

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Российский национальный исследовательский медицинский университет
имени Н.И. Пирогова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии
педиатрического факультета

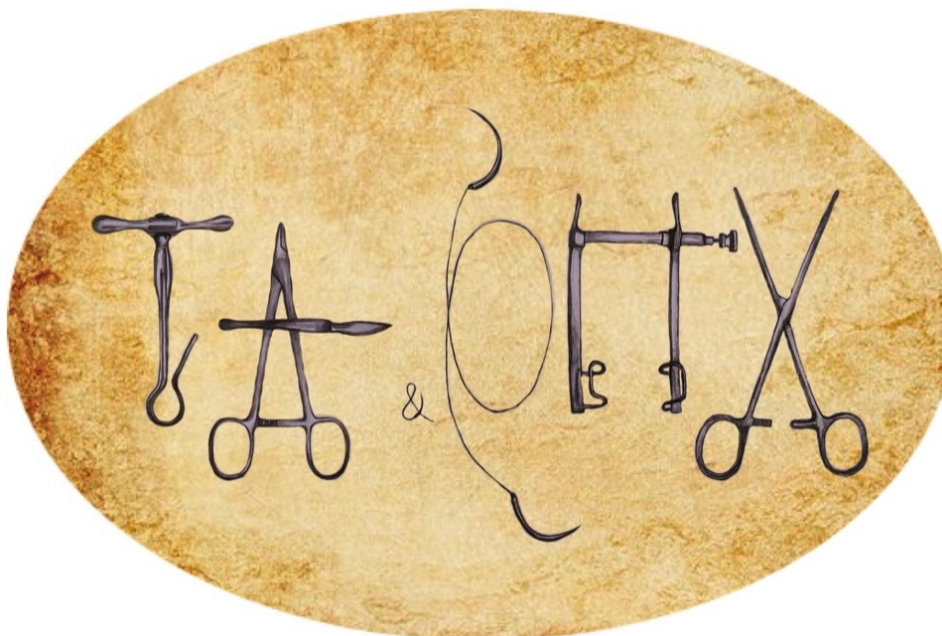
Вищипанов А.С., Соловьева Н.Н.,

под редакцией профессора Андрейцева А.Н.

**Электронная версия учебно-методического пособия
для студентов лечебного и педиатрического
факультетов**

Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы, шеи, грудной стенки и грудной полости

Тестовые задания к коллоквиуму



Москва 2019

Раздел: **Коллоквиум по топографическая анатомия и оперативная хирургия головы, шеи, грудной стенки и грудной полости**

Модуль: **ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

Тема: **Коллоквиум по топографическая анатомия и оперативная хирургия головы, шеи, грудной стенки и грудной полости**

1. Наличие пограничной зоны мозгового и лицевого отделов головы - основания черепа - объясняет такие грозные внутричерепные осложнения и их симптомы как:

- 1) ☒ менингит и абсцесс мозга при гнойном воспалении среднего уха, околоносовых пазух, глазницы
- 2) ☐ повреждение стенки плечевого ствола и общей сонной артерии
- 3) ☒ прорастание злокачественной опухоли ячеек решётчатого лабиринта на твёрдую мозговую оболочку
- 4) ☒ истечение спинномозговой жидкости из носа и носоглотки при переломе основания черепа в передней черепной ямке и пневмоцефалию
- 5) ☒ нарушение функций черепных нервов с соответствующей неврологической симптоматикой в области лица

2. Основой объединения лобной, теменной и затылочной областей в одну область является:

- 1) ☒ образуют свод мозгового отдела, характеризующийся сферической поверхностью
- 2) ☒ имеют одинаковое послойное строение
- 3) ☐ воспалительные процессы и внечерепные гематомы локализуются только в подкожной основе
- 4) ☒ сосудисто-нервные пучки направляются от нижней границы (периферии) области к центру (теменному бугру)
- 5) ☒ одинаковые виды локализации, клинической картины, осложнений патологических процессов и техники хирургических вмешательств

3. Кожа лобно-теменно-затылочной области характеризуется тем, что она:

- 1) ☒ покрыта волосами (кроме лобной области)
- 2) ☒ содержит потовые и большое количество сальных желёз

- 3) ☒ толстая
-
- 4) ☐ иннервируется ветвями VII черепного нерва
-
- 5) ☒ малоподвижная вследствие прочного сращения с сухожильным шлемом
-

4. Анатомические предпосылки травматических скальпированных ран лобно-теменно-затылочной области:

- 1) ☒ кожа прочно соединена с сухожильным шлемом соединительнотканными перемычками
-
- 2) ☒ сухожильный шлем подпапневротическим пространством отделён от надкостницы
-
- 3) ☐ надкостница прочно соединена с костями в швах
-
- 4) ☐ подкожная основа имеет выраженное ячеистое строение
-
- 5) ☐ между костью и надкостницей находится поднадкостничное пространство
-

5. Разлитые гнойные процессы и гематомы лобно-теменно-затылочной области локализуются в:

- 1) ☒ поднадкостничном пространстве (в границах кости)
-
- 2) ☐ подкожной основе
-
- 3) ☐ в толще надкостницы
-
- 4) ☒ подпапневротическом пространстве
-
- 5) ☐ в толще кожи
-

6. Значительные кровотечения при ранениях мягких тканей лобно-теменно-затылочной области объясняются:

- 1) ☒ артерии области – ветви наружной сонной, образуют анастомотическую сеть с артериями другой половины
-
- 2) ☒ ветви наружной сонной артерии широко анастомозируют с артериями каротидного и вертебрально-базилярного бассейнов
-

- 3) ☒ кровеносные сосуды области зияют (не спадаются); в их наружную оболочку вплетаются соединительнотканые перемычки, идущие от кожи к сухожильному шлему
-
- 4) ☐ артерии и вены занимают поверхностное положение
-
- 5) ☐ вены области анастомозируют с крыловидным и глоточным сплетениями
-

7. Анатомические взаимоотношения a.meningea media с мозговой поверхностью чешуйчатой части височной кости определяют трудности гемостаза:

- 1) ☒ в 2/3 наблюдений ствол артерии находится в костном канале
-
- 2) ☒ на поверхности твёрдой мозговой оболочки ветви артерии (лобную, теменную) обычными кровоостанавливающими зажимами не удаётся захватить, поскольку они лежат в её толще ближе к поверхностной пластинке
-
- 3) ☒ проксимальный конец артерии сокращается в остистое отверстие
-
- 4) ☒ ветви a.meningea media широко анастомозируют с другими менингеальными ветвями
-
- 5) ☐ анатомические взаимоотношения a.meningea media с lamina interna не имеют практического значения для гемостаза
-

8. При карбункуле затылочной области септический тромбофлебит может распространиться по сосцевидной эмиссарной вене в синусы твердой оболочки головного мозга:

- 1) ☐ сток синусов
-
- 2) ☐ прямой
-
- 3) ☒ поперечный
-
- 4) ☐ верхний сагиттальный
-
- 5) ☒ сигмовидный
-

9. Слои, составляющие кость свода черепа и их характеристика:

- 1) ☒ губчатое вещество содержит красный костный мозг и диплоические вены
-

- 2) ☐ эндост – твердая мозговая оболочка, рыхло соединенная с костями свода
- 3) ☒ наружная пластинка – толстая, прочная, с большим радиусом кривизны
- 4) ☒ внутренняя (стеклянная) пластинка – тонкая, хрупкая, с меньшим радиусом кривизны
- 5) ☐ периост рыхло соединен с наружной пластинкой

10. Особенности чешуйчатой части височной кости:

- 1) ☒ надкостница прочно сращена с чешуйчатой частью
- 2) ☒ хотя и состоит из трёх слоёв, является истончённой (1-3 мм)
- 3) ☒ губчатое вещество выражено слабо
- 4) ☒ кость просвечивает и отличается малой прочностью
- 5) ☐ к мозговой поверхности чешуйчатой части прилегает a.temporalis superficialis

11. Синус твёрдой мозговой оболочки – орган, обеспечивающий оптимальное внутримозговое (внутричерепное) давление (Н.Н. Бурденко), имеет отличия от периферической вены:

- 1) ☒ при повреждении зияет, не спадается
- 2) ☐ синус твёрдой мозговой оболочки не отличается от v.femoralis
- 3) ☒ в синус (верхний сагиттальный) обеспечивается фильтрация спинномозговой жидкости
- 4) ☒ отсутствуют клапаны
- 5) ☒ нет средней оболочки

12. Травмы мозгового отдела головы сопровождаются образованием внутричерепных гематом:

- 1) ☒ эпидуральной
- 2) ☒ субдуральной

- 3) ☐ поднадкостничной
-
- 4) ☒ субарахноидального кровоизлияния
-
- 5) ☒ внутримозговой
-

13. Наиболее грозным синдромом внутричерепного острого объёмного процесса являются смещения различных отделов головного мозга (дислокационный синдром):

- 1) ☒ под серповидный отросток
-
- 2) ☒ в отверстие намета мозжечка
-
- 3) ☒ в затылочно-шейную дуральную воронку (в foramen magnum)
-
- 4) ☐ вклинения головного мозга сопровождаются тяжёлыми функциональными расстройствами дыхательной и сердечно-сосудистой систем
-
- 5) ☐ в комплексном лечении дислокационного синдрома используется наружная и внутренняя декомпрессия головного мозга
-

14. При люмбальной пункции следующие признаки указывают на субарахноидальное кровоизлияние:

- 1) ☐ по игле Бира наружу не выводится спинномозговая жидкость
-
- 2) ☐ поступает спинномозговая жидкость опалесцирующего цвета
-
- 3) ☒ спинномозговая жидкость вытекает струёй
-
- 4) ☐ в спинномозговой жидкости примесь гноя
-
- 5) ☒ спинномозговая жидкость цвета «клюквенного морса»
-

15. Пути оттока ликвора, блокада которых может быть причиной окклюзионной гидроцефалии:

- 1) ☒ межжелудочковые отверстия (Монро) – сообщают боковые желудочки с III-им
-
- 2) ☒ водопровод среднего мозга (Сильвиев водопровод) – соединяет III с IV желудочком
-

- 3) ☐ арахноидальные грануляции
-
- 4) ☒ срединная апертура IV желудочка (отверстие Маженди) – сообщает IV желудочек с подпаутинным пространством
-
- 5) ☒ латеральные апертуры IV желудочка (отверстия Люшка) – соединяют IV желудочек с подпаутинным пространством
-

16. Клинико-морфологические проявления расстройств мозгового кровообращения объясняются кровоснабжением головного мозга из различных по развитию бассейнов:

- 1) ☐ артериального (виллизиева) круга большого мозга
-
- 2) ☐ малого (лёгочного) круга кровообращения
-
- 3) ☒ каротидного бассейна
-
- 4) ☐ большого (телесного) круга кровообращения
-
- 5) ☒ вертебрально-базилярного бассейна
-

17. При эпидуральной гематоме трепанационные отверстия накладывают в соответствии со схемой Кронлейна в точках пересечения:

- 1) ☒ передней вертикали с нижней горизонталью, т.е. на середине верхнего края скуловой дуги
-
- 2) ☐ по биссектрисе угла между проекцией центральной борозды и верхней горизонталью
-
- 3) ☒ передней вертикали с верхней горизонталью
-
- 4) ☒ задней вертикали с верхней горизонталью
-
- 5) ☐ точки пересечения передней вертикали с верхней горизонталью с точкой пересечения сагиттальной линии с задней вертикалью
-

18. Окклюзионная гидроцефалия с нарушением оттока спинномозговой жидкости из желудочков мозга в подпаутинное пространство является следствием:

- 1) ☐ гиперсекреции спинномозговой жидкости
-

- 2) ☒ спаечного процесса в ликворных путях
 - 3) ☒ опухолей головного мозга
 - 4) ☐ нарушения резорбции ликвора
 - 5) ☒ кист головного мозга различного происхождения
-

19. Лицевой отдел головы составляют области:

- 1) ☒ боковая с её глубоким отделом
 - 2) ☐ околоушно-жевательная
 - 3) ☒ глазницы
 - 4) ☒ носа с околоносовыми пазухами
 - 5) ☒ рта
-

20. Фасциальная капсула околоушной железы имеет «слабые» места:

- 1) ☐ у места выхода из железы поверхностной височной артерии
 - 2) ☒ между медиальной крыловидной мышцей и шиловидным отростком с мышцами «анатомического букета» (глочный отросток железы)
 - 3) ☐ у места прикрепления fascia parotideomasseterica к углу нижней челюсти
 - 4) ☒ вырезки хряща наружного слухового прохода, пропускающие лимфатические сосуды
 - 5) ☐ у места выхода ductus parotideus
-

21. Анатомические взаимоотношения околоушно-жевательной фасции с околоушной железой при гнойном паротите определяют:

- 1) ☒ неравномерность и неодновременность поражения железы гнойным процессом
 - 2) ☒ возникновение стреляющих болей, усиливающихся при увеличении припухлости и жевании
-

- 3) ☒ может иметь место затруднение глотания и дыхания
-
- 4) ☒ сухость во рту вследствие резкого снижения слюноотделения
-
- 5) ☐ определяются три болевые точки: у козелка ушной раковины, у вершины processus mastoideus, книзу от скуловой дуги
-

22. В толще околоушной железы соответственно fossa retromandibularis располагаются:

- 1) ☒ ствол лицевого нерва и ветви 2-го порядка его околоушного сплетения
-
- 2) ☐ крыловидное сплетение
-
- 3) ☒ наружная сонная артерия с отходящими от неё верхнечелюстной и поверхностной височной артериями
-
- 4) ☒ глубокие околоушные лимфоузлы
-
- 5) ☐ n.mandibularis
-
- 6) ☒ v.retromandibularis
-

23. Гнойные затёки при флегмонах щёчной области распространяются в соседние области по отросткам жирового тела щеки:

- 1) ☒ височному – в височную ямку под скуловой дугой вдоль латеральной стенки глазницы
-
- 2) ☐ из крыловидно-нижнечелюстного пространства по ходу n. lingualis в челюстно-язычный желобок
-
- 3) ☒ глазничному – в подвисочную ямку к fissura orbitalis inferior
-
- 4) ☐ из межкрыловидного промежутка в височно-крыловидное пространство по ходу глубоких височных (переднего и заднего) сосудисто-нервных пучков
-
- 5) ☒ крылонёбному, который через нижнемедиальную часть верхней глазничной щели может достигать пещеристого синуса твёрдой мозговой оболочки
-

24. Глубокая область лица представлена содержимым ямок:

- 1) ☐ клыковой
-

- 2) ☒ подвисочной
-
- 3) ☐ заниженческой
-
- 4) ☐ височной
-
- 5) ☒ крыловидно-нёбной
-

25. Крыловидно-нижнечелюстное пространство сообщается с:

- 1) ☒ межкрыловидным промежутком
-
- 2) ☐ ретробульбарным пространством глазницы
-
- 3) ☒ височно-крыловидным промежутком
-
- 4) ☒ жировым комком щеки
-
- 5) ☒ боковым пространством дна полости рта (челюстно-язычного желобка)
-

26. Особенности кровоснабжения и положения сосудисто-нервных пучков, определяющие трудности гемостаза при ранениях лицевого отдела:

- 1) ☐ артерии и вены направляются снизу вверх, с латеральной стороны в медиальную
-
- 2) ☒ часть кровеносных сосудов находится в глубоких и труднодоступных частях лица (крыловидно-нёбная ямка, канал нижней челюсти, ретробульбарное пространство глазницы и др.)
-
- 3) ☒ большое количество внутри- и межсистемных анастомозов
-
- 4) ☐ вены лицевого отдела являются внемозжечковыми притоками v. jugularis interna
-
- 5) ☐ кровеносные сосуды имеют тесные взаимоотношения с мимическими мышцами лица
-

27. Верхняя стенка глазницы образует:

