по Петерсену) 5. Задний нозадиободочный изоперистальтический (по Гаккеру)	1. Передний изоперистальтический (по Вельфлеру) 2. Передний изоперистальтический с энтеро-энтероанастомозом (по Брауну) 3. Передний позадиободочный (по Бреннеру) 4. Задний позадиободочный на предельно короткой петле (по Петерсену) 5. Задний нозадиободочный изоперистальтический (по Гаккеру)	4. Задний позадиободочный на предельно короткой петле (по Петерсену)
169.	Петлю тощей кишки для выполнения гастроэнтероанастомоза по способу Вельфлера берут на	1. В пределах 10-20 см 2. В пределах 30-40 см 3. В пределах 50-60 см 4. Более 60 см	3. В пределах 50-60 см

	расстоянии от двенадцатиперстно-тощего изгиба	5. Расстояние не имеет значения	
170.	При наложении гастроэнтероанастомоза рассекают стенку кишки и желудка на расстоянии от линии серозно-мышечного шва	1. На 0,5 см 2. На 0,75 см 3. На 1,0 см 4. На 1,5 см 5. На 1,75 см	2. На 0,75 см
171.	При использовании непрерывного шва, вид какого краевого шва чаще используется на наружные губы анастомоза	1. Альберта 2. Шмидена 3. Мультиановского 4. Кохера 5. Пирогова	2. Шмидена
172.	Просвет сформированного соустья между желудком и тощей кишкой должен быть равен	1. Диаметру кишки 2. 6-8 см 3. 1,5-2 диаметрам кишки 4. 2 диаметрам кишки 5. 3 диаметрам кишки	3. 1,5-2 диаметрам кишки
173.	Для предупреждения развития “порочного” круга при гастроэнтероанастомозе по способу бельфлера необходимо сделать	1. Подшить кишку “изоперистальтически” 2. Сделать соустье размером более двух диаметров кишки 3. Наложить межкишечное соустье по брауну 4. Произвести пилоропластику 5. Выполнить ваготомию	3. Наложить межкишечное соустье по брауну
174.	Наиболее физиологичным является этот тип анастомоза на тонкую кишку	1. “конец и в бок” 2. “бок в конец” 3. “бок в бок” 4. “конец в конец” 5. Все типы анастомозов имеют одинаковые свойства	4. “конец в конец”
175.	Мобилизация тонкой кишки это	1. Пересечение брыжейки 2. Выведение кишки на переднюю брюшную стенку 3. Подшивание кишки к париетальной брюшине 4. Удаление части тонкой кишки 5. Пересечение брыжейки кишки с предварительной перевязкой сосудов	5. Пересечение брыжейки кишки с предварительной перевязкой сосудов
176.	При резекции тонкой кишки ушивается “parsnuda” с целью	1. Для профилактики кровотечения из брыжеечных сосудов 2. Для восстановления непрерывности серозной оболочки кишки 3. Для предотвращения разрыва швов-“держалок”	2. Для восстановления непрерывности серозной оболочки кишки

		<p>4. Для сохранения просвета тонкой кишки</p> <p>5. Для сохранения перистальтики тонкой кишки</p>	
177.	Перед резекцией, на тонкую кишку накладываются кишечные жомы так	<p>1. Перпендикулярно длиннику кишки</p> <p>2. Под углом к длиннику кишки, параллельно друг другу</p> <p>3. Под углом, открытым в сторону свободного края кишки</p> <p>4. Под углом, открытым в сторону брыжеечного края кишки</p> <p>5. Могут быть использованы все вышеперечисленные варианты</p>	3. Под углом, открытым в сторону свободного края кишки
178.	При резекции тонкой кишки накладываются жомы по отношению к длиннику кишки под углом	<p>1. 15°</p> <p>2. 30°</p> <p>3. 45°</p> <p>4. 60°</p> <p>5. 75°</p>	3. 45°
179.	При резекции тонкой кишки производится рассечение ее в косом направлении (модификация Маделунг 1. с целью	<p>1. Для уменьшения интраоперационной кровопотери</p> <p>2. Для улучшения кровоснабжения свободного края кишки в зоне анастомоза</p> <p>3. Для увеличения поперечного сечения анастомоза</p> <p>4. Для удобства наложения анастомоза</p> <p>5. Для сохранения перистальтики тонкой кишки</p>	3. Для увеличения поперечного сечения анастомоза
180.	При резекции тонкой кишки рекомендуется использовать для ушивания передней губы анастомоза по типу “конец в конец” вид краевого шва	<p>1. По Шмидену</p> <p>2. По Альберту</p> <p>3. По Пирогову</p> <p>4. По Тупе</p> <p>5. По Черни</p>	4. По Тупе
181.	Какие преимущества шва Тупе вы можете указать	<p>1. Обеспечивает надежный гемостаз</p> <p>2. Узел погружается в просвет кишки</p> <p>3. Обеспечивает надежную герметичность</p> <p>4. Шов атравматичен</p> <p>5. Отличается простотой наложения</p>	2. Узел погружается в просвет кишки
182.	Для расчета доступа по Мак-Бурнею при аппендэктомии проводится линия	<p>1. Соединяющая нижние концы реберных дуг</p> <p>2. Соединяющая верхние передние подвздошные ости</p>	4. Соединяющая пупок и правую верхнюю переднюю подвздошную ость

