Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 13.07.2026 11:55:13
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d48027103c1a975e8f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования

Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
_____ Т.Е. Овсянникова
«13» 06 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине Б1.В.01 Оперативная хирургия и топографическая анатомия
(наименование дисциплины)

Для специальности 31.08.67 Хирургия
(код и наименование специальности)

Квалификация выпускника Врач-хирург
(наименование квалификации)

Майкоп

Рабочая программа по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» составлена на основе ФГОС ВО и учебного плана МГТУ по специальности (направление) 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Составитель рабочей программы:

Ст. преподаватель _____ Химишев Ю.З.
(должность, ученое звание, степень) (подпись) (Ф.И.О.)

Рабочая программа утверждена на заседании кафедры госпитальной хирургии и последипломного образования, протокол заседания кафедры № 11 от «17» 06 2026 г

Заведующий кафедрой

«17» 06 2026 г _____ Болоков М.С.
(подпись) (Ф.И.О.)

Согласовано на заседании учебно-методической комиссии ФППО
Протокол № 5 от «30» 06 2026 г.

1. Цели и задачи учебной дисциплины

Основной целью обучения по дисциплине является клинико-анатомическая подготовка ординаторов, необходимая для, самостоятельной врачебной деятельности, овладение базовыми навыками хирургических приёмов, необходимыми в практике каждого врача. Подготовка специалиста к самостоятельной профессиональной деятельности, выполнению лечебно-диагностической, профилактической и реабилитационной помощи в полном объёме в соответствии с освоенными знаниями, практическими умениями и навыками.

Задачи:

- повышение профессионального уровня и степени готовности врача к самостоятельной врачебной деятельности;
- закрепление у ординаторов знаний топографической анатомии областей, органов и систем, обратив особое внимание на клинически важные анатомо-функциональные особенности;
- формирование у ординаторов умений применять полученные топографо-анатомические знания для обоснования диагноза, объяснения особенностей течения патологических процессов, решения диагностических и оперативно-хирургических задач.
- овладение ординаторами оперативными действиями и типовыми хирургическими приемами
- формирование клинического мышления квалифицированного врача, ориентированного в различных разделах хирургической патологии и в смежных специальностях
- приобретение должного объема практических навыков и умений, позволяющих оказывать лечебно-диагностическую помощь в экстренной, неотложной и плановой хирургии при наиболее часто встречающейся патологии;
- освоение вопросов организации хирургической помощи, основ санитарно-эпидемиологического режима, мероприятий по профилактике и реабилитации после частных заболеваний и осложнений в хирургии, а также ведение медицинской документации, в том числе учетно-отчетной;
- определение временной и стойкой нетрудоспособности;
- постоянное совершенствование своей теоретической подготовки в области хирургических болезней и смежных специальностей, формирование у ординаторов знаний топографической анатомии областей, органов и систем.

2. Место дисциплины в структуре ОП по направлению подготовки 31.08.67 Хирургия

Дисциплина «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» входит в перечень курсов вариативной части ОПОП и формирует основы клинического мышления будущего врача-специалиста.

3.Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины

Врач-специалист должен обладать универсальными (УК) и профессиональными компетенциями (ПК):

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной

статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

в лечебной деятельности:

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

в организационно-управленческой деятельности:

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

В результате освоения дисциплины и в соответствии с требованиями врач-специалист **должен**

Знать:

- общий принцип послойного строения человеческого тела;
- топографическую анатомию конкретных областей;
- клиническую анатомию внутренних органов, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных образований, костей и крупных суставов, слабых мест брюшной стенки;
- коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов;
- зоны двигательной и чувствительной иннервации крупными нервами;
- возрастные особенности строения, формы и положения органов;
- наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции;
- показания, технику выполнения простых экстренных хирургических вмешательств:
    - первичная хирургическая обработка ран;
    - ушивание раны брюшной стенки.
- сущность операции, показания, основные этапы более сложных экстренных и плановых хирургических вмешательств:
    - ревизия органов брюшной полости
    - резекция кишки
    - резекция желудка по способу Бильрот -1
    - резекция желудка по способу Бильрот-2
    - резекция желудка по способу в модификации Гофмейстера-Финстерера.
- сосудистый шов;
- прошивание варикозных вен по Шеде-Кохеру, Клаппу-Соколову;
- пластинчатый шов и применение кожной пластики для закрытия ран на лице

Уметь:

- использовать знания по топографической анатомии:
    - для обоснования диагноза
    - для выбора рационального доступа
    - для способа хирургического вмешательства
- для предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографоанатомическими особенностями области;
- пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием;
- выполнять на биологическом (учебном) материале отдельные хирургические приемы и операции:
    - послойное разъединение мягких тканей
    - подкожной клетчатки
    - мышц
    - завязать простой (женский) узел
    - морской узел
    - двойной хирургический узел
    - аподактильный узел
    - наложить швы на рану мышцы

- снять кожные швы
- обнажить: плечевую, лучевую, локтевую артерии
- сшить нерв, сухожилие
- выполнить экзартикуляцию фаланг пальцев кисти и стопы
- ушить рану желудка, тонкой кишки
- сделать разрез для вскрытия панариция
- сделать разрезы для вскрытия флегмон кисти.
- вскрытие и дренирование сальниковой сумки;
- ушивание прободной язвы желудка по Оппелю-Поликарпову

Владеть:

- клинико-анатомическим понятийным аппаратом;
- техникой разъединения тканей, фиксации и экспозиции, соединения тканей, остановки кровотечения.
- медицинской и латинской терминологией
- базовыми оперативными приемами и манипуляциями
- общеупотребительным и специальным хирургическим инструментарием;
- техникой разъединения и соединения тканей, вязания хирургических узлов;
- техникой временной и окончательной остановки кровотечения;
- техникой пункций, блокад, местной и проводниковой анестезии;
- техникой выполнения распространенных и некоторых неотложных хирургических приёмов

Перечень практических навыков:

- использовать знания по топографической анатомии для понимания патогенеза патологических процессов, их локализации, распространения и проявления в виде симптомов и синдромов, обоснования диагноза, выбора и проведения лечения и профилактики заболеваний;
- Подобрать инструменты для фиксации тканей в ходе операции.
- Составить набор инструментов для трахеостомии.
- Выполнить на комплексе гастростомию по Топроверу
- Выполнить пункцию плевральной полости при гидротораксе
- Завязать простой (женский) узловой шов на рану кожи
- Выполнить на трупе пластику передней стенки пахового канала по способу Мартынова
- Зашить краевую рану печени швом Кузнецова - Пенского
- Разъединить кожу (длина кожной раны 6-7 см)
- Выполнить гастростомию по Витцелю
- Продемонстрировать технику выполнения блокады по Школьникову – Селиванову - Цодексу
- Выполнить проводниковую анестезию пястья по Брауну-Усольцевой
- Наложить шов Шмидена на рану тонкой кишки
- Показать на практике как правильно пользоваться скальпелем при разъединении кожи
- Пропунктировать голеностопный сустав
- 13. Выполнить проводниковую анестезию пястья по Брауну-Усольцевой
- 14. Наложить непрерывный обвивной шов (на кишке)
- Показать на практике правила при работе кровоостанавливающим зажимом Бильрота (наложите зажим в ране на сосуд)
- Выполнить блокаду подглазничного нерва
- Выполнить гастростомию по Штамм - Кадеру (один из этапов)
- Выполнить межкишечный анастомоз по типу «бок – в - бок» (один из этапов)

- Пропунктировать лучезапястный сустав
- Выполнить на трупе пластику (наложите 2 шва) передней стенки пахового канала по методу Жирара - Спасокукоцкого со швами Кимбаровского
- Выполнить на комплексе (на appendicis epiploici) аппендектомию
- Разъединить апоневроз (фасцию) длиной до 7 см.
- Наложить на рану мышцы одиночные П-образные швы
- Выполнить пункцию перикарда по Ларрею
- Резецировать сегмент тонкой кишки (один из этапов)
- Показать на практике, как правильно работать иглодержателем при наложении узлового шва на кожу (один из этапов)
- Продемонстрировать технику блокады плечевого сплетения по Куленкампфу
- Наложить кисетный серозно-мышечный шов
- Наложить шов Альберта
- Выполнить пункцию плевральной полости при пневмотораксе
- Выполнить блокаду подбородочного нерва
- Ушить линейную рану длиной 2 см. стенки тонкой кишки
- Ушить колотую рану стенки тонкой кишки
- Пропунктировать локтевой сустав
- Пропунктировать плечевой сустав
- Наложить шов Черни на тонкую кишку
- Пропунктировать коленный сустав
- Выполнить блокаду надглазничного нерва
- Выполнить пункцию брюшной полости при асците
- Наложить шов Мультановского
- Наложить на рану мышцы непрерывный шов
- Наложить шов Альберта
- Снять узловой шов
- Продемонстрировать технику выполнения ваго – симпатическую блокаду по Вишневскому
- Выполнить пункцию плевральной полости при гидротораксе
- Наложить шов Жоли на внутренние губы анастомоза

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

4.1. Объем дисциплины и виды учебной работы по очной форме обучения.

Общая трудоемкость дисциплины составляет **2** зачетных единицы (**72** часа).

Вид учебной работы	**Всего часов**	**Количество зачетных единиц**	**Распределение по курсам**	
			1-й год обучения	**2-й год обучения (3 семестр)**
Общая трудоемкость	**72**	**2**		**72**
Аудиторные занятия	**48**	**1,3**		**48**
Лекции	4	0,1		4
Семинары				
Практические занятия	44	1,2		44
Самостоятельная работа	**24**	**0,7**		**24**
Вид итогового контроля: **зачет**	-	-		**зачет**

4.2. Объем дисциплины и виды учебной работы по заочной форме обучения.

Заочная форма обучения не предусмотрена.

5. Структура и содержание дисциплины

5.1. Структура дисциплины для очной формы обучения

№ п/п	Разделы и темы дисциплины	Вид занятий			Всего	Форма текущего контроля
		Л (ч.)	Пр (ч.)	СР (ч.)		
1.	**Тема.** Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи. Оперативная хирургия головы и шеи	0,5	8	6	14,5	Тестовый контроль, опорос, решение ситуационных задач
2.	**Тема.** Клиническая и топографическая анатомия груди. Оперативная хирургия груди	1	8	6	15	Тестовый контроль, опорос, решение ситуационных задач
3.	**Тема:** Клиническая и топографическая анатомия живота. Оперативная хирургия живота	0,5	12	4	16,5	Тестовый контроль, опорос, решение ситуационных задач
4.	**Тема:** Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности. Оперативная хирургия таза и промежности	1	8	4	13	Тестовый контроль, опорос, решение ситуационных задач
5.	**Тема:** Клиническая и топографическая анатомия конечностей. Оперативная хирургия конечностей	1	8	4	13	Тестовый контроль, опорос, решение ситуационных задач
	ИТОГО	**4/0,1**	**44/1,2**	**24/0,6**	**72/2**	

5.2. Структура дисциплины для заочной формы обучения

Заочная форма обучения не предусмотрена.

5.3. Содержание разделов дисциплины

Лекционный курс

№ п/п	Наименование темы дисциплины	Трудоемкость (часы / зач. ед.) ОФО	Содержание	Формируемые компетенции	Результаты освоения (знать, уметь, владеть)	Образовательные технологии
2-й год обучения (3 семестр)						
1.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи. Оперативная хирургия головы и шеи	0,5/0,01	Клиническая анатомия области черепа. Клинико-анатомическое обоснование вмешательств при черепно-мозговых травмах, нагноительных заболеваниях мозгового отдела черепа. Современные успехи нейрохирургии. Анестезия в лицевом отделе черепа. Клинико-анатомическое обоснование вмешательств при травмах лица, нагноительных заболеваниях. Клинико-анатомическое обоснование операций в области шеи. Трахеотомия, трахеостомия, микротрахеостомия, коникотомия. Операции на щитовидной железе. Операции на сосудах шеи. Вмешательства на лимфатическом колекторе шеи.	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	**Знать**: - общий принцип послойного строения человеческого тела; - топографическую анатомию конкретных областей; - коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов; - зоны двигательной и чувствительной иннервации крупными нервами; - возрастные особенности строения, формы и положения органов; - показания, технику выполнения простых экстренных хирургических вмешательств: • первичная хирургическая обработка ран; - сущность операции, показания, основные этапы более сложных экстренных и плановых хирургических вмешательств: - пластинчатый шов и применение кожной пластики для закрытия ран на лице **Уметь**: - использовать знания по топографической анатомии: - для обоснования диагноза	Слайд- лекция

		- для выбора рационального доступа способа хирургического вмешательства - пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием; - выполнять на биологическом (учебном) материале отдельные хирургические приемы и операции: • послойное разъединение мягких тканей • подкожной клетчатки • мышц • завязать простой (женский) узел • морской узел • двойной хирургический узел • аподактильный узел • наложить швы на рану мышцы • снять кожные швы • сшить нерв, сухожилие • вскрытие и дренирование сальниковой сумки; **Владеть**: • клинико-анатомическим понятийным аппаратом; • техникой разъединения тканей, фиксации и экспозиции, соединения тканей, остановки кровотечения. • медицинской и латинской терминологией • базовыми оперативными приемами и манипуляциями • общеупотребительным и специальным хирургическим инструментарием; • техникой разъединения и соединения тканей, вязания хирургических узлов;	

					• техникой временной и окончательной остановки кровотечения; • техникой пункций, блокад, местной и проводниковой анестезии; • техникой выполнения распространенных и некоторых неотложных хирургических приёмов	
2.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия груди. Оперативная хирургия груди	1/0,02	Хирургическая анатомия области груди. Хирургия молочной железы. Хирургическая анатомия плевры и легких. Хирургическое лечение ранений грудной клетки. Операции при эмпиемах плевры. Лёгочная хирургия. Современные успехи и перспективы торакальной хирургии. Трансплантология - достижения и перспективы. История трансплантологии. Вопросы органного донорства, этические и юридические аспекты. Частная трансплантология. Топография переднего средостения. Хирургическая анатомия сердца. Клинико-анатомическое обоснование кардиохирургических вмешательств. Современные успехи и перспективы развития кардиохирургии	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	**Знать**: - общий принцип послойного строения человеческого тела; - топографическую анатомию конкретных областей; - клиническую анатомию внутренних органов, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных образований, костей и крупных суставов, - коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов; - зоны двигательной и чувствительной иннервации крупными нервами; - возрастные особенности строения, формы и положения органов; - наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции; - показания, технику выполнения простых экстренных хирургических вмешательств: • первичная хирургическая обработка ран; - сущность операции, показания, основные этапы более сложных экстренных и плановых хирургических вмешательств: - сосудистый шов;	Слайд- лекция

