|  |  |
| --- | --- |
|  | МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  Федеральное государственное бюджетное образовательное  учреждение высшего образования  «СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  Министерства здравоохранения Российской Федерации |

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ  Декан факультета д.м.н.Ж.Л.Варакина  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. |

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

Дисциплина **Топографическая анатомия и**  **оперативная хирургия**

Направление подготовки **«Лечебное дело» (31.05.01)**

Курс 2,3; семестр 4,5

Вид промежуточной аттестации – экзамен

Кафедра **анатомии и оперативной хирургии**

Трудоемкость дисциплины 180 (час.)/5 (зач. ед.)

Утверждено на заседании

кафедры:

Протокол №\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г.

Зав. кафедрой С.Г.Суханов

**Авторы-составители: Мартынова Н.А., д.м.н., проф.**

**Калинин Р.Г., к.м.н., доцент**

Архангельск, 2021г.

**1. Место дисциплины в структуре образовательной программы**

Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС по направлению подготовки\_\_\_**«Лечебное дело» (31.05.01)**

Дисциплина отнесена к обязательной части учебного плана, формируемой участниками образовательных отношений..

Дисциплины учебного плана, предшествующие изучению данной: анатомия, физиология.

Дисциплины учебного плана, базирующиеся на содержании данной: Общая хирургия, факультетская хирургия, госпитальная хирургия.

Дисциплина реализуется в рамках следующих типов задач профессиональной деятельности, определенных учебным планом: диагностический.

**2. Цель и задачи освоения дисциплины**

Цель освоения дисциплины – подготовка обучающихся к осуществлению профессиональной деятельности в сфере выполнения общеврачебных хирургических манипуляций.

Задачи дисциплины:

1. формирование знаний об анатомии важнейших сосудисто-нервных пучков, фасциальных футляров и клетчаточных пространств важнейших топографо-анатомических взаимоотношений органов в норме и при возникновении  патологических состояний.
2. формирование умений принятия активных самостоятельных решений для оказания хирургической помощи в необходимом объеме для спасения жизни пострадавших и предупреждения тяжелых осложнений
3. формирование навыков пользования хирургическими инструментами

**3. Планируемые результаты освоения образовательной программы, обеспечиваемые дисциплиной (модулем).**

|  |  |
| --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций/формулировки компетенций** | **Индикатор достижения компетенции** |
| ОПК-5  Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач | ИД-1. Знает анатомию, гистологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека  ИД-2. Умеет определять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека |

## Профессиональные компетенции установлены на основе профессионального стандарта федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного12 августа 2020 г..

**4. Объем дисциплины (модуля) и виды учебных занятий:**

Общая трудоемкость дисциплины составляет \_5\_\_ зачетных единиц.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид учебной работы** | **Всего часов** | **Семестр** |
| **Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)** |  |  |
| В том числе: |  |  |
| Лекции (Л) | 32 | 3,4 |
| Семинарские занятия (Сем) |  |  |
| Практические занятия (ПЗ) | 56 | 3,4 |
| Клинические практические занятия (КПЗ) |  |  |
| Лабораторные занятия (ЛЗ) |  |  |
| Симуляционные практические занятия (С) | 8 | 3,4 |
| Контактная работа во время экзамена (ПЭ) | 36 | 4 |
| Контактная работа во время зачета (ПЭ) |  |  |
| Консультации к экзамену (КонсЭ) |  |  |
| Курсовая работа (Конт КР) |  |  |
| **Самостоятельная работа (всего)** | 48 | 3,4 |
| **Контроль** |  |  |
| **Общая трудоемкость (час.)** | 180 |  |

**5. Содержание дисциплины:**

5.1. Содержание разделов дисциплины

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Содержание раздела** |
| 1 | 2 | 3 |
|  | Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхней и нижней конечности | Топография верхней конечности (подключичная, дельтовидная и подмышечная области, область плеча). Топография локтевой области, предплечья, кисти и пальцев Топография нижней конечности (ягодичной области, бедра). Топография подколенной ямки, голени, медиальной лодыжки и стопы. Хирургический инструментарий. Хирургическая техника. Правила разъединения и соединения тканей. Операции на сосудах конечностей. Операции на сухожилиях и нервах. Операции на суставах и костях конечностей. Ампутации и экзартикуляции |
|  | Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. | Топография мозгового отдела головы. Операции на мозговом отделе головы. Топография лицевого отдела головы. Операции на лицевом отделе головы. Топография шеи. Топография внутренних органов шеи. Операции на шее. |
|  | Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди, живота и таза. | Топография груди. Операции на грудной стенке Топография органов средостения. Операции на органах грудной полости Топография передней брюшной стенки и оперативное лечение грыж Топография брюшной полости и ее органов Топография забрюшинного пространства и малого таза. |

5.2. 5.2. Количество часов отводимых на изучение отдельных разделов дисциплины и видов занятий

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Л** | **ПЗ (в т.ч С)** | **С** | **ЛП** | **КПЗ** | **СРС** | **Всего часов** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхней и нижней конечности | 12 | 24 | 4 |  |  | 18 | **54** |
| 2. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. | 8 | 16 | 2 |  |  | 12 | **36** |
| 3. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди, живота и таза. | 12 | 24 | 8 |  |  | 18 | **54** |

**6. Интерактивные формы проведения занятий**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Интерактивные формы проведения занятий** | **Длительность**  **(час.)** |
| 1. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхней и нижней конечности | Использование подготовленных преподавателями мультимедийных презентаций | 4 |
| 2. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. | Использование подготовленных преподавателями мультимедийных презентаций  Использование подготовленных студентами мультимедийных презентаций | 2 |
| 3. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди, живота и таза. | Использование подготовленных студентами мультимедийных презентаций | 4 |
| Итого (час.) | | | 10 |
| Итого (% от аудиторных занятий) | | | 9,6 % |

**7. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине, в том числе с использованием возможностей электронного обучения, дистанционных образовательных технологий (СДО Moodle)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Наименование раздела дисциплины** | **Виды самостоятельной работы** | **Формы контроля** |
| 1. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхней и нижней конечности | Изучение препаратов (распилы плеча, бедра на разных уровнях).  Биологический материал.  Обучающие программы в электронном виде | Устный опрос, тестирование |
| 2. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. | Изучение препаратов  Подготовка презентаций по темам раздела;  Работа с учебными пособиями;  Обучающие программы в электронном виде. Учебные фильмы | Устный опрос, тестирование |
| 3. | Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди, живота и таза. | Изучение препаратов, распилов;  Самостоятельное решение ситуационных задач;  Работа с обучающими программами;  Просмотр анимаций, презентаций, видеоматериалов. | Устный опрос, тестирование |

**8. Формы контроля**

8.1. Формы текущего контроля

- устные (собеседование, доклад, презентация по теме занятия)

- письменные (проверка тестов, конспектов, решение задач).

8.2. Формы промежуточной аттестации - экзамен

Этапы проведения экзамена

1этап - собеседование по билету

1. этап - собеседование по биологическим материалам или распилам.

3 этап - собеседование по хирургическим инструментам.

Вопросы к зачету и экзамену приводятся в приложении №4 к рабочей учебной программе «Фонд оценочных средств».

**9.** **Библиотечно-информационное обеспечение дисциплины**

**9.1 Основная литература**

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. **Николаев А. В.** Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. **Николаев, Анатолий Витальевич**. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев **Т.1**. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. **Николаев, Анатолий Витальевич**. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев **Т.2**. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. **Оперативная хирургия** [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. **Сергиенко В. И.** Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

**9.2. Дополнительная литература**

1. **Каган И.И.** Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. **Лопухин Ю. М.** Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. **Основы неотложной хирургической** помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**9.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной среды «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

1. ЭБС «Консультант студента» <http://www.studmedlib.ru/>
2. ЭБС Iprbooks <http://www.iprbookshop.ru/>
3. www. Medlinks.ru
4. Атлас операций В. Н. Войленко <http://www.uroweb.ru/catalog/med_lib/oper_atl/begin.htm>
5. Кованов Оперативная хирургия и топографическая анатомия http://www.booksgid.com/people/10863-kovanov-operativnaja-khirurgija-i.html
6. [MedExplorer](http://www.medexplorer.com/), [MedHunt](http://www.hon.ch/MedHunt/), PubMed.