		<p>3. Соединяющая пупок и середину паховой связки</p> <p>4. Соединяющая пупок и правую верхнюю переднюю подвздошную ость</p> <p>5. Проведенная на 3-4 см выше паховой связки</p>	
183.	Доступ по Мак-Бурнею-Волковичу называют переменным	<p>1. Из-за чередования острого и тупого способов разъединения тканей</p> <p>2. Из-за несовпадения линии кожного разреза с линией разъединения мышц</p> <p>3. Из-за несовпадения линии кожного разреза с линией рассечения брюшины</p> <p>4. Из-за последовательного разъединения мышц с различным направлением волокон тупым способом</p> <p>5. Из-за косоного направления разреза</p>	4. Из-за последовательного разъединения мышц с различным направлением волокон тупым
184.	Параректальный доступ к червеобразному отростку предложил	<p>1. Кохер</p> <p>2. Федоров</p> <p>3. Пирогов</p> <p>4. Вишневский</p> <p>5. Леннандер</p>	5. Леннандер
185.	При ретроцекально-забрюшинном расположении червеобразного отростка необходимо	<p>1. Максимально отвести слепую кишку латерально</p> <p>2. Максимально отвести слепую кишку медиально</p> <p>3. Произвести мобилизацию слепой кишки</p> <p>4. Произвести резекцию слепой кишки</p> <p>5. Произвести вскрытие просвета слепой кишки</p>	3. Произвести мобилизацию слепой кишки
186.	При аппендэктомии мобилизация червеобразного отростка	<p>1. Не производится</p> <p>2. Производится путем последовательной перевязки брыжейки с помощью лигатурной иглы или кровоостанавливающих зажимов и пересечения брыжейки</p> <p>3. Производится путем перевязки одной лигатурой отростка вместе с брыжейкой</p> <p>4. Производится путем тупого отделения отростка от брыжейки</p> <p>5. Производится при перевязке только червеобразного отростка</p>	2. Производится путем последовательной перевязки брыжейки с помощью лигатурной иглы или кровоостанавливающих зажимов и пересечения брыжейки

187.	Кисетный шов на слепую кишку накладывается на следующем расстоянии от основания червеобразного отростка	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. У основания отростка</li> <li>2. Отступя 1 — 1,5 см</li> <li>3. Отступя 3—4 см</li> <li>4. Отступя 5 — 6 см</li> <li>5. Расстояние определяется характером патологического процесса в червеобразном отростке</li> </ol>	2. Отступя 1 — 1,5 см
188.	На толстой кишке целесообразно применять шов	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Однорядный</li> <li>2. Двухрядный</li> <li>3. Трехрядный</li> <li>4. Кисетный</li> <li>5. Количество рядов швов определяется характером патологического процесса</li> </ol>	3. Трехрядный
189.	При наложении искусственного заднего прохода по Майдлю производится	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Косой переменной доступ на 2-4 см выше паховой связки и параллельно ей</li> <li>2. Косой доступ выше паховой связки на 3-4 см и параллельно ей</li> <li>3. Нижнесрединная лапаротомия</li> <li>4. Расширенная срединная лапаротомия</li> <li>5. Выбор доступа определяется проекцией сигмовидной кишки</li> </ol>	2. Косой доступ выше паховой связки на 3-4 см и параллельно ей
190.	С какой целью, по ходу операции наложения противоестественного заднего прохода, париетальную брюшину соединяют с кожей	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Чтобы изолировать полость брюшины</li> <li>2. Чтобы изолировать слои клетчатки брюшной стенки и предотвратить их инфицирование</li> <li>3. Для фиксации</li> <li>4. Для промывания полости брюшины</li> <li>5. Чтобы предотвратить развитие спаечной болезни</li> </ol>	2. Чтобы изолировать слои клетчатки брюшной стенки и предотвратить их инфицирование
191.	Операции “колостомия” и “наложение противоестественного заднего прохода”	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Различаются по показаниям и по техническим приемам</li> <li>2. Являются синонимами</li> <li>3. Различаются только по показаниям, но не по технике</li> <li>4. Имеют одни и те же показания, различаются по техническим приемам и порядку их выполнения</li> <li>5. Отличия несущественны</li> </ol>	1. Различаются по показаниям и по техническим приемам
192.	Колостомия и противоестественный задний проход отличаются тем что	1. Только тем, что противоестественный задний проход накладывается на сигмовидную кишку	4. Наличием при противоестественном заднем проходе так называемой “шпоры”,