- 1) ☒ нижнюю стенку передней черепной ямки
-
- 2) ☐ верхнюю стенку крыловидно-нёбной ямки
-

3) ☐ латеральную стенку подвисочной ямки

4) ☒ верхнюю стенку sinus frontalis

5) ☐ латеральную стенку височной ямки

28. Медиальная стенка глазницы в шве между лобной костью и глазничной пластинкой решётчатой кости имеет отверстия для сосудисто-нервных пучков:

1) ☐ подглазничного

2) ☒ переднего решётчатого

3) ☐ глубокого височного

4) ☐ большого нёбного

5) ☒ заднего решётчатого

29. Ретробульбарное пространство (corpus adiposum orbitae) содержит нервы:

1) ☒ зрительный, у латеральной полуокружности которого расположен ganglion ciliare

2) ☐ глазной и подглазничный

3) ☒ глазодвигательный и блоковый

4) ☒ отводящий

5) ☒ глазной (первая ветвь тройничного нерва)

30. A.centralis retinae (из глазной артерии) кровоснабжает:

1) ☐ слёзную железу

2) ☒ зрительный нерв

3) ☐ конъюнктиву

4) ☒ сетчатку – внутреннюю (чувствительную) оболочку глазного яблока

5) ☐ сосудистую оболочку глазного яблока

31. Глазная артерия анастомозирует с ветвями a.carotis externa:

1) ☐ затылочной

2) ☒ лицевой

3) ☒ поверхностной височной

4) ☐ задней ушной

5) ☐ верхнечелюстной

32. Верхнечелюстная пазуха вовлекается в воспалительный процесс при:

1) ☐ пульпите

2) ☒ периапикальном дентоальвеолярном абсцессе второго верхнего моляра

3) ☐ флегмоне щёчной области

4) ☐ абсцессе клыковой ямки

5) ☒ назофарингите

33. Лимфоэпителиальное кольцо носоглотки (Вальдейера-Пирогова) составляют миндалины:

1) ☒ две нёбные – в миндаликовой ямке между нёбными дужками; наибольшие размеры имеют в 8-13 лет

2) ☒ две трубные – у глоточного отверстия и хрящевой части слуховой трубы; наибольшего развития достигают в 4-7 лет

3) ☐ окологлоточные и заглочные лимфоузлы

4) ☒ глоточная (аденоидная) миндалина – в месте перехода верхней стенки глотки в заднюю; наибольшие размеры имеет в 8-20 лет

- 5) ☒ язычная миндалина – в корне языка; в подростковом возрасте достигает максимального развития
-

34. Назофарингит осложняется переходом инфекции на:

- 1) ☒ околоносовые придаточные пазухи (в первую очередь развивается синусит-максиллит или гайморит)
- 2) ☒ слуховую трубу и барабанную полость (воспаление среднего уха)
- 3) ☒ конъюнктиву
- 4) ☐ околоушную железу
- 5) ☒ гортань, трахею, бронхи
-

35. Нёбная миндалина имеет тесные взаимоотношения с артериями:

- 1) ☐ наружной сонной
- 2) ☒ лицевой
- 3) ☐ язычной
- 4) ☐ верхнечелюстной
- 5) ☒ внутренней сонной
-

36. Грозным осложнением симметричного перелома нижней челюсти в подбородочной области является механическая асфиксия вследствие:

- 1) ☒ смещения среднего отломка челюсти кзади и книзу тягой передних мышц надподъязычной группы
- 2) ☐ нарушения фиксации нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе
- 3) ☐ тяги височной мышцы, поднимающей нижнюю челюсть и стягивающей ее несколько кзади
- 4) ☒ смещения кзади места прикрепления мышц, вытягивающих язык вперед, с последующим его западением и давлением на надгортанник
- 5) ☐ полного анатомического прерыва n.alveolaris inferior
-

37. «Тоннельный» - выраженный болевой синдром при вовлечении в воспалительный процесс альвеолярных сосудисто-нервных пучков обусловлен:

- 1) ☐ вертикальным положением верхних задних альвеолярных пучков
- 2) ☒ неподатливостью стенок костных каналов альвеолярных сосудисто-нервных пучков
- 3) ☐ анастомозами ветвей лицевого и тройничного нервов
- 4) ☒ резким сдавлением компонентов сосудисто-нервного пучка при переходе воспалительного процесса (пульпита) на альвеолярный канал
- 5) ☐ оттоком крови в крыловидное сплетение

38. При раке языка метастазы локализуются в следующих лимфоузлах:

- 1) ☒ поднижечелюстных
- 2) ☒ подподбородочных
- 3) ☐ щёчных
- 4) ☒ заглоточных (от задней трети языка)
- 5) ☒ яремно-лопаточно-подъязычном узле

39. Клетчаточное пространство дна полости рта сообщается с:

- 1) ☒ поднижечелюстным пространством
- 2) ☐ передним отделом окологлоточного пространства
- 3) ☐ жировым комком щеки
- 4) ☒ крыловидно-нижнечелюстным пространством
- 5) ☐ околоушным пространством

40. По отношению к костям свода черепа различают следующие методы трепанации:

- 1) ☐ трепанация – формирование фрезевых отверстий
- 2) ☒ резекционный – после удаления части кости и выполнения оперативного приёма в полости черепа костный дефект остаётся открытым
- 3) ☒ костно-пластический – надкостнично-костный лоскут целиком или частично укладывается на прежнее место, закрывая дефект
- 4) ☐ краниопластика
- 5) ☐ декомпрессионная трепанация при вдавленном переломе по типу «целлулоидного мешка»

41. При костно-пластической трепанации черепа по Оливекрону в височно-теменной области, кроме кожно-апоневротического лоскута, формируют лоскут, состоящий из:

- 1) ☒ кости
- 2) ☒ надкостницы
- 3) ☐ твердой мозговой оболочки
- 4) ☐ апоневротического шлема
- 5) ☒ височной мышцы

42. Этапы костно-пластической трепанации черепа:

- 1) ☒ формирование временного кожно-апоневротического и надкостнично-костного лоскутов
- 2) ☒ рассечение твердой мозговой оболочки и выполнение оперативного приема
- 3) ☒ герметичное ушивание твердой мозговой оболочки
- 4) ☒ возвращение лоскутов на прежнее место и их фиксация
- 5) ☐ выполнение краниопластики

43. Выбор разреза твердой мозговой оболочки (подковообразный, линейный, крестообразный) при костнопластической трепанации черепа определяется:

- 1) ☐ положением больного на операционном столе
 - 2) ☒ целью операции
 - 3) ☒ направлением артерий и вен твердой мозговой оболочки
 - 4) ☒ видом оперативного приёма
 - 5) ☒ положением синусов
-

44. Виды ликвородренирующих операций при гидроцефалии:

- 1) ☐ пункция переднего рога бокового желудочка
 - 2) ☒ вентрикулопункция (по А.А. Арендту) – в строго асептических условиях дозированное отведение спинномозговой жидкости из бокового желудочка в герметичный сосуд
 - 3) ☒ вентрикулоцистерностомия (по Торкильдсену, Ростоцкой, Шамовой) – отведение ликвора из заднего рога бокового желудочка в мозжечково-мозговую цистерну с экстра- или интракраниальным проведением резиновой или полихлорвиниловой трубки
 - 4) ☐ люмбальная пункция
 - 5) ☐ вентрикулоауриколостомия (по Холгеру и Пуденцу) – отведение спинномозговой жидкости из нижнего рога бокового желудочка в правое ухо катетером с клапаном-шунтом через наружную яремную вену
-

45. Трепанацию сосцевидного отростка выполняют с целью:

- 1) ☐ восстановление функции органа слуха и равновесия
 - 2) ☒ удаления гноя и грануляций из воздухоносных ячеек и сосцевидной пещеры
 - 3) ☒ создания костной полости без нависающих краёв
 - 4) ☒ дренирования гнойной полости (полоской перчаточной резины)
 - 5) ☐ исключения деформации ушной раковины
-

46. Возможные грозные осложнения трепанации сосцевидного отростка при отклонении от проекции

треугольника Шипо:

- 1) ☐ повреждение хрящевой и костной частей meatus acusticus externus
- 2) ☒ ранение ствола лицевого нерва вследствие расширения костной раны книзу и кпереди
- 3) ☒ проникновение в среднюю черепную ямку через покрышечную стенку барабанной полости при смещении зоны трепанации кверху
- 4) ☒ повреждение сигмовидного или поперечного синусов при расширении зоны трепанации в задненижнем направлении
- 5) ☐ воспаление церуминозных (серных) желез

47. Выбор направления разрезов в околоушно-жевательной области связан с:

- 1) ☒ направлением ветвей лицевого нерва
- 2) ☐ отростками жирового тела щеки
- 3) ☒ положением околоушного протока
- 4) ☐ направлением лицевой артерии и вены
- 5) ☐ положением n.mandibularis

48. Правила хирургической обработки ран лица:

- 1) ☒ наилучший срок операции – 24 часа с момента ранения
- 2) ☒ иссечение тканей должно быть очень экономным, рассечение – с тщательным гемостазом (Мухин)
- 3) ☐ требуется перевязка наружной сонной артерии в сонном треугольнике
- 4) ☒ необходимо стремиться к косметическим требованиям: использовать первичную костную пластику, косметические швы
- 5) ☐ для профилактики нагноения в ране, рубцовых деформаций и контрактур целесообразно «обшивание раны», т.е. соединение швами кожи и слизистой оболочки

49. Область шеи рассматривается как «опасная» область, поскольку в ней:

- 1) ☒ располагаются органы, выполняющие проводящую функцию: гортань, трахея, глотка, пищевод, магистральные кровеносные сосуды каротидного и вертебрально-базиллярного бассейнов, черепные и спинномозговые нервы и лимфатические протоки
- 2) ☒ ранение артерий шеи угрожает струйным кровотечением, вен – воздушной эмболией
- 3) ☐ вывих в акромиально-ключичном суставе осложняется нарушением дыхательной функции
- 4) ☒ острый отёк, травма, инородное тело гортани являются причиной механической асфиксии
- 5) ☒ травматическое повреждение стенок трахеи и пищевода осложняются флегмоной шеи с распространением гноя в средостение

50. Анатомической основой деления шеи на передний и задний отделы плоскостью, проведенной через поперечные отростки шейных позвонков, является:

- 1) ☒ отделы отделены друг от друга прикреплением пластинок фасций к поперечным отросткам шейных позвонков
- 2) ☒ в переднем отделе находятся органы полости шеи с сосудисто-нервными пучками, в заднем – мышцы
- 3) ☒ в переднем отделе концентрически располагаются пять фасций и клетчаточные пространства шеи, в заднем – две фасции
- 4) ☒ как правило, патологические процессы локализуются в переднем отделе шеи
- 5) ☐ наличие большой подключичной ямки

51. Передний отдел шеи составляют:

- 1) ☒ передняя область шеи
- 2) ☒ грудино-ключично-сосцевидная область
- 3) ☒ латеральная область шеи
- 4) ☐ подмышечная область
- 5) ☐ подостная ямка

52. Задний отдел шеи представлен задней, или выйной, областью шеи, ограниченной:

- 1) ☒ верхней выйной линией – сверху
- 2) ☒ линией между акромионами, проходящей через остистый отросток VII шейного позвонка – снизу
- 3) ☐ III-им шейным позвонком – сверху
- 4) ☐ задними краями грудино-ключично-сосцевидных мышц – с латеральных сторон
- 5) ☒ латеральными краями трапецевидных мышц – сбоку

53. Передняя область шеи; синоним - передний треугольник шеи состоит из треугольников:

- 1) ☒ поднижнечелюстного
- 2) ☒ сонного
- 3) ☒ лопаточно-трахеального
- 4) ☒ подподбородочного
- 5) ☐ треугольника Н.И. Пирогова

54. Грудино-ключично-сосцевидная область ограничена:

- 1) ☒ краями грудино-ключично-сосцевидной мышцы (передним, задним)
- 2) ☒ сосцевидным отростком височной кости и латеральной частью верхней выйной линии
- 3) ☐ spina scapulae
- 4) ☒ верхним краем грудины и грудинным концом ключицы
- 5) ☐ углом нижней челюсти

55. Правая малая надключичная ямка в составе грудино-ключично-сосцевидной области, имеющая значение в определении френикус-симптома ограничена:

- 1) ☒ лопаточно-подъязычной мышцей – сверху
 - 2) ☒ латеральным краем медиальной части грудино-ключично-сосцевидной мышцы
 - 3) ☒ медиальным краем латеральной части грудино-ключично-сосцевидной мышцы
 - 4) ☒ ключицей – снизу
 - 5) ☐ куполом плевры
-

56. Латеральная область шеи, синоним - задний треугольник шеи включает:

- 1) ☒ лопаточно-ключичный треугольник
 - 2) ☐ яремную ямку
 - 3) ☐ ключично-грудной треугольник
 - 4) ☒ большую надключичную ямку
 - 5) ☒ лопаточно-трапецевидный треугольник
-

57. К внешним ориентирам по передней срединной линии шеи относятся:

- 1) ☒ подбородочный выступ нижней челюсти и тело подъязычной кости
 - 2) ☒ угол, образованный пластинками щитовидного хряща и дуга перстневидного хряща
 - 3) ☐ ключица
 - 4) ☒ яремная вырезка грудины и яремная ямка
 - 5) ☐ хрящи трахеи с перешейком щитовидной железы
-

58. На срединность разреза слоёв шеи передним доступом указывают внутренние ориентиры:

- 1) ☐ зуб II шейного позвонка
- 2) ☒ сухожильный шов mm. mylohyoidei

- 3) ☐ передний (сонный) бугорок поперечного отростка VI шейного позвонка
- 4) ☐ грудино-ключичный сустав
- 5) ☒ «белая» линия шеи – сращение II и III фасций шеи (по В.Н. Шевкуненко) по срединной линии
-

59. Латерально от срединной линии шеи находятся следующие внешние ориентиры:

- 1) ☒ нижний край и угол нижней челюсти
- 2) ☒ грудино-ключично-сосцевидная и трапецевидная мышцы
- 3) ☒ ключица
- 4) ☒ большая и малая надключичная ямки
- 5) ☐ перстневидный хрящ гортани
-

60. В большой надключичной ямке можно прощупать:

- 1) ☐ наружную яремную вену
- 2) ☒ plexus brachialis в виде плотного тяжа
- 3) ☐ нижнее брюшко лопаточно-подъязычной мышцы
- 4) ☐ грудино-ключичный сустав
- 5) ☒ подключичную артерию, которую прижимают к I ребру
-

61. Между грудино-ключично-сосцевидной мышцей и возвышением, образованным органами шеи по срединной линии, находится углубление, соответствующее сонному треугольнику, ограниченному:

- 1) ☐ большим рогом подъязычной кости
- 2) ☒ верхним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы
- 3) ☒ задним брюшком m. digastricus
-

4) ☐ трахеей

5) ☒ передним краем m. sternocleidomastoideus

62. Правая и левая общие сонные артерии проецируются по линиям с точками:

1) ☒ верхняя – середина расстояния между углом нижней челюсти и сосцевидным отростком

2) ☒ верхняя – середина промежутка между углом нижней челюсти и передним краем m. sternocleidomastoideus

3) ☒ нижняя – 1 см латерально от грудино-ключичного сустава – правая общая сонная артерия

4) ☒ нижняя – грудино-ключичный сустав – a.carotis communis sinistra

5) ☐ нижняя – грудино-ключичный сустав – правая и левая общие сонные артерии

63. По Н.И. Пирогову бифуркация общей сонной артерии соответствует уровню:

1) ☐ угла нижней челюсти

2) ☒ верхнего края щитовидного хряща

3) ☐ VII шейного позвонка

4) ☐ яремной вырезки грудины

5) ☒ подъязычной кости

64. Точка Эрба – ориентир выхода кожных ветвей шейного сплетения при повороте головы в противоположную сторону находится на пересечении:

1) ☐ угла нижней челюсти

2) ☒ v. jugularis externa

3) ☐ переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы

4) ☐ подъязычной кости

- 5) ☒ заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы
-

65. Венозный угол Н.И. Пирогова проецируется между:

- 1) ☐ передним краем медиальной части m.sternocleidomastoideus
- 2) ☐ I ребром
- 3) ☒ задним краем латеральной части m.sternocleidomastoideus
- 4) ☐ нижним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы
- 5) ☒ ключицей
-

66. Цель шейной вагосимпатической блокады по А.В. Вишневскому - профилактика либо купирование развивающегося плевропульмонального шока, шока при тяжелых торакоабдоминальных ранениях посредством прерыва патологических импульсов в ствол мозга по:

- 1) ☐ верхнему корешку шейной петли
- 2) ☒ диафрагмальному нерву
- 3) ☐ синусной ветви IX нерва
- 4) ☒ блуждающему (X) нерву
- 5) ☒ симпатическому стволу
-

67. Шейная вагосимпатическая блокада обеспечивает следующие эффекты:

- 1) ☒ устраняет болевой синдром
- 2) ☒ снимает кашлевые рефлексы
- 3) ☒ тонизирует сердечно-сосудистую систему
- 4) ☐ стимулирует гемостаз
- 5) ☒ повышает кровяное давление
-

68. На достижение эффекта шейной вагосимпатической блокады будут указывать следующие симптомы:

- 1) ☒ гиперемия лица на стороне блокады
- 2) ☒ гиперемия склеры (белочной оболочки глаза)
- 3) ☒ «глазная триада» Бернара-Горнера (западение глазного яблока, сужение глазной щели, сужение зрачка)
- 4) ☐ нарушение дыхания вследствие западения корня языка
- 5) ☐ тахикардия (частый ритм сердечных сокращений)

69. Операции в области шеи выполняют следующими доступами:

- 1) ☒ продольными
- 2) ☐ проекционными
- 3) ☒ комбинированными или лоскутными
- 4) ☒ эндохирургическими
- 5) ☒ поперечными

70. Показание к одной из ответственных экстренных операций, сопровождающейся высокой летальностью либо тяжелыми мозговыми осложнениями - перевязке общей сонной артерии:

- 1) ☒ ранения (огнестрельные, резаные) ствола артерии и её ветвей при невозможности восстановления мозгового кровообращения
- 2) ☐ перелом поперечного отростка VI шейного позвонка
- 3) ☒ аррозивные кровотечения при флегмонах шеи или распадающейся злокачественной опухоли с вовлечением стенки артерии
- 4) ☐ паренхиматозные кровотечения в процессе субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы
- 5) ☒ временная перевязка артерии широкой тесёмкой (полоской перчаточной резины) при «кровавых» операциях на мозговом и лицевом отделах головы и глотке

71. Оперативный доступ к общей сонной артерии разрезом 6-8 см выполняют, ориентируясь на:

- 1) ☐ заднее брюшко двубрюшной мышцы
- 2) ☒ верхний край щитовидного хряща
- 3) ☐ задний край грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 4) ☒ передний край m.sternocleidomastoideus
- 5) ☐ край трапецевидной мышцы

72. Показания к перевязке наружной сонной артерии в сонном треугольнике:

- 1) ☐ остесинтез при двустороннем переломе тела нижней челюсти
- 2) ☒ ранения ствола и ветвей артерии (невозможность либо неэффективность гемостаза в ране)
- 3) ☒ аррозивные кровотечения при злокачественных опухолях, флегмонах, а также ангиомах лица
- 4) ☐ носовое кровотечение при гипертоническом кризе
- 5) ☒ обескровливание области операции при «кровавых» операциях: резекция верхней и нижней челюстей, паротидэктомия и др.

73. Этапы перевязки наружной сонной артерии при стандартном положении больного: на спине, под лопатки подложен валик, голова запрокинута и повернута в сторону противоположную от места операции:

- 1) ☒ разрез (6-8 см) по переднему краю m.sternocleidomastoideus с серединой, соответствующей верхнему краю щитовидного хряща
- 2) ☒ к артерии подходят через заднюю стенку фасциального футляра грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 3) ☐ m.sternocleidomastoideus разъединяют по ходу волокон
- 4) ☒ по желобоватому зонду вскрывают влагалище сосудисто-нервного пучка
- 5) ☒ смещают шейную петлю в медиальную сторону, идентифицируют и перевязывают a. carotis externa

74. Идентификацию наружной сонной артерии (чтобы не перевязать a. carotis interna!) осуществляют по следующим признакам:

- 1) ☐ внутренняя сонная артерия кровоснабжает головной мозг
- 2) ☒ признак «анатомического парадокса» - несоответствие названия и положения ветвей общей сонной артерии: наружная – располагается кнутри (медially) и кпереди, внутренняя – кнаружи (латерально) и кзади
- 3) ☒ признак ветвей – в сонном треугольнике от наружной сонной артерии отходят: восходящая глоточная, верхняя щитовидная, язычная, лицевая артерии; внутренняя – ветвей не даёт
- 4) ☒ наружную сонную артерию пересекают XII черепной нерв и лицевая (общая лицевая) вена
- 5) ☒ клинический приём: при пальцевом сдавлении наружной сонной артерии исчезает пульс в височной области на a. temporalis superficialis

75. При перевязке наружной сонной артерии возможны грозные осложнения:

- 1) ☒ случайная перевязка внутренней сонной артерии (вместо наружной) сопровождается острым нарушением кровообращения в каротидном бассейне с возможностью летального исхода либо глубокой инвалидизацией!
- 2) ☒ тромбоз (тромбэмболия внутренней сонной артерии)
- 3) ☒ травма рефлексогенной синокаротидной зоны с нарушением функции сердечно-сосудистой системы
- 4) ☒ повреждение верхнего корешка шейной петли с развитием дисфагии
- 5) ☐ кровотечение из раны грудино-ключично-сосцевидной мышцы

76. Лимфосорбция - оперативное вмешательство, заключающееся в экстракорпоральной сорбционной детоксикации организма состоит из этапов:

- 1) ☒ наружное дренирование грудного протока
- 2) ☐ стимуляция лимфопродукции и лимфооттока с целью получения центральной лимфы
- 3) ☒ лимфосорбция: выбор сорбента для перфузии, подготовка сорбента к очищению лимфы от токсических продуктов;

- 4) ☒ экстракорпоральная сорбция лимфы
- 5) ☒ реинфузия очищенной лимфы в венозное русло с коррекцией недостающих веществ
-

77. Для наружного дренирования грудного протока обнажают его шейную часть:

- 1) ☐ в правом сонном треугольнике после смещения шейной петли
- 2) ☒ в левом предлестничном межмышечном промежутке, ориентируясь на венозный угол Н.И. Пирогова
- 3) ☒ доступом по В.Н. Шевкуненко – поперечным разрезом на 1 см выше ключицы с продолжением его по заднему краю этой мышцы на протяжении нижней трети
- 4) ☒ доступом по Д.А. Жданову – продольным разрезом на протяжении нижней трети заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 5) ☐ в правом лестнично-позвоночном треугольнике
-

78. Идентификация грудного протока осуществляется следующим образом:

- 1) ☒ после выделения участка протока для катетеризации временно прекращают все действия, чтобы проток расправился и наполнился лимфой
- 2) ☐ грудной проток набухает и смещается от купола плевры
- 3) ☒ анатомическим пинцетом мягко пережимают проток; его приводящая часть увеличивается в диаметре за счёт растяжения стенки
- 4) ☒ сосуд, похожий на проток, берут на держалку и пунктируют, темп истечения и внешний вид содержимого будут указывать на грудной проток
- 5) ☒ проток имеет клапанный аппарат
-

79. Сущность субтотальной резекции щитовидной железы по О.В. Николаеву заключается в том, что:

- 1) ☒ остающаяся часть заднелатеральной поверхности у нижнего полюса каждой доли железы (3-6 гр) компенсирует гормональную функцию на фоне медикаментозного лечения; уменьшается опасность развития гипотиреоза (микседемы)
-

- 2) ☐ проще обеспечить надёжный гемостаз
-
- 3) ☒ сохраняются паращитовидные железы, чаще располагающиеся у места проникновения в паренхиму железы нижних щитовидных артерий
-
- 4) ☒ уменьшается опасность повреждения возвратного гортанного нерва, имеющего различные взаимоотношения с нижней щитовидной артерией
-
- 5) ☐ дренирование раны «У»-образным дренажом обеспечивает отток отделяемого в раннем послеоперационном периоде
-

80. Субфасциальная резекция щитовидной железы - резекция между зажимами «москит», не выходя за пределы фасциальной капсулы, с местной детоксикацией раны, направлена на профилактику послеоперационного тиреотоксикоза:

- 1) ☒ в процессе операции раздавливаются дольки, фолликулы, межфолликулярные островки с выделением содержимого в полость раны
-
- 2) ☒ из раны токсические продукты частично поступают по лимфатическим сосудам и венам в организм, создавая угрозу послеоперационного тиреотоксикоза
-
- 3) ☒ фасциальная капсула препятствует поступлению большого объёма токсических продуктов в организм
-
- 4) ☐ культя доли железы, укрытая фасциальной капсулой с паращитовидными железами и n. laryngeus recurrens остаются фиксированными к трахее
-
- 5) ☐ уменьшается опасность ранения компонентов сосудисто-нервного пучка переднего треугольника шеи
-

81. Треугольник Н.И. Пирогова - ориентир для обнажения и перевязки язычной артерии - ограничен:

- 1) ☐ краевой ветвью нижней челюсти лицевого (VII) нерва
-
- 2) ☒ подъязычным (XII) нервом
-
- 3) ☒ сухожилием двубрюшной мышцы
-
- 4) ☒ свободным краем челюстно-подъязычной мышцы
-
- 5) ☐ подъязычно-язычной мышцей
-

82. Сосудисто-нервный пучок переднего треугольника шеи составляют:

- 1) ☒ внутренняя яремная вена с сопровождающими её латеральными глубокими шейными (яремными) лимфоузлами
- 2) ☐ возвратный гортанный нерв
- 3) ☒ общая сонная артерия, по передней стенке которой располагается шейная петля
- 4) ☒ блуждающий нерв
- 5) ☐ симпатический ствол

83. Фасциальный футляр сосудисто-нервного пучка переднего треугольника шеи имеет следующее строение:

- 1) ☒ образован париетальной пластинкой внутришейной фасции (IV по В.Н. Шевкуненко)
- 2) ☐ в образовании фасциального футляра пучка участвует II фасция шеи (по В.Н. Шевкуненко)
- 3) ☒ внутри влагалища пучка имеются перегородки, образующие футляры отдельно для внутренней яремной вены, общей сонной артерии и блуждающего нерва
- 4) ☒ между футляром каждого органа пучка и общим влагалищем находится *spatium caroticum, s. spatium vasonervorum*
- 5) ☒ спереди к влагалищу пучка прилегает фасциальный футляр *m. sternocleidomastoideus*

84. *Spatium caroticum* связывает клетчаточные пространства:

- 1) ☐ жировое тело щеки
- 2) ☐ передний отдел окологлоточного
- 3) ☐ околоушное
- 4) ☒ верхнего отдела средостения
- 5) ☒ задний отдел окологлоточного

85. Рефлексогенную синокаротидную зону в области бифуркации общей сонной артерии образуют:

- 1) ☐ n. hypoglossus (XII) нерв
- 2) ☐ синусная ветвь (нерв Геринга) IX нерва
- 3) ☒ сонный синус – расширение общей сонной артерии у начала её ветвления на внутреннюю и наружную сонные артерии со слабым развитием средней оболочки и утолщением наружной оболочки
- 4) ☐ шейная петля
- 5) ☒ сонный гломус – параганглий общей сонной артерии (величиной с рисовое зерно), прилегающий к задней стенке сонного синуса и содержащий хеморецепторы
- 6) ☐ добавочный нерв

86. «Вирховский» метастаз рака желудка лимфогенным путем в медиальный лимфоузел по ходу поперечной артерии шеи (узел Труазье) пальпаторно определяют:

- 1) ☒ с левой стороны
- 2) ☐ в малой надключичной ямке
- 3) ☒ в углу между грудино-ключично-сосцевидной мышцей и ключицей
- 4) ☐ у места впадения грудного протока в венозный узел
- 5) ☒ в большой надключичной ямке

87. В предлестничном межмышечном промежутке располагаются крупные вены:

- 1) ☐ плечеголовная
- 2) ☒ внутренняя яремная
- 3) ☒ наружная яремная
- 4) ☐ верхняя полая
- 5) ☒ подключичная

88. Межлестничный межмышечный промежуток ограничивают:

- 1) ☐ ключица
- 2) ☒ передняя лестничная мышца
- 3) ☐ лопаточно-подъязычная мышца (нижнее брюшко)
- 4) ☒ I ребро
- 5) ☐ средняя лестничная мышца

89. Межлестничный межмышечный промежуток содержит:

- 1) ☐ диафрагмальный нерв
- 2) ☒ стволы плечевого сплетения
- 3) ☐ грудной проток
- 4) ☒ второй отдел подключичной артерии
- 5) ☐ шейно-грудной узел симпатического ствола

90. При остеохондрозе шейного отдела позвоночного столба возникают расстройства кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне головного мозга вследствие:

- 1) ☒ сдавления или смещения позвоночной артерии остеофитами
- 2) ☒ вовлечение позвоночного сосудисто-нервного пучка в воспалительный процесс при спондилите
- 3) ☐ синдрома подключичного обкрадывания
- 4) ☒ раздражения позвоночного сплетения с развитием ангиодистонических состояний
- 5) ☒ при длительном воздействии на сосудистую стенку эти факторы могут быть причиной образования атеросклеротических бляшек

91. Френикус-симптом определяют:

- 1) ☒ с правой стороны
 - 2) ☐ в большой подключичной ямке
 - 3) ☒ между частями грудино-ключично-сосцевидной мышцы кверху от ключицы
 - 4) ☐ в лопаточно-трапецевидном треугольнике
 - 5) ☒ в малой надключичной ямке
-

92. Анатомо-физиологические особенности v.subclavia dextra, объясняющие возможность её пункции и катетеризации:

- 1) ☒ доступна для пункции
 - 2) ☒ вена не спадается даже в условиях гиповолемического состояния; её стенки фиксированы к фасции подключичной мышцы и I ребру
 - 3) ☒ имеет большой диаметр и объёмную скорость кровотока, что препятствует тромбообразованию
 - 4) ☒ быстрый доступ лекарственных препаратов в верхнюю полую вену и «правое» сердце
 - 5) ☐ сливаясь с левой подключичной веной, образует v.cava superior
-

93. В области шеи различают группы клетчаточных пространств, объясняющие клинко-морфологические проявления флегмон:

- 1) ☒ сообщающиеся – с распространением гнойного процесса в соседние области
 - 2) ☐ костно-фиброзное ложе длинных мышц головы и шеи
 - 3) ☒ замкнутые (относительно) с преимущественной локализацией гнойного очага в определенном пространстве
 - 4) ☐ фасциальный футляр сосудисто-нервного пучка переднего треугольника шеи
 - 5) ☐ фасциальный футляр грудино-ключично-сосцевидной мышцы
-

94. К сообщающимся клетчаточным пространствам шеи относятся:

- 1) ☒ spatium caroticum
 - 2) ☐ spatium interaponeuroticum suprasternale
 - 3) ☒ spatium previscerale и его часть spatium pretracheale
 - 4) ☒ spatium retroviscerale
 - 5) ☒ spatium retro- et parapharyngeale
-

95. Группу замкнутых клетчаточных пространств шеи составляют:

- 1) ☒ надгрудинное межфасциальное
 - 2) ☒ слепой позадигрудино-ключично-сосцевидный мешок
 - 3) ☒ spatium prevertebrale
 - 4) ☒ поднижнечелюстное пространство
 - 5) ☐ глубокое клетчаточное пространство заднего треугольника шеи, сопровождающее подключичные сосуды и плечевое сплетение
-

96. Заглоточное клетчаточное пространство, содержащее заглоточные лимфоузлы, ограничено:

- 1) ☒ телами позвонков до уровня IV шейного позвонка, где продолжается в spatium retroviscerale
 - 2) ☒ фасцией задней стенки глотки
 - 3) ☐ шиловидным отростком и мышцами «анатомического букета»
 - 4) ☒ предпозвоночной фасцией с длинными мышцами головы и шеи
 - 5) ☒ глоточно-позвоночной фасцией
-

97. Воспаление заглоточных лимфатических узлов является следствием воспаления:

- 1) ☐ трахеи (трахеита)
-

- 2) ☒ слуховой трубы (евстахиита)
-
- 3) ☐ околоушной железы (паротита)
-
- 4) ☒ небной миндалины (тонзиллита)
-
- 5) ☒ носовой полости и носоглотки (назофарингита)
-

98. Передний отдел окологлоточного пространства с латеральной стороны ограничен:

- 1) ☐ ветвью нижней челюсти
-
- 2) ☒ глоточным отростком околоушной железы
-
- 3) ☒ шиловидным отростком височной кости с мышцами «анатомического букета»
-
- 4) ☒ медиальной крыловидной мышцей
-
- 5) ☐ задним брюшком m.digastricus
-

99. Ранения трахеи опасны развитием осложнений:

- 1) ☐ дисфагии
-
- 2) ☒ асфиксии
-
- 3) ☒ подкожной эмфиземы
-
- 4) ☒ эмфиземы верхнего средостения
-
- 5) ☒ флегмоны претрахеального пространства
-

100. В рыхлой волокнистой соединительной ткани между фиброзной и фасциальной капсулами щитовидной железы располагаются:

- 1) ☐ подъязычный нерв
-
- 2) ☒ парашитовидные железы
-

- 3) ☐ возвратный гортанный нерв
-
- 4) ☒ артерии и вены щитовидной железы
-
- 5) ☐ яремная венозная дуга
-

101. Грозным осложнением ранения вен шеи является воздушная эмболия вследствие:

- 1) ☐ образования венозного угла Н.И. Пирогова
-
- 2) ☒ зияния вен – стенки вен фиксированы фасциями шеи
-
- 3) ☐ в вены шеи открываются лимфатические протоки
-
- 4) ☒ присасывающего действия грудной стенки
-
- 5) ☒ близости вен шеи к правому предсердию
-

102. Основные показания к трахеостомии:

- 1) ☒ непроходимость гортани и верхнего отдела трахеи в результате обтурации инородным телом, опухолью, отека голосовых складок инфекционной, аллергической этиологии
-
- 2) ☒ первичные центральные нарушения дыхания при травме или заболеваниях головного мозга
-
- 3) ☒ неэффективность консервативных мероприятий при нарушении биомеханики дыхания у больных с травмой груди, тяжелой политравмой и в послеоперационном периоде
-
- 4) ☐ геморрагический шок
-
- 5) ☒ необходимость длительного искусственного дыхания методом инсуффляции
-

103. Трахеостомия позволяет обеспечить:

- 1) ☒ свободное дыхание при механической обтурации на уровне гортани и выше её
-
- 2) ☐ восстановление перистальтики пищевода
-
- 3) ☒ на 2/3 уменьшить «мёртвое» пространство и на 50% - сопротивление дыханию, что способствует
-

- 4) ☒ длительную искусственную вентиляцию лёгких с использованием автоматических аппаратов
- 5) ☐ стимуляцию мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне

104. При операциях в области шеи под лопатки больного подкладывают валик с целью:

- 1) ☒ увеличения промежутка между нижней челюстью и яремной вырезкой грудины
- 2) ☒ более поверхностного положения гортани и трахеи вследствие увеличения шейного лордоза
- 3) ☒ смещения сосудисто-нервного пучка переднего треугольника кзади и медиально
- 4) ☒ увеличения длины шейной части трахеи (трахея «вытягивается» из верхнего средостения)
- 5) ☐ выполнения инфильтрационной анестезии

105. При проведении экстренных операций в области шеи (крикотиреоидотомия, трахеостомия) необходимо фиксировать голову в стандартном положении, поскольку:

- 1) ☒ гортань и трахея характеризуются активной и пассивной смещаемостью
- 2) ☐ в пожилом и старческом возрасте фиброзно-хрящевая основа гортани и трахеи плотная, хрупкая
- 3) ☒ рассечение стенки этих органов с дугообразной поверхностью может сопровождаться соскальзыванием скальпеля в сторону
- 4) ☒ существует опасность ранения общей сонной артерии и внутренней яремной вены
- 5) ☐ фиксация головы при операциях в области шеи не имеет принципиального значения

106. Трахеостомию осуществляют при следующем положении больного:

- 1) ☒ горизонтальное – на спине; при крайне тяжелом состоянии операцию выполняют в сидячем положении больного
- 2) ☒ под лопатки подкладывают валик высотой 12-15 см

- 3) ☒ голова запрокинута и фиксирована ассистентом
 - 4) ☒ внешние срединные ориентиры головы и шеи должны находиться на одной линии
 - 5) ☐ левая нога согнута в коленном суставе
-

107. Преимуществами оперативного доступа к органам шеи через «белую линию» являются:

- 1) ☒ доступ малотравматичен
 - 2) ☒ обеспечивает широкий подход к гортани и трахее
 - 3) ☒ выполняется в стороне от сосудисто-нервного пучка переднего треугольника шеи
 - 4) ☒ незначительная кровопотеря
 - 5) ☐ отсутствует опасность ранения пирамидальной доли и перешейка щитовидной железы
-

108. В процессе оперативного доступа к трахее при нижней трахеостомии проходят следующие, кроме подкожной основы, клетчаточные пространства:

- 1) ☐ окологлоточное
 - 2) ☐ позадиорганное
 - 3) ☒ надгрудинное межфасциальное
 - 4) ☐ сонное
 - 5) ☒ претрахеальное
-

109. Нижняя трахеостомия показана детям в связи с:

- 1) ☒ высоким положением (выше III шейного позвонка) гортани, шейной части трахеи и подъязычной кости
 - 2) ☐ широким, коротким, толстым, малоподвижным языком
 - 3) ☒ высоким положением перешейка щитовидной железы
-

- 4) ☒ «нежностью» строения фиброзно-хрящевой основы гортани и трахеи
- 5) ☐ продольная ось гортани отклонена назад и образует с трахеей тупой угол
-

110. Перед рассечением стенки трахеи необходимо обеспечить:

- 1) ☒ тщательный гемостаз для исключения развития аспирационной пневмонии вследствие затекания крови в трахею
- 2) ☒ смещение тупыми крючками в латеральную сторону общей сонной артерии и внутренней яремной вены
- 3) ☐ взять на лигатуру левый возвратный гортанный нерв
- 4) ☒ надежно фиксировать гортань и трахею
- 5) ☒ введение в трахею пункционным способом 0,3-0,5 мл 1% раствора дикаина для снятия кашлевого рефлекса
-

111. Глубина вкола остроконечного скальпеля при трахеостомии регулируется следующими приёмами:

- 1) ☒ скальпель обёртывают лейкопластырем либо салфеткой, оставляя 1 см лезвия
- 2) ☐ глубина вкола определяется визуально, эмпирически
- 3) ☒ указательный палец укладывают на боковую поверхность скальпеля, отступив от конца лезвия 1 см
- 4) ☐ глубина вкола скальпеля не имеет значения
- 5) ☒ скальпель фиксируют между большим и остальными пальцами в перпендикулярном положении, мизинец находится на 1 см от конца лезвия
-

112. При рассечении стенки трахеи скальпелем могут быть повреждены:

- 1) ☒ перепончатая (задняя) стенка трахеи; осложнение – флегмона шеи
- 2) ☐ стволы plexus brachialis
- 3) ☒ передняя стенка пищевода с образованием пищеводно-трахеального свища либо нагноением в spatium retroviscerale
-

- 4) ☒ перешеек (либо доли) щитовидной железы
- 5) ☒ магистральные кровеносные сосуды шеи: общая сонная артерия, внутренняя яремная вена
-

113. Для расширения раны трахеи при трахеостомии используют следующие инструменты:

- 1) ☐ однозубый острый крючок
- 2) ☐ крючок Фарабефа
- 3) ☒ расширитель Лаборда
- 4) ☒ расширитель Труссо
- 5) ☐ трехзубый тупой крючок
-

114. Этапы введения трахеостомической канюли в трахею (края раны трахеи разведены трахеорасширителем Труссо):

- 1) ☐ порядок введения канюли в трахею не имеет практического значения
- 2) ☒ щиток (фланец) канюли соответствует оси трахеи; конец канюли погружают в трахею
- 3) ☒ после попадания канюли в трахею ее щиток переводят в поперечное направление
- 4) ☒ канюлю продвигают в трахею, одновременно удаляя трахеорасширитель
- 5) ☒ контроль восстановления дыхания – к наружному отверстию канюли подводят тонкую шелковую лигатуру, колебания которой будут указывать на вдох и выдох
-

115. Осложнения трахеостомии: подкожная эмфизема и эмфизема верхнего средостения развиваются, когда:

- 1) ☐ имеет место повреждение купола плевры
- 2) ☒ рана трахеи значительно больше диаметра канюли
- 3) ☒ при плотно ушитой кожной ране выдыхаемый воздух между канюлей и стенкой трахеи поступает в подкожную и претрахеальную клетчатку
-

- 4) ☒ по претрахеальному пространству воздух распространяется в верхнее средостение
- 5) ☐ эмфизема верхнего средостения сопровождается сердечно-сосудистой недостаточностью вследствие компрессии крупных вен этого отдела средостения
-

116. Каким образом убеждаются в восстановлении дыхания естественным путем при деканюляции (удалении трахеостомической канюли)?

- 1) ☐ деканюляция – это простой прием – извлечение канюли из трахеи
- 2) ☒ после длительного использования канюли необходима психологическая подготовка
- 3) ☒ больного просят пальцем закрыть наружное отверстие канюли и сделать несколько дыхательных движений
- 4) ☐ рана после извлечения канюли эпителизируется
- 5) ☐ извлечение канюли из трахеи связано с трудностями вследствие образования рубцов
-

117. В процессе обнажения шейной части пищевода идентификацию органа проводят по его признакам:

- 1) ☒ располагается между трахеей (спереди) и позвоночником (сзади)
- 2) ☒ продольному направлению волокон мышечной оболочки
- 3) ☒ буровато-красному цвету стенки
- 4) ☐ общая сонная артерия пульсирует
- 5) ☒ пальпаторно определяется зонд, введенный до операции в пищевод
-

118. При эзофаготомии стенку пищевода рассекают следующим образом:

- 1) ☒ в продольном направлении
- 2) ☐ одномоментно все оболочки пищевода
- 3) ☒ в неизменённой патологическим процессом («здоровой») части стенки
-

- 4) ☒ вначале рассекают мышечную оболочку до слизистой оболочки
- 5) ☒ слизистую оболочку рассекают ножницами после образования складки с помощью анатомических пинцетов
-

119. Рану пищевода ушивают в следующем порядке:

- 1) ☒ слизистую оболочку с подслизистой основой ушивают в поперечном направлении
- 2) ☒ 1-й ряд шва: обе оболочки захватывают в непрерывный кетгутовый шов
- 3) ☒ 2-й ряд шва: мышечную оболочку ушивают в продольном направлении узловыми швами нерассасывающимся материалом (лавсан)
- 4) ☐ отдельно на каждую оболочку накладывают швы
- 5) ☐ в шов захватывают всю толщу стенки
-

120. Цель пункции и катетеризации подключичной вены:

- 1) ☒ длительная интенсивная внутривенная терапия
- 2) ☒ флебография
- 3) ☒ зондирование верхней полой вены, правого предсердия и желудочка
- 4) ☒ выполнение эндоваскулярных (трансвенозных) операций (например, эмболизация открытого артериального протока)
- 5) ☐ стентирование левой внутренней сонной артерии
-

121. Подключичную вену надключичным доступом пунктируют в точке Иоффе, находящейся несколько выше угла между:

- 1) ☐ яремной вырезкой грудины
- 2) ☒ ключичной частью грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- 3) ☐ наружной яремной веной
-

- 4) ☒ верхним краем ключицы
- 5) ☐ нижним брюшком лопаточно-подъязычной мышцы
-

122. Подключичным доступом пункцию v. subclavia dextra осуществляют из точек:

- 1) ☒ Обаниака
- 2) ☐ Эрба
- 3) ☒ Вильсона
- 4) ☒ Джиллиса
- 5) ☐ Кера
-

123. Возможные грозные осложнения при пункции подключичной вены:

- 1) ☒ пневмоторакс
- 2) ☒ воздушная эмболия
- 3) ☐ повреждение пищевода с присоединением нагноительного процесса
- 4) ☒ прокол подключичной артерии
- 5) ☒ повреждение плечевого ствол
-

124. Флегмону окологлоточного пространства вскрывают разрезом, ориентируясь на:

- 1) ☒ задний край ветви нижней челюсти
- 2) ☐ нижний край скуловой дуги
- 3) ☒ угол нижней челюсти
- 4) ☒ шиловидный отросток височной кости с начинающимися от него мышцами «анатомического букета»
- 5) ☒ латеральную стенку глотки
-

125. Вскрытие заглоточного абсцесса осуществляют разрезами:

- 1) ☐ внутриротовым латерально от крыловидно-нижнечелюстной складки слизистой оболочки полости рта
- 2) ☒ наружным (внеротовым) вдоль заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы от уровня угла нижней челюсти
- 3) ☐ параллельно нижнему краю нижней челюсти, отступив книзу 2 см
- 4) ☒ внутриротовым в зоне наибольшей флуктуации задней стенки глотки (у детей младшего возраста)
- 5) ☐ по верхнему краю скуловой дуги

126. Несоответствие верхней границы грудной стенки и грудной полости состоит в том, что:

- 1) ☐ на грудную стенку проецируется печень, желудок, селезенка, почки
- 2) ☒ часть грудной полости находится в области шеи
- 3) ☒ верхняя грудная апертура является верхней границей грудной стенки, а купол плевры и верхушка легкого на 2-3 см выше ключицы
- 4) ☒ сзади плевра и верхушка легкого соответствуют уровню остистого отростка VII шейного- I грудного позвонка
- 5) ☐ к куполу плевры прилегают подключичная артерия и вена

127. Различие нижней границы грудной полости и грудной стенки состоит в том, что:

- 1) ☒ нижняя граница грудной полости смещена вверх из-за высокого стояния диафрагмы
- 2) ☒ правый купол диафрагмы соответствует IV ребру по средней ключичной линии
- 3) ☒ на грудную стенку проецируются некоторые органы верхнего отдела брюшной полости (печень, желудок, селезенка, почки)
- 4) ☒ левый купол диафрагмы находится на уровне V ребра по средней ключичной линии
- 5) ☐ нижние границы грудной стенки и грудной полости соответствуют apertura thoracis superior

128. По linea axillaris anterior межреберная щель (межреберный канал), с располагающимся межреберным сосудистым- нервным пучком, ограничена:

- 1) ☒ бороздой ребра (сверху)
- 2) ☐ musculus serratus anterior (спереди)
- 3) ☒ наружной межреберной мышцей (спереди)
- 4) ☒ внутренней межреберной мышцей (сзади)
- 5) ☐ musculus latissimus dorsi (сзади)

129. При переломах нижних ребер могут быть повреждены паренхиматозные органы полости живота:

- 1) ☒ печень (справа)
- 2) ☐ двенадцатиперстная кишка
- 3) ☒ селезенка (слева)
- 4) ☒ почка и надпочечник
- 5) ☐ мочеточник

130. Молочная железа характеризуется тесными взаимоотношениями с поверхностной фасцией груди:

- 1) ☒ поверхностная фасция, расщепляясь на две пластинки, образует капсулу органа
- 2) ☒ отдельные фиброзные пучки, начинающиеся от ключицы и грудной фасции и вплетающиеся в толщу жировой и соединительной ткани по задней поверхности железы составляют ligg. suspensoria mammaria
- 3) ☒ отроги поверхностной фасции разделяют орган на доли
- 4) ☐ между поверхностной и собственной фасциями груди находится ретромаммарное пространство
- 5) ☐ от передней поверхности железы к коже направляются соединительнотканые перегородки

131. Молочная железа имеет следующий общий план строения:

- 1) ☒ тело железы; его образуют 15-20 радиально расположенных долей, окруженных жировой тканью
- 2) ☐ молочная железа отделена от собственной фасции груди ретромаммарным пространством
- 3) ☒ доля состоит из долек, открывающихся в млечный проток
- 4) ☒ млечный проток перед вступлением в сосок образует млечный синус
- 5) ☒ концевая суженная часть млечного протока открывается на верхушке соска млечным отверстием (некоторые протоки сливаются, число млечных отверстий от 8 до 15)

132. Изменение формы и размеров молочной железы женщины определяются:

- 1) ☒ возрастом
- 2) ☒ функциональным состоянием органа (беременность, кормление)
- 3) ☒ объемом прослоек жировой ткани, пронизанных пучками волокнистой соединительной ткани (интерстицием)
- 4) ☒ локализацией патологических процессов: мастит, фиброзно-кистозная мастопатия, доброкачественная либо злокачественная опухоли
- 5) ☐ увеличением лимфатических узлов подмышечной области

133. Отток лимфы от молочной железы обеспечивают лимфатические сети:

- 1) ☒ поверхностная, образованная лимфатическими сосудами кожи
- 2) ☐ подмышечные лимфоузлы
- 3) ☐ глубокие латеральные шейные лимфоузлы
- 4) ☒ глубокая сеть, представленная лимфатическими сосудами тела (паренхимы) железы
- 5) ☐ окологрудные лимфоузлы и узлы переднего средостения

134. При метастазировании рака молочной железы рано возникает “кожная дорожка” вследствие того, что:

- 1) ☒ глубокие лимфатические сосуды широко анастомозируют с поверхностными
- 2) ☒ при наличии опухолевого узла развиваются атипичные пути оттока лимфы
- 3) ☐ инфильтрация злокачественными клетками лимфатических сосудов кожи – “кожная дорожка” метастазов указывает на распространенность злокачественного процесса
- 4) ☐ рак молочной железы не метастазирует лимфогенным путем
- 5) ☐ злокачественные клетки транспортируются гематогенным путем (по венам)

135. Лимфатический узел Зоргиуса (или несколько узлов из группы медиальных) располагается при пересечении:

- 1) ☐ ключицы
- 2) ☐ средней ключичной линии
- 3) ☒ нижнего края большой грудной мышцы
- 4) ☐ малой грудной мышцы
- 5) ☒ III ребра

136. Возможные локализации метастазов рака молочной железы лимфогенным путем:

- 1) ☒ подмышечные (все пять групп. Верхушечные лимфоузлы по BNA назывались подключичными)
- 2) ☐ глубокие локтевые лимфоузлы
- 3) ☒ глубокие латеральные шейные лимфоузлы (по BNA – надключичные)
- 4) ☒ окологрудные узлы и узлы средостения
- 5) ☒ подмышечные лимфоузлы противоположной стороны (контралатеральное метастазирование)

137. При наличии опухолевого узла в молочной железе и жалобы на боли в шейном и верхнем грудном отделах позвоночного столба следует заподозрить метастазы в позвоночнике, распространившиеся по венам:

- 1) ☐ 3-7-я верхние задние межреберные вены соединяются с передними межреберными венами
 - 2) ☒ при развитии злокачественной опухоли имеют место атипичные пути оттока крови от молочной железы
 - 3) ☒ частично отток крови от молочной железы происходит в задние межреберные вены
 - 4) ☒ в каждую из задних межреберных вен впадает межпозвоночная вена
 - 5) ☒ межпозвоночная вена образуется из вен наружных и внутренних позвоночных сплетений
-

138. Артериями грудной стенки, участвующими в коллатеральном кровообращении при окклюзии брюшной части аорты, являются:

- 1) ☐ латеральная грудная
 - 2) ☐ бронхиальные ветви грудной части аорты
 - 3) ☒ внутренняя грудная
 - 4) ☒ верхняя надчревная
 - 5) ☒ межреберные
-

139. К «слабым» участкам диафрагмы треугольной формы, где грудно-брюшная преграда образована соединением внутригрудной и внутрибрюшной фасций, относятся:

- 1) ☐ пищеводное отверстие
 - 2) ☒ правый грудино-реберный треугольник (щель Морганьи)
 - 3) ☒ правый пояснично-реберный треугольник (правая щель Бохдалека)
 - 4) ☒ левый пояснично-реберный треугольник (левая щель Бохдалека)
 - 5) ☒ левый грудино-реберный треугольник (щель Ларрея)
-

140. В «слабых» участках диафрагмы могут иметь место следующие патологические процессы:

- 1) ☐ аневризма брюшной части аорты

- 2) ☒ прорыв забрюшинного абсцесса в подплевральное пространство грудной полости
- 3) ☒ диафрагмальная грыжа
- 4) ☒ распространение абсцесса из подплеврального пространства в забрюшинное
- 5) ☐ эмпиема плевры

141. Прохождение нижней полой вены в отверстии диафрагмы объясняет следующие сосудистые феномены:

- 1) ☒ сокращение диафрагмы способствует оттоку крови из поддиафрагмального отдела v. cava inferior в правое предсердие («пульсация» вены)
- 2) ☒ изменяется давление в грудной и брюшной полостях
- 3) ☒ при вдохе на уровне диафрагмы происходит сдавление и перегиб нижней полой вены (внеорганный «клапан»)
- 4) ☐ образование диафрагмальных грыж
- 5) ☒ при хроническом неспецифическом заболевании легкого вследствие значительного увеличения сагиттального и трансверсального размеров грудной клетки имеет место уплощения диафрагмы, с грубыми гемодинамическими расстройствами кровотока по v. cava inferior

142. Анатомо-функциональные различия листков плевры состоят в следующем:

- 1) ☐ между листками плевры образуется плевральная полость, в углублениях которой скапливается патологическая жидкость
- 2) ☒ висцеральная плевра прочно соединена с паренхимой лёгкого, париетальная – рыхло(посредством подсерозной основы)
- 3) ☒ висцеральная плевра продуцирует серозную жидкость, париетальная – резорбирует
- 4) ☒ плевральные листки обладают пластичностью – свойством образовывать спайки
- 5) ☒ париетальная плевра получает богатую чувствительную иннервацию, висцеральная – иннервируется нервами лёгкого

143. При мобилизации верхушки лёгкого могут быть повреждены крупные кровеносные сосуды:

- 1) ☐ плечеголовной ствол
- 2) ☒ подключичная вена
- 3) ☐ левая плечеголовная вена
- 4) ☒ подключичная артерия
- 5) ☐ верхняя полая вена

144. Плевральная полость имеет следующие углубления или синусы:

- 1) ☐ купол плевры
- 2) ☒ реберно-диафрагмальный (по linea axillaris media глубиной 6-8 см)
- 3) ☒ реберно-медиастинальный
- 4) ☐ косой синус перикарда
- 5) ☒ диафрагмально-медиастинальный

145. Основные локализации гнойников молочной железы:

- 1) ☒ в подкожной клетчатке – пре- или антемаммарный абсцесс
- 2) ☐ флегмона поверхностного субпекторального пространства
- 3) ☒ в паренхиме железы – интерстициальный и паренхиматозный мастит
- 4) ☐ флегмона глубокого субпекторального пространства
- 5) ☒ в ретромаммарном пространстве (ретромаммарный абсцесс)

146. Для вскрытия гнойного мастита и ретромаммарного абсцесса применяют разрезы:

- 1) ☒ линейные радиальные – от ореолы к периферии, по Ангереру

- 2) ☒ полукружный – по кожной складке основания молочной железы, по Барденгейеру
- 3) ☒ по нижнему краю большой грудной мышцы
- 4) ☒ полукружный по границе ареолы
- 5) ☐ горизонтальный на уровне III ребра

147. Линейные радиальные разрезы при гнойном мастите имеют недостатки:

- 1) ☒ не удовлетворяют требованиям косметичности
- 2) ☒ провоцируют рубцовую деформацию органа
- 3) ☐ характеризуется значительной кровопотерей
- 4) ☒ необходимость компрессионной повязки с приподнятым положением органа
- 5) ☒ при острой гнойной инфильтрации железы используются 3-4 линейных разреза

148. Показания к секторальной резекции молочной железы:

- 1) ☒ доброкачественная опухоль
- 2) ☐ кистозно-фиброзная мастопатия
- 3) ☒ ретенционная киста
- 4) ☐ острый гнойный мастит
- 5) ☐ ретромаммарная флегмона

149. Этапы секторальной резекции молочной железы:

- 1) ☒ разрез кожи, окаймляющий узел, с последующей отсепаровкой кожи и подкожной основы
- 2) ☒ в пределах здоровых тканей в виде клина иссекают одну или несколько долек по междолевым перегородкам

- 3) ☒ обеспечивают тщательный гемостаз; стенки полости соединяют кетгутовыми швами
- 4) ☒ рану дренируют полоской перчаточной резины на 1-2 суток и накладывают кожные швы
- 5) ☐ рану ушивают наглухо
-

150. Пункцию плевральной полости при гидротораксе выполняют в следующем положении больного:

- 1) ☒ сидя на перевязочном столе
- 2) ☒ туловище наклоняется вперед
- 3) ☒ рука на стороне пункции приподнимается
- 4) ☐ верхняя часть туловища отклоняется кзади
- 5) ☐ больной находится в горизонтальном положении
-

151. С целью удаления патологической жидкости пункцию плевральной полости осуществляют, ориентируясь на:

- 1) ☐ X-XII ребро
- 2) ☒ верхний край ребра
- 3) ☒ VII-VIII ребро
- 4) ☒ между средней подмышечной и лопаточной линиями
- 5) ☐ по средней ключичной линии
-

152. Внешними ориентирами пункции плевральной полости при пневмотораксе являются:

- 1) ☐ I ребро
- 2) ☐ средняя подмышечная линия
- 3) ☒ II-III ребро
-

4) ☒ средняя ключичная линия

5) ☐ V ребро

153. К возможным осложнениям пункции плевральной полости относятся:

1) ☒ пневмоторакс

2) ☒ ранение легкого

3) ☒ повреждение срезом иглы межреберного нерва

4) ☐ прокол поперечной ободочной кишки

5) ☒ ранение печени (справа), селезенки (слева)

154. Показания к резекции ребра:

1) ☐ fractura ребра

2) ☒ остеомиелит

3) ☒ туберкулез ребра

4) ☒ иссечение здоровых ребер для расширения оперативного доступа в грудную полость

5) ☒ исправление деформаций грудной клетки или использование ребра для свободной костной пластики

155. Этапы поднадкостничной резекции ребра при торакотомии:

1) ☒ мягкие ткани рассекают по ходу ребра, надкостницу вдоль середины ребра, а у концов разреза - поперек

2) ☒ надкостницу отделяют от ребра с сохранением межреберного сосудисто - нервного пучка

3) ☒ ребро по краям отделенной надкостницы рассекают кусачками (у детей - ножницами)

4) ☐ послойно рассекают оставшиеся слои межреберного промежутка

- 5) ☐ осуществляют резекцию ребра вместе с надкостницей
-

156. Проникающие ранения грудной стенки осложняются:

- 1) ☐ спаечным процессом в плевральной полости
- 2) ☒ развитием плевро-пульмонального шока
- 3) ☒ пневмотораксом и его следствием - ателектазом легкого
- 4) ☒ гемотораксом- кровотечением в плевральную полость
- 5) ☒ инфицированием плевральной полости
-

157. Виды пневмоторакса:

- 1) ☒ открытый- сообщение плевральной полости с атмосферным воздухом через дефект грудной стенки
- 2) ☐ ателектаз легкого
- 3) ☒ закрытый- следствие закрытого повреждения легкого при целостности грудной стенки или отсутствия зияния ее раны
- 4) ☐ спаечный процесс в области основания легкого
- 5) ☒ клапанный – при ранениях грудной стенки и закрытых повреждениях легкого, когда поврежденные ткани, как клапан, пропускают воздух только в плевральную полость; с каждым вдохом нарастает сдавление легкого
-

158. Хирургическая операция при открытом пневмотораксе включает:

- 1) ☐ рассечение в области шеи n. phrenicus на стороне оперативного вмешательства
- 2) ☒ иссечение краев раны в пределах здоровых участков
- 3) ☒ ревизию легкого и плевральной полости с тщательным гемостазом
- 4) ☒ устранение зияния раны грудной стенки
-

5) ☒ дренирование плевральной полости

159. Рану грудной стенки при открытом пневмотораксе ушивают швами:

1) ☐ плевральным

2) ☒ плевро-мышечным

3) ☒ мышечно-фасциальным

4) ☒ кожным (с подкожной основой)

5) ☐ мышечным

160. Дренирование плевральной полости при ушивании открытого пневмоторакса диктуется необходимостью:

1) ☒ удаления оставшегося в плевральной полости воздуха для расправления легкого

2) ☒ ранней диагностики возможных осложнений вследствие погрешностей в технике ушивания раны легкого и грудной стенки (решения вопроса о реторакотомии)

3) ☒ эвакуации из плевральной полости патологической жидкости (экссудата)

4) ☐ стимуляции образования спаечного процесса в зоне операции

5) ☐ введения в плевральную полость антибиотика

161. Легкое имеет следующие поверхности:

1) ☐ Диафрагмальную

2) ☒ Верхушку

3) ☒ Реберную

4) ☒ Медиастинальную

5) ☐ Позвоночную часть реберной поверхности

162. Края легкого отделяют поверхности органа:

- 1) ☒ Передний – реберную от медиастинальной (медиальный)
- 2) ☒ Нижний – реберную и медиастинальную от диафрагмальной
- 3) ☒ Нижний край – реберную от диафрагмальной
- 4) ☐ Передний край – реберную от диафрагмальной
- 5) ☐ Нижний край от ворот легкого

163. Косая щель легкого от уровня остистого отростка III грудного позвонка направляется:

- 1) ☒ Книзу и кпереди по реберной поверхности до нижнего края вблизи его перехода в передний край
- 2) ☒ Соответственно границе костной и хрящевой частей VI ребра
- 3) ☒ Кверху и кзади на медиастинальную поверхность и к воротам легкого
- 4) ☐ Косая щель делит легкое на две обособленные спереди и сзади части, соединяющиеся в области ворот – верхнюю и нижнюю доли
- 5) ☐ Косая щель не выражена

164. Горизонтальная щель правого легкого (у левого её нет) располагается следующим образом:

- 1) ☒ Начинается на реберной поверхности
- 2) ☒ На середине косой щели в месте пересечения со средней подмышечной линией
- 3) ☒ Почти горизонтально направляется кпереди (на уровне IV ребра) до переднего края легкого
- 4) ☐ Горизонтальная щель выражена
- 5) ☒ Переходит на медиастинальную поверхность и достигает ворот легкого, к воротам легкого направляется на уровне VI ребра

165. Основные компоненты корня правого легкого имеют следующую синтопию:

- 1) ☒ Синтопия определяется аббревиатурой «БВВ»
 - 2) ☒ Главный бронх располагается кверху и кзади
 - 3) ☐ Легочная артерия находится кзади от бронха
 - 4) ☒ Легочная артерия – кпереди и книзу от бронха
 - 5) ☒ Легочные вены – кпереди и книзу от легочной артерии
-