**9.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

Специализированные программы (обучающая программа по предмету топографическая анатомия и оперативная хирургия, компьютерная программа по приему отработок по темам обоих семестров, компьютерная программа по приему экзамена, видеофильмы (снятые сотрудниками кафедры), электронный учебник, презентации по темам практических занятий, презентации лекций. Программное обеспечение: сертифицированные, лицензионные программы общего и образовательного назначения.

**Операционная система**

MS Windows Vista Starter

MS Windows Prof 7 Upgr

**Офисный пакет**

MS Office 2007

**Другое ПО**

7-zip

AdobeReader

Kaspersky Endpoint Security

**10. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование учебного кабинета** | **Месторасположение учебного кабинета** | **Перечень основного оборудования учебного кабинета** |
|  | Учебный практикум №302 | Ул. Сибиряковцев 2 кор 3 | Ноутбук, проектор, Таблицы |
|  | Учебный практикум №318 (операционная) | Ул. Сибиряковцев 2 кор 3 | Операционный стол, наборы хирургических инструментов, муляжи для наложения швов, муляж для проведения плевральной пункции. |
|  | Учебный практикум №319 | Ул. Сибиряковцев 2 кор 3 | Ноутбук, проектор, Таблицы |
|  | Учебный практикум №320 | Ул. Сибиряковцев 2 кор 3 | Ноутбук, проектор, Таблицы |

Лекционные аудитории  расположены в морфологическом корпусе СГМУ (ауд. им. С.И. Елизаровского и др.). Для чтения лекции и проведения практических занятий используются мультимедийные проекторы.

Практикумы расположены в помещениях  кафедры морфологического корпуса. Практикумы оснащены проекторами, секционными столами, хирургическим инструментарием, муляжами, симуляторами и морфологическими препаратами.

**Перечень оргтехники, находящейся в аудиториях кафедры**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  пп | Наименование имущества | Инвентаризаци  онный № | Единица измерения (штук, комплект) | Количество | Вес вывозимого имущества, тонн |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Мультимедийный  проектор | №  М 008067440 | Шт. | 1 |  |
| 2 | Ноутбук HP Compaq | № М008067626 | Шт. | 1 |  |
| 3 | Монитор ЖК | №  М008068461 | Шт. | 1 |  |
| 4 | Монитор ЖК | №  М008068460 | Шт. | 1 |  |
| 5 | Системный блок  Universal | №  М008068597 | шт. | 1 |  |
| 6 | Видеопроигрыватель  DVD | №  0001380508 | Шт. | 1 |  |
| 7 | Многофункц. центр HP Laser | №  М008067606 | Шт. | 1 |  |
| 8 | Принтер | №  0000138556 | Шт. | 1 |  |
| 9 | Принтер «UMAX» | №  1360072 | Шт. | 1 |  |
| 10 | Прогр.-аппар.комплекс | №  0001360683 | Шт. | 1 |  |
| 11 | Системн.блок | №  М008067549 | Шт. | 1 |  |
| 12 | Монитор «ACER» | №М008068526 | Шт. | 1 |  |
| 13 | Системный блок Oldi Offce | №  М008068637 | Шт. | 1 |  |
| 14 | Ноутбук  ASUS | №  М008070917 | Шт. | 1 |  |
| 15 | Мультимедийный проектор Mitsubishi | №  М008070845 | Шт. | 1 |  |
| 16 | Ноутбук  ASUS | №  М008070926 | Шт. | 1 |  |
| 17 | Принтер HP Laser Jet  Pro | №  М008070870 | Шт. | 1 |  |

Перечень наборов хирургических инструментов:

* + - 1. Общехирургический набор для рассечения мягких тканей, гемостаза, наложения швов.
      2. Для операций на сосудах.
      3. Для операций на костях конечностей.
      4. Для операций на голове и шее.
      5. Для операций на органах грудной полости.
      6. Для операций на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и таза

**11. Оценка студентами содержания и качества учебного процесса по дисциплине**

**Примерная анкета-отзыв на дисциплину «Топографическая анатомия и оперативная хирургия»** (анонимная)

Просим Вас заполнить анкету-отзыв по прочитанной дисциплине «Топографическая анатомия и оперативная хирургия». Обобщенные данные анкет будут использованы для ее совершенствования. По каждому вопросу поставьте соответствующие оценки по шкале от 1 до 10 баллов (обведите выбранный Вами балл). В случае необходимости впишите свои комментарии.

*1. Насколько Вы удовлетворены содержанием дисциплины в целом?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*2. Насколько Вы удовлетворены общим стилем преподавания?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*3.Как Вы оцениваете качество подготовки предложенных методических материалов?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*4.Насколько вы удовлетворены использованием преподавателем активных методов обучения (моделирование процессов, кейсы, интерактивные лекции и т.п.)?*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Комментарий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*5.Какой из разделов дисциплины Вы считаете наиболее полезным, ценным с точки зрения дальнейшего обучения и / или применения в последующей практической деятельности?*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*6.Что бы Вы предложили изменить в методическом и содержательном плане для совершенствования преподавания данной дисциплины?*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

СПАСИБО!

**Приложение 1 к рабочей программе дисциплины**

**Тематический план лекций**

Учебная дисциплина – Оперативная хирургия и топографическая анатомия

Направление подготовки – 310501 Лечебное дело

Семестр – 3-4

Курс –2-3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Тема лекции | Количество  часов |
|  | 2-й курс, 4-й семестр |  |
|  | Вводная. Цели и задачи изучения предмета, ее прикладное значение. | 2 |
|  | Топографо-анатомическое обоснование операций при гнойно-воспалительных заболеваниях  кисти и пальцев. | 2 |
|  | Операции на нервах и сухожилиях | 2 |
|  | Операции на кровеносных сосудах. | 2 |
|  | Операции на костях и суставах | 2 |
|  | Анатомо-физиологические особенности операции на мозговом отделе головы. Трепанация | 2 |
|  | 3-й курс, 5-й семестр |  |
|  | Хирургическая анатомия шеи. | 2 |
|  | Хирургическая анатомия  груди. | 2 |
|  | Хирургическая анатомия передней брюшной стенки. | 2 |
|  | Оперативные вмешательства при наружных грыжах живота. | 2 |
|  | Хирургическая анатомия брюшной полости | 2 |
|  | Хирургическая анатомия забрюшинного пространства | 2 |
| ИТОГО | | 24 |

Рассмотрено на заседании кафедры "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г.

протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав. кафедрой д.м.н.,проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Суханов С.Г.

**Тематический план практических занятий**

Учебная дисциплина – Топографическая анатомия и оперативная хирургия

Направление подготовки – Лечебное дело (31.05.01)

Курс –2-3

Семестр – 4-5

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Тип занятия | | Тема занятия | Кол-во  часов (в т.ч. симул. ПЗ) |
|  |  | | 2-й курс, 4-й семестр |  |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография верхней конечности (подключичная, дельтовидная и подмышечная области, область плеча). | 4 (1) |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография локтевой области, предплечья, кисти и пальцев. | 4(1) |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография нижней конечности (ягодичной области, бедра) | 4 (1) |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография подколенной ямки, голени, медиальной лодыжки и стопы. | 4 (1) |
|  | Практическое занятие | | Хирургический инструментарий. Хирургическая техника. Правила разъединения и соединения тканей . | 4 |
|  | Симуляционное занятие | | Кожная пластика (операционный день) | (4) |
|  | Практическое занятие | | Операции на сосудах конечностей | 4 |
|  | Практическое занятие | | Операции на сухожилиях и нервах | 4 |
|  | Практическое занятие | | Операции на суставах и костях конечностей Ампутации и экзартикуляции | 4 |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография мозгового отдела головы. Топография лицевого отдела головы | 4 (1) |
|  |  | | 3-й курс, 5-й семестр |  |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография шеи Топография внутренних органов шеи Операции на шее. | 4 (1) |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография груди. Операции на грудной стенке Топография органов средостения | 4 (1) |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография передней брюшной стенки и оперативное лечение грыж | 4 (1) |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Топография брюшной полости и ее органов Топография забрюшинного пространства и малого таза | 4 (1) |
|  | Практическое, в т.ч. симуляционное занятие | | Операции на органах брюшной полости, таза. | 4 (1) |
|  | Симуляционное занятие | | Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, нефрэктомия (операционный день) | (4) |
|  | | ИТОГО: 4 семестр – 40 (5) ч., 5 семестр.- 24 (9) ч. | | 64 (14) |

Рассмотрено на заседании кафедры "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г.