		Уметь: - использовать знания по топографической анатомии: • для обоснования диагноза • для выбора рационального доступа • для способа хирургического вмешательства - для предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографоанатомическими особенностями области; - пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием; - выполнять на отдельные хирургические приемы и операции: • послойное разъединение мягких тканей • подкожной клетчатки • мышц • завязать простой (женский) узел • морской узел • двойной хирургический узел • аподактильный узел • наложить швы на рану мышцы • снять кожные швы • обнажить: плечевую, лучевую, локтевую артерии • сшить нерв, сухожилие **Владеть**: • техникой разъединения тканей, фиксации и экспозиции, соединения тканей, остановки кровотечения. • медицинской и латинской терминологией	

					• базовыми оперативными приемами и манипуляциями • общеупотребительным и специальным хирургическим инструментарием; • техникой разъединения и соединения тканей, вязания хирургических узлов; • техникой временной и окончательной остановки кровотечения; • техникой пункций, блокад, местной и проводниковой анестезии; • техникой выполнения распространенных и некоторых неотложных хирургических приёмов	
3.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия живота. Оперативная хирургия живота	0,5/0,01	Топография заднего средостения. Клиническая анатомия пищевода. Клинико-анатомическое обоснование операций на пищеводе. Хирургия грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Хирургическое лечение медиастинитов. Хирургическая анатомия грыж. Этиологическая, клиническая, анатомическая классификация. Слабые места брюшной стенки. Хирургические вмешательства при грыжах. Современные направления в хирургической герниологии. Современные принципы, достижения и успехи абдоминальной хирургии. Общие принципы выполнения операций на органах брюшной	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	**Знать:** - общий принцип послойного строения человеческого тела; - топографическую анатомию конкретных областей; - клиническую анатомию внутренних органов, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных образований, слабых мест брюшной стенки; - коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов; - возрастные особенности строения, формы и положения органов; - наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции; - показания, технику выполнения простых экстренных хирургических вмешательств: • первичная хирургическая обработка	Слайд-лекция

			полости. Клинико-анатомическое обоснование операций на желудке, тонком кишечнике. Лапароскопическая и минимально-инвазивная хирургия. Клинико-анатомическое обоснование операций на печени и желчевыводящих путях. Современное обеспечение вмешательств на печени. Клинико-анатомическое обоснование операций на печени и желчевыводящих путях.	

	ран; • ушивание раны брюшной стенки. - сущность операции, показания, основные этапы более сложных экстренных и плановых хирургических вмешательств: • ревизия органов брюшной полости • резекция кишки • резекция желудка по способу Бильрот -1 • резекция желудка по способу Бильрот-2 • резекция желудка по способу в модификации Гофмейстера-Финстерера. - сосудистый шов; **Уметь**: - использовать знания по топографической анатомии: • для обоснования диагноза • для выбора рационального доступа • для способа хирургического вмешательства - для предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографоанатомическими особенностями области; - пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием; - выполнять на отдельные хирургические приемы и операции: • послойное разъединение мягких тканей • подкожной клетчатки • мышц	

		• завязать простой (женский) узел • морской узел • двойной хирургический узел • аподактильный узел • наложить швы на рану мышцы • снять кожные швы • сшить нерв, сухожилие • ушить рану желудка, тонкой кишки • ушивание прободной язвы желудка по Оппелю-Поликарпову **Владеть**: • клинико-анатомическим понятийным аппаратом; • техникой разъединения тканей, фиксации и экспозиции, соединения тканей, остановки кровотечения. • медицинской и латинской терминологией • базовыми оперативными приемами и манипуляциями • общеупотребительным и специальным хирургическим инструментарием; • техникой разъединения и соединения тканей, вязания хирургических узлов; • техникой временной и окончательной остановки кровотечения; • техникой пункций, блокад, местной и проводниковой анестезии; • техникой выполнения распространенных и некоторых неотложных хирургических приёмов	

4.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности. Оперативная хирургия таза и промежности	1/0,02	Топография таза у мужчин и женщин. Оперативные доступы к органам малого таза. Гемостаз при кровотечениях из органов таза. Флегмоны таза, способы дренирования. Клиническая анатомия матки и придатков. Вмешательства на женских половых органах. Клиническая анатомия прямой кишки. Клинико-анатомическое обоснование операций на прямой кишке

УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	**Знать**: - общий принцип послойного строения человеческого тела; - топографическую анатомию конкретных областей; - клиническую анатомию внутренних органов, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных образований, костей и крупных суставов, - коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов; - зоны двигательной и чувствительной иннервации крупными нервами; - возрастные особенности строения, формы и положения органов; - наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции; - показания, технику выполнения простых экстренных хирургических вмешательств: • первичная хирургическая обработка ран; - сущность операции, показания, основные этапы более сложных экстренных и плановых хирургических вмешательств: - сосудистый шов; **Уметь**: - использовать знания по топографической анатомии: • для обоснования диагноза • для выбора рационального доступа • для способа хирургического вмешательства	Слайд- лекция

		- для предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографоанатомическими особенностями области; - пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием; - выполнять отдельные хирургические приемы и операции: • послойное разъединение мягких тканей • подкожной клетчатки • мышц • завязать простой (женский) узел • морской узел • двойной хирургический узел • аподактильный узел • наложить швы на рану мышцы • снять кожные швы • сшить нерв, сухожилие **Владеть**: • клинико-анатомическим понятийным аппаратом; • техникой разъединения тканей, фиксации и экспозиции, соединения тканей, остановки кровотечения. • медицинской и латинской терминологией • базовыми оперативными приемами и манипуляциями • общеупотребительным и специальным хирургическим инструментарием; • техникой разъединения и соединения тканей, вязания хирургических узлов; • техникой временной и окончательной	

					остановки кровотечения; • техникой пункций, блокад, местной и проводниковой анестезии; • техникой выполнения распространенных и некоторых неотложных хирургических приёмов	
5.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия конечностей. Оперативная хирургия конечностей	1/0,02	Клиническая анатомия конечностей. Футлярное строение. Клетчаточные пространства и анатомическая классификация флегмон конечностей. Клинико-анатомическое обоснование операций при нагноительных заболеваниях конечностей. Ампутации и экзартикуляции конечностей на различных уровнях. Костно-пластические ампутации. Пути снижения уровня ампутаций. Ампутации при патологии сосудов. Операции на костях, суставах	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	**Знать**: - общий принцип послойного строения человеческого тела; - топографическую анатомию конкретных областей; - клиническую анатомию внутренних органов, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных образований, костей и крупных суставов, - коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов; - зоны двигательной и чувствительной иннервации крупными нервами; - возрастные особенности строения, формы и положения органов; - наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции; - показания, технику выполнения простых экстренных хирургических вмешательств: • первичная хирургическая обработка ран; - сущность операции, показания, основные этапы более сложных экстренных и плановых хирургических вмешательств: **Уметь**: - использовать знания по топографической	Слайд- лекция

		анатомии: • для обоснования диагноза • для выбора рационального доступа • для способа хирургического вмешательства - для предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографоанатомическими особенностями области; - пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием; - выполнять на отдельные хирургические приемы и операции: • послойное разъединение мягких тканей • подкожной клетчатки • мышц • завязать простой (женский) узел • морской узел • двойной хирургический узел • аподактильный узел • наложить швы на рану мышцы • снять кожные швы • сшить нерв, сухожилие • выполнить экзартикуляцию фаланг пальцев кисти и стопы • сделать разрез для вскрытия панариция • сделать разрезы для вскрытия флегмон кисти. **Владеть**: • клинико-анатомическим понятийным аппаратом; • техникой разъединения тканей, фиксации и экспозиции, соединения тканей,	

					остановки кровотечения. • медицинской и латинской терминологией • базовыми оперативными приемами и манипуляциями • общеупотребительным и специальным хирургическим инструментарием; • техникой разъединения и соединения тканей, вязания хирургических узлов; • техникой временной и окончательной остановки кровотечения; • техникой пункций, блокад, местной и проводниковой анестезии; • техникой выполнения распространенных и некоторых неотложных хирургических приёмов	
	Итого:	**4/0,1**				

5.4. Практические (семинарские) занятия, их наименование, содержание и объем в часах

№ занятия п/п	Наименование темы практического занятия	Содержание практического (семинарского) занятия	Формируемые компетенции	Объем часов/ зач. ед.
	2-й год обучения (3 семестр)			
1.	**Тема.** Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи. Оперативная хирургия головы и шеи	Умение применять полученные топографо-анатомические знания для обоснования диагноза, объяснения особенностей течения патологических процессов, решения диагностических и оперативно-хирургических задач. Оперативная анатомия мозгового отдела черепа. Принципы первичной хирургической обработки проникающих и непроникающих ран головы, способы остановки кровотечения из мягких тканей, костей и синусов твердой мозговой оболочки. Топография околоносовых пазух.	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	8/0,2

		Знания о границах, области: лобно-теменно-затылочная, височная, область сосцевидного отростка. Знать слои и их характеристику, сосуды и нервы, клетчаточные пространства. Строение костей свода черепа и сосцевидного отростка у взрослых и у детей. Наружное и внутреннее основание черепа. Содержимое полости черепа. Схемы черепно-мозговой топографии. Хирургическая анатомия врожденных мозговых грыж и гидроцефалии. Использовать знания по топографической анатомии головы и шеи: для обоснования конкретного диагноза в данной области, выбора рационального доступа, определения способа хирургического вмешательства, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографоанатомическими особенностями области; пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием; выполнять на биологическом (учебном) материале отдельные хирургические приемы и операции такие как: разъединение, соединение тканей, гемостаз, фиксация и экспозиция овладеть техникой кожных швов - узловые, швы Донати, внутрикожный косметический шов; проводить блокаду ветвей тройничного нерва на лице, вне- и внутриротовую; проводить тампонаду ран. Закрепить умение пользования хирургическим инвентарём. Делать первичную обработку ран. Шейную вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому, блокаду плечевого сплетения по Кулленкампфу. Пункция и катетеризация подключичной вены. Обнажение и катетеризация грудного протока. Доступы к сонным и подключичным артериям. Пластические и реконструктивные операции на сонных, подключичных и позвоночных артериях. Операции на трахее, щитовидной железе, пищеводе. Трахеостомия, коникотомия. Операции при деформациях шеи, врожденных свищах и кистах шеи. Косметические операции на шее. Вскрытие поверхностных и глубоких флегмон шеи.		
2.	**Тема.** Клиническая и топографическая анатомия груди. Оперативная хирургия груди	Знать клиническую и топографическую анатомию грудной стенки. Границы, внешние ориентиры, проекция плевры, органов, клапанов сердца, аорты, легочного ствола и крупных сосудов на грудную стенку. Диафрагма. Пороки развития грудной клетки. Молочная железа: ее строение, клетчаточные пространства, кровоснабжение, иннервация, регионарные лимфатические узлы. Грудная полость. Плевральные полости, синусы, межплевральные поля, легкие, трахея и бронхи.	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	8/0,2

		Средостение, границы, деление. Клиническая анатомия вилочковой железы, сердца, грудной аорты, легочного ствола, полых вен. Клиническая анатомия трахеи, бронхов, клиническая анатомия органов и сосудов заднего средостения. Анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств. Хирургические способы лечения лечение острой и хронической эмпиемы плевры, и абсцессов легких. Понятие о пульмонэктомии, лобэктомии, сегментэктомии. Врожденные пороки сердца и магистральных сосудов: открытый артериальный проток, коарктация аорты, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок, стеноз легочной артерии, тетрада Фалло, синдром гипоплазии левого сердца. Расслаивающая аневризма дуги аорты. Хирургические доступы к сердцу. Доступы к вилочковой железе. Удаление инородных тел из пищевода. Бужирование пищевода. Оперативные доступы к грудному отделу пищевода. Понятие о трансплевральной резекции пищевода, о современных способах эзофагопластики. Уметь ставить правильный диагноз на основании знаний по топографической анатомии. Находить оптимальное решение рационального доступа и, определять способ хирургического вмешательства.		
3.	**Тема:** Клиническая и топографическая анатомия живота. Оперативная хирургия живота	Отделы живота. Топографическая анатомия: белой линии живота, прямых мышц и боковой стенки живота. Пороки развития передней брюшной стенки: свищи пупка, грыжи пупочного канатика. Уметь давать анатомо-физиологическое обоснование оперативных вмешательств. Строение и функция брюшины, этажи, сумки, пазухи, каналы, карманы. Клиническая анатомия брюшного отдела пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой и толстой кишок, печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков, селезенки, поджелудочной железы. Особенности артериального кровоснабжения органов и венозного оттока крови. Иннервация органов, регионарные лимфатические узлы. Использовать знания по топографической анатомии: для обоснования диагноза, выбора рационального доступа, определения способа хирургического вмешательства, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографоанатомическими особенностями области.	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	12/0,3
4.	**Тема:** Клиническая и топографическая анатомия таза и	Анатомия пороков развития промежности. Анатомо- физиологическое обоснование оперативных вмешательств. Хирургический инструментарий и аппаратура. Блокада полового нерва, внутритазовая блокада по Школьникову-Селиванову.	УК-1; УК-2; ПК-5;	8/0,2