166. В левом легком главный бронх и легочные сосуды располагаются под аббревиатурой «АВВ»:

- 1) ☒ Легочная артерия кверху и кпереди от бронха
 - 2) ☒ Бронх – книзу и кзади от легочной артерии
 - 3) ☐ Бронх кзади и кверху от артерии
 - 4) ☒ Легочные вены книзу и кпереди от главного бронха
 - 5) ☐ Легочные вены кверху и кзади от бронха
-

167. В корне легкого главный бронх, легочную артерию и вены сопровождает рыхлая волокнистая соединительная ткань:

- 1) ☐ Предплевральная клетчатка
 - 2) ☒ Парабронхиальное пространство – фасциально-клетчаточный футляр Маршалла, содержащий бронхиальные ветви, лимфатические сосуды, узлы, нервы легкого
 - 3) ☒ Паравазальное пространство
 - 4) ☐ Футляр Маршалла является путем распространения воздуха и инфекции при разрывах и свищах бронхов
 - 5) ☐ Рубцовые изменения паравазального пространства затрудняют мобилизацию легочных сосудов в корне легкого
-

168. По отношению к перикарду легочные сосуды (артерия, верхняя и нижняя вены) имеют отделы:

- 1) ☒ Внеперикардиальный
 - 2) ☐ Устьевые отделы легочных вен
 - 3) ☐ Внутрисвязочный
 - 4) ☒ Внутриперикардиальный
 - 5) ☐ Внесвязочный
-

169. Доля легкого характеризуется следующими признаками:

- 1) ☒ Отграничена от другой доли междолевой бороздой
 - 2) ☒ Вентируется долевым бронхом (II порядка)
 - 3) ☒ Функциональное кровоснабжение (малый круг кровообращения) обеспечивается долевыми артерией и веной (II порядка)
 - 4) ☒ Трофическое кровоснабжение бронхов происходит бронхиальными ветвями грудной части аорты
 - 5) ☐ Доля не имеет внешних ориентиров границ
-

170. Признаки, характеризующие сегмент легкого:

- 1) ☒ Часть доли, отграниченная от других сегментов соединительнотканными прослойками
 - 2) ☒ Граница сегмента соответствует «малососудистой» зоне
 - 3) ☒ Имеет вид пирамиды, основание которой направлено к поверхности легочной плевры, вершина – к воротам легкого
 - 4) ☒ На вершине сегмента находится «ножка» - сегментарные бронх и артерия (II порядка)
 - 5) ☐ «Ножка» сегмента направлена к основанию легкого
-

171. Приемы, позволяющие определить границы сегмента легкого во время операции:

- 1) ☐ Границы сегмента не имеют значения при анатомических резекциях органа

- 2) ☒ Пальцевое сдавление сегментарного бронха в воротах легкого сопровождается спадением паренхимы (ателектаз) в зоне вентиляции бронха
- 3) ☒ Катетеризация сегментарного бронха с последующим повышением давления – легочная паренхима раздувается
- 4) ☒ Введение в сегментарную артерию красящих веществ (зона изменения окраски легочной паренхимы)
- 5) ☐ Определение границ сегмента при анатомической резекции обеспечивает лучшие функциональные результаты в послеоперационном периоде

172. Мобилизация правого главного бронха при пневмонэктомии в условиях спаечного процесса может осложниться повреждением вен:

- 1) ☐ Яремной венозной дуги
- 2) ☒ Непарной
- 3) ☒ Верхней поллой
- 4) ☐ Правой плечеголовной
- 5) ☐ Полунепарной

173. При выделении и обработке левого главного бронха существует опасность ранения артерий:

- 1) ☒ Легочного ствола
- 2) ☐ Плечеголовного ствола
- 3) ☒ Аорты (восходящей части, дуги, грудной аорты)
- 4) ☐левой подключичной
- 5) ☐левой позвоночной

174. Назовите артерии, кровоснабжающие главные бронхи и источник их происхождения:

- 1) ☐ Ветви легочной артерии

- 2) ☒ Бронхиальные ветви
- 3) ☐ Плечеголовной ствол
- 4) ☐ Ветви внутренней грудной артерии
- 5) ☒ Грудная часть аорты

175. Анатомо-функциональные особенности легких, объясняющие частоту локализации туберкулеза в верхних отделах и пневмонии - в нижних:

- 1) ☒ Верхние отделы имеют лучшие условия вентиляции
- 2) ☒ Секрет из бронхиол и бронхов отходит самостоятельно
- 3) ☒ В нижних отделах легкого имеет место застоя секрета в бронхиолах и бронхах
- 4) ☒ Опорожнение компонентов бронхиального дерева нижних отделов требует постурального дренажа
- 5) ☐ Особенности строения и функции бронхиол и бронхов не имеют значения в развитии патологических состояний легкого

176. Операции на легких выполняют посредством:

- 1) ☐ Продольной срединной стернотомии
- 2) ☒ Бронхоскопии
- 3) ☒ Торакоскопии
- 4) ☒ Чресплевральной торакотомии
- 5) ☐ Внеплевральной торакотомии

177. Классические оперативные доступы при открытых операциях на легких:

- 1) ☒ Переднебоковой без рассечения реберных хрящей
- 2) ☒ Переднебоковой с рассечением IV-V реберных хрящей, отступив 2-3 см от грудины (либо с резекцией

одного ребра) вдоль IV межреберного промежутка до linea axillaris posterior

- 3) ☒ Заднебоковой по околопозвоночной линии от ThIV до угла лопатки, далее по VI межреберному промежутку до средней подмышечной линии
- 4) ☒ Боковой доступ («стандартная» торакотомия)
- 5) ☐ Выбор оперативного доступа не определяется видом и локализацией патологического процесса

178. Переднебоковую торакотомию используют для оперативного приема на:

- 1) ☒ Верхней доле
- 2) ☒ Верхнем сегменте (CII)
- 3) ☒ Средней доле (справа)
- 4) ☐ Переднем базальном сегменте (CVIII)
- 5) ☒ Медиальном сегменте (CV)

179. Заднебоковой доступ используют для оперативного приема на:

- 1) ☐ Средней доле (справа)
- 2) ☒ Нижней доле
- 3) ☒ Заднем базальном сегменте (CX)
- 4) ☐ Верхушечном сегменте (CI)
- 5) ☐ Латеральном сегменте (CIII)

180. Суть оперативных приемов «клиновидная» и «краевая» резекции легких состоит в:

- 1) ☒ Удалении небольшого участка легкого
- 2) ☒ Выполнении резекции без учета внутриорганных распределений бронхов и кровеносных сосудов

- 3) ☒ Наложении по линии резекции герметизирующих гемостатических швов
 - 4) ☒ Устранении пострезекционной поверхности легкого
 - 5) ☐ Выполнении резекции с учетом малососудистых зон легкого
-

181. Этапы контроля качества пневморaffии (шва легкого):

- 1) ☒ Плевральную полость заполняют теплым физиологическим раствором
 - 2) ☐ Удаляют отсосом жидкость из плевральной полости
 - 3) ☒ Легкое погружают в жидкость
 - 4) ☒ Анестезиолог повышает давление в дыхательных путях
 - 5) ☐ Критерий герметичности шва легкого – отсутствие пузырьков воздуха и крови
-

182. Типичные этапы пневмонэктомии (после торакотомии):

- 1) ☒ Мобилизация легкого (выделения легкого из сращений – пневмолиз)
 - 2) ☒ Выделение компонентов корня легкого
 - 3) ☒ Раздельная обработка легочных артерии, вен и главного бронха
 - 4) ☒ Удаление легкого
 - 5) ☐ Дренаживание плевральной полости и ушивание раны грудной стенки
-

183. При пневмонэктомии по поводу рака легкого обработку бронхолегочной «триады» начинают с выделения и перевязки:

- 1) ☐ Легочной артерии
 - 2) ☒ Нижней легочной вены
 - 3) ☐ Главного бронха
-

- 4) ☒ Верхней легочной вены
-
- 5) ☐ Цель обработки компонентов бронхолегочной «триады» – предотвратить выброс в кровоток раковых клеток
-

184. В первые часы жизни ребенка легкие изменяют:

- 1) ☒ Положение
-
- 2) ☒ Объем
-
- 3) ☒ Форму
-
- 4) ☐ Изменения легкого не происходит
-
- 5) ☒ Вес
-

185. К грудной части трахеи прилегают крупные кровеносные сосуды:

- 1) ☒ Дуга аорты
-
- 2) ☒ Плечеголовной ствол
-
- 3) ☐ Верхняя полая вена
-
- 4) ☒ Левая плечеголовная вена
-
- 5) ☒ Начальная часть левой общей сонной артерии
-

186. Кзади и с боков к грудной части трахеи прилегают:

- 1) ☒ Пищевод
-
- 2) ☐ Тимус
-
- 3) ☐ Правый диафрагмальный нерв
-
- 4) ☒ Правая медиастинальная плевра
-

5) ☒ Левая медиастинальная плевра

187. В составе эпителиального слоя трахеи находятся:

1) ☒ Реснитчатые эпителиоциты

2) ☒ Бокаловидные клетки, продуцирующие слизь

3) ☒ Базальные (стволовые) клетки

4) ☐ Скопление клеток миелоидного ряда

5) ☒ Эндокриноциты, выделяющие норадреналин, серотонин, дофамин

188. Клиническое значение анатомических взаимоотношений трахеи с аневризмой дуги аорты состоит в том, что:

1) ☐ Синтопия трахеи и крупных артерий грудной полости не имеют клинического значения

2) ☒ Аневризма может разъединить трахею и пищевод

3) ☒ Резко сместить трахею в правую сторону

4) ☒ Постоянное давление и пульсация аневризмы могут сопровождаться изъязвлением стенки трахеи

5) ☒ Аневризма может прорваться в трахею с летальным исходом

189. Вследствие разных условий механического воздействия хрящевой остои бронхов имеет различное строение вне и внутри легкого:

1) ☒ Вне легкого бронхи состоят из хрящевых полуколец

2) ☒ При подходе к воротам легкого между хрящевыми полукольцами появляются хрящевые связи

3) ☒ В сегментарных бронхах полукольца распадаются на отдельные пластинки

4) ☒ По уменьшению диаметра бронхов величина пластинок уменьшается

5) ☐ Бронхи и бронхиолы на всем протяжении имеют одинаковое строение

190. Сужение просвета трахеи вплоть до его закрытия - результат сдавления органа извне:

- 1) ☒ Увеличенными туберкулезными лимфоузлами
- 2) ☒ Опухолями соседних органов средостения
- 3) ☒ Кистами средостения
- 4) ☐ Послеоперационными рубцами грудной стенки
- 5) ☐ При врожденной деформации грудной стенки

191. Осторожность во время бронхоскопии (закупорка единственного бронха!) диктуется наличием вариантов отхождения бронхов и пороков развития легких:

- 1) ☒ Правый верхнедолевой бронх отходит от трахеи на 1,25 см выше carina tracheae (киля)
- 2) ☒ Ателектазы легкого
- 3) ☒ Агенезия легкого
- 4) ☒ Атрезия бронха
- 5) ☐ Атрезия пищевода

192. У маленьких детей главные бронхи характеризуются следующими признаками:

- 1) ☒ Относительно узкие
- 2) ☒ Хрящи мягкие
- 3) ☒ Эластические волокна развиты слабо
- 4) ☒ Слизистая оболочка (как и трахеи) бедна секреторными элементами
- 5) ☐ Бронх по строению не отличается от бронхов взрослого человека

193. До 70% инородных тел локализуется в правом главном бронхе, поскольку он имеет:

- 1) ☒ Более вертикальное направление (является как бы продолжением трахеи)
 - 2) ☐ Три долевых бронха
 - 3) ☒ Меньшую длину (3см)
 - 4) ☒ Стенка содержит 6-8 хрящей
 - 5) ☒ Широкий (диаметр 1,6см)
-

194. Левый главный бронх характеризуется тем, что он:

- 1) ☐ В корне легкого располагается сверху и кзади от легочной артерии
 - 2) ☒ Длиннее правого (4-5см)
 - 3) ☒ Стенка содержит 9-12 хрящей
 - 4) ☒ Уже правого (диаметр 1,3см)
 - 5) ☒ Делится на 2 долевых бронха
-

195. При пневмонэктомии используют следующий способ ушивания культи главного бронха:

- 1) ☒ Накладывают отдельные узловые швы атравматической иглой с синтетической нитью или хромированным кетгутом
 - 2) ☒ Захватывают все оболочки бронха так, чтобы перепончатая стенка соединилась с хрящевой
 - 3) ☒ При необходимости культю бронха укрывают лоскутами медиастинальной плевры (плевризация)
 - 4) ☐ Лигируют главный бронх толстой шелковой лигатурой
 - 5) ☒ Используют механический шов ушивателем культи бронха (например, УКБ-40)
-

196. Для профилактики бронхо-плеврального свища можно использовать пластическое укрытие культи бронха:

- 1) ☒ Медиастинальной плеврой

- 2) ☐ Лоскутом фиброзного перикарда
 - 3) ☒ Долевой или сегментарный бронх укрывают прилежащей легочной паренхимой
 - 4) ☒ Мышечным лоскутом диафрагмы на сосудистой «ножке»
 - 5) ☐ Фасциально-клетчаточным футляром Маршалла
-

197. Требования к пневморафии:

- 1) ☒ Обеспечение аэрозаза, т.е. герметичности
 - 2) ☒ Достижение тщательного гемостаза
 - 3) ☒ Рану захватывают на всю глубину; оставшаяся полость может быть местом развития абсцесса легкого
 - 4) ☐ Интраоперационный контроль качества шва легкого
 - 5) ☐ При необходимости герметичность шва обеспечивается вторым рядом – плевро-плевральным швом
-

198. Способы дренирования абсцессов легкого:

- 1) ☐ Пневмотомию выполняют таким образом, чтобы исключить инфицирование плевральной полости
 - 2) ☒ Бронхоскопическая катетеризация абсцесса при условии сообщения абсцесса с бронхом
 - 3) ☒ Одномоментная пневмотомия при наличии в зоне абсцесса спаек париетальной и легочной плевры
 - 4) ☒ Двухэтапная пневмотомия при отсутствии спаечного процесса между плевами
 - 5) ☒ Выраженная интоксикация организма диктует необходимость одномоментной пневмотомии даже при отсутствии плевральных спаек
-

199. Методы исследования, необходимые для уточнения локализации абсцесса легкого:

- 1) ☐ Пункция абсцесса
 - 2) ☒ Физикальный (перкуссия, аускультация)
-

- 3) ☒ Рентгенологический
 - 4) ☒ Компьютерная томография
 - 5) ☐ Бронхография
-

200. Этапы одномоментной пневмотомии при абсцессе легкого:

- 1) ☒ Послойный разрез мягких тканей (10-12см) вдоль ребра в проекции абсцесса
 - 2) ☒ Поднадкостничная резекция 1-2 ребер (10-12см) и рассечение внутренней пластинки надкостницы над абсцессом
 - 3) ☒ При спайках тупым путем на протяжении 5-7см отслаивают плевру от межреберных мышц, в середине этого места толстой иглой пунктируют легкое
 - 4) ☒ При получении гноя, абсцесс вскрывают электроножом, обследуют полость (пальцем, обернутым марлевым тампоном) и дренируют тонким катетером
 - 5) ☐ В послеоперационном периоде ежедневное введение в полость гнойника антибиотиков
-

201. Дренажирование гнойной полости легкого тонкой резиновой трубкой обеспечивает:

- 1) ☒ Эвакуацию гнойного отделяемого
 - 2) ☒ Введение в гнойную полость антибиотиков
 - 3) ☐ Надежный гемостаз
 - 4) ☐ Расправление легкого
 - 5) ☒ Склерозирование гнойной полости
-