протокол № \_\_\_\_\_\_\_

Зав. кафедрой д.м.н., проф. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Суханов С.Г.

**Приложение 2 к рабочей программе дисциплины**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Топографическая анатомия и оперативная хирургия»»**

**Архангельск, 2020**

**Современные подходы к проблематике дисциплины**

Европейский Север имеет специфические особенности работы врача: суровый климат, значительная отдаленность населенных пунктов, слаборазвитая инфраструктура и бездорожье. По этим причинам использование высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи больным и пострадавшим бывает затруднено. В таких экстремальных условиях действия врача при оказании первой врачебной помощи расширяется в разумных пределах. Поэтому уже сейчас необходимо ориентировать студентов на принятие активных самостоятельных решений в неотложных ситуациях для оказания хирургической помощи при спасении жизни пострадавших и предупреждения тяжелых осложнений.

**2. Образовательные технологии**

Лекции представлены в виде мультимедийных презентаций, практические занятия проводятся в традиционной форме включающей устный опрос, разбор материала, освоение практических навыков, решение ситуационных задач, заключение преподавателя.

**2.1. Активные и интерактивные формы проведения занятий**

Часть занятий проводится в виде операционных дней. Из студенческой группы формируется операционная бригада, включающая анестезиологов, операционных сестер, хирургов. Далее студенты самостоятельно выполняют заранее запланированные операции на экспериментальных животных.

**2.2. Организация и контроль самостоятельной работы обучающихся**

**Аудиторная: Р**ешение ситуационных клинических задач, Решение тестовых заданий Отработка практических умений на манекенах, тренажерах, симуляторах

**Внеаудиторная:** Подготовка презентации, слайд-шоу, доклада Изучение некоторых разделов в темах учебной программы

**3. Показатели, критерии, средства оценивания компетенций, шкалы оценивания**

Оценка результатов обучения проводится в виде входного, промежуточного, итогового контроля знаний студентов и итогового экзамена. Отрабатывается рейтинговая система оценки знаний.

Расчет баллов по результатам обучения студентов на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Виды деятельности студента | К-во баллов |
|  | **3 семестр** |  |
|  | Остаточные знания по анатомии (входной контроль) 6 семестр | 0-5 |
|  | Присутствие на обязательных лекциях | 1х1л =6 |
|  | Присутствие на практических занятиях | 1х1з=17 |
|  | Промежуточный контроль  1. Итоговое занятие по топ.анатомии в.конечности  2. Итоговое занятие по топ.анатомии н.конечности  3. Итоговое занятие по мануальным навыкам | 3-5  3-5  3-5 |
|  | Участие в проведении операции | 2х1оп (2-10) |
|  | Итоговый тестовый контроль по окончании семестра | 3-5 |
|  | **4 семестр** |  |
|  | Присутствие на обязательных лекциях | 1х1л =7 |
|  | Присутствие на практических занятиях | 1х1з=10 |
|  | Промежуточный контроль:  Итоговое занятие по топографии шеи, груди, брюшной полости, таза. | 3-5 |
|  | Участие в проведении операции | 2х1оп (2-10) |
|  |  |  |
|  | **Поощрительные баллы:** |  |
|  | Работа в СНК:   * посещение кружка * выступление на кружке * доклад на конференции * публикация тезисов | 1х1  3х1  5х1  8х1 |
|  | Обучение на элективе:   * посещение занятия * курсовая работа * курсовая работа и доклад | 1х6  3х  5х |

Максимальное количество баллов – 134 балла

баллов – 70% и более – удовлетворительно (93,8)

баллов – 80% и более – хорошо (107,2)

баллов – 90% и более – отлично (120,6)

**Приложение 3 к рабочей программе дисциплины**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**Топографическая анатомия и оперативная хирургия**

**Архангельск, 2020**

**Занятие № 1**

1. Тема занятия, его цели и задачи

**Тема:**Топографическая анатомия верхней конечности.

Цель:

Изучить и уметь ориентироваться в топографо-анатомических особенностях верхней конечности.

Задачи:

Изучить послойную топографию областей, хирургическую анатомию сосудисто-нервных пучков.

Уметь использовать знания топографической анатомии для формирования клинического мышления при обосновании :

а) диагностики повреждений и заболеваний сосудисто-нервных образований изучаемых областей

б) возможности компенсации нарушения кровообращения при тромбозах магистральных сосудов;

в) оперативных доступов к сосудам и нервам.

**2.Основные понятия**, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Деление верхней конечности на топографические области.

Топография подключичной области

Топография подмышечной области

Топография области плеча

Топография локтевой области

**3**. **Вопросы к занятию**

Послойное строение подключичной области

Послойное строение подмышечной области

Послойное строение области плеча

Послойное строение локтевой области

**4. Вопросы для самоконтроля**

Какие внешние ориентиры и границы топографических областей верхней конечности?

Топографическая анатомия подмышечной области.

Возможные пути распространения гноя из подмышечной впадины.

Топография сосудисто-нервного пучка подмышечной впадины соответственно ее треугольникам.

Топографическая анатомия плеча.

Хирургическая анатомия сосудисто-нервных образований плеча.

**5. Основная литература**:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 2**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия предплечья, кисти и пальцев

Цель:

Изучить и уметь ориентироваться в топографо-анатомических особенностях кисти.

Задачи:

Изучить послойную топографию кисти и пальцев.

Уметь использовать знания топографической анатомии для формирования клинического мышления при обосновании :

а) диагностики повреждений и заболеваний кисти и пальцев.

б) оперативных приемов на кисти и пальцах.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Топография предплечья

Топография кисти

Топография пальцев

Операции на кисти и пальцах при панарициях

3. Вопросы к занятию

Послойное строение предплечья

Послойное строение кисти

Послойное строение пальцев

Анестезия по Оберсту-Лукашевичу.

Разрезы при лечении панарициев и флегмон кисти

4. Вопросы для самоконтроля

Топография передней области предплечья, борозды, сосудисто-нервные пучки.

Топография клетчаточного пространства Пирогова. Его значение.

Топография ладонной поверхности кисти.

Топография сухожильных влагалищ мышц-сгибателей, их практическое значение.

Топография поверхностной и глубокой артериальных дуг.

Что такое «запретная зона Канавеля»

Техника проведения анестезии по Оберсту-Лукашевичу, осложнения.

5. Основная и дополнительная литература к теме

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 3**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия нижней конечности

Травматические повреждения артериальных сосудов, гемартрозы, гнойные артриты, синовииты, флегмоны, закрытые и открытые переломы костей бедра требуют хирургического лечения. Для правильного выбора способа остановки кровотечения, лечения воспалительных заболеваний, переломов и восстановления целостности тканей необходимы знания топографии этих областей.

Цель:

Изучить и уметь ориентироваться в топографо-анатомических особенностях ягодичной области, бедра.

Задачи:

Изучить послойную топографию областей, хирургическую анатомию сосудисто-нервных пучков.

Уметь использовать знания топографической анатомии для формирования клинического мышления при обосновании :

а) диагностики повреждений и заболеваний сосудисто-нервных образований изучаемых областей

б) возможности компенсации нарушения кровообращения при тромбозах магистральных сосудов;

в) оперативных доступов к сосудам и нервам.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Внешние ориентиры нижней конечности,

Деление ноги на топографические области,

Послойное строение, фасциальные футляры и клетчаточные пространства.