	промежности. Оперативная хирургия таза и промежности	Операции на мочевом пузыре: пункция мочевого пузыря, цистотомия, цистостомия, ушивание ран пузыря. Операции на предстательной железе по поводу аденомы и рака предстательной железы. Пункция прямокишечно-маточного углубления, кольпотомия, операции при нарушенной внематочной беременности. Операции по поводу геморроя, выпадения прямой кишки и атрезий кишки, и анального отверстия. Операции при неопущении яичка; водянке оболочек яичка и семенного канатика, при фимозе и параофимозе Дренирование флегмон таза. Владеть техникой разъединения тканей, фиксации и экспозиции, соединения тканей, остановки кровотечения; владеть техникой перевязки в гнойной хирургии, техникой зондирования раны и установкой по зонду дренажей. Техника остановки кровотечения: перевязка в ране, прошивание выделение магистрального сосуда и взятие его на держалки. Участие в операции по поводу удаления геморроя.	ПК-6; ПК-12	
5.	**Тема:** Клиническая и топографическая анатомия конечностей. Оперативная хирургия конечностей	Общие характеристики областей конечностей у взрослых и детей. Знать границы, области, внешние ориентиры. Проекция органов и сосудисто-нервных образований на поверхность кожи. Сосудисто-нервные пучки. Зоны чувствительной и двигательной иннервации. Регионарные лимфатические узлы. Коллатеральное кровоснабжение конечностей. Поверхностная и глубокая система вен. Характерное смещение отломков при переломах костей верхней и нижней конечности. Послойная, рельефная, ориентирная и проекционная анатомии. Фасциальные футляры верхней конечности. Клетчаточные пространства и щели. Борозды, каналы, их сообщение. Клинико-анатомическое обоснование векторов распространения гнойных затеков верхней конечности. Топографическая анатомия нижней конечности. Внешние ориентиры, деление на области. Послойная, рельефная, ориентирная и проекционная анатомии. Фасциальные футляры нижней конечности. Законы Н.И. Пирогова. Пироговские срезы сегментов конечностей. Клинико-анатомическое обоснование векторов распространения гнойных затеков нижней конечности. Типы разрезов при флегмонах кисти и панарициях. Общие принципы хирургии периферических сосудов. Сосудистый шов, пластические и реконструктивные операции на сосудах, эндоваскулярная хирургия, операции при аневризмах, при варикозной и посттромбофлебитической болезни. Блокада нервных стволов и сплетений, шов нерва, понятие о невротомии, невролизе, неврэктомии и пластических операциях на нервах. Шов сухожилий по Ланге,	УК-1; УК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-12	8/0,2

		Кюнео, Казакову. Операции на суставах. Пункции, артротомия и резекция плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного суставов. Операции на костях. Понятия об остеотомии, резекции кости, операции при остеомиелите трубчатых костей конечностей. Скелетное вытяжение, остеосинтез: экстрамедулярный, интрамедулярный и внеочаговый. Операции по поводу врожденных пороков развития конечностей: синдактилии, врожденного вывиха бедра, косолапости. Ампутации конечностей. Общие принципы усечения конечностей. Методики обработки сосудов, нервов, кости и надкостницы. Основные этапы операции, принципы формирования ампутационной культи. Порочная культя. Понятие синдрома диабетической стопы и клинико-анатомических аспектах его лечения.		
	Итого:			**44/1,2**

5.5 Лабораторные занятия, их наименование и объем в часах

Лабораторные занятия учебным планом не предусмотрены.

5.6. Самостоятельная работа ординаторов

Содержание и объем самостоятельной работы ординаторов

Номер занятия п/п	Разделы и темы рабочей программы самостоятельного изучения	Перечень домашних заданий и других вопросов для самостоятельного изучения	Сроки выполнения	Объём часов/зач. Ед.
2-й год обучения (3 семестр)				
1.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Выступления с разборами клинических случаев. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По расписанию	3/0,08
2.	**Тема**: Оперативная хирургия головы и шеи.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Углубленный клинический разбор наиболее сложных в диагностическом и лечебном отношении наблюдений. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По расписанию	2/0,05
3.	**Тема.** Клиническая и топографическая анатомия груди. Оперативная хирургия груди	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Выступления с разборами клинических случаев. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По расписанию	2/0,05
4.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия живота.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Углубленный клинический разбор наиболее сложных в диагностическом и лечебном отношении наблюдений. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По расписанию	4/0,1
5.	Тема: Оперативная хирургия живота.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Выступления с разборами клинических случаев. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По расписанию	2/0,05
6.	**Тема:** Клиническая и топографическая	1. Работа с рекомендуемой литературой.	По расписанию	2/0,05

	анатомия таза и промежности. Оперативная хирургия таза и промежности	2. Выступления с разборами клинических случаев. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации		
7.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Углубленный клинический разбор наиболее сложных в диагностическом и лечебном отношении наблюдений. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По распис анию	3/0,08
8.	**Тема**: Клиническая и топографическая анатомия конечностей.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Углубленный клинический разбор наиболее сложных в диагностическом и лечебном отношении наблюдений. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По распис анию	4/0,1
9.	**Тема**: Оперативная хирургия конечностей.	1. Работа с рекомендуемой литературой. 2. Углубленный клинический разбор наиболее сложных в диагностическом и лечебном отношении наблюдений. 3. Решение ситуационных задач. 4. Изучение медицинской документации	По распис анию	2/0,05
	ИТОГО			**24/0,7**

6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

6.1 Методические указания (собственные разработки)

Отсутствуют

6.2. Литература для самостоятельной работы

1. Кек, Т. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460009.html
2. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. Том 1 / Николаев А. В. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 384 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426135.html
3. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. Том 2 / Николаев А. В. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 480 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426142.html (
4. Дыдыкин, С. С. Современные хирургические инструменты : справочник / С. С. Дыдыкин, Е. В. Блинова, А. Н. Щербюк - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437421.html
5. Гостищев, В. К. Клиническая оперативная гнойная хирургия : руководство для / В.

К. Гостищев - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html
6. Разумовский, А. Ю. Эндоскопическая хирургия в педиатрии / А. Ю. Разумовский, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436226.html
7. Иванов, С. Ю. Реконструктивная хирургия альвеолярной кости / С. Ю. Иванов, А. А. Мураев, Н. Ф. Ямуркова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 360 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438138.html
8. Золотов, А. С. Очерки по хирургии повреждений периферических нервов / Золотов А. С. , Пак О. И. , Дьячкова Ю. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2394.html
9. Николаев, И. И. Топографическая анатомия и операции на прямой кишке : учебно-методическое пособие / И. И. Николаев, С. Н. Цыбусов. — Нижний Новгород: ННГУ им. Н. И. Лобачевского, 2019. — 85 с. — URL: https://e.lanbook.com/book/144985
10. Волков, А. В. Практикум по топографической анатомии и оперативной хирургии : учебное пособие / А. В. Волков, Г. М. Рынгач. — Новосибирск: НГМУ, 2019. — 440 с. —URL: https://e.lanbook.com/book/145045
11. Краткий курс лекций по топографической анатомии с оперативной хирургией № 1 : учебное пособие / О. С. Дмитриева, Т. М. Половинцева, Н. А. Щербакова, С. Ю. Николаева. — Великие Луки: Великолукская ГСХА, 2023. — 149 с. —URL: https://e.lanbook.com/book/340286

7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

7.1. Перечень компетенций с указание этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Этапы формирования компетенции (номер семестра согласно учебному плану)	**Наименование учебных дисциплин, формирующих компетенции в процессе освоения образовательной программы**
УК-1 - готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	
1-4	Хирургия
1	Анестезиология и реанимация
1	Микробиология
1	Сердечно-сосудистая хирургия
1	Общественное здоровье и здравоохранение
2	Онкология
2	Травматология, ортопедия
2	Гинекология
2	Челюстно-лицевая хирургия
3	Нейрохирургия
3	***Оперативная хирургия и топографическая анатомия***
3	Клиническая биохимия
3	Обучающий симуляционный курс
3	Урология
3	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций
4	Клиническая трансфузиология
3	Патологическая анатомия

1-4	Производственная (клиническая) практика №1
3,4	Производственная (клиническая) практика №2
УК-2 готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;	
1-4	Хирургия
1	Анестезиология и реанимация
1	Сердечно-сосудистая хирургия
1	Общественное здоровье и здравоохранение
2	Онкология
2	Травматология, ортопедия
2	Гинекология
2	Челюстно-лицевая хирургия
3	***Оперативная хирургия и топографическая анатомия***
3	Урология
3	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций
3	Патологическая анатомия
1-4	Производственная (клиническая) практика №1
3,4	Производственная (клиническая) практика №2
ПК-5 - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
1-4	Хирургия
1	Анестезиология и реанимация
1	Микробиология
1	Сердечно-сосудистая хирургия
1	Общественное здоровье и здравоохранение
2	Онкология
2	Травматология, ортопедия
2	Гинекология
2	Челюстно-лицевая хирургия
3	Нейрохирургия
3	***Оперативная хирургия и топографическая анатомия***
3	Клиническая биохимия
3	Обучающий симуляционный курс
3	Урология
3	Патологическая анатомия
4	Клиническая трансфузиология
1-4	Производственная (клиническая) практика №1
3,4	Производственная (клиническая) практика №2
ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;	
1-4	Хирургия
1	Анестезиология и реанимация
1	Сердечно-сосудистая хирургия
2	Онкология
2	Травматология, ортопедия
2	Гинекология
2	Челюстно-лицевая хирургия
3	Нейрохирургия

3	***Оперативная хирургия и топографическая анатомия***
3	Урология
4	Клиническая трансфузиология
1-4	Производственная (клиническая) практика №1
3,4	Производственная (клиническая) практика №2
ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	
1-4	Хирургия
1	Анестезиология и реанимация
1	Сердечно-сосудистая хирургия
1	Общественное здоровье и здравоохранение
2	Онкология
2	Травматология, ортопедия
3	***Оперативная хирургия и топографическая анатомия***
3	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций
4	Клиническая трансфузиология
1-4	Производственная (клиническая) практика №1
3,4	Производственная (клиническая) практика №2

7.2 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкалы оценивания

Планируемые результаты освоения компетенции (в рамках дисциплины, модуля, практики)	**Критерии оценивания результатов обучения**				**Наименование оценочного средства**
	неудовлетворительно	**удовлетворительно**	**хорошо**	**отлично**	
УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу					
Знать: ✓ взаимосвязь функциональных систем организма и уровня их регуляции; ✓ основы патогенетического подхода при лечении в хирургии и смежных областях медицины;	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Опрос, тесты, ситуационные задачи, зачет
Уметь: ✓ выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, ✓ дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования;	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	
Владеть: ✓ специалист хирург должен обладать сформированными владениями, позволяющими своевременно диагностировать заболевания и оказывать плановую и неотложную помощь	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	
УК-2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия					
Знать: ✓ Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие	Сформированные систематические знания	Опрос ситуационные

врачебного поведения, права пациента и врача, основные этические документы международных и отечественных профессиональных медицинских ассоциаций, и организаций. ✓ Основные характеристики коллектива, его особенности, стадии развития; принципы управления коллективом, функции управления, методы управления коллективом, этические нормы и принципы делового общения			отдельные пробелы знания		задачи, тесты, зачет
Уметь: ✓ Ориентироваться в нормативно-правовых актах о труде, ✓ Применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях. ✓ Защищать гражданские права врачей и пациентов. ✓ Выстраивать и поддерживать рабочие отношения с членами коллектива.	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	
Владеть: ✓ знаниями организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций, ✓ анализом показатели работы структурных подразделений,	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	
ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем					

Знать: – общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; – основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии;	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Опрос, тесты, зачет, ситуационные задачи
Уметь: – получить информацию о развитии и течении заболевания; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; – оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные;	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	
Владеть: – сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих основных хирургических заболеваниях	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	
ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи					
Знать: – принципы профилактики и терапии шока и кровопотери;	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие	Сформированные систематические знания	Опрос, ситуационные

– принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; – закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническая симптоматика и способы диагностики; общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии;.			отдельные пробелы знания		задачи, тесты, зачет
Уметь: – применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; – определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; – определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; – разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	

операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции					
Владеть: – сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: ✓ острый аппендицит; ✓ язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; ✓ перфорация гастродуоденальных язв, ✓ язвенные гастродуоденальные кровотечения; ✓ кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; ✓ не осложненные и ущемленные грыжи живота, ✓ кишечная непроходимость различной этиологии; ✓ острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; ✓ механическая желтуха; ✓ острый и хронический панкреатит; ✓ желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи;	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	

✓ открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; ✓ варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, ✓ венозная недостаточность, лимфостаз; ✓ облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; ✓ хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); ✓ острый и хронический остеомиелит; ✓ ожоги и отморожения, ✓ электротравма; ✓ острая задержка мочи; ✓ почечная колика, ✓ острый пиелонефрит, ✓ анурия.					
ПК-12- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации					
Знать: ✓ Методы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации. ✓ Особенности организации хирургической помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе эвакуации хирургических больных.	Фрагментарные знания	Неполные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Опрос, ситуационные задачи, тесты, зачет
Уметь: ✓ Организовывать оказание медицинской помощи в очагах катастроф мирного и	Частичные умения	Неполные умения	Умения полные, допускаются небольшие ошибки	Сформированные умения	

военного времени и на этапах медицинской эвакуации. ✓ Организовывать медицинскую эвакуацию пострадавших при чрезвычайных ситуациях					
Владеть: ✓ навыками оказания медицинской помощи в очагах катастроф мирного и военного времени и на этапах медицинской эвакуации. ✓ навыками оказания экстренной и плановой хирургической медицинской помощи в очагах катастроф мирного и военного времени и на этапах медицинской эвакуации	Частичное владение навыками	Несистематическое применение навыков	В систематическом применении навыков допускаются пробелы	Успешное и систематическое применение навыков	

7.3. Типовые контрольные задания и иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

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

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

1. Топография лобно-теменно-затылочной областей. Границы. Особенности артериального и венозного кровоснабжения. Клетчаточные слои мягких тканей свода черепа.
2. Костная основа головы. Переломы костей свода и основания черепа. Локализация, особенности, топическая диагностика, осложнения.
3. Топография височной области. Черепно-мозговая топография: схема Кронлейна.
4. Топография внутреннего основания черепа.
5. Оболочки мозга. Синусы твердой мозговой оболочки. Подоболочечные пространства.
6. Топография сосцевидной области. Формы строения сосцевидного отростка. Трепанационный треугольник Шипо.
7. Деление лица на области. Особенности артериального и венозного кровоснабжения, практическое значение. Иннервация лица, лимфоотток.
8. Околоушно-жевательная область. Топография околоушной слюнной железы, её выводного протока.
9. Топография и функция тройничного нерва.
10. Топография и функция лицевого нерва.
11. Топографическая анатомия щечной области. Границы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.
12. Топография глубокой области лица (клетчаточные промежутки, сосуды и нервы).
13. Деление шеи на области и треугольники.
14. Фасции и клетчаточные пространства шеи - топография, клиническое значение, пути распространения гноя, оперативные вмешательства.
15. Срединные и боковые кисты и свищи шеи. Локализация, оперативное лечение.
16. Топография органов шеи: гортань, трахея, глотка, пищевод (внешние ориентиры, скелетотопия, синтопия, иннервация, кровоснабжение, отток лимфы).
17. Топография лестничных щелей и лестнично-позвоночного треугольника (границы, содержимое).
18. Топография сонного треугольника.
19. Топография поднижнечелюстного треугольника, треугольник Пирогова (границы, слои, содержимое, практическое значение).
20. Лимфатическая система шеи. Лимфатические узлы, пути оттока лимфы от органов шеи.
21. Топография шейного отдела грудного лимфатического протока.
22. Топография шейного сплетения и шейного отдела симпатического ствола.
23. Топография сосудисто-нервного пучка шеи (проекционная линия, синтопия, рефлексогенные зоны, отличия наружной и внутренней сонных артерий).
24. Топографическая анатомия щитовидной железы. Кровоснабжение, топография возвратных нервов.
25. Топография молочной железы, послойное строение, топографо-анатомическое обоснование операций на молочной железе.
26. Пути метастазирования опухолей молочной железы, операции при раке молочной железы.
27. Топография межреберья (слои, сосудисто-нервный пучок).