		<p>2. При колостомии отверстие на брюшной стенке двухствольное, а при противоестественном заднем проходе — одноствольное</p> <p>3. Колостомию можно сделать на любом отделе ободочной кишки</p> <p>4. Наличием при противоестественном заднем проходе так называемой “шпоры”, препятствующей выхождению каловых масс в прямую кишку</p> <p>5. Все перечисленные признаки верны</p>	<p>препятствующей выхождению каловых масс в прямую кишку</p>
193.	<p>При наложении противоестественного заднего прохода, серозный покров сигмовидной кишки соединяют с париетальной брюшиной</p>	<p>1. Для предупреждения развития каловой флегмоны</p> <p>2. Для предупреждения развития спаечной болезни</p> <p>3. Для предупреждения инфицирования полости брюшины</p> <p>4. Для фиксации сигмовидной кишки</p> <p>5. Все ранее приведенные варианты верны</p>	<p>3. Для предупреждения инфицирования полости брюшины</p>
194.	<p>После выполнения плановой операции наложения противоестественного заднего прохода можно вскрыть просвет сигмовидной кишки через</p>	<p>1. 12 ч</p> <p>2. 1 сут</p> <p>3. 2-3 сут</p> <p>4. 4-6 сут</p> <p>5. Вскрытие производится по желанию больного</p>	<p>2. 1 сут</p>
195.	<p>Большой и малый таз разделяет плоскость</p>	<p>1. На уровне пограничной линии</p> <p>2. Проходящая через нижний край лобкового симфиза</p> <p>3. Пересекающая седалищные бугры</p> <p>4. Проведенная через подвздошный гребень</p> <p>5. Плоскость на уровне запирательных отверстий</p>	<p>1. На уровне пограничной линии</p>
196.	<p>Проекционная точка выходного отверстия запирательного канала определяется на</p>	<p>1. 5 см ниже уровня паховой связки по продольной линии, проведенной через середину этой связки</p> <p>2. 1,5-2 см ниже уровня паховой связки по линии, проведенной кнаружи на 2,5 см от лобкового бугорка</p>	<p>2. 1,5-2 см ниже уровня паховой связки по линии, проведенной кнаружи на 2,5 см от лобкового бугорка</p>

		<p>3. 1,5-2, см ниже уровня паховой связки по продольной линии, проведенной на 3-4 см медиальнее верхней передней подвздошной ости</p> <p>4. 5 см ниже уровня паховой связки по продольной линии, проведенной на 5 см кнаружи от лобкового бугорка</p> <p>5. 1,5-2 см ниже уровня паховой связки, проведенной по продольной линии, пересекающей границу между латеральной и средней третями длины этой связки</p>	
197.	Выходное отверстие запирающего канала находится позади мышцы	<p>1. Грушевидной</p> <p>2. Длинной приводящей</p> <p>3. Короткой приводящей</p> <p>4. Гребенчатой</p> <p>5. Портняжной</p>	4. Гребенчатой
198.	Запирающий канал ориентирован в направлении	<p>1. Сверху вниз</p> <p>2. Сзади наперед</p> <p>3. Сверху вниз, снаружи кнутри</p> <p>4. Снаружи кнутри</p> <p>5. Снизу вверх, изнутри кнаружи</p>	3. Сверху вниз, снаружи кнутри
199.	Возможность обильного кровотечения при повреждении запирающей артерии в Canalis obturatorius определяет фактор	<p>1. Крупный калибр запирающей артерии</p> <p>2. Прочное сращение фасциального влагалища с наружной стенкой артерии</p> <p>3. Развитая сеть анастомозов, расположенная рядом с артерией</p> <p>4. Извитой характер артерии</p> <p>5. Все вышеперечисленные факторы</p>	2. Прочное сращение фасциального влагалища с наружной стенкой артерии
200.	Элементы сосудисто-нервного пучка в запирающем канале располагаются в таком порядке	<p>1. Впереди находится запирающая вена, кзади от нее определяется запирающий нерв, кзади от него проходит запирающая артерия</p> <p>2. Кпереди и снаружи лежит запирающий нерв, кнутри и кзади от него проходит запирающая артерия, кнутри и кзади от артерии находится запирающая вена</p> <p>3. Кпереди находится запирающая артерия, кзади от</p>	2. Кпереди и снаружи лежит запирающий нерв, кнутри и кзади от него проходит запирающая артерия, кнутри и кзади от артерии находится запирающая вена