Топография ягодичной области.

Бедренный треугольник.

Бедренно-подколенный канал.

3. Вопросы к занятию

Топография ягодичной области.

Топографии передней области бедра

Бедренный треугольник.

Бедренно-подколенный канал.

Топография задней области бедра.

4. Вопросы для самоконтроля

Границы изучаемых областей, костно-мышечные ориентиры

Строение и содержимое мышечной и сосудистой лакун. Бедренный канал.

Топография передней области бедра, сосудисто-нервные пучки.

Топография задней области бедра, седалищный нерв.

Топография приводящего канала, его стенки, отверстия, содержимое.

Медиальная группа мышц бедра, запирательный канал.

5. Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 4**

1.Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия области колена, голени и стопы.

Травматические повреждения артериальных сосудов, гемартрозы, гнойные артриты, синовииты, флегмоны, закрытые и открытые переломы костей, голени, стопы и пальцев требуют хирургического лечения. Для правильного выбора способа остановки кровотечения, лечения воспалительных заболеваний, переломов и восстановления целостности тканей необходимы знания топографии этих областей.

Цель:

Изучить и уметь ориентироваться в топографо-анатомических особенностях коленного сустава.

Задачи:

Изучить послойную топографию передней и задней области голени и тыла стопы, топографические особенности голеностопного сустава, хирургическую анатомию сосудисто-нервных пучков.

Уметь использовать знания топографической анатомии для формирования клинического мышления при обосновании :

а) диагностики повреждений и заболеваний сосудисто-нервных образований изучаемых областей

б) возможности компенсации нарушения кровообращения при тромбозах магистральных сосудов;

в) оперативных доступов к сосудам и нервам.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Подколенная ямка

Голеноподколенный канал

Коленный сустав

3. Вопросы к занятию

Топография подколенной ямки.

Топография передней области голени.

Топография задней области голени.

Топография медиальной лодыжки.

Топография стопы

4. Вопросы для самоконтроля

Границы изучаемых областей, костно-мышечные ориентиры

Топография подколенной ямки.

Топография передней области голени.

Топография задней области голени.

Топография медиальной лодыжки.

Топография стопы.

5. Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 5**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Хирургические инструменты. Правила разъединения и соединения тканей

Оперативное вмешательство не может быть произведено без хирургического инструментария, знание которого врачам любой специальности необходимо также, как знание правил и приемов оперативной техники.

Цель:

Обучить студентов подготовке операционного поля.

Задачи:

Познакомить студентов с общим хирургическим инструментарием и научить правильно использовать его.

Обучить студентов технике послойной инфильтрационной анестезии.

Обучить студентов послойному рассечению тканей.

Обучить студентов послойному соединению тканей.

Обучить технике остановки кровотечения при помощи кровоостанавливающих зажимов с последующим лигированием сосудов.

Познакомить студентов с видами швов и узлов.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Хирургические инструменты

Правила разъединения тканей

Правила соединения тканей

Хирургические узлы

3. Вопросы к занятию

Классификация хирургических инструментов

Правила разъединения тканей

Правила соединения тканей

Хирургические узлы, виды, способы вязаня

Шовный материал. Классификация.

4. Вопросы для самоконтроля

Каков порядок расположения инструментов на операционном столе?

В чем заключается подготовка операционного поля?

В чем состоит способ анестезии по Вишневскому А.В.?

Какие существуют скальпели? Позиции удержания скальпеля.

Как правильно держать ножницы в руке?

Чем отличается кровоостанавливающий зажим Кохера от других?

Чем отличаются друг от друга иглодержатели?

Kак правильно удерживать в руке пинцет?

Какие существуют хирургические иглы?

Какие требования предъявляются к шовному материалу?

Сравнительная характеристика шелка, кетгута, синтетических нитей.

Какие известны виды узлов?

Каковы принципы разъединения тканей?

Как разъединяют кожу, фасцию, мышцу?

Какие известны виды кожных швов?

Каков основной принцип соединения тканей?

5. Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие №6**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Операционный день на животных Кожная пластика. Пластика кожи стебельчатым лоскутом по Филатову. Свободная пересадка полнослойного кожного лоскута.

Практические навыки, приобретенные на этом занятии, являются основой всех хирургических операций. Освоение приемов оперативной техники на живых тканях особенно важно для овладения техникой операции, так как студент наблюдает реакцию тканей на повреждение.

Цель:

Ознакомиться с особенностями проведения операций кожной пластики.

Задачи:

Овладеть методикой разъединения и соединения тканей.

Овладеть методами гемостаза в ране

Овладеть методами наложения швов на рану

Овладеть методами вязания хирургических узлов

Оладеть методами работы с хирургическими инструментами

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Рассечение тканей

Соединение тканей

Остановка кровотечения

Кожная пластика по Филатову

Кожная пластика по Джанелидзе

3. Вопросы к занятию

Правила подготовки рук, операционного поля.

Правила разъединения тканей.

Правила соединения тканей.

Остановка кровотечения во время операци.

Техника операции кожной пластики по Филатову.

Техника пересадки полнослойного кожного лоскута по Джанелидзе

4. Вопросы для самоконтроля

Стадии наркоза.

Правила подготовки рук, операционного поля.

Правила разъединения и соединения тканей.

Правила остановки кровотечения.

Техника операции кожной пластики по Филатову.

Техника пересадки полнослойного кожного лоскута.

5. Основная и дополнительная литература к теме

Основная литература:

1. 1 Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 7**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Операции на сосудах. Обнажение и перевязка сосудов верхней и нижней конечности.

При травмах, ранениях конечностей, а также в связи с расширением показаний к операциям при различной патологии сосудов, нервов возникает необходимость в обнаружении крупных сосудов и нервов на протяжении.

Цель:

Научить студентов основам сосудистой хирургии

Задачи:

Научить студентов основным приемам обнажения, перевязки сосудов на протяжении, венепункции и венесекции.

Анатомически обосновать доступы к артериальным стволам и возможные пути коллатерального кровообращения.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Обнажение и перевязка сосудов на протяжении верхней конечности. Доступы к подмышечной, плечевой, лучевой, локтевой артериям, поверхностной ладонной дуге.

Венепункция, венесекция.

Сосудистый шов.

3. Вопросы к занятию

Проекционные линии артерий верхней конечности

Показания и техника перевязки сосуда в ране и на протяжении

Венепункция, венесекция. Техника проведения, осложнения

Сосудистый шов. Виды. Техника выполнения.

4. Вопросы для самоконтроля

Хирургическая анатомия сосудисто-нервных образований подмышечной впадины, области плеча, локтевой ямки, предплечья, кисти.

Проекционные линии для перевязки сосудов верхней и нижней конечностей.

Методика перевязки сосудов на протяжении, возможные осложнения, их предупреждение.

Техника венепункции и венесекции.

Виды сосудистого шва

5. Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие№8**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Операции на нервах и сухожилиях

При травмах, ранениях конечностей часто возникает необходимость в операциях на нервах и сухожилиях

Цель:

Овладеть основами операций на нервах и сухожилиях

Задачи:

Анатомически обосновать доступы к нервам и сухожилиям.

Обучить студентов технике шва нервов.

Обучить студентов технике сухожильного шва.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

3. Вопросы к занятию.

Хирургическая анатомия сосудисто-нервных образований бедра, подколенной области, голени, стопы.

Показания для наложения шва нерва и сухожилия.

Хирургическая анатомия нервов конечностей.

Обнажение нервов и техника наложения шва.

Виды сухожильного шва, техника его выполнения.

4. Вопросы для самоконтроля

Хирургическая анатомия сосудисто-нервных образований бедра, подколенной области, голени, стопы.

Показания для наложения шва нерва и сухожилия.

Хирургическая анатомия нервов конечностей.

Обнажение нервов и техника наложения шва.

Виды сухожильного шва, техника его выполнения.

Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 9**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Операции на суставах: пункции, артротомии, резекции. Артродез, артропластика. Ампутации и экзартикуляции конечностей

Практическому врачу необходимо знание топографо-анатомических особенностей крупных суставов конечностей в связи с частыми воспалительными заболеваниями, травмами, дегенеративными изменениями.

**Цель:**

Изучить топографо-анатомические особенности крупных суставов конечностей (плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного).

**Задачи:**

Уметь выполнить пункцию суставов.

Уметь выполнить артротомиию

Знать различные виды операций на суставах - резекции, артродез, артропластика.

Знать технику выполнения ампутаций и экзартикуляций.

Знать технику выполнения ампутации и экзартикуляции.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Ампутация

Экзартикуляция  
Обработка тканей при ампутациях

3. Вопросы к занятию.

Показания для пункции суставов, артротомии, артропластики и артродеза.

Топографо-анатомические особенности суставов конечностей: плечевого, локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного.

Методика пункции суставов.

Методика резекции суставов. Экономная внесуставная резекция коленного сустава по Корневу.

Артропластика, артродез суставов.

4. Вопросы для самоконтроля

Показания для пункции суставов, артротомии, артропластики и артродеза.

Топографо-анатомические особенности суставов конечностей: плечевого, локтевого, лучезапястного, коленного, голеностопного.

Методика пункции суставов.

Методика резекции суставов. Экономная внесуставная резекция коленного сустава по Корневу.

Артропластика, артродез суставов.

В зависимости от показаний ампутации и экзартикуляции могут быть срочными и плановыми. Их выполняют при обширных повреждениях конечностей, гангренах, злокачественных опухолях, анаэробной инфекции, неисправимых контрактурах.

При отрывах части конечности в настоящее время может быть создана ее реплантация, если позволяют сроки, условия и квалификация хирурга, владеющего микрохирургической техникой. В противном случае выше места отрыва делают ампутацию.

3. Вопросы к занятию.

Показания для ампутаций

Классификация

Виды обезболивания

Техника выполнения различных видов ампутаций

Осложнения ампутаций.

4. Вопросы для самоконтроля

Показания, техника ампутаций и экзартикуляций фаланг и пальцев кисти.

Какие существуют способы ампутаций в зависимости от формы и уровня рассечения мягких тканей?

В чем преимущества лоскутного способа ампутаций? Когда ее выполняют?

Как определяют длину кожного лоскута при одно- и двухлоскутной ампутации?

Что такое костно-пластическая ампутация? Каковы е достоинства?

Для чего делают более высокое пересечение малоберцовой кости при ампутации голени?

Как перевязывают сосуды в операционной ране?

Почему укорачивают нервы в операционной ране?

Где и как проводят разрезы мягких тканей при ампутации голени по Пирогову?

Как производят экзартикуляцию пальцев стопы по Гаранжо?

Как производят костно-пластическую ампутацию бедра по Гритти-Шимановскому?

5. Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие №10**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия мозгового и лицевого отделов головы.

Травмы мягких тканей головы, переломы костей черепа, гематомы различной локализации, проникающие и непроникающие ранения свода черепа, опухоли, кисты головного мозга встречаются довольно часто. Знание анатомо-физиологических и особенно возрастных особенностей строения тканей лобно-теменно-затылочной, височной, сосцевидной областей, топография основных борозд, извилин головного мозга, определяемых схемами краниоцеребральной топографии, необходимо для правильного вскрытия гематом, абсцессов, флегмон для проведения первичной хирургической обработки ран черепно-мозгового отдела головы.

Цель:

Изучить топографию сосудов и нервов свода черепа, зоны их распространения, применительно к выполнению проводниковой анестезии, выкраиванию лоскутов при оперативных вмешательствах.

Задачи:

Уметь ориентироваться в слоях свода черепа, дать анатомическое обоснование путей распространения флегмон, гнойных затеков, гематом на своде.

Освоить топографические соотношения анатомических образований в пределах изучаемых областей.

Изучить фасции и клетчаточные пространства боковой области лица.

Изучить топографию околоушной железы и ее протока.

Усвоить особенности ПХО ран челюстно-лицевой области.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Связь подкожных вен с синусами твердой мозговой оболочки.

Этапы первичной хирургической обработки ранений мозгового отдела головы.

Техника остановки кровотечения из сосудов головы и венозных синусов.

Границы трепанационного треугольника Шипо.

Топография мозговых оболочек и венозных синусов твердой мозговой оболочки.

Схема Кронлейна-Брюсовой.

Деление лица на топографические области

Артерии лица

Вены лица

Нервы лица

Кдетчаточные пространства лица

Околоушная слюнная железа

ПХО ран лица

3. Вопросы к занятию

Как обосновать связь подкожных вен с синусами твердой мозговой оболочки?

Основными этапами первичной хирургической обработки ранений мозгового отдела головы.

Технику остановки кровотечения из сосудов головы и венозных синусов.

Границы трепанационного треугольника Шипо.

Топография мозговых оболочек и венозных синусов твердой мозговой оболочки.

Схема Кронлейна-Брюсовой.

4. Вопросы для самоконтроля

Границы черепно-мозгового и лицевого отдела головы.

Области свода черепа и их границы.

Слои лобно-теменно-затылочной области.

Височная область.

Топография сосцевидной области.

Границы трепанационного треугольника Шипо, его значение.

Техника ПХО ран черепа.

Основные способы остановки кровотечения из покровов черепа и костей свода, синусов твердой мозговой оболочки, сосудов головного мозга.

Техника антротомии.

3. Вопросы к занятию

Внешние ориентиры и проекции сосудисто-нервных образований лицевого отдела головы.

Топография околоушно-жевательной и глубокой областей лица.

Венозная система головы, связи поверхностных вен с внутричерепными венозными синусами и их практическое значение.

Характеристика оперативных доступов на лице, разрезы при гнойных процессах на лице.

Вскрытие гнойного паротита и заглоточного абсцесса. Техника, осложнения.

4. Вопросы для самоконтроля

Деление лица на области.

Послойная топография околоушно-жевательной области.

Внечерепной отдел лицевого нерва.

Околоушная слюнная железа, ее проток.

Глубокая область лица, клетчаточные пространства.

Окологлоточное и заглоточное клетчаточные пространства.

ПХО ран лица.

Типичные разрезы на лице.

Вскрытие пазух на лице.

5. Основная и дополнительная литература к теме:

Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие №11**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия шеи.Топографическая анатомия органов шеи. Операции на шее.

Воспалительные процессы (поднижнечелюстные аденофлегмоны, заглоточные абсцессы), повреждения и ранения шеи, инородные тела гортани, трахеи, глотки, шейного отдела пищевода, срединные и боковые кисты шеи являются довольно распространенной патологией. Их успешное лечение возможно только на базе знаний топографо-анатомических особенностей шеи.

Цель:

Изучить топографические соотношения анатомических образований в пределах изучаемых областей.

Задачи:

Знать о строении фасций и межфасциальных пространств шеи.

Знать анатомическое обоснование путям распространения гнойников, гематом на шее и разрезам при флегмонах.

Знать и уметь выполнить операцию перевязки общей сонной артерии.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Треугольники шеи

Фасции шеи

Клетчаточные пространства шеи

Операции на шее

Щитовидная и паращитовидная железы

Гортань

Глотка

Шейная ваго-симпатическая блокада

Трахеостомия

3. Вопросы к занятию

Границы и внешние ориентиры шеи, топографо-анатомические области шеи. Треугольники шеи и их прикладное значение в хирургии.

Рефлексогенные зоны шеи. Их прикладное значение. Проекции.

Фасции шеи, их прикладное значение. Замкнутые и сообщающиеся клетчаточные пространства шеи.

Топография органов шеи (глотка, пищевод, гортань, трахея, щитовидная и паращитовидные железы).

Разрезы при флегмонах и абсцессах в области шеи.

Показания и техника операции трахеостомии, возможные осложнения.

Показания и техника энуклеации зоба и резекции щитовидной железы. Осложнения.