28. Топография сердца и перикарда (скелетотопия, синтопия, голотопия, синусы перикарда, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).
29. Топография париетальной плевры, границы, отделы, плевральные синусы, кровоснабжение, иннервация висцерального и париетального листков плевры.
30. Топография легких (деление на доли, зоны, сегменты). Лимфоотток, кровоснабжение, иннервация, топография корня легкого.
31. Топография средостения (границы, органы).
32. Топография грудного отдела пищевода. Деление на участки, их синтопия, кровоснабжение, места локализации портокавальных анастомозов.
33. Топография трахеи и бронхов, блуждающих и диафрагмальных нервов.
34. Топография непарных и полунепарных вен, грудного лимфатического протока, симпатического ствола.
35. Послойная топография переднебоковой стенки живота (деление на области, слои, кровоснабжение, иннервация, порто-кавальные анастомозы, лимфоотток). Топография белой линии живота, пупочного кольца, влагалища прямых мышц живота.
36. Топография пахового канала (стенки, глубокое и поверхностное паховые кольца, содержимое канала).
37. Слабые места брюшной стенки. Классификация грыж. Наружные грыжи живота.
38. Проекция органов брюшной полости на переднюю брюшную стенку.
39. Топография диафрагмы (высота стояния, строение, функции, кровоснабжение, иннервация). Грудино-реберные и пояснично-реберные треугольники и их клиническое значение. Отверстия в диафрагме, их содержимое.
40. Топография поясничной области (фасциально-мышечные ложа, топография и клиническое значение треугольников Лесгафта и Пти).
41. Топография брюшины, свойства брюшины, отношение органов брюшной полости к брюшине.
42. Топография пазух, каналов, карманов, сумок (печеночная, преджелудочная, сальниковая) брюшины. Их клиническое значение.
43. Топография сальниковой сумки и сальникового отверстия. Топографо-анатомическое обоснование дренирования сальниковой сумки.
44. Клиническое значение преджелудочной и печеночной сумок. Строение, профилактика поддиафрагмальных абсцессов.
45. Топографо-анатомическое обоснование возникновения поддиафрагмальных абсцессов, меры профилактики.
46. Топография печени (голотопия, скелетотопия, синтопия, фиксация печени в брюшной полости, особенности кровоснабжения печени, иннервация, лимфоотток).
47. Топография внепеченочных желчных протоков и желчного пузыря (голотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, строение).
48. Топографо-анатомическая сущность портальной гипертензии и ее оперативное лечение. Пути коллатерального тока крови при портальной гипертензии (естественные и искусственные).
49. Топографо-анатомическое обоснование методов диагностики заболеваний желчных путей.
50. Топография верхнего этажа брюшной полости. Ход брюшины. Отношение к органам. Малый и большой сальник. Сумки.
51. Топография селезенки. Голотопия, синтопия, скелетотопия, кровоснабжение, иннервация, лимфооток. Хирургические доступы к селезенки.
52. Топография желудка: голотопия, синтопия, скелетотопия, связки желудка, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы.
53. Топография двенадцатиперстной кишки: голотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, особенности строения.

54. Топография поджелудочной железы: голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы. Хирургические доступы к железе.
55. Топография тощей и подвздошной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток). Отличия тонкой кишки от толстой.
56. Топография отделов толстой кишки и червеобразного отростка. Отношение к брюшине, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.
57. Топография забрюшинного пространства (границы, слои, фасции, клетчточные пространства, их содержимое) сообщение с другими областями. Топография аорты, нижней полой вены, забрюшинных лимфатических узлов, поясничного отдела симпатического ствола.
58. Топография почек и мочеточников (синтопия, скелетотопия, кровоснабжение, иннервация).
59. Топография таза. Скелет, мышцы, фасции, клетчаточные пространства, артерии и вены таза.
60. Клиническое значение образований брюшины малого таза.
61. Топография прямой кишки, мочевого пузыря, матки, придатков, уретры (синтопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).
62. Топографо-анатомическое обоснования ректального исследования. Ректороманоскопия.
63. Топография дельтовидной и лопаточной области. Границы, мышечно-фасциальные ложа, сосуды и нервы. Распространение гноя по клетчатке. Лопаточный артериальный коллатеральный круг.
64. Топография подмышечной впадины. Границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка, пути распространения гноя по клетчатке.
65. Топография плечевого сустава. Связки, ход капсулы, кровоснабжение, особенности строения, техника прокола.
66. Топография плеча. Границы, мышечно-фасциальные ложа, топография сосудисто-нервных пучков, пути распространения гноя.
67. Топография поперечного распила плеча в средней трети.
68. Коллатеральное кровоснабжение верхней конечности. Лопаточный артериальный круг. Артериальная сеть локтевого сустава.
69. Топография предплечья. Пространство Пирогова-Парона. Поперечный распил предплечья в средней трети.
70. Топография кисти. Границы, слои, клетчаточные пространства, сосуды. Синовиальные влагалища. Состояние кисти при ранениях лучевого, локтевого и срединного нерва.
71. Топография ягодичной области. Границы, фасциальные ложа, клетчатка, сосуды, нервы, их проекция на кожу.
72. Топография тазобедренного сустава (строение, капсула, связочный аппарат, особенности кровоснабжения). Линия Розер-Нелатона. Задняя область бедра.
73. Топография бедра (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервный пучкок, его проекция на кожу - линия Кэна). Топография бедренного треугольника, приводящий канал бедра (Гунтеров). Распространение гноя по клетчатке.
74. Топография бедренного треугольника. Запирательный канал, его клиническое значение.
75. Топография бедренного канала.
76. Топография подколенной ямки. Границы, слои, сосудисто-нервный пучок. Пути распространения гноя из ямки.
77. Топография коленного сустава. Ход капсулы, связочный аппарат, завороты, их клиническое значение, пункция сустава.

78. Топография голени. Границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, топография маллеолярного канала. Положение стопы при повреждении малоберцового и большеберцового нервов.
79. Топография поперечных распилов бедра.
80. Топография поперечных распилов голени в средней трети.
81. Топография стопы. Мышечно-фасциальные ложа тыла и подошвы, сосудисто-нервные пучки, пути распространения гнойных процессов.
82. Коллатеральное кровообращение нижней конечности (коллатерали в области бедра, артериальная сеть коленного сустава).
83. Коллатеральное кровообращение верхней конечности (лопаточный коллатеральный круг, анастомозы локтевой области).

ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

1. Понятие о хирургической операции. Классификация, этапы оперативных вмешательств. Требования к оперативному доступу, приему и завершению операции.
2. Методы остановки кровотечения. Техника временной и окончательной остановки кровотечения. Проекционные линии сосудов человека.
3. Пункция магистральных сосудов. Понятие о методике Сельдингера: хирургические инструменты, показания, техника, осложнения.
4. Топографо-анатомическое обоснование ангиографии.
5. Сосудистый шов. Требования, методика. Принципы наложения сосудистого шва. Бесшовное соединение сосудов.
6. Оперативная ангиология. Вклад отечественных ученых.
7. Основные операции при артериальной окклюзии. Открытая и закрытая тромбэктомия, тромбинтимэктомия, аутовенозная пластика, различные варианты артериального шунтирования синтетическими протезами. Понятие о реваскуляризации конечности.
8. Свободная кожная пластика (показания, этапы, техника).
9. Пластика местными тканями (показания, этапы, техника).
10. Пластика отдаленными тканями на питающей ножке – стебель Филатова (показания, этапы, техника).
11. Понятие об эстетической хирургии.
12. Состояние вопроса о пересадке органов и тканей. Исторический очерк. Вклад отечественных ученых. Тканевая несовместимость.
13. Первичная хирургическая обработка ран головы.
14. Костно-пластическая трепанация черепа. Хирургические инструменты для операций на черепе.
15. Декомпрессивная трепанация черепа. Показания, техника, инструментарий.
16. Вагосимпатическая блокада по Вишневскому. Топографо-анатомическое обоснование, история разработки и внедрения метода, показания, техника.
17. Перевязка наружной сонной артерии (показания, топографо-анатомическое обоснование, техника).
18. Трахеотомия. Классификация, показания, топографо-анатомическое обоснование, техника, инструменты, осложнения.
19. Операции на щитовидной железе - энуклеация, струмэктомия, гемиструмэктомия. Операции при хемодектомах.
20. Хирургическое лечение маститов (интра-ретромаммарных). Топографо-анатомическое обоснование применяемых разрезов.
21. Техника плевральной пункции при гемо- и пневмотораксе. Ошибки и осложнения.
22. Оперативные доступы к сердцу. Хирургическое лечение ранений сердца.
23. Операции при ишемической болезни сердца.

24. Резекция ребра (показания, техника).
25. Оперативные доступы к легким.
26. Техника перевязки наружной сонной артерии, восстановление коллатерального кровотока после перевязки.
27. Операции при проникающих ранениях грудной клетки. Пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный). Дренирование плевральной полости.
28. Прокол сердечной сумки.
29. Топографо-анатомическое обоснование лапаротомных доступов (продольные, поперечные, косые, комбинированные). Требования к оптимальному доступу к органам брюшной полости (тесты Сазон-Ярошевича). Классификация оперативных доступов в брюшную полость.
30. Правила завершения операций в полости живота. Понятие о дренировании брюшной полости.
31. Понятие о лапароскопии как методе диагностики и лечения заболеваний органов брюшной полости. Инструментарий, техника, перспективы развития.
32. Слабые места брюшной стенки. Классификация грыж. Осложнения. Принципы оперативного лечения.
33. Понятие о скользящих, врожденных и ущемленных грыжах.
34. Тактика хирурга при ревизии брюшной полости по поводу перитонита.
35. Этапы развития прямой паховой грыжи.
36. Техника операции при прямой паховой грыже.
37. Этапы развития косой паховой грыжи.
38. Техника операции при косой паховой грыже.
39. Операции при бедренных грыжах.
40. Операции при грыжах белой линии живота.
41. Операции при пупочных грыжах (по Лексеру, Мейо, Сапежко).
42. Кишечный шов Альберта, Ламбера, Шмидена.
43. Техника резекции тонкой кишки. Виды межкишечных анастомозов.
44. Техника и показания к операции наложения противоестественного заднего прохода (одноствольный, двухствольный).
45. Техника операции гастротомии (по Штамму, Витцелю, Топроверу).
46. Исторический очерк развития абдоминальной хирургии. Вклад отечественных ученых.
47. Хирургия желудка. История развития. Топографо-анатомическое обоснование резекции желудка и ваготомии.
48. Особенности резекции желудка по принципу Бильрот-1 и Бильрот-2. Показания, техника, дата первой операции в России.
49. Ваготомия (показания, виды, техника, операции).
50. Топографо-анатомическое обоснование шва печени. Техника выполнения.
51. Операции на желчном пузыре: холецистостомия, холецистэктомия, холедохотомия.
52. Аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову, параректальным разрезом по Ленандеру. Достоинства и недостатки этих разрезов. Методы обработки культи отростка.
53. Оперативная хирургия почек. Понятие о нефрэктомии и пиелотомии.
54. Хирургические доступы к селезенке.
55. Высокое сечение мочевого пузыря.
56. Виды ампутаций и техника вмешательств. Особенности обработки кости, нерва и магистрального сосуда.
57. Пункция суставов: тазобедренного, коленного, плечевого, локтевого.
58. Методы ампутаций конечностей (гильотинный, конусо-круговой, лоскутный, фасциопластический, костнопластический).
59. Техника фасциопластической ампутации голени в средней трети.

60. Оперативный методы лечения переломов. Понятие об экстрамедуллярном внеочаговом компрессионно-дистракционном металлоостеосинтезе.
61. Понятие об интрамедуллярном металлоостеосинтезе.
62. Техника костно-пластической ампутации бедра по Гритти-Альбрехту-Шимановскому.
63. Воспалительные заболевания пальцев (панариции). Виды и локализация. Хирургические разрезы при панарициях. Обезболивание по Лукашевичу-Оберсту.
64. Локализация флегмон кисти и техника операций при них.
65. Шов и пластика сухожилий. Первичный и вторичный шов.
66. Шов нервов (первичный и вторичный).
67. Хирургические инструменты. Классификация, правила пользования хирургическими инструментами.
68. Хирургические узлы и швы. Виды, назначение. Правила вязания узлов. Наложение и снятие швов.
69. Определение эндоскопической хирургии. Этапы развития. Аппаратное и инструментальное обеспечение. Преимущества эндоскопических операций.
70. Современные требования к лапароскопическому доступу, оперативному приему. Завершение лапароскопических операций.