		<p>нее проходит одноименная вена, кзади от вены — запирающий нерв 4. Кпереди лежит запирающая вена, кзади и медиальнее от нее— запирающая артерия, самым задним элементом является запирающий нерв 5. Медиальный элемент — запирающий нерв, кнаружи от него проходит одноименная вена, латеральный элемент сосудисто-нервного пучка — запирающая артерия</p>	
201.	Запирающий нерв в полости малого таза на уровне подхода к запирающему каналу может быть сдавлен	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Головкой плода</li> <li>2. Опухолью шейки матки</li> <li>3. Опухолью сигмовидной кишки</li> <li>4. Воспаленным и увеличенным червеобразным отростком</li> <li>5. Все вышеперечисленные причины могут привести к компрессии запирающего нерва</li> </ol>	5. Все вышеперечисленные причины могут привести к компрессии запирающего нерва
202.	Сообщается ли непосредственно жировая клетчатка, окружающая сосудисто-нервный пучок в запирающем канале, с клетчаткой бокового пространства малого таза и медиального ложа бедра	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Да, сообщается непосредственно</li> <li>2. Нет, не сообщается</li> <li>3. Сообщается опосредованно</li> </ol>	2. Нет, не сообщается
203.	При переходе в тазовый отдел левый мочеточник пересекает артерию	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наружную подвздошную</li> <li>2. Внутреннюю подвздошную</li> <li>3. Общую подвздошную</li> <li>4. Копчиковую</li> <li>5. Все перечисленные артерии</li> </ol>	2. Внутреннюю подвздошную
204.	При переходе в тазовый отдел правый мочеточник пересекает артерию	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Внутреннюю подвздошную</li> <li>2. Общую подвздошную</li> <li>3. Наружную подвздошную</li> <li>4. Копчиковую</li> <li>5. Все перечисленные артерии</li> </ol>	3. Наружную подвздошную
205.	В ягодичной области можно выделить столько слоев мышц	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Один</li> <li>2. Два</li> <li>3. Три</li> <li>4. Четыре</li> <li>5. Пять</li> </ol>	3. Три
206.	Воспалительные процессы в толще большой ягодичной мышцы имеют характер	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ограниченный</li> <li>2. Разлитой</li> </ol>	1. Ограниченный
207.	Какой оболочкой представлена наружная		Серозной оболочкой

	оболочка брюшной части пищевода?		
208.	Какая часть тонкой кишки относится к безбрыжеечной?		Двенадцатиперстная кишка
209.	Какая кишка впадает в слепую кишку?		Подвздошная кишка
210.	Как называется вырост слепой кишки?		Червеобразный отросток
211.	Что делит поверхность левого легкого на верхнюю и нижнюю доли?		Косая щель
212.	Как называется замкнутая полость между париетальным и висцеральным листками плевры?		Плевральная полость
213.	Слой мошонки, расположенный под кожей?		Мясистая оболочка
214.	Как называется утолщение кругового слоя мышечной оболочки вокруг выходного отверстия желудка?		Сфинктер привратника
215.	Как называется полый орган, имеющий бахромки?		Маточная труба
216.	Как называется сосуд, выходящий из правого желудочка сердца?		Легочный ствол
217.	Мышцы, расположенные в полости желудочков сердца?		Сосочковые мышцы
218.	Структура, соединяющая сосочковую мышцу и створку предсердно-желудочкового клапана		Сухожильная нить
219.	Как называется анатомическое образование, куда входят главные бронхи?		Ворота легких
220.	Как называется первая непарная висцеральная ветвь брюшной аорты?		Чревный ствол
221.	Как называется самый крупный лимфатический сосуд?		Грудной проток
222.	Какой сосуд собирает венозную кровь от непарных органов брюшной полости?		Воротная вена

### 3.2. Критерии и шкалы оценивания.

#### Текущая аттестация по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и

промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

При оценивании результатов обучения по дисциплине в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

**На промежуточной аттестации** (в зависимости от формы итогового контроля) обучающийся оценивается:

**Форма промежуточной аттестации — Зачет.**

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

**Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине**

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p><b>ЗАЧТЕНО</b> заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающиеся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учетом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твердое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины. Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
----------	------------	-----------------------------------	---

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

### **Форма промежуточной аттестации - Экзамен.**

Задание состоит из 2 теоретических вопросов.

Время на подготовку: 60 минут.

Оценка *«отлично»* выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49