Техника и уровни перевязки сонных артерий. Пути коллатерального кровообращения.

4. Вопросы для самоконтроля

Границы шеи, деление на области.

Треугольники шеи.

Фасции шеи.

Клетчаточные пространства шеи.

Поднижнечелюстной треугольник. Треугольник Н.И.Пирогова.

Сонный треугольник.

Топография основного сосудисто-нервного пучка шеи.

Различия между наружной и внутренней сонными артериями.

Ветви наружной сонной артерии в сонном треугольнике.

Латеральный треугольник шеи.

Оперативные доступы для вскрытия гнойников шеи.

Обнажение и перевязка сонных артерий.

Операции при кистах шеи.

Операции при эктазиях внутренней яремной вены.

3. Вопросы к занятию

Топография трахеи

Топография шейной части пищевода

Ветви шейного сплетения

Деление шеи на треугольники, границы латерального треугольника шеи

Слои латерального треугольника шеи.

Клетчаточные пространства латерального треугольника шеи.

Топография шейного отдела диафрагмального нерва.

Особенности оперативного доступа к шейной части пищевода.

Операции на щитовидной железе.

4. Вопросы для самоконтроля

Топография трахеи

Топография шейной части пищевода

Ветви шейного сплетения

Деление шеи на треугольники, границы латерального треугольника шеи

Слои латерального треугольника шеи.

Клетчаточные пространства латерального треугольника шеи.

Топография шейного отдела диафрагмального нерва.

Особенности оперативного доступа к шейной части пищевода.

Операции на щитовидной железе.

5. Основная и дополнительная литература к теме:

Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие №12**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия груди. Операции на грудной стенке. Топография органов средостения

Открытые и закрытые повреждения грудной клетки, в том числе осложненные плеврогемотораксом, требуют неотложной помощи, промедление с которой может привести больного к гибели. Стафилококковые пневмонии нередко осложняются деструкцией легких и пиопневмотораксом. Частые заболевания молочной железы, резекция больных ребер, а также здоровых с целью обнажения органов грудной полости. Все вышеизложенное требует знаний топографической анатомии изучаемой области, методики выполнения различных оперативных доступов и приемов.

Цели

Изучить анатомическое обоснование оперативным доступам и приемам при производстве хирургических вмешательств на грудной стенке и молочной железе.

Задачи :

Знать топографо-анатомическое обоснование путям распространения воспалительных процессов в пределах изучаемой области.

Знать топографию плевры, ее синусов и проекцию указанных образований на грудную клетку.

Уметь выполнить пункцию плевральной полости. Собрать 3-х баночную систему для активного дренирования плевральной полости. Выполнить подбор инструментов и расходных материалов для пункции и катетеризации подключичной вены .

Овдалеть пункцией подключичной вены на трупе

Изучить топографо-анатомические взаимоотношения легких.

Изучить топографическую анатомию средостения.

Изучить топографию сердца и магистральных сосудов.

Изучить топографию грудного отдела пищевода.

Освоить технику обнажения сердца и ушивание раны сердца, операцию при открытом артериальном протоке.

Освоить пункцию перикарда по Ларрею.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Области груди

Слои грудной стенки

Молочная железа

Диафрагма

Мастит

Пневмоторакс

Дренирование плевры.

3. Вопросы к занятию

Внешние ориентиры и топографо-анатомические области груди.

Слои грудной клетки. Топография межреберного промежутка.

Молочная железа: кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, регионарные лимфатические узлы.

Диафрагма и ее отделы. Слабые места диафрагмы.

Топографическая анатомия органов средостения, плевры, легких.

4. Вопросы для самоконтроля

Границы грудной клетки, деление на области.

Условные границы для определения проекции органов грудной полости.

Передне-верхняя область груди.

Топография молочной железы, пути лимфооттока, кровоснабжение и иннервация.

Топография межреберных промежутков.

Границы плевры.

Синусы плевры и их топография.

Разрезы при маститах.

Пункция плевральной полости.

Дренирование плевральной полости.

Пункция и катетеризация подключичной вены.

Тактика хирурга при различных видах пневмоторакса, гемотораксе, эмпиемах плевры.

Топография диафрагмы.

Пороки развития диафрагмы, их хирургическое лечение.

3. Вопросы к занятию

Хирургическая анатомия легких, анатомическое обоснование деления легких на доли и сегменты.

Понятие о воротах и корнях легкого. Хирургическая анатомия корня легкого.

Определение понятия “средостение”, деление средостения на переднее, нижнее, верхнее, среднее и заднее. Органы, располагающиеся в этих отделах средостения.

Хирургическая анатомия вилочковой железы, верхней полой вены, дуги аорты и ее ветвей, диафрагмальных нервов.

Хирургическая анатомия перикарда и сердца (скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, пути венозного и лимфатического оттока). Врожденные и приобретенные пороки сердца.

Хирургическая анатомия грудной части пищевода. Обоснование доступов к пищеводу на различных уровнях. Рассечение пищевода. Операции при атрезии пищевода и врожденном трахео-пищеводном свище.

Хирургическая анатомия грудного протока парной и полунепарной вен, симпатического ствола, формирование внутренностных нервов, хирургическая анатомия аорты.

Анатомо-физиологические обоснования хирургических доступов к легким, сердцу, пищеводу.

Основные этапы пульмонэктомии и резекции легких.

Пункция перикарда. Ушивание раны сердца.

Митральная комиссуротомия.

4. Вопросы для самоконтроля

Хирургическая анатомия легких, анатомическое обоснование деления легких на доли и сегменты.

Понятие о воротах и корнях легкого. Хирургическая анатомия корня легкого.

Определение понятия “средостение”, деление средостения на переднее, нижнее, верхнее, среднее и заднее. Органы, располагающиеся в этих отделах средостения.

Хирургическая анатомия вилочковой железы, верхней полой вены, дуги аорты и ее ветвей, диафрагмальных нервов.

Хирургическая анатомия перикарда и сердца (скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, пути венозного и лимфатического оттока). Врожденные и приобретенные пороки сердца.

Хирургическая анатомия грудной части пищевода. Обоснование доступов к пищеводу на различных уровнях. Рассечение пищевода. Операции при атрезии пищевода и врожденном трахео-пищеводном свище.

Хирургическая анатомия грудного протока парной и полунепарной вен, симпатического ствола, формирование внутренностных нервов, хирургическая анатомия аорты.

Анатомо-физиологические обоснования хирургических доступов к легким, сердцу, пищеводу.

Основные этапы пульмонэктомии и резекции легких.

Пункция перикарда. Ушивание раны сердца.

Митральная комиссуротомия.

5. Основная и дополнительная литература к теме:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 13**.

Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия передне-боковой стенки живота. Грыжи.

Цель:

Изучить топографическую анатомию переднее- боковой стенки живота

Задачи:

Знать топографию передне-боковой стенки живота.

Знать «слабые» места передне-боковой стенки живота.

Знать фасции на разных уровнях (выше и ниже пупка).

Знать особенности строения внутренней поверхности передней брюшной стенки, зоны формирования наружных брюшных грыж.

Знать современные технологии грыжесечения и грыжевой пластики

Знать основные доступы, выполнемые на передней брюшной стенке.

Уметь выполнить этапы различных методов грыжесечения

Уметь выполнить этапы различных методов грыжевой пластики

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Топография передне-боковой стенки живота.

Слабые места передне-боковой стенки живота.

Белая линия живота, Дугласова линия, Спигеллиева линия, их значение в образовании грыж.

Ход фасций на разных уровнях (выше и ниже пупка).

Паховый треугольник, паховый промежуток.

Паховый канал, его стенки и его значение в образовании грыж.

Семенной канатик, его содержимое.

Ход брюшины на внутренней поверхности передней брюшной стенки, места выхода грыж, ямки, ход сосудов и нервов.

Пупочная область. Современные технологии грыже пластики.

Основные разрезы, выполнемые на передней брюшной стенке.

Значение попеременных разрезов на передней брюшной стенке.

Грыжесечение.

Грыжепластика.