Примерная тематика рефератов по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

1. Хирургическая анатомия и лечение хирургических заболеваний легких
2. Хирургическая анатомия и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
3. Хирургическая анатомия органов брюшной полости, острый аппендицит
4. Хирургическая анатомия органов грудной клетки, лечение заболеваний плевры
5. Хирургическая анатомия органов брюшной полости, острая кишечная непроходимость
6. Хирургическая анатомия шеи, заболевания щитовидной железы
7. Хирургическая анатомия почек и надпочечников, симптоматические гипертензии
8. Хирургическая анатомия печени и желчевыводящих протоков, желчнокаменная болезнь
9. Хирургическая анатомия поджелудочной железы
10. Хирургическая анатомия периферических артерий, облитерирующие заболевания артерий конечностей
11. Хирургическая анатомия и лечение заболеваний пищевода
12. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки, грыжи живота
13. Хирургическая анатомия молочной железы и лечение ее заболеваний
14. Хирургическая анатомия периферических артерий, острая артериальная непроходимость
15. Хирургическая анатомия легких, рак и эхинококк легкого
16. Хирургическая анатомия печени, портальная гипертензия
17. Клиническая анатомия органов брюшной полости, перитонит
18. Донорство органов для трансплантации
19. Трансплантация почки
20. Трансплантация печени

Примерные тестовые задания для проведения текущего контроля знаний по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

(выберете один или несколько правильных ответов)

Оперативная хирургия

Общие вопросы

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

а. Вправление вывиха
б. Катетеризация мочевого пузыря металлическим катетером
в. *Плевральная пункция*
г. Сифонная клизма
д. Интубация трахеи

9. Хирургическая операция включает следующие этапы...
а. Укладка на операционный стол
б. *Обезболивание*
в. Разрез
г. *Хирургический доступ*
д. *Оперативный приём*
е. *Выход из операции*
ж. Асептическая повязка

10. Положение Тренделенбурга – это...
а. Положение на боку с валиком под поясницу
б. Положение на спине с валиком под надплечье и запрокинутой головой
в. *Положение на спине с опущенным головным концом*

11. Положение Фовлера – это ...
а. *Положение на спине с опущенным ножным концом*
б. Положение на спине с опущенным головным концом
в. Положение на животе с согнутой шеей

12. При операциях на органах забрюшинного пространства тело больного располагают ...
а. На животе с разгибанием стола в центре
б. *На боку с валиком под поясницу*
в. На спине с приподнятым ножным концом

13. При операциях на задней черепной ямке тело пациента размещают...
а. В положении Фовлера
б. В положении Тренделенбурга
в. *На животе с согнутой головой*

14. Кто принимает решение о способе обезболивания при хирургической операции?
а. Больной
б. Анестезиолог
в. *Оперирующий хирург*
г. Заведующий отделением
д. Страховая компания
е. Все ответы верны

15. Что из перечисленного НЕ является хирургическим приёмом?
а. Пункция
б. Резекция
в. Томия
г. *Перспирация*
д. Эктомия

16. Удаление червеобразного отростка будет являться...
а. Резекцией
б. Ампутацией
в. *Эктомией*
г. Экстирпацией

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

а. Пексией
б. Рафией
в. *Стомией*

18. Что из перечисленного относится к выходу из операции?
    а. Разрез кожи
    б. Остановка кровотечения
    в. Наложение анастомоза
    г. *Дренирование раны*
19. На какие сутки после операции обычно снимаются кожные швы?
    а. 3-4
    б. *7-8*
    в. 10-12
20. Хирургические инструменты – это...
    а. Инструменты, которыми работает хирург
    б. Любой инструмент, который используется для выполнения операции
    в. *Инструменты, предназначенные для выполнения операции*
21. Скальпели бывают...
    а. *Брюшистые, остроконечные*
    б. Брюшистые, остроконечные, ампутационные, резекционные
    в. Брюшистые, остроконечные, обоюдоострые, шиловидные
22. Какие из перечисленных инструментов относятся к группе для фиксации и экспозиции тканей?
    а. скальпели
    б. ножницы
    в. зажимы
    г. *пинцеты*
23. Каким образом следует производить разрез кожи по отношению к направлению волокон подлежащих мышц для достижения наилучшего косметического эффекта?
    а. вдоль
    б. *поперечно*
    в. в косом направлении
    г. направление разреза не имеет значения
24. :Какой способ удержания скальпеля из перечисленных является верным?
    а. Как столовый нож
    б. Как кисть художника
    в. Как кухонный нож
25. Каким из перечисленных режущих инструментов наиболее правильно можно рассекать кожу?
    а. *Скальпель*
    б. Ножницы
    в. Ампутационный нож
    г. Пила Джигли
26. Каким пинцетом можно захватывать стенку кишки?
    а. *Анатомическим*
    б. Хирургическим
    в. Лапчатым
27. Какой зажим можно накладывать на мелкий кровоточащий сосуд в ране?
    а. Микулича

б. Кохера
в. *Москит*
г. Фёдорова

28. Какие зеркала должны быть использованы при операции на мочевом пузыре?
    а. Куско
    б. *Дуайена*
    в. Острые двузубые
29. Каким крючком нельзя пользоваться при работе в брюшной полости?
    а. Фарабефа
    б. *Острым четырёхзубым*
    в. Дуайена
    г. Лёгочным
30. Для чего используется цапка?
    а. Для фиксации дренажей
    б. *Для фиксации операционного белья*
    в. Для остановки кровотечения в мелких сосудах
31. Для чего используются пулевые щипцы?
    а. Для извлечения инородных предметов из раневого канала
    б. *Для фиксации шейки матки в гинекологии*
    в. Для проведения дренажей в глубокие раны
32. Какая из пил используется для трепанации черепа?
    а. Листовая
    б. Дуговая
    в. *Пила Джигли-Оливеркрона*
    г. Краниотомическая
33. Какой из приведённых инструментов используется для тупого смещения надкостницы?
    а. Ретрактор
    б. *Распатор Фарабефа*
    в. Шпатель
    г. Лопаточка Буяльского
    д. Палочка Виноградова
34. Ретрактор используется для...
    а. Смещения надкостницы
    б. Выкраивания кожного лоскута при пластике
    в. Извлечения инородных тел
    г. *Защиты мышц при перепиливании кости*
    д. Не является хирургическим инструментом
35. Корнцанг – это инструмент для...
    а. Для разъединения тканей
    б. Для фиксации тканей
    в. Для остановки кровотечения из крупных сосудов
    г. *Вспомогательный хирургический инструмент*
    д. Не является хирургическим инструментом
36. Какой инструмент используется в хирургии для рубления тканей?
    а. Ампутационный нож
    б. Долото
    в. Ортопедический топорик
    г. Рубление тканей в хирургии не применяется

37. Передней стенкой подмышечной впадины являются:
    а. *Большая и малая грудные мышцы*
    б. Грудная стенка с передней зубчатой мышцей
    в. Надостная и подостная мышцы
    г. Плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча
38. Задней стенкой подмышечной впадины являются:
    а. Большая и малая грудные мышцы
    б. Грудная стенка с передней зубчатой мышцей
    в. Надостная и подостная мышцы
    г. Плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей идвуглавой мышцей плеча
    д. *Подлопаточная, большая круглая и широчайшая мышцы спины*
39. Внутренней стенкой подмышечной впадины являются:
    а. Большая и малая грудные мышцы
    б. *Грудная стенка с передней зубчатой мышцей*
    в. Надостная и подостная мышцы
    г. Плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча
    д. Подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины
40. Наружной стенкой подмышечной впадины являются:
    а. Большая и малая грудные мышцы
    б. Грудная стенка с передней зубчатой мышцей
    в. Надостная и подостная мышцы
    г. *Плечевая кость с клювовидно-плечевой и двуглавой мышцами плеча*
    д. Подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины
41. Для кожи подмышечной впадины наиболее характерны два заболевания из перечисленных:
    а. Трофические язвы
    б. Гидраденит
    в. Фурункулы
    г. Экзема
    д. Псориаз
42. Хирург обнажает подмышечный сосудисто-нервный пучок разрезом по наружной границе подмышечной области. При этом первым анатомическим образованием, с которым он встретится, является:
    а. Подмышечная артерия
    б. *Подмышечная вена*
    в. Плечевое сплетение
43. По ходу операции в подмышечной впадине хирургу оказалось необходимым определить срединный нерв. Укажите главный отличительный признак срединного нерва в подмышечной впадине:
    а. Расположение латеральнее локтевого нерва
    б. Расположение на передней поверхности подмышечной артерии
    в. *Формирование слиянием двух ножек*
44. Верхней и нижней границами ключично-грудного треугольника передней стенки подмышечной впадины являются следующие два образования из перечисленных:
    а. *Нижний край ключицы*
    б. Верхний край большой грудной мышцы
    в. *Верхний край малой грудной мышцы*
    г. Нижний край малой грудной мышцы

д. Нижний край большой грудной мышцы

45. Верхней и нижней границами грудного треугольника передней стенки подмышечной впадины являются следующие два образования из перечисленных:
    а. Нижний край ключицы
    б. Верхний край большой грудной мышцы
    в. Верхний край малой грудной мышцы
    г. Нижний край малой грудной мышцы
    д. Нижний край большой грудной мышцы
46. Верхней и нижней границами подгрудного треугольника передней стенки подмышечной впадины являются следующие два образования из перечисленных:
    а. Нижний край ключицы
    б. Верхний край большой грудной мышцы
    в. Верхний край малой грудной мышцы
    г. Нижний край малой грудной мышцы
    д. Нижний край большой грудной мышцы
47. В подмышечной впадине на уровне ключично-грудного треугольника стволы плечевого сплетения по отношению к подмышечной артерии располагаются:
    а. Медиально, латерально и спереди
    б. Медиально, латерально и сзади
    в. Сверху и спереди
    г. *Сверху и сзади*
    д. Со всех сторон
48. В подмышечной впадине на уровне грудного треугольника пучки плечевого сплетения по отношению к подмышечной артерии располагаются:
    а. Медиально, латерально и спереди
    б. *Медиально, латерально и сзади*
    в. Сверху и спереди
    г. Сверху и сзади
    д. Со всех сторон
49. В подмышечной впадине на уровне подгрудного треугольника нервы плечевого сплетения поотношению кподмышечной артерии располагаются:
    а. Медиально, латерально и спереди
    б. Медиально, латерально и сзади
    в. Сверху и спереди
    г. Сверху и сзади
    д. *Со всех сторон*
50. Лигатуры на подмышечную артерию следует накладывать:
    а. На любом уровне
    б. *Несколько выше уровня отхождения a. subscapularis*
    в. Ниже уровня отхождения a. subscapularis
    г. На уровне нижнего края большой грудной мышцы
    д. На уровне нижнего края малой грудной мышцы
51. В подгрудном треугольнике подмышечной области к подмышечной артерии латерально прилежит непосредственно нерв:
    а. Лучевой
    б. *Кожно-мышечный*
    в. Локтевой
    г. Срединный

52. В подгрудном треугольнике подмышечной области к подмышечной артерии медиально прилежит непосредственно:
    а. Подмышечный нерв
    б. Лучевой нерв
    в. *Локтевой нерв*
    г. Срединный нерв
53. В грудном треугольнике подмышечной области к подмышечной артерии медиально прилежит непосредственно:
    а. Подмышечная вена
    б. Локтевой нерв
    в. Срединный нерв
    г. *Медиальный пучок плечевого сплетения*
54. К подмышечной артерии сзади в подгрудном треугольнике подмышечной области прилежит непосредственно:
    а. Подмышечный нерв
    б. *Лучевой нерв*
    в. Медиальный пучок плечевого сплетения
    г. Задний пучок плечевого сплетения
55. Подмышечная клетчатка связана с клетчаткой подключичной области по ходу:
    а. Задней артерии, огибающей плечевую кость
    б. Передней артерии, огибающей плечевую кость
    в. Срединного нерва
    г. Подмышечной артерии
56. Подмышечная клетчатка сообщается с клетчаткой поддельтовидного пространства по ходу:
    а. Подлопаточной артерии
    б. Подмышечной артерии
    в. Срединного нерва
    г. Подмышечного нерва
57. Поверхностное субпекторальное клетчаточное пространство заключено между:
    а. Глубоким листком грудино-ключичной фасции и ребрами
    б. Ребрами и передней зубчатой мышцами
    в. *Большой грудной мышцей и ключично-грудной фасцией*
    г. Большой грудной мышцей и поверхностным листком собственной фасции
    д. Собственной и поверхностной фасциями подключичной области
58. Глубокое субпекторальное клетчаточное пространство расположено между мышцами:
    а. Дельтовидной и большой грудной
    б. Малой и большой грудными
    в. Передней зубчатой и подлопаточной
    г. Большой круглой и подлопаточной
    д. Малой грудной и межреберными
59. Подмышечная клетчатка связана с клетчаткой подлопаточного пространства по ходу:
    а. *Подлопаточной артерии и вены*
    б. Подмышечной артерии
    в. Лучевого нерва
    г. Подмышечного нерва
60. За счёт какого слоя сосудистой стенки обеспечивается его регенерация?
    а. Адвентиция