202. Этапы двухмоментной пневмотомии при абсцессе легкого:

- 1) ☒ Рассечение мягких тканей по ходу ребра и поднадкостничная резекция 2-х ребер над абсцессом
 - 2) ☒ Отдавливание в плевральную полость надкостницы, вместе с париетальной плеврой, смазанной йодной настойкой (провокация образования спайки)
-

- 3) ☒ Прижатие париетальной плевры к легочной марлевым тампоном, введенным в рану
- 4) ☒ Через 8-10 дней рану грудной стенки раскрывают, тампон удаляют; в области спайки пунктируют и по игле вскрывают абсцесс
- 5) ☐ В послеоперационном периоде контролируют кислотно-щелочное состояние организма

203. Поступление в легкие насыщенного кислородом воздуха и его выведение (газообмен) обеспечивается:

- 1) ☒ Активными дыхательными движениями грудной стенки
- 2) ☒ Сокращением и расслаблением диафрагмы
- 3) ☒ Сократительной способностью легкого в сочетании с функцией дыхательных путей
- 4) ☒ Коллатеральным дыханием (в обход бронхов и бронхиол)
- 5) ☐ Расстройство функции аппарата, обеспечивающего дыхание, сопровождается дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью

204. Коллатеральное дыхание у взрослых осуществляется посредством своеобразно построенных ацинусов:

- 1) ☒ В нижних долях легкого локализуются атипичные комплексы альвеол и альвеолярных ходов, нечетко разграниченных на дольки и ацинусы
- 2) ☒ В стенках альвеол имеются поры
- 3) ☒ Альвеолы и альвеолярные ходы приобретают вид трабекулярных тяжей
- 4) ☒ Альвеолярные тяжи создают условия для коллатерального дыхания
- 5) ☐ Разрастание соединительной ткани в паренхиме легкого обуславливает развитие легочной гипертензии

205. Вторичные гнойные плевриты (90% всех гнойных плевритов или эмпием плевры) возникают как осложнение:

- 1) ☐ Воспалительных процессов органов шеи
- 2) ☒ Бронхопневмонии

- 3) ☒ Лимфаденитов трахеальных и бронхиальных узлов
 - 4) ☒ Крупозного воспаления легкого
 - 5) ☒ Абсцесса легкого
-

206. По С.Д. Терновскому, «жалобы на боли в животе при гнойном плеврите в случае недостаточно внимательного обследования могут привести к неправильному диагнозу»:

- 1) ☒ Острый аппендицит
 - 2) ☐ Глистная непроходимость
 - 3) ☒ Острый холецистит
 - 4) ☐ Илеоцекальная инвагинация
 - 5) ☒ Острый панкреатит
-

207. При лечении гнойного плеврита следует придерживаться следующих правил:

- 1) ☒ Полное удаление гноя из плевральной полости
 - 2) ☒ Сохранение отрицательного внутриплеврального давления
 - 3) ☒ Исключение коллабирования легкого
 - 4) ☒ Введение в плевральную полость антибиотиков
 - 5) ☐ Осуществление аспирации, не впуская воздух в плевральную полость
-

208. Раскройте понятие «межплевральный промежуток» и его клиническое значение:

- 1) ☒ промежуток между правой и левой медиастинальными плеврами соответственно передней и задней грудным стенкам
 - 2) ☒ возможность внеплеврального доступа к органам переднего и заднего средостения
 - 3) ☐ при доступах к органам средостения через межплевральный промежуток исключается пневмоторакс
-

- 4) ☐ не происходит инфицирование плевральной полости
- 5) ☐ отсутствует необходимость дренирования плевральной полости
-

209. Передний межплевральный промежуток состоит из полей:

- 1) ☐ правого
- 2) ☒ верхнего
- 3) ☐ левого
- 4) ☒ нижнего
- 5) ☐ купола плевры
-

210. Передний и задний межплевральные промежутки - это промежутки между:

- 1) ☐ легочной и париетальной плеврами
- 2) ☒ правой париетальной плеврой
- 3) ☒ левой париетальной плеврой
- 4) ☐ грудиной и перикардом
- 5) ☐ перикардом и пищеводом
-

211. Оперативный доступ к органам средостения через межплевральные промежутки называется:

- 1) ☐ «стандартной» торакотомией
- 2) ☒ внеплевральным (без вскрытия плевральной полости)
- 3) ☒ продольной стернотомией
- 4) ☐ передне-боковой торакотомией
- 5) ☐ задне-боковой торакотомией
-

212. Fascia endothoracica, выстилающая полость груди, имеет следующие пластинки:

- 1) ☒ реберную
- 2) ☒ диафрагмальную
- 3) ☐ ключично-грудную
- 4) ☐ собственную фасцию груди
- 5) ☒ средостенную

213. Загрудинное клетчаточное пространство, через которое проводится бланша стернотомы, ограничено:

- 1) ☒ спереди – задней поверхностью грудины
- 2) ☒ сзади – загрудинной фасцией, частью fascia endothoracica
- 3) ☒ с боков – фасциальными перегородками загрудинной фасции к краям грудины
- 4) ☒ сверху – фиксацией загрудинной фасции к яремной вырезке грудины (отделяет загрудинное пространство от пространств шеи); снизу – прикреплением к диафрагме
- 5) ☐ латерально от этих перегородок внутригрудная фасция образует влагалище для внутренних грудных сосудов

214. Tela subserosa между fascia endothoracica и плеврой развита неравномерно:

- 1) ☒ в пределах купола плевры и верхних ребер выражена, что обеспечивает свободное отслоение плевры
- 2) ☒ латерально от позвоночника на ширину 5-6 см значительный слой субсерозной основы создает возможность внеплеврального доступа в заднее средостение
- 3) ☒ книзу от IV ребра этот слой распространяется до диафрагмы
- 4) ☒ в переднем направлении – достигает границы перехода ребра в реберные хрящи
- 5) ☐ подсерозная основа во всех отделах грудной полости развита слабо

215. Средостение ограничено:

- 1) ☒ спереди – грудиной и за грудиной фасцией
- 2) ☒ сзади – грудным отделом позвоночника и шейками ребер, выстланных предпозвоночной фасцией (часть внутригрудной фасции)
- 3) ☒ с боков – средостенной плеврой и прилежащими к ней средостенными пластинками внутригрудной фасции
- 4) ☒ снизу – верхней фасцией диафрагмы
- 5) ☐ с боков – медиастинальными поверхностями легких

216. На уровне верхней грудной апертуры клетчатка средостения отделена от фасциально-клетчаточных пространств шеи фасциальными отростками, расположенными между органами и связанными с фасциями, покрывающими:

- 1) ☐ большую грудную мышцу
- 2) ☒ грудину
- 3) ☒ ключицу
- 4) ☐ переднюю лестничную мышцу
- 5) ☒ тела грудных позвонков

217. К клетчаточным пространствам средостения относятся:

- 1) ☒ околотрахеальное и окологлоточное
- 2) ☒ за грудиной
- 3) ☒ околоаортальное
- 4) ☒ позадиперикардальное
- 5) ☐ предпозвоночное

218. В соответствии с анатомической номенклатурой по отношению к горизонтальной плоскости, проходящей через границу рукоятки и тела грудины (спереди) и тел ThIV-ThV (сзади) средостение состоит из отделов:

- 1) ☒ верхнего
- 2) ☐ среднего
- 3) ☒ нижнего
- 4) ☐ заднего
- 5) ☐ переднего

219. С позиций оперативных доступов к органам средостение разделено на отделы:

- 1) ☒ верхнее
- 2) ☒ переднее
- 3) ☒ среднее
- 4) ☒ заднее
- 5) ☐ переднее межплевральное поле

220. Части нижнего средостения:

- 1) ☐ верхнее
- 2) ☒ переднее
- 3) ☒ среднее
- 4) ☒ заднее
- 5) ☐ перикардальная полость

221. Верхнее средостение сверху и снизу ограничено:

- 1) ☒ Apertura thoracis superior (органы шеи продолжаютя в органы средостения)
 - 2) ☒ горизонтальной плоскостью, проходящей по верхнему краю корней легких
 - 3) ☐ куполом плевры
 - 4) ☐ дугой аорты
 - 5) ☐ передне-нижней пазухой перикарда
-

222. Передний отдел нижнего средостения, между телом грудины и передней стенкой перикарда, содержит:

- 1) ☒ a. et v. thoracicae internae
 - 2) ☐ верхнюю полую вену
 - 3) ☒ за грудиные лимфоузлы
 - 4) ☒ передние средостенные лимфоузлы
 - 5) ☐ нижнюю полую вену
-

223. В среднем средостении расположены:

- 1) ☒ перикард с заключенным в нем сердцем и внутриверикардальными отделами крупных кровеносных сосудов
 - 2) ☒ бифуркация трахеи с главными бронхами
 - 3) ☒ легочные артерии и вены
 - 4) ☐ нижняя полая вена
 - 5) ☒ диафрагмальные нервы с сопровождающими их диафрагмально-перикардальными венами, а также лимфоузлы
-

224. В заднем средостении, между бифуркацией трахеи, задней стенкой перикарда и позвоночником, содержатся:

- 1) ☒ часть грудной аорты и грудной проток
 - 2) ☒ пищевод и сопровождающие его блуждающие нервы с пищеводным сплетением
 - 3) ☒ непарная и полунепарная вена и лимфоузлы
 - 4) ☒ симпатические стволы с их узлами, большие и малые грудные внутренностные нервы
 - 5) ☐ нижняя полая вена
-

225. В строении перикарда, как фиброзно-серозного мешка, различают слои:

- 1) ☐ загрудинную фасцию
 - 2) ☒ фиброзный (наружный), который переходит на стенки внеперикардальных отделов кровеносных сосудов, образуя для них сосудистые влагалища
 - 3) ☐ подслизистую основу пищевода
 - 4) ☒ серозный (внутренний), париетальную пластинку, которая выстилает изнутри фиброзный перикард, и висцеральную пластинку – наружную оболочку сердца – эпикард
 - 5) ☐ предпозвоночную фасцию
-

226. У перикарда различают следующие отделы:

- 1) ☐ фиброзный перикард
 - 2) ☒ грудино-реберный (передний) – между правой и левой медиастинальными плеврами, соединенный с грудиной грудино-перикардиальными связками
 - 3) ☒ диафрагмальный (нижний), сращенный с сухожильным центром диафрагмы
 - 4) ☒ средостенный (правый и левый), спереди и латеральных сторон сращенный с медиастинальной плеврой
 - 5) ☐ серозный перикард
-

227. Сзади средостенный отдел перикарда прилежит к:

- 1) ☐ верхней полой вене
 - 2) ☒ пищеводу
 - 3) ☒ грудной части аорты
 - 4) ☒ непарной и полунепарной венам
 - 5) ☐ нижней полой вене
-

228. В перикардиальной полости между перикардом, поверхностью сердца и крупными сосудами образуются пазухи:

- 1) ☒ поперечная
 - 2) ☒ косая
 - 3) ☐ реберно-медиастинальная
 - 4) ☐ диафрагмально-медиастинальная
 - 5) ☒ передне-нижняя (выделяется клиницистами)
-

229. При переходе грудино-реберного перикарда в диафрагмальный образуется передне-нижняя пазуха, где может скапливаться:

- 1) ☒ кровь (гемоперикард)
 - 2) ☒ транссудат (гидроперикард)
 - 3) ☒ экссудат
 - 4) ☐ воздух
 - 5) ☒ лимфа
-

230. Стенки поперечной пазухи, расположенной у основания сердца, образованы:

- 1) ☒ спереди и сверху – легочным стволом

- 2) ☒ сзади – передней поверхностью правого предсердия
- 3) ☒ сзади – v. cava superior
- 4) ☒ спереди и сверху – начальным отделом восходящей части аорты
- 5) ☐ в поперечную пазуху можно войти слева – со стороны truncus pulmonalis, справа – со стороны восходящей части аорты

231. Косая пазуха перикарда, находящаяся на диафрагмальной поверхности сердца, ограничена:

- 1) ☒ устьевыми отделами левых легочных вен – слева
- 2) ☒ нижней полой веной – справа
- 3) ☒ левым предсердием – спереди
- 4) ☒ перикардом – сзади
- 5) ☐ при гнойном перикардите в косой пазухе могут локализоваться абсцессы

232. Для осмотра косой пазухи следует сместить сердце:

- 1) ☒ кпереди
- 2) ☐ влево
- 3) ☒ кверху
- 4) ☐ кзади
- 5) ☒ вправо

233. Перикардиотомию внеплевральным доступом можно осуществить в пределах пригрудинного поля, соответственно:

- 1) ☒ прикреплению грудино-реберной части перикарда к грудной стенке
- 2) ☒ V-VII левым реберным хрящам

- 3) ☒ грудине
 - 4) ☐ яремной вырезке грудины
 - 5) ☐ на уровне VI-VII межреберных промежутков и linea axillaris media
-

234. Поперечный синус перикарда используют при:

- 1) ☒ операциях на «сухом» сердце (при подключении аппарата искусственного кровообращения)
 - 2) ☒ трансплантации сердца
 - 3) ☐ обработке легочных артерии и вен при пневмонэктомии по поводу рака легкого с метастазами в корне органа
 - 4) ☐ пункции перикарда
 - 5) ☐ перикардиотомии для дренирования полости перикарда
-

235. Перикард новорожденного ребенка характеризуется:

- 1) ☒ шаровидной (округлой) формой, плотно прилегает к сердцу
 - 2) ☒ верхняя его граница располагается высоко – по линии, соединяющей грудино-ключичные суставы, нижняя – соответствует нижней границе сердца
 - 3) ☒ подвижный вследствие незрелости грудино-перикардальных связок
 - 4) ☒ незначительным объемом полости
 - 5) ☐ к 14 годам границы перикарда и его взаимоотношения с органами средостения такие же, как у взрослых
-

236. Форма сердца непостоянна, она зависит от:

- 1) ☐ изменения давления в грудной полости
 - 2) ☒ возраста
-

- 3) ☒ патологических состояний органа
-
- 4) ☒ конституции
-
- 5) ☐ патологических состояний органов брюшной полости
-

237. Сердце имеет поверхности:

- 1) ☐ apex cordis
-
- 2) ☒ грудино-реберную, или переднюю, обращенную к груди и реберным хрящам
-
- 3) ☒ нижнюю, или диафрагмальную, которую в клинике называют задней
-
- 4) ☒ легочные, или боковые поверхности, которые видны при смещении легких от сердца
-
- 5) ☐ basis cordis
-

238. Передняя поверхность сердца образована:

- 1) ☒ передней стенкой правого желудочка
-
- 2) ☒ лишь вдоль левого края – левым желудочком
-
- 3) ☒ передней стенкой правого предсердия и правым ушком – сверху и справа
-
- 4) ☒ верхушкой левого ушка, прикрывающей truncus pulmonalis
-
- 5) ☐ левым предсердием
-

239. Крупные кровеносные сосуды, начальные отделы которых относятся к передней поверхности сердца:

- 1) ☒ верхняя полая вена – справа и несколько кзади
-
- 2) ☒ восходящая часть аорты – между v. cava inferior et truncus pulmonalis
-
- 3) ☒ легочный ствол, занимающий левостороннее положение
-
- 4) ☐ венечный синус сердца
-

5) ☐ нижняя полая вена

240. На передней поверхности сердца имеются борозды:

1) ☒ венечная – граница предсердий и желудочков

2) ☐ в этой борозде в подэпикардиальной клетчатке расположена правая венечная артерия

3) ☒ передняя межжелудочковая борозда соответствует межжелудочковой перегородке

4) ☐ в этой борозде проходит передняя межжелудочковая ветвь левой венечной артерии

5) ☐ в этой же борозде лежит большая вена сердца

241. Диафрагмальная (задняя) поверхность сердца ограничена:

1) ☐ легочным стволом

2) ☒ левым предсердием

3) ☒ правым предсердием

4) ☒ частью (небольшой) левого желудочка

5) ☐ прилежит к органам заднего средостения

242. В венечной борозде задней поверхности сердца располагаются:

1) ☒ правая венечная артерия

2) ☒ огибающая ветвь левой венечной артерии

3) ☒ венечный синус

4) ☒ малая вена сердца

5) ☐ легочный ствол

243. Вдоль задней межжелудочковой борозды, соответственно заднему краю межжелудочковой перегородки, располагаются:

- 1) ☒ задняя межжелудочковая ветвь правой венечной артерии
- 2) ☒ средняя вена сердца
- 3) ☐ венечный синус
- 4) ☐ малая вена сердца
- 5) ☐ нижняя полая вена

244. Оболочки сердца:

- 1) ☐ фиброзный перикард
- 2) ☒ эпикард – наружная оболочка – висцеральный листок серозного перикарда
- 3) ☒ миокард – до 7/10 толщины стенки сердца – сердечная поперечно-полосатая мышечная ткань, состоящая из кардиомиоцитов
- 4) ☒ эндокард – один слой эндотелиоцитов на базальной мембране; на границе с миокардом имеется тонкий слой рыхлой волокнистой соединительной ткани
- 5) ☐ париетальный листок серозного перикарда

245. Полость сердца состоит из камер:

- 1) ☐ левого, или артериального сердца; правого, или венозного сердца
- 2) ☒ левого предсердия
- 3) ☒ левого желудочка
- 4) ☒ правого предсердия
- 5) ☒ правого желудочка

246. В правом предсердии различают:

- 1) ☐ устье нижней поллой вены
- 2) ☒ венозный синус
- 3) ☒ собственное правое предсердие
- 4) ☒ правое ушко сердца
- 5) ☐ устье верхней поллой вены

247. Межпредсердная перегородка со стороны atrium dextrum имеет:

- 1) ☒ овальную ямку, закрытую тонкой мембраной
- 2) ☒ ямка является остатком заросшего овального отверстия, сообщавшего у плода правое и левое предсердия
- 3) ☐ незаращение fossa ovale, особенно в сочетании с другими пороками (стеноз митрального клапана), приводит к тяжелым расстройствам кровообращения
- 4) ☐ первичные дефекты межпредсердной перегородки характеризуются щелевидно-клапанным строением, пропускают кровь справа – налево
- 5) ☐ дефект межпредсердной перегородки не имеет клинического значения

248. Межжелудочковая перегородка имеет части:

- 1) ☐ среднюю
- 2) ☒ мышечную – передне-нижнюю (большую)
- 3) ☒ перепончатую – верхне-заднюю (ближе к предсердиям)
- 4) ☐ верхнюю
- 5) ☐ нижнюю

249. В верхней части правый желудочек имеет отверстия:

- 1) ☐ верхней полой вены
- 2) ☒ правое предсердно-желудочковое
- 3) ☐ отверстие венечного синуса
- 4) ☐ артериальный конус с наджелудочковым гребнем
- 5) ☒ отверстие легочного ствола

250. Правое предсердно-желудочковое отверстие закрыто правым предсердно-желудочковым (трехстворчатым) клапаном:

- 1) ☒ на передней поверхности – передняя створка
- 2) ☒ на задне-латеральной – задняя створка
- 3) ☐ при сокращении желудочков свободные края створок смыкаются
- 4) ☒ на медиальной полуокружности – перегородочная створка
- 5) ☐ створки в предсердии не выворачиваются, поскольку со стороны желудочка их удерживают сухожильные хорды

251. У правого предсердия имеются отверстия:

- 1) ☒ верхней полой вены
- 2) ☒ нижней полой вены
- 3) ☐ вдоль нижнего края отверстия v. cava inferior расположена заслонка нижней полой вены
- 4) ☐ у эмбриона (и плода) заслонка v. cava inferior направляет кровь из правого предсердия в левое через овальное отверстие
- 5) ☐ между отверстиями полых вен располагается межвенозный бугорок – остаток клапана, направляющий у эмбриона кровь из v. cava superior в правое предсердно-желудочковое отверстие

252. Кроме отверстий полых вен в правом предсердии находятся:

- 1) ☒ правое предсердно-желудочковое отверстие
- 2) ☒ отверстие венечного синуса (между отверстием нижней полых вены и предсердно-желудочковым отверстием)
- 3) ☒ в устье венечного синуса – тонкая серповидная складка – заслонка венечного синуса
- 4) ☒ рядом с отверстием венечного синуса – отверстие наименьших вен
- 5) ☐ отверстие легочного ствола

253. У начала легочного ствола находится клапан, имеющий полулунные заслонки:

- 1) ☒ переднюю
- 2) ☒ левую
- 3) ☒ правую
- 4) ☐ луночку (синус) полулунной заслонки
- 5) ☐ при падении давления в правом желудочке края заслонок смыкаются вследствие возвратного тока крови, заполняющего луночки (синусы)

254. Левое предсердие содержит отверстия:

- 1) ☒ два - правых легочных вен
- 2) ☒ два - левых легочных вен
- 3) ☐ легочные вены не имеют клапанов
- 4) ☒ левое предсердно-желудочковое
- 5) ☐ венечного синуса

255. Левый предсердно-желудочковый (митральный) клапан состоит из створок треугольной формы:

- 1) ☒ передней, начинающейся на медиальной полуокружности отверстия (около межжелудочковой перегородки)
 - 2) ☒ задней, начинающейся от задне-латеральной полуокружности
 - 3) ☐ левой
 - 4) ☐ правой
 - 5) ☐ полулунной
-

256. Аортальное отверстие левого желудочка (находится справа от предсердно-желудочкового отверстия) закрыто клапаном из полулунных заслонок:

- 1) ☒ задней
 - 2) ☒ правой
 - 3) ☒ левой
 - 4) ☐ между каждой заслонкой и стенкой аорты имеется луночка (синус) полулунной заслонки
 - 5) ☐ на середине свободных краев заслонки имеют узелки, более крупные, чем у truncus pulmonalis
-

257. Артерии сердца предрасположены к атеросклеротическому поражению вследствие:

- 1) ☒ отходят под прямым или приближающемуся к нему углом (правая венечная – 63,4%, левая – 42%)
 - 2) ☒ с возрастом влагалище венечных артерий, образованное подэпикардальной основой, склерозируется и срастается с их стенками
 - 3) ☒ венечные артерии имеют «ныряющий» ход (15,2 – 90%: чередование подэпикардального и внутримиокардиального положения)
 - 4) ☒ основная масса крови поступает в артерии при диастоле
 - 5) ☐ артерии и вены сердца образуют третий – венечный круг кровообращения
-

258. Основные компоненты, составляющие проводящую систему сердца:

- 1) ☒ синусно-предсердный узел (узел Киса-Флека в стенке правого предсердия между правым ушком и верхней поллой веной)
- 2) ☒ предсердно-желудочковый узел (узел Ашоффа-Тавара в правом фиброзном треугольнике ниже прикрепления перегородочной створки трехстворчатого клапана)
- 3) ☒ предсердно-желудочковый пучок (пучок Гиса, связывающий миокард предсердий с миокардом желудочков)
- 4) ☒ правая и левая ножки предсердно-желудочкового пучка
- 5) ☐ концевые разветвления волокон проводящей системы (волокна Пуркинье) заканчиваются на кардиомиоцитах желудочков

259. В сердечных ушках, как дополнительных резервуарах крови, могут образовываться тромбы вследствие:

- 1) ☒ замедления кровотока при нарушении сердечной деятельности
- 2) ☒ далеко зашедших стенозах предсердно-желудочковых отверстий
- 3) ☒ мерцательной артерии
- 4) ☒ постинфарктной аневризии левого желудочка
- 5) ☐ атеросклерозе дуги аорты

260. Сущность этапов операции при синдроме Лутембахера (сочетание вторичного дефекта межжелудочковой перегородки со стенозом митрального клапана):

- 1) ☒ рассекают стенку правого предсердия вдоль линии, соединяющей устья верхней и нижней поллой вен
- 2) ☒ в 70-85% случаев края дефекта ушивают обвивным швом
- 3) ☒ при обширных дефектах используют заплату из перикарда или тефлона (у взрослых)
- 4) ☒ одновременно выполняют митральную комиссуротомию
- 5) ☐ операция осуществляется на «сухом» сердце под прикрытием АИК

261. Врожденный дефект межжелудочковой перегородки (болезнь Рожера) характеризуется:

- 1) ☒ в 85-90% случаев – это передний подгребешковый дефект в перепончатой части межжелудочковой перегородки
- 2) ☒ в непосредственной близости от предсердно-желудочкового пучка
- 3) ☒ дефект мышечной части перегородки может быть множественным, типа «швейцарского сыра»
- 4) ☒ закрытие дефекта тefлоновой заплатой на «сухом» сердце возможно из правого предсердия через трикуспидальное отверстие, а также из левого желудочка
- 5) ☐ наибольшая опасность операции – повреждение пучка Гиса или его ножек

262. Пункция перикарда показана при:

- 1) ☐ пневмотораксе
- 2) ☒ гидроперикарде
- 3) ☐ гемотораксе
- 4) ☒ гемоперикарде
- 5) ☐ хилотораксе

263. Внешними ориентирами пункции перикарда по Ларрею являются:

- 1) ☐ верхушка мечевидного отростка
- 2) ☐ яремная вырезка грудины
- 3) ☒ левый край мечевидного отростка
- 4) ☒ место прикрепления хряща VII левого ребра
- 5) ☐ точка Обониака

264. Треугольник безопасности Войнич-Сяноженцкого ограничен:

- 1) ☒ справа – складкой правой медиастинальной плевры
 - 2) ☐ сверху – яремной вырезкой грудины
 - 3) ☒ слева – складкой левой медиастинальной плевры
 - 4) ☐ снизу – реберно-диафрагмальным синусом
 - 5) ☒ снизу – диафрагмой
-

265. При пункции перикарда и перикардиотомии через треугольник безопасности исключаются такие осложнения, как:

- 1) ☐ гемоперикард
 - 2) ☒ пневмоторакс
 - 3) ☐ гидроперикард
 - 4) ☒ инфицирование плевральной полости
 - 5) ☐ повреждение печени
-

266. Для внутрисердечного введения лекарственных веществ используют ориентиры:

- 1) ☒ IV межреберный промежуток
 - 2) ☐ linea medioclavicularis
 - 3) ☐ верхушка мечевидного отростка
 - 4) ☐ угол, образованный левым краем мечевидного отростка и хрящом VII левого ребра
 - 5) ☒ linea parasternalis
-

267. Этапы ушивания раны сердца после перикардиотомии:

- 1) ☒ рану закрывают указательным пальцем левой руки
-

- 2) ☒ края раны сводят «П» - образными держалками
- 3) ☒ рану ушивают узловыми или «П» - образными швами синтетической нитью в атравматической игле с захватыванием всех оболочек сердца, отступив от края 6-8 мм
- 4) ☒ при остановке сердца швы накладывают в промежутках между прямым массажем этого органа
- 5) ☐ фибрилляцию снимают разрядом дефибриллятора с напряжением 2-3кВ

268. При хронической ишемической болезни сердца выполняют следующие операции:

- 1) ☒ стентирование венечной артерии
- 2) ☒ наложение маммарокоронарного анастомоза (используют a. thoracica interna)
- 3) ☒ аортокоронарное шунтирование с использованием аутовены или артерии (притоки v. saphena magna, a. radialis)
- 4) ☐ перевязывают a. thoracica interna
- 5) ☒ трансмиокардиальную лазерную реваскуляризацию миокарда (ТМЛРМ)

270. Виды операций при коарктации аорты - врожденном сужении сегмента аорты дистальнее устья a. subclavia sinistra:

- 1) ☒ резекция коарктации с последующим соединением концов аорты
- 2) ☒ истмопластика - вшивание заплат в место сужения аорты
- 3) ☒ резекция коарктации с пластикой аорты протезом
- 4) ☐ эндартерэктомия из грудной аорты
- 5) ☐ перевязка грудной части аорты

271. Разобщение малого (легочного) и большого (телесного) кругов кровообращения при открытом артериальном (Боталловом) протоке осуществляют посредством:

- 1) ☒ эндоваскулярной эмболизации (трансартериальным, либо трансвенозным доступом)

- 2) ☒ клипирование протока торакоскопическим способом
- 3) ☒ прошивания протока сосудосшивающим аппаратом
- 4) ☒ рассечения протока между зажимами с последующим наложением на аортальный и легочный концы обвивного сосудистого шва (по А.Н. Бакулеву) открытым способом (исторический интерес)
- 5) ☐ стентированием протока

272. Резекцию грудной части пищевода при раке выполняют из следующих доступов:

- 1) ☒ правосторонней торакотомии в VI межреберном промежутке
- 2) ☒ левосторонней торакотомии в VII межреберном промежутке при локализации опухоли в нижней трети грудного отдела пищевода
- 3) ☐ торакоабдоминального доступа
- 4) ☐ «стандартной» торакотомии

273. В процессе мобилизации грудной части пищевода возможны следующие осложнения:

- 1) ☒ правосторонний хилоторакс при ранении грудного протока
- 2) ☒ кровотечение вследствие повреждения непарной вены
- 3) ☒ инфицирование плевральной полости и заднего средостения микрофлорой пищевода
- 4) ☐ ранение v. cava inferior
- 5) ☐ ранение грудной части аорты

274. При раке грудного отдела пищевода используют следующие типы операций:

- 1) ☐ эзофагостомию
- 2) ☒ резекцию пищевода с формированием наружных свищей пищевода и желудка (операция Добромыслова-Торека)

- 3) ☐ эзофаготомию
-
- 4) ☒ резекцию пищевода с восстановлением пищеварительной трубки посредством пищеводно-желудочного или пищеводно-тонкокишечного анастомозов
-
- 5) ☐ желудочно-тощекишечный анастомоз
-

275. Этапы операции Добромыслова-Торека при локализации рака в средней трети пищевода:

- 1) ☒ правосторонняя трансплевральная торакотомия по VI-VIII межреберному промежутку
-
- 2) ☒ мобилизация пищевода и его пересечение выше и ниже опухоли (в соответствии с принципом абластичности)
-
- 3) ☒ ушивание культи пищевода с погружением нижней в желудок и выведением верхней из грудной полости на шею
-
- 4) ☒ формирование эзофагостомы (пищеводного свища) в области шеи и гастростомы (по одному из принятых способов)
-
- 5) ☐ создание эзофаго-эзофагоанастомоза
-

276. Резекция пищевода при раке нижней трети левосторонним торакоабдоминальным доступом может быть завершена следующими способами:

- 1) ☐ созданием эзофаго-эзофагоанастомоза
-
- 2) ☒ пластикой пищевода трубкой из большой кривизны желудка
-
- 3) ☐ формированием наружного свища пищевода
-
- 4) ☒ замещением резецированной части пищевода желудком, поднятым в грудную полость
-
- 5) ☒ наложением эзофагоэзофагоанастомоза
-

277. Для эзофагопластики используют органы брюшной полости:

- 1) ☒ толстую кишку (правую и левую половины)
-

- 2) ☒ большую кривизну желудка
 - 3) ☒ тонкую кишку
 - 4) ☒ илеоцекальный угол
 - 5) ☐ продольную трубку, сформированную из кожи грудной стенки заворачиванием её внутрь эпидермисом (исторический интерес)
-

278. Основные пути проведения участка кишки на «ножке» при эзофагопластике:

- 1) ☒ предгрудинный (антеторакальный)
 - 2) ☒ загрудинный (ретростернальный, через переднее средостение)
 - 3) ☒ через заднее средостение
 - 4) ☒ чресплевральный
 - 5) ☐ бужирование пищевода
-