3. Вопросы к занятию

Послойное строение передне-боковой стенки живота

4. Вопросы для самоконтроля

1. Как проходят верхняя, нижняя и боковая границы живота?
2. Назовите области живота.
3. Где проецируется червеобразный отросток, желчный пузырь, пилорический и кардиальный отделы желудка, селезенка, печень, петли тонкой и толстой кишок, мочевой пузырь?
4. Каковы особенности строения области пупка, белой линии у детей?
5. Каковы особенности строения влагалища прямой мышцы живота на разных уровнях (выше и ниже пупочного кольца)?
6. Где залегают нервы передне-боковой стенки живота?
7. Как проходят нервы к прямой мышце живота?
8. Какой оперативный доступ через влагалище прямой мышцы живота является наиболее рациональным?
9. Какие преимущества и недостатки оперативных доступов к червеобразному отростку? Оцените разрезы Волковича-Дьяконова и Леннандера.
10. Дайте сравнительную характеристику продольных и поперечных разрезов.
11. Вследствие чего возникают грыжи белой линии живота.
12. Опишите операции по поводу пупочных грыж (способы Шпици, Сапежко, Мейо, Лексера).
13. Опишите принципы лечения грыж пупочного канатика и врожденных свищей пупка.

5. Основная литература:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие №14**

1.Тема занятия, его цели и задачи

Топографическая анатомия брюшной полостиТопография поясничной области, забрюшинного пространства, таза.

Острый перитонит и в настоящее время остается наиболее частой причиной летальных исходов острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Острые воспалительные заболевания, травматические повреждения, новообразования, пороки развития являются довольно распространенной патологией органов брюшной полости. Острые и хронические панкреатиты, травмы и новообразования органов брюшной полости являются распространенной патологией, требующей хирургического вмешательства.

Цель:

Изучить топографию брюшины, ее производных (связок, большого и малого сальников, сумок, каналов).

Задачи:

Изучить строение и топографию желудка, печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, селезенки, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, тонкого и толстого кишечника, их синтопию, кровоснабжение, иннервацию, лимфатические отток, возрастные особенности и пороки развития.

Дать топографо-анатомическое обоснование путям распространения гнойного процесса в брюшной полости.

Изучить топографические взаимоотношения анатомических образований поясничной области.

Изучить «слабые» места поясничной области.

Изучить расположение фасциальных листков и клетчаточных слоев забрюшинного пространства.

Изучить топографию почек, надпочечников и мочеточников - их скелетотопию, синтопию, кровоснабжение, иннервацию, лимфооттоки.

Обучить студентов проведению оперативных доступов к почкам

Изучить технику паранефральной блокады.

Изучить методику катетеризации, пункции и сечения мочевого пузыря.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Брюшная полость и ее этажи (границы содержимое).

Сумки верхнего этажа брюшной полости.

Нижний этаж брюшной полости.

Желудок и двенадцатиперстная кишка, их кровоснабжение, иннервация и лимфоотток.

Печень, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, деление на доли и сегменты.

Поджелудочная железа и селезенка, их кровоснабжение и иннервация.

3. Вопросы к занятию

Брюшная полость и ее этажи (границы содержимое).

Топография сумок верхнего этажа брюшной полости.

Топография нижнего этажа брюшной полости.

Топография желудка и двенадцатиперстной кишки, их кровоснабжение, иннервация и лимфоотток.

Топография печени, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, деление на доли и сегменты.

Топография поджелудочной железы и селезенки, их кровоснабжение и иннервация

4. Вопросы для самоконтроля

Топография брюшины и отношение к ней органов брюшной полости.

Как объяснить термины “полость живота”, “брюшная полость”.

Какие сумки располагаются в верхнем этаже брюшной полости, их топография?

Чем образовано сальниковое отверстие, его практическое значение?

Чем представлен связочный аппарат печени, ее топография?

Что лежит в основе сегментарного строения печени? Доли и сегменты печени, их практическое значение. Как осуществляется кровоснабжение печени, ее венозный отток?

Как формируется воротная вена, особенности ее взаимоотношения с другими элементами печеночно-12-перстной связки?

Чем образован треугольник Калло, его практическое значение?

Какие протоки составляют внепеченочные желчные пути, отделы общего желчного протока? Пороки развития желчных путей.

Как провести временную остановку кровотечения из паренхимы печени

Чем представлен связочный аппарат желудка, какова его топография?

Какие особенности топографии ветвей блуждающих нервов?

Топография селезенки, ее кровоснабжение.

В какой связке находится селезеночная артерия, как осуществить к ней доступ при удалении селезенки?

Как относятся части 12-перстной кишки к брюшине? Их скелетотопия.

Как провести ревизию поджелудочной железы?

Какие отличия между толстой и тонкой кишкой? Их отношение к брюшине.

Как определить начальный и конечный отделы тонкой кишки, приводящий и отводящий отделы ее петли?

Как найти червеобразный отросток?

Какие части толстой кишки используют для наложения колостомы, почему?

Дивертикул Меккеля, его практическое значение.

Как осуществляется кровоснабжение и венозный отток тонкой и толстой кишок? Какие особенности кровоснабжения имеют важное практическое значение?

Пороки развития тонкой и толстой кишок.

5. Основная и дополнительная литература к теме:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 15**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Операции на органах брюшной полости.

Травмы живота, сопровождающиеся повреждением тонкой кишки, атрезии, некроз кишки как осложнение кишечной непроходимости требуют проведения экстренной операции. Поэтому овладение методикой наложения кишечных швов, умение ушить рану кишки, произвести ее резекцию, наложить энтероанастомоз являются необходимыми и часто проводимыми вмешательствами. Ожоги, неоперабельные опухоли пищевода, врожденный пилоростеноз, инородные тела и др. также требуют оперативного лечения. Повреждения печени, внепеченочных желчных путей, селезенки, аномалии развития и хирургические заболевания перечисленных органов встречаются в медицинской практике довольно часто. Знания анатомо-физиологических особенностей строения указанных органов позволяет понять своеобразие патологических состояний и их осложнений, квалифицированно оказывать первую и специализированную медицинскую помощь. Более миллиона аппендэктомий ежегодно, болезнь Гиршпрунга, неспецифический язвенный колит, опухоли толстой кишки составляют значительную долю патологии, требующей оперативного лечения.

Цель:

Изучить методики лапаротомии и ревизии органов брюшной полости, методы наложения кишечных швов.

Задачи:

Овладение техникой проведения резекции кишки, наложения энтероанастомоза, гастростомии, гастротомии, пилоротомии, холецистэктомии, спленэктомии, ушивание ран печени, аппендэктомии, наложения калового свища и противоестественного заднего прохода.

2.Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Желудочный свищ (по Витцелю, Кадеру, Топроверу). Показания и техника.

Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Гастроэнтеростомия. Способы и техника. Понятие о порочном круге.

Резекция желудка по способу Бильрот-1, Бильрот-2, Гофмейстеру-Финстереру.

Ваготомия (стволовая, селективная, селективно-проксимальной)

Резекция тонкой кишки

Ушивание ран и резекция толстой кишки, гемиколонэктомияи

Аппендэктомия.

Дивертикул Меккеля.

Свищи на толстую и тонкую кишку.

Противоестественный задний проход.

3. Вопросы к занятию

Операция наложения желудочного свища (по Витцелю, Кадеру, Топроверу). Показания и техника.

Показания и техника ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Гастроэнтеростомия. Способы и техника. Понятие о порочном круге.

Резекция желудка по способу Бильрот-1, Бильрот-2, Гофмейстеру-Финстереру. Показания, этапы, характеристика. Понятие о гастрэктомии.

Понятие о ваготомии (стволовой, селективной, селективно-проксимальной) и дренирующих операциях на желудке. Показания и способы.

Показания и техника выполнения резекции тонкой кишки

Особенности ушивания ран и резекции толстой кишки, понятие о гемиколонэктомии.