б. Медия
в. *Интима*

61. Продолженный спазм сосуда при травме – результат травматического воздействия на ..
    а. *Периартериальное симпатическое сплетение*
    б. Интимальную выстилку
    в. Эластические волокна
62. Доступы к сосудам делятся на...
    а. *Прямые, окольные и комбинированные*
    б. Магистральные, периферические
    в. Радикальные, паллиативные
63. Как следует осуществить временную остановку кровотечения из магистрального сосуда при отсутствии специальных инструментов?
    а. Перевязать
    б. Наложить зажим Кохера
    в. Наложить зажим Бильрота
    г. *Наложить турникет*
64. Какой инструмент не может быть наложен на магистральный кровеносный сосуд?
    а. Бульдог
    б. Кишечный жом
    в. Москит
    г. Турникет
65. На какой срок может быть пережата общая бедренная артерия без существенной угрозы для конечности?
    а. 1,5 часа летом, 2 часа зимой
    б. *4 часа*
    в. 24 часа
66. На какой срок может быть пережата почечная артерия без существенной угрозы для органа?
    а. 5 минут
    б. 30 минут
    в. 1,5 часа
67. На какой срок может быть пережата общая сонная артерия без существенной угрозы для головного мозга?
    а. *5 минут*
    б. 30 минут
    в. 1,5 часа
68. Требования к современному сосудистому шву включают всё, кроме...
    а. Не должен сужаться просвет сосуда
    б. *Нить не должна находиться в просвете сосуда*
    в. нельзя допускать вворачивания интимы
    г. Шов должен быть герметичным
69. Непрерывный шов сосуда между тремя держалками носит название шва...
    а. *Каррель*
    б. Полянцева
    в. Морозовой
    г. Горслея
70. Нить для наложения шва сосудов у взрослых:
    а. Атравматическая, рассасывающаяся, полифиламентная

б. *Атравматическая, нерассасывающаяся, монофиламентная*
в. Безыгольная, рассасывающаяся, полифиламентная
г. Безыгольная, нерассасывающаяся, монофиламентная

71. Критическим уровнем перевязки артерий верхней конечности не является...
а. Подключичная артерия до отхождения щитошейного ствола
б. Подмышечная артерия после отхождения подлопаточной артерии
в. *Плечевая артерия после отхождения глубокой артерии плеча*

72. Критическим уровнем перевязки артерий нижней конечности не является...
а. Общая бедренная артерия
б. Поверхностная бедренная артерия в Гунтеровом канале до отхождения нисходящей артерии коленного сустава
в. Подколенная артерия
г. *Передняя большеберцовая артерия*

73. Перевязка вен какой системы на нижней конечности является критической?
а. Поверхностной
б. Перфорантной
в. *Глубокой*

74. Какой из приведённых доступов для ангиографии наименее безопасен?
а. Трансрадиальный
б. Транскаротидный
в. Трансфеморальный
г. *Трансаортальный (по Dos Santos)*

75. Каким образом в артерию вводят катетер для ангиографии?
а. Через троакар
б. По проводнику, введённому через пункционную иглу в просвет сосуда
в. Через артериотомную рану

76. Какой из перечисленных оперативных приёмов не может быть выполнен при помощи внутрисосудистой хирургии?
а. Дилатация
б. Облитерация
в. Стентирование
г. Протезирование
д. *Все перечисленные варианты могут быть выполнены*

77. Каково чаще всего происхождение эмболов магистральных сосудов конечностей?
а. Вены нижних конечностей
б. Околоплодная жидкость
в. Опухоли
г. *Тромбы в левом предсердии*

78. При эмболии на уровне стояния эмбола...
а. Пульс отсутствует
б. Пульс сохранён или усилен
в. Пульс незначительно ослаблен

79. При удалении балонным зондом, введённым через разрез в стенке общей бедренной артерии, эмбола, находящегося в поверхностной бедренной артерии, выполняется
а. *Ортоградная эмболэктомия по Фогерти*
б. Ретроградная эмболэктомия по Вредену
в. :Прямая эмболэктомия

80. Какое количество слоёв имеет стенка ложной аневризмы?

а. *Один*
б. Два
в. Три

81. Какое заболевание не может быть причиной истинной аневризмы магистральных артерий?
    а. Атеросклероз
    б. Эндартериит
    в. Сифилис
    г. *Сахарный диабет*
82. Что является операцией выбора при истинных аневризмах аорты?
    а. Эндоаневризмораффия (операция Матаса)
    б. Операция Филагриуса
    в. Операция Антиллуса
    г. Протезирование аорты
83. Какое из перечисленных оперативных вмешательств не относится к радикальным патогенетическим при облитерирующем атеросклерозе сосудов нижних конечностей?
    а. Эндартерэктомия
    б. *Симпатэктомия*
    в. Протезирование
    г. Шунтирование
84. В качестве синтетических сосудистых протезов в настоящее время применяют
    а. Полихлорвиниловые трубки
    б. Айвалоновые губчатые манжеты
    в. Полипропиленовые сетки
    г. *Политетрафторэтиленовые изделия*
85. Какой из перечисленных сосудов невозможно использовать для выполнения аутопластики кровеносных сосудов?
    а. V. saphena magna
    б. Фрагмент поверхностной бедренной артерии
    в. Лучевая артерия
    г. Воротная вена
86. Какие системы вен на нижней конечности выделяют?
    а. *Поверхностные, глубокие, перфорантные*
    б. Перфорантные, комуникантные, подкожные, межкостные
    в. Клапанные, безклапанные
87. При каком заболевании вен нижних конечностей нарушена проходимость глубоких вен, а поверхностная венозная система варикозно расширена?
    а. Варикозная болезнь
    б. Посттромбофлебитическая болезнь
    в. Болезнь Паркса-Вебера-Рубашова
88. Что является условием выполнения операции комбинированной венэктомии?
    а. *Проходимость глубоких вен нижних конечностей*
    б. Состоятельность клапанов перфорантных вен
    в. Отсутствие рефлюкса в подкожных венах
89. Субфасциальная перевязка перфорантных вен называется операцией...
    а. Троянова-Транделенбурга
    б. *Линтона*
    в. Шеде-Кохера

90. Шунтирующая операция, при которой кровь от поражённой конечности в обход тромбированной подвздошной вены уходит через реверсированную большую подкожную вену на противоположную сторону называется операцией
    а. Уоррена-Тайра
    б. *Пальма-Эсперона*
    в. Педжета-Шреттер
91. Распространение воспалительного процесса из крыловидного сплетения на синусы твердой мозговой оболочки возможно через три вены из указанных:
    а. V. meningea media
    б. Вены, следующие в нижней глазничной щели
    в. Вены, проходящие в овальном и круглом отверстиях
    г. V. facialis
    д. V. jugularis externa
92. К передней группе ветвей n. mandibularis относятся 3 из перечисленных:
    а. Нерв жевательной мышцы
    б. Медиальный крыловидный нерв
    в. Ушно-височный нерв
    г. Глубокие височные нервы
    д. Латеральный крыловидный нерв
93. К задней группе ветвей n. mandibularis относятся 4 из перечисленных:
    а. *Медиальный крыловидный нерв*
    б. Латеральный крыловидный нерв
    в. Ушно-височный нерв
    г. Нижний луночковый нерв
    д. Язычный нерв
94. При использовании подскулового пути обезболивания второй ветви тройничного нерва в крыловидно-небной ямке точка вкола иглы находится:
    а. На середине нижнего края скуловой дуги
    б. На границе передней и средней трети длины нижнего края скуловой дуги
    в. *На середине линии, проведенной от наружного края глазницы к козелку уха*
    г. На середине линии, проведенной от наружного края глазницы к козелку уха
95. Для обезболивания верхних больших коренных зубов и слизистой оболочки альвеолярного отростка выбираются следующие два вида проводниковой анестезии:
    а. *У круглого отверстия*
    б. У нижнеглазничного отверстия
    в. *Туберальная анестезия*
    г. У большого небного отверстия
96. Вкол иглы при туберальной анестезии производится:
    а. *Между 2 и 3 большими коренными зубами по переходной складке*
    б. На уровне 1 большого коренного зуба по переходной складке
    в. На уровне 2 премоляра по переходной складке
    г. На уровне клыка
97. Подглазничное отверстие проецируется:
    а. На 1 см книзу от медиального угла глаза
    б. На 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы и на 0,5 см ниже этого ориентира
    в. На 0,5 см кнаружи от середины нижнего края глазницы и на 2 см ниже этого ориентира

г. *На 0,5 см ниже точки пересечения нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через медиальный край второго верхнего малого коренного зуба*

98. Новокаин подводится к большому небному отверстию:
    а. *Для обезболивания слизистой твердого неба и слизистой альвеолярного отростка от клыка до 3 моляра*
    б. Для обезболивания слизистой щеки и мягкого неба
    в. Для обезболивания боковой поверхности языка
    г. Для обезболивания заднего отдела языка
99. Следующие два ориентира необходимо пальпаторно определить при внутриротовом способе мандибулярной анестезии:
    а. Суставной отросток нижней челюсти
    б. *Позадимолярную ямку и косую линию*
    в. Скуловую дугу и угол нижней челюсти
    г. *Крыловиднонижнечелюстную складку*
100. Перелом верхней челюсти по Лефору-I проходит:
    а. *Через основание грушевидного отверстия, по дну верхнечелюстных пазух, над альвеолярным отростком*
    б. Через височные ости, внутренне-боковую стенку и дно глазниц, по скуло-верхнечелюстному шву
    в. :По линии прикрепления лицевого скелета к костям основания черепа
101. Перелом верхней челюсти по Лефору-II проходит:
    а. :Через основание грушевидного отверстия, по дну верхнечелюстных пазух, над альвеолярным отростком
    б. *Поперечно через корень носа по внутренней стенке глазницы*
    в. Через середины глазниц
102. Перелом верхней челюсти по Лефору-III проходит:
    а. По линии носолобного шва, верхней глазничной щели,через височный отросток скуловой кости или по височно-скуловому шву
    б. Через основание грушевидного отверстия
    в. Через нижние поверхности глазниц
103. Жевательночелюстная щель непосредственно сообщается сверху:
    а. С клетчаткой межапоневротического пространства височной области
    б. *С клетчаточным пространством, расположенным под апоневрозом височной области*
    в. С клетчаткой подапоневротического пространства лобно-теменно-затылочной области
    г. С поднадкостничной клетчаткой лобно-теменно-затылочной области
104. Боковые клетчаточные пространства над диафрагмой рта ограничены следующими четырьмя элементами из пяти указанных:
    а. M. mylohyoideus
    б. Мышцами языка
    в. Нижней челюстью
    г. Слизистой оболочкой полости рта
    д. :M. digastricus
105. Для вскрытия глубокой флегмоны подглазничной области разрез проводится:
    а. По нижнему краю глазницы
    б. По боковой поверхности спинки носа

в. *Вдоль переходной складки слизистой оболочки верхнего свода преддверия полости рта, тупым способом проникаядо дна собачьей ямки*
г. На месте наибольшей флюктуации

106. Разрез при флегмоне скуловой области проводится:
а. По радиусу от козелка уха с учетом топографии ветвей лицевого нерва
б. *По нижнему краю скуловой кости с учетом топографии ветвей лицевого нерва*
в. Вертикально по переднему краю козелка уха
г. *По переходной складке слизистой преддверия полости рта над 4-6 зубами*

107. При флегмоне позадичелюстной (околоушной) области разрез проводится:
а. Радиально от козелка уха
б. *Окаймляя угол нижней челюсти между грудино-ключично-сосцевидной мышцей и задним краем ветвинижней челюсти*
в. По нижнему краю тела нижней челюсти
г. От козелка уха до угла рта

108. При флегмоне подвисочной ямки разрез проводится:
а. До кости у верхнего края преддверия полости рта
б. До кости вдоль переходной складки верхнего свода преддверия полости рта в области последних двух большихкоренных зубов
в. Разрез проводится по нижнему краю тела нижней челюсти
г. Разрез проводится по нижнему краю скуловой дуги с учетом топографии ветвей лицевого нерва

109. В состав передней области шеи входят три следующих парных треугольника из перечисленных:
а. Лопаточно-ключичный
б. Лопаточно-трахейный
в. Лопаточно-трапециевидный
г. Поднижнечелюстной
д. Сонный

110. В состав латеральной области шеи входят два следующих треугольника из перечисленных:
а. Лопаточно-трахейный
б. Лопаточно-трапециевидный
в. Лопаточно-трапециевидный
г. Поднижнечелюстной
д. Сонный

111. Грудино-ключично-сосцевидная область располагается между:
а. Передней и задней областями шеи
б. *Передней и латеральной областями шеи*
в. Латеральной и задней областями шеи

112. В пределах поднижнечелюстного треугольника имеются следующие две фасции из перечисленных:
а. *Поверхностная фасция*
б. *обственная фасция*
в. Лопаточно-ключичная фасция
г. Внутришейная фасция
д. Предпозвоночная фасция

113. В пределах сонного треугольника имеются следующие четыре фасции из перечисленных:

а. Поверхностная фасция
б. Собственная фасция
в. Лопаточно-ключичная фасция
г. *Париетальный листок внутришейной фасции*
д. Висцеральный листок внутришейной фасции
е. Предпозвоночная фасция

114. В пределах лопаточно-трахеального треугольника имеются следующие фасции из перечисленных:
а. Поверхностная фасция
б. Собственная фасция
в. Лопаточно-ключичная фасция
г. Внутришейная фасция
д. Предпозвоночная фасция

115. В пределах лопаточно-трапециевидного треугольника имеются следующие три фасции из перечисленных:
а. Поверхностная фасция
б. Собственная фасция
в. Лопаточно-ключичная фасция
г. Внутришейная фасция
д. *Предпозвоночная фасция*

116. При субтотальной резекции щитовидной железы должна быть оставлена часть железы,содержащая паращитовидные железы. Такой частью является:
а. Верхний полюс боковых долей
б. *Задне-внутренняя часть боковых долей*
в. Задне-наружная часть боковых долей
г. Передне-внутренняя часть боковых долей

117. Во время операции струмэктомии, выполняемой под местной анестезией, при наложении зажимов на кровеносные сосуды щитовидной железы у больного возникла осиплость голоса из-за:
а. Нарушения кровоснабжения гортани
б. Сдавления верхнего гортанного нерва
в. Сдавления возвратного гортанного нерва

118. В основном сосудисто-нервном пучке шеи общая сонная артерия и внутренняя яремная вена располагаются относительно друг друга следующим образом:
а. Артерия медиальнее, вена латеральнее
б. Артерия латеральнее, вена медиальнее
в. Артерия спереди, вена сзади
г. Артерия сзади, вена спереди

119. При выполнении трахеотомии больному следует придать положение:
а. *На спине: голова запрокинута кзади, под лопатки подложен валик*
б. На спине: голова повернута влево, под лопатки подложен валик
в. Полусидячее положение с запрокинутой кзади головой
г. Лежа на правом или левом боку

120. Для проведении разреза при трахеостомии точно по средней линии должны быть совмещены на одной линии в области шеи два ориентира из перечисленных:
а. Верхняя вырезка щитовидного хряща
б. Середина тела подъязычной кости
в. Середина подбородка

г. Перешеек щитовидной железы
д. Середина яремной вырезки грудины

121. В каком соотношении срединная линия тела разделяет сердце?
а. 3/4 слева, 1/4 справа
б. 2/3 слева, 1/3 справа
в. 1/3 слева, 2/3 справа
г. 1/4 слева, 3/4 справа

122. Параллельно какой оси сердца располагается межжелудочковая перегородка?
а. :короткой
б. *длинной*

123. Стенка какой камеры сердца участвует преимущественено в формировании его передней поверхности?
а. Левое предсердие
б. Левый желудочек
в. Правое предсердие
г. *Правый желудочек*

124. Стенка какой камеры сердца участвует преимущественено в формировании его задней поверхности?
а. *Левое предсердие*
б. Левый желудочек
в. Правое предсердие

125. За счёт повреждения какого анатомического образования после мобилизации подключичных артерий в грудной клетке может развиться синдром Горнера (птоз, миоз, энофтальм)?
а. Диафрагмального нерва
б. Блуждающего нерва
в. Подключичной петли
г. Атриовентрикулярного узла

126. Какое анатомическое образование можно повредить при мобилизации митрального клапана в области верхнего основания муральной створки?
а. *Огибающую артерию*
б. Синоатриальный узел
в. Коронарный синус

127. От какого сосуда отходит передняя межжелудочковая артерия?
а. Восходящей аорты
б. *Левой венечной артерии сердца*
в. Правой венечной артерии сердца
г. Легочного ствола
д. левой легочной артерии

128. Стенка какой камеры сердца участвует преимущественено в формировании его нижней поверхности?
а. Левое предсердие
б. *Левый желудочек*
в. Правый желудочек

129. Чем ограничена брюшная полость?
а. *париетальной брюшиной*
б. внутренностной фасцией
в. апоневрозом внутренней косой мышцы живота

г. поверхностной фасцией
д. влагалища прямых мышц

130. Чем ограничена полость живота?
а. париетальная брюшина
б. *внутренностная фасция*
в. апоневроз внутренней косой мышцы живота
г. поверхностная фасция
д. влагалища прямых мышц живота

131. Какое анатомическое образование делит брюшную полость на два этажа?
а. *брыжейка поперечно-ободочной кишки*
б. желудочно-сальниковая связка
в. малый сальник
г. брыжейка тонкой кишки

132. Вворачивающий сквозной шов через все слои кишечной стенки называют:
а. Швом Альберта
б. Швом Ламбера
в. Швом Пирогова-Бира
г. Швом Черни
д. *Швом Шмидена*

133. Наиболее вероятным путем распространения гнойного перитонита из правой брыжеечной пазухи является:
а. Верхний этаж брюшной полости
б. *Левая брыжеечная пазуха*
в. Левый боковой канал
г. Правый боковой канал

134. У больного гнойный аппендицит осложнился формированием внутрибрюшинного поддиафрагмального абсцесса. Определите путь распространения инфекции:
а. По большому сальнику
б. По передней стенке восходящей ободочной кишки
в. *По правому боковому каналу*
г. По околоободочной клетчатке восходящей ободочной кишки

135. Внутренние грыжи живота могут возникать в следующих трех местах нижнего этажа брюшной полости в соответствии с расположением брюшинных карманов:
а. Позади двенадцатиперстно-тощего изгиба
б. В области илеоцекального угла
в. В области печеночного изгиба ободочной кишки
г. В области селезеночного изгиба ободочной кишки
д. Позади брыжейки сигмовидной кишки
е. Впереди брыжейки сигмовидной кишки

136. В ходе оперативного вмешательства после дополнительной мобилизации (рассечения брюшинных связок) может быть выведен в операционную рану следующий орган из перечисленных:
а. Печень
б. *Желудок*
в. Поперечная ободочная кишка
г. Поджелудочная железа

137. В преджелудочной сумке находятся:
а. Желчный пузырь

б. *Левая доля печени*
в. Поджелудочная железа
г. Правая доля печени
д. *Селезенка*

138. Границей между поясничной областью и забрюшинным пространством является:
а. Квадратная мышца поясницы
б. Поперечная мышца живота
в. *Внутрибрюшная фасция*
г. Забрюшинная фасция

139. В забрюшинном пространстве между внутрибрюшной и забрюшинной фасциями располагается:
а. *Забрюшинный клетчаточный слой*
б. Околоободочная клетчатка
в. Околопочечная клетчатка

140. Околоободочная клетчатка располагается между:
а. Восходящей или нисходящей ободочной кишкой и позадиободочной фасцией
б. *Позадиободочной и впередипочечной фасциями*
в. Позадиободочной и внутрибрюшной фасциями

141. Околопочечная клетчатка располагается вокруг почки:
а. Под фиброзной капсулой почки
б. *Между фиброзной и фасциальной капсулами*
в. Поверх фасциальной капсулы почки

142. Чревный ствол отходит от брюшной аорты на уровне:
а. Th11
б. *Th12*
в. L1
г. L2

143. Верхняя брыжеечная артерия отходит от брюшной аорты на уровне:
а. h12
б. L1
в. L2

144. Нижняя часть прямой кишки покрыта брюшиной:
а. С трех сторон
б. Только спереди
в. *Вообще не покрыта брюшиной*

145. Среди трех путей оттока лимфы от прямой кишки основным является:
а. В паховые лимфоузлы
б. В крестцовые и далее во внутренние подвздошные лимфоузлы
в. *В верхние прямокишечные и далее в нижние брыжеечные лимфоузлы*

146. При операции экстирпации прямой кишки по поводу рака производится полное удаление клетчатки позадипрямокишечного пространства из-за:
а. Тесной связи жировой клетчатки со стенкой прямой кишки
б. Возможностью прорастания опухоли в жировую клетчатку
в. Возможностью наличия метастазов опухоли в передних крестцовых лимфоузлах
г. Из-за рубцово-фиброзного ее перерождения

147. К задней стенке желудка прилежат все образования, кроме:
а. Левой доли печени

б. Задний листок париетальной брюшины
в. Поджелудочной железы
г. *Селезенки*
д. Брюшной аорты

148. Желудок кровоснабжается артериями, отходящими:
а. *Только от чревного ствола*
б. От чревного ствола и верхней брыжеечной артерии
в. Только от верхней брыжеечной артерии

149. Одним из осложнений язвенной болезни желудка является желудочное кровотечение. Чаще всего к такому осложнению в соответствии с особенностями кровеносного русла желудка приводят язвы, расположенные:
а. На передней стенке тела желудка
б. На задней стенке тела желудка
в. *На малой кривизне желудка*
г. На большой кривизне желудка

150. Поверхность трубчатого свища выстлана оболочкой полого органа:
а. *Серозной*
б. Мышечной
в. Слизистой
г. Подслизистой

Ситуационные задачи
по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

Мозговой отдел головы

Задача № 1

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

Эталон ответа:

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

Задача № 2

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

Эталон ответа:

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

щипцов трех слоев кости свода черепа (компактное вещество, губчатое вещество, стекловидная пластинка

Задача № 3

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

Эталон ответа:

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

Задача № 4

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

Эталон ответа:

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

Задача № 5

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

Эталон ответа:

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

Задача № 6

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

Эталон ответа:

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

Задача № 7

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

Эталон ответа:

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

Задача № 8

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

Эталон ответа:

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

Задача № 9

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

Эталон ответа:

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

Задача № 10

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

Эталон ответа:

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

Задача № 11

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

Эталон ответа:

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

Задача № 12

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

Эталон ответа:

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

Задача № 13

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

Эталон ответа:

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

Задача № 14

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

Эталон ответа:

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

Задача № 15

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

Эталон ответа:

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

Задача № 16

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

Эталон ответа:

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

ЛИЦЕВОЙ ОТДЕЛ ГОЛОВЫ

Задача № 17

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

Эталон ответа:

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

Задача № 18

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

Эталон ответа:

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

Задача № 19

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

Эталон ответа:

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

Задача № 20

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

Эталон ответа:

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

Задача № 21

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

Эталон ответа:

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

Задача № 22

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

Эталон ответа:

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

Задача № 23

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

Эталон ответа:

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

Задача № 24

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

Эталон ответа:

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

Задача № 25

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

Эталон ответа:

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

Задача № 26

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

Эталон ответа:

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

Задача № 27

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

Эталон ответа:

Флегмона левого пространства. Стенками данного пространства являются: медиальная – боковая стенка носоротоглотки, латеральная – медиальная крыловидная

мышца. Вскрывается флегмона внеротовым доступом – позади угла нижней челюсти и внутриротовым – позади последнего зуба нижней челюсти по переходной складки и медиально от ветви нижней челюсти.

Задача № 28

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

Эталон ответа:

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

Задача № 29

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

Эталон ответа:

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

Задача № 30

В хирургическое отделение поступил пострадавший, у которого после автодорожного происшествия выявлен значительный дефект наружного носа. Больному выполнена тотальная ринопластика филатовским стеблем по Хитрову. Укажите этапы данной операции.

Эталон ответа:

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

Задача № 31

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

Эталон ответа:

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

Задача № 32

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

Эталон ответа:

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

Задача № 33

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

Эталон ответа:

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

Задача № 34

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

Эталон ответа:

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

Задача № 35

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

Эталон ответа:

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

Задача № 36

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

Эталон ответа:

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

Задача № 37

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

Эталон ответа:

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

Задача № 38

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

Эталон ответа:

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

Задача № 39

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

Эталон ответа:

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

Задача № 40

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

Эталон ответа:

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

Задача № 41

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

Эталон ответа:

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

Задача № 42

При закупорке камнем выводного протока подъязычной слюнной железы у женщины 55 лет появилась припухлость подъязычного валика, болезненность при

движениях языка. Укажите топографо-анатомические особенности преимущественной локализации камней в поднижнечелюстной слюнной железе и оперативные доступы при хирургическом лечении.

Эталон ответа:

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

Задача № 43

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

Эталон ответа:

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

ШЕЯ

Задача № 44

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

Эталон ответа:

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

Задача № 45

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

Эталон ответа:

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

Задача № 46

В хирургическое отделение поступил больной со злокачественной опухолью околоушной слюнной железы, которая вызвала кровотечение. Укажите, какой сосуд

поврежден и какими ориентирами должен пользоваться хирург для обнажения этого сосуда на шее?

Эталон ответа:

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

Задача № 47

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

Эталон ответа:

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

Задача № 48

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

Эталон ответа:

Грудной лимфатический проток впадает в левый венозный угол Пирогова (слияние левой подключичной и внутренней яремной вены). Левый венозный угол и грудной лимфатический проток располагаются кзади от кивательной мышцы в лестнично-позвоночном треугольнике. Разрез делается на 1 см выше и параллельно ключице слева

Задача № 49

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

Эталон ответа:

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

Задача № 50

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

Эталон ответа:

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

Задача № 51

Инородное тело пищевода вызвало перфорацию задней его стенки на уровне VII шейного позвонка, в результате чего образовалась флегмона околопищеводной клетчатки.

Укажите возможные пути распространения гнойного затека и определите оперативный доступ для вскрытия флегмоны этого пространства.

Эталон ответа:

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

Задача № 52

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

Эталон ответа:

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

Задача № 53

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

Эталон ответа:

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

Задача № 54

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

Эталон ответа:

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

Задача № 55

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

Эталон ответа:

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

Задача № 56

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

Эталон ответа:

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

Брюшная полость

Задача № 57

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

Эталон ответа:

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

Задача № 58

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

Эталон ответа:

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

Задача № 59

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

Эталон ответа:

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

Задача № 60

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

Эталон ответа:

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

Задача № 61

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

Эталон ответа:

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

Задача № 62

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

Эталон ответа:

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

Задача № 63

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

Эталон ответа:

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

Задача № 64

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

Эталон ответа:

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

Задача № 65

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

Эталон ответа:

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

Задача № 66

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

Эталон ответа:

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

Задача № 67

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

Эталон ответа:

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

Задача № 68

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

Эталон ответа:

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

Задача № 69

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

Эталон ответа:

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

Задача № 70

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

Эталон ответа:

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

Задача № 71

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

Эталон ответа:

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

Задача № 72

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

Эталон ответа:

Повреждена внебрюшинная часть восходящего или нисходящего отдела толстой кишки.

Задача № 73

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

Эталон ответа:

Срединный разрез - от середины расстояния между мечевидным отростком и пупочным кольцом до середины расстояния между пупком и лонным сочленением, обходя пупочное кольцо слева. Правый боковой канал образован восходящим отделом толстой кишки и передне-боковой стенкой живота. Правый брыжеечный синус образован восходящим отделом толстой кишки (снаружи), поперечной ободочной кишкой и её брыжейкой (сверху), брыжейкой тонкой кишки (медиально). Повреждена верхняя брыжеечная артерия, гематома в забрюшинном пространстве.

Задача № 74

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

Эталон ответа:

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

Задача № 75

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

Эталон ответа:

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

Задача № 76

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

Эталон ответа:

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

Задача № 77

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

Эталон ответа:

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

Задача № 78

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

Эталон ответа:

Холецистостомия. Виды операций на желчном пузыре: холецистостомия, холецистотомия, холецистэктомия, различные виды анастомозов. Проекция желчного пузыря на переднюю брюшную стенку - место пересечения с реберной дугой линии, идущей от верхней левой подвздошной ости через пупочное кольцо или парастернальной линии с горизонтальной линией, соединяющей края X ребер. Оперативный доступ по Федорову, Кохеру. Этапы холецистостомии: 1. Лапаротомия; 2. Обследование желчного пузыря; 3. Пункция желчного пузыря; 4. Вскрытие желчного пузыря; 5. Формирование свища (губовидного, трубчатого); 6. Зашивание раны.

Задача № 79

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

Эталон ответа:

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

Задача № 80

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

Эталон ответа:

Желчевыводящие пути: правый и левый печеночные протоки, общий печеночный , пузырный, общий желчный проток. На задней поверхности нисходящего отдела 12-

перстной кишки на большом сосочке открывается общий желчный проток чаще вместе с панкреатическим протоком.

Задача № 81

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

Эталон ответа:

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

Задача № 82

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

Эталон ответа:

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

Задача № 83

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

Эталон ответа:

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

Задача № 84

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

Эталон ответа:

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

Задача № 85

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

Эталон ответа:

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

Задача № 86

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

Эталон ответа:

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

Задача № 87

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

Эталон ответа:

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

Задача № 88

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

Эталон ответа:

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

ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО

Задача № 89

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

Эталон ответа:

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

Задача № 90

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

Эталон ответа:

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

Задача № 91

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

Эталон ответа:

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

Задача № 92

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

Эталон ответа:

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

Задача № 93

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

Эталон ответа:

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

Задача № 94

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

Эталон ответа:

Этапы операции: 1. Оперативный доступ по Федорову; 2. Выведение почки в рану; 3. Обработка сосудов и удаление почки; 4. Введение дренажей; 5. Ушивание операционной раны. Ножка почки представлена почечными артерией и веной, лоханкой или

мочеточником. Артерия, вена, мочеточник. Установка дренажей в околопочечную, собственную забрюшинную и подкожную клетчатки.

Задача № 95

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

Эталон ответа:

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

Задача № 96

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

Эталон ответа:

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

Задача № 97

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

Эталон ответа:

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

Задача № 98

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

Эталон ответа:

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

Задача № 99

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

Эталон ответа:

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

Задача № 100

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

Эталон ответа:

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

7.4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений и навыков, и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Требования к проведению тестового задания

Тест - система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования

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

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

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

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

Требования к проведению зачета

Зачет по всей дисциплине или ее части преследуют цель оценить работу ординатора за курс (семестр), полученные теоретические знания, прочность их, развитие творческого мышления, приобретение навыков самостоятельной работы, умение синтезировать полученные знания и применять их к решению практических задач.

Критерии оценки знаний при проведении зачета

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

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

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

8.1. Основная литература

1. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. Том 1 / Николаев А. В. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 384 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426135.html
2. Николаев, А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2 т. Том 2 / Николаев А. В. - 2-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 480 с. -

URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426142.html (

8.2. Дополнительная литература

1. Кек, Т. Минимальноинвазивная абдоминальная хирургия / Т. Кек, К. Гермер, А. Шабунин [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 624 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460009.html
2. Дыдыкин, С. С. Современные хирургические инструменты : справочник / С. С. Дыдыкин, Е. В. Блинова, А. Н. Щербюк - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 144 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437421.html
3. Гостищев, В. К. Клиническая оперативная гнойная хирургия : руководство для / В. К. Гостищев - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 448 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html
4. Разумовский, А. Ю. Эндоскопическая хирургия в педиатрии / А. Ю. Разумовский, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436226.html
5. Иванов, С. Ю. Реконструктивная хирургия альвеолярной кости / С. Ю. Иванов, А. А. Мураев, Н. Ф. Ямуркова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 360 с. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438138.html
6. Золотов, А. С. Очерки по хирургии повреждений периферических нервов / Золотов А. С. , Пак О. И. , Дьячкова Ю. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - URL : https://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2394.html
7. Николаев, И. И. Топографическая анатомия и операции на прямой кишке : учебно-методическое пособие / И. И. Николаев, С. Н. Цыбусов. — Нижний Новгород: ННГУ им. Н. И. Лобачевского, 2019. — 85 с. — URL: https://e.lanbook.com/book/144985
8. Волков, А. В. Практикум по топографической анатомии и оперативной хирургии : учебное пособие / А. В. Волков, Г. М. Рынгач. — Новосибирск: НГМУ, 2019. — 440 с. —URL: https://e.lanbook.com/book/145045
9. Краткий курс лекций по топографической анатомии с оперативной хирургией № 1 : учебное пособие / О. С. Дмитриева, Т. М. Половинцева, Н. А. Щербакова, С. Ю. Николаева. — Великие Луки: Великолукская ГСХА, 2023. — 149 с. —URL: https://e.lanbook.com/book/340286

8.3. Информационно-телекоммуникационные ресурсы сети «Интернет»

1. Образовательный портал ФГБОУ ВО «МГТУ» [Электронный ресурс]: Режим доступа: https://mkgtu.ru/
2. Официальный сайт Правительства Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.government.ru
3. Информационно-правовой портал «Гарант» [Электронный ресурс]: Режим доступа: http://www.garant.ru/
4. Научная электронная библиотека www.eLIBRARY.RU – Режим доступа: http://elibrary.ru/
5. Электронный каталог библиотеки – Режим доступа: // http://lib.mkgtu.ru:8004/catalog/fol2;
6. Единое окно доступа к образовательным ресурсам: Режим доступа: http://window.edu.ru/
7. Федеральная электронная медицинская библиотека Режим доступа: http://www.femb.ru/
8. Медицинский образовательный сайт социальная сеть для врачей: Режим доступа: https://vrachivmeste.ru/
9. Лучшие медицинские сайты: Режим доступа: https://links-med.narod.ru/

9.Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

9.1.Учебно-методические материалы для ординаторов по изучению лекционного курса по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

Раздел/Тема с указанием основных учебных элементов (дидактических единиц)	Методы обучения	Способы (формы) обучения	Средства обучения	Формируемые компетенции
Тема: Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи. Оперативная хирургия головы и шеи	**По источнику знаний**: лекция; **По назначению**: приобретение знаний; формирование умений и навыков, применение знаний, их закрепление **По типу познавательной деятельности:** объяснительно-иллюстративный, проблемное изложение, частично-поисковый	Учебно-методические материалы по лекциям дисциплины	Устная речь, учебники, учебные пособия, книги, тестовые задания	- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6); - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)
Тема: Клиническая и топографическая анатомия	**По источнику знаний**: лекция; **По назначению**: приобретение знаний; формирование умений и	Учебно-методические материалы по	Устная речь, учебники, учебные пособия,	- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные,

груди. Оперативная хирургия груди	навыков, применение знаний, их закрепление **По типу познавательной деятельности:** объяснительно-иллюстративный, проблемное изложение, частично-поисковый	лекциям дисциплины	книги, тестовые задания	этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6); - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)
Тема: Клиническая и топографическая анатомия живота. Оперативная хирургия живота	**По источнику знаний**: лекция; **По назначению**: приобретение знаний; формирование умений и навыков, применение знаний, их закрепление **По типу познавательной деятельности:** объяснительно-иллюстративный, проблемное изложение, частично-поисковый	Учебно-методические материалы по лекциям дисциплины	Устная речь, учебники, учебные пособия, книги, тестовые задания	- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6); - готовность к организации медицинской

				помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)
Тема: Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности. Оперативная хирургия таза и промежности	**По источнику знаний**: лекция; **По назначению**: приобретение знаний; формирование умений и навыков, применение знаний, их закрепление **По типу познавательной деятельности:** объяснительно-иллюстративный, проблемное изложение, частично-поисковый	Учебно-методические материалы по лекциям дисциплины	Устная речь, учебники, учебные пособия, книги, тестовые задания	- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6); - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)
Тема: Клиническая и топографическая анатомия конечностей. Оперативная хирургия конечностей	**По источнику знаний**: лекция; **По назначению**: приобретение знаний; формирование умений и навыков, применение знаний, их закрепление **По типу познавательной деятельности:** объяснительно-иллюстративный,	Учебно-методические материалы по лекциям дисциплины	Устная речь, учебники, учебные пособия, книги, тестовые задания	- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2); - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и

	проблемное изложение, частично-поисковый			проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6); - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

9.2.Учебно-методические материалы для ординаторов по подготовке к практическим занятиям по дисциплине «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»

Наименование практических занятий	Методы обучения	Способы (формы) обучения	Средства обучения
Тема. Клиническая и топографическая анатомия головы и шеи. Оперативная хирургия головы и шеи	**по источнику знаний:** лекция, чтение, конспектирование **по назначению:** приобретение знаний, анализ, закрепление, проверка знаний **по типу познавательной деятельности**: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный	Изучение нового учебного материала, контроль знаний, самостоятельная работа	тесты, зачет
Тема. Клиническая и топографическая анатомия груди. Оперативная хирургия груди	**по источнику знаний:** лекция, чтение, конспектирование **по назначению:** приобретение знаний, анализ, закрепление, проверка знаний **по типу познавательной деятельности**: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный	Изучение нового учебного материала, контроль знаний, самостоятельная работа	тесты, зачет
Тема: Клиническая и топографическая анатомия живота. Оперативная хирургия живота	**по источнику знаний:** лекция, чтение, конспектирование **по назначению:** приобретение знаний, анализ, закрепление, проверка знаний **по типу познавательной деятельности**: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный	Изучение нового учебного материала, контроль знаний, самостоятельная работа	тесты, зачет

Тема: Клиническая и топографическая анатомия таза и промежности. Оперативная хирургия таза и промежности	**по источнику знаний:** лекция, чтение, конспектирование **по назначению:** приобретение знаний, анализ, закрепление, проверка знаний **по типу познавательной деятельности**: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный	Изучение нового учебного материала, контроль знаний, самостоятельная работа	тесты, зачет
Тема: Клиническая и топографическая анатомия конечностей. Оперативная хирургия конечностей	**по источнику знаний:** лекция, чтение, конспектирование **по назначению:** приобретение знаний, анализ, закрепление, проверка знаний **по типу познавательной деятельности**: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный	Изучение нового учебного материала, контроль знаний, самостоятельная работа	тесты, зачет

10. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем.

Информационные технологии, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине позволяют:

- ✓ Организовать процесс образования путем визуализации изучаемой информации посредством использования презентаций, учебных фильмов;
- ✓ Контролировать результаты обучения на основе компьютерного тестирования;
- ✓ Автоматизировать расчеты аналитических показателей, предусмотренные программой научно-исследовательской работы;
- ✓ Автоматизировать поиск информации посредством использования справочных систем.

10.1 Перечень необходимого программного обеспечения

Для осуществления учебного процесса используется свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение:

1. Операционная система на базе Linux;
2. Офисный пакет Open Office;
3. Графический пакет Gimp;
4. Векторный редактор Inkscape;
5. Тестовая система на базе Moodle
6. Тестовая система собственной разработки, правообладатель ФГБОУ ВО «МГТУ», свидетельство №2013617338.

10.2 Перечень необходимых информационных справочных систем:

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронно-библиотечным системам:

1. Электронная библиотечная система «Консультант студента» (http://www.studmedlib.ru)
2. Электронная библиотечная система «ZNANIUM.COM» (www.znanium.com).
3. Электронная библиотечная система «IPRbooks» (http://www.iprbookshop.ru).

Для обучающихся обеспечен доступ (удаленный доступ) к следующим современным профессиональным базам данных, информационным справочным и поисковым системам:

1. Консультант Плюс - справочная правовая система (http://consultant.ru)
2. Web of Science (WoS) (http://apps.webofknowledge.com)
3. Научная электронная библиотека (НЭБ) (http://www.elibrary.ru)
4. Электронная Библиотека Диссертаций (https://dvs.rsl.ru)
5. КиберЛенинка (http://cyberleninka.ru)
6. Национальная электронная библиотека (http://нэб.рф)
7. Сайт для студентов-медиков: Режим доступа : https://medstudents.ru/
8. Медунивер: Режим доступа: meduniver.com
9. Медицинские видеолекции: Режим доступа: med-edu.ru

11. Описание материально-технической базы необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

Наименования специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
Специальные помещения		
Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа: *Лекционный*	Переносное мультимедийное оборудование, доска,	1. Операционная система «Windows», договор 0376100002715000045-

зал АРКБ № адрес: Ул. Жуковского, Д. 4 Аудитория для занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации: отделение АРКБ: травматологии и ортопедии; Лекционный зал, учебные комнаты: специальная литература; оргтехника; аудио-, видеотехника; аппарат для высокочастотной магнитотерапии (индуктотермии); аппарат для дарсонвализации; аппарат для лечения интерференционными и диадинамическими токами; аппарат для микроволновой (МВ), СВЧ-терапии (диатермии); аппарат для УВЧ (ДМВ) – терапии; аппарат лазерной и магнитолазерной терапии	мебель для аудиторий, компьютерный класс *на 15 посадочных мест*, оснащенный компьютерами *Pentium* с выходом в Интернет	0018439-01 от 19.06.2015; 2. Свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение: –Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «VLC media player»; –Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «K-lite codec»; –Офисный пакет «WPS office»; –Программа для работы с архивами «7zip»; –Программа для работы с документами формата .pdf «Adobe reader»;
Помещения для самостоятельной работы		
Учебные аудитории для самостоятельной работы: *Хирургический корпус АРКБ №ауд. 1, 3, 4,* В качестве помещений для самостоятельной работы могут быть: компьютерный класс, читальный зал: ул. Первомайская ,191, 3 этаж.	Переносное мультимедийное оборудование, доска, мебель для аудиторий, компьютерный класс *на 15 посадочных мест*, оснащенный компьютерами Pentium с выходом в Интернет	1. Операционная система «Windows», договор 0376100002715000045-0018439-01 от 19.06.2015; 2. Свободно распространяемое (бесплатное не требующее лицензирования) программное обеспечение: –Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «VLC media player»; –Программа для воспроизведения аудио и видео файлов «K-lite codec»; –Офисный пакет «WPS office»; –Программа для работы с архивами «7zip»; –Программа для работы с документами формата .pdf «Adobe reader»;

12. Дополнения и изменения в рабочей программе за _____/_____ учебный год

В рабочую программу _____
(наименование дисциплины)

для направления (специальности) _____
(номер направления (специальности)

вносятся следующие дополнения и изменения:

Дополнения и изменения внес _____
(должность, Ф.И.О., подпись)

Рабочая программа пересмотрена и одобрена на заседании кафедры
_____
(наименование кафедры)

«____»_____200_г.

Заведующий кафедрой _____ _____
(подпись) (Ф.И.О.)