Топография илеоцекального угла, червеобразного отростка. Варианты анатомического положения червеобразного отростка и их прикладное значение. Приемы обнаружения слепой кишки и червеобразного отростка

Операция аппендэктомии. Оперативные доступы к червеобразному отростку и способы его выделения. Операция удаления дивертикула Меккеля.

Показания и способы наложения свищей на толстую и тонкую кишку, их характеристика. Показания и способы наложения противоестественного заднего прохода.

4. Вопросы для самоконтроля:

Какие виды кишечных швов вы знаете?

Каковы показания к резекции тонкой кишки, этапы операции?

Виды межкишечных соустий, техника их наложения.

Как проводят операцию при стенозе тонкой кишки, инвагинации кишок?

Каковы анатомические обоснования трансректального доступа к желудку при гастростомии?

Каким приемом производят подшивание кишечной петли в изоперистальтическом направлении и располагают приводящий конец кишки выше отводящего?

Как провести операции пилоротомии?

Какие бывают ваготомии и дренирующие операции?

Как ушивают раны печени?

Какова последовательность ревизии органов брюшной полости?

Каково анатомо-физиологическое обоснование доступов к органам брюшной полости?

Техника аппендэктомии.

Показания и техника наложения калового свища.

5. Основная и дополнительная литература к теме:

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

**Занятие № 16**

1. Тема занятия, его цели и задачи

Операционный день на животных

Нарушение проходимости дыхательных путей различной этиологии, расстройства дыхания при разных заболеваниях и патологических состояниях, профилактика дыхательной недостаточности требуют выполнения трахеостомии. Обнажение крупных артерий на протяжении производится при травме с целью остановки кровотечения, при операциях тромб- или эмболэктомии, для внутриартериального нагнетания крови и др.

Резекция ребра часто производится при травмах груди. Необходимость резекции здоровых ребер часто возникает с целью получить расширенный оперативный доступ к органам грудной полости или использовании ребра для свободной костной пластики. Резекцию небольшой части ребра выполняют при плевротомии для дренирования плевральной полости.

Цель:

Освоение техники выполнения различных этапов оперативного вмешательства

Задачи

Освоить технику выполнения трахеостомии на животных, отработать основные приемы выполнения операции в условиях, приближенных к клинике. Освоить технику обнажения общей сонной артерии.

Изучить методы субпериостальной резекции ребра и выполнить операцию. Освоить методы временного пособия при открытом пневмотораксе, научиться ушивать открытый пневмоторакс, проводить пункцию плевральной полости.

2. Основные понятия, которые должны быть усвоены студентами в процессе изучения темы (перечень понятий).

Трахеостомия

Перевязка сонной артерии

Резекция ребра

Кишечный шов

Резекция кишки

3. Вопросы к занятию

Техника выполнения трахеостомии на животных

Техника обнажения общей сонной артерии.

Методы субпериостальной резекции ребра

Методы временного пособия при открытом пневмотораксе

Ушивание открытого пневмоторакса

Пункция плевральной полости.

4. Вопросы для самоконтроля

Показания для вскрытия трахеи и гортани.

Ошибки и опасности трахеостомии.

Показания для перевязки артерии на протяжении.

Техника поднадкостничной резекции ребра.

Техника пункции плевральной полости.

5. Основная и дополнительная литература к теме:

Основная литература.

1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : в 2 т. : учеб. для мед. вузов / А.В. Николаев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
2. Николаев А. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учеб. для вузов/ А. В. Николаев. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2016. -736 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438480.html>.
3. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.1. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -383 с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426135.html>
4. Николаев, Анатолий Витальевич. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: в 2т. [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов/ А. В. Николаев Т.2. -3-е изд., испр. и доп.. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -478,[1] с: ил., цв.ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>
5. Оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебное пособие по мануальным навыкам/ ред. А. А. Воробьёв. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. -688 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433546.html>
6. Сергиенко В. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян. -Москва: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2013. -648 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>.

Дополнительная литература

1. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник/ И. И. Каган, С. В. Чемезов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -672 с.: ил. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438565.html>.
2. Лопухин Ю. М. Практикум по оперативной хирургии [Электронный ресурс] : учебное пособие/ Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -400 с. - URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426265.html>
3. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.1 : Общая часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -305 с - URL: http://lib.nsmu.ru/lib/.
4. Основы неотложной хирургической помощи [Электронный ресурс] : рук. для врачей общ. практики : в 2 т., Т.2 : Специальная часть/ под ред.: Р. Н. Калашникова, Э. В. Недашковского. -Архангельск: Изд-во СГМУ, 2014. -256 с - URL: <http://www.studentlibrary.ru/>.
5. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.2. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427378.html>.
6. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник в 2т./ ред.: И. И. Каган, И. Д. Кирпатовский Т.1. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -512 с.: ил. - URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421529.html>.
7. Ярыгин В. А. Ситуационные задачи по топографической анатомии и оперативной хирургии [Электронный ресурс]/ В. А. Ярыгин, Р. Г. Калинин, Д. В. Лозовицкий. -Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. -192 с. - URL: <http://nb.nsmu.ru/cgi-bin/irbis64r_11/cgiirbis_64.exe?LNG=&Z21ID=&I21DBN=ELIB&P21DBN=ELIB&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=1&S21P03=I=&S21STR=elb/Я%2079-976674>.

|  |  |
| --- | --- |
| **Разделы и темы для самостоятельного изучения** | **Виды и содержание самостоятельной работы** |
| Обработка рук хирурга | Чтение специальной литературы, подготовка презентаций, просмотр видеофильмов |
| Эндоскопические технологии | Чтение специальной литературы, подготовка презентаций, просмотр видеофильмов |
| Новые технологии в кардиохирургии | Чтение специальной литературы, подготовка презентаций, просмотр видеофильмов |
| Отработка мануальных навыков вязания хирургических узлов, использования хирургических инструментов | Чтение специальной литературы, подготовка презентаций, просмотр видеофильмов |

**Приложение 4 к рабочей программе дисциплины**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«СЕВЕРНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

«Топографическая анатомия и оперативная хирургия»

**1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения ОП и процедура оценивания результатов**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Коды формируемых компетенций** | **Наименование компетенции** | **Этапы формирования компетенций** | **Средства оценки** |
| **Профессиональные компетенции** | | | |
| **ОПК 9** | способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач | знать | Тесты:  1.30-1.55  2.005-2.119; 2.143.-2.213  4.53-4.59  5.16-6.68  7.007-7.106  8.027-8.254  9.08-9.67  Ситуационные задачи:  ВК -4-58  НК – 1-33  ОСК 2-19  ОСН 3-20  МОГ- 1-37  ТОШ- 2-24  ОШ-29-34  ТГС- 1-42  ОГ-47-65  ТБС-1-18  ОЛГ -19-30  ООБП- 2-69  ТЗПМТ-1-29 |
|  |  | уметь | Тесты:  2.037- 2.038  4.53-4.59  6.12-6.60;  7.21-7.24  9.27; 9.28  Алгоритмы действий:  4.49; 4.50; 4.51  7.002- 7.007  9.29  Ситуационные задачи:  ОСН- 12-18  ПАЭ-15-34  ОЛГ-21-30  ООБП-15-55 |
|  |  | владеть | Тесты:  1.28-1.33  1.36-1.41  1.43-1.55  1.59-1.69  4.60; 4.61;  8.080-8.084  5.18; 5.19; 5.53  Алгоритмы действий:  4.49; 4.50; 4.51  7.02- 7.007  9.29  Ситуационные задачи:  ОСК- 15-19  ОШ-28-34  ОГ-47-65 |

1. **2. Типовые оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости, оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций:**

**Вопросы текущего тестового контроля**

**1.28.** **Под термином «перевязка артерии на протяжении» подразуме­вается:**

1) лигирование артерии на расстоянии 2-3 см от места ее повре­ждения

2) перевязка артерии в проксимальном отделе конечности

3) перевязка артерии вне раны в пределах здоровых тканей

4) перевязка артерии вместе с веной

5) фиксация временного шунта артерии с помощью лигатур

**1.30.** **Перевязка артерии на протяжении производится:**

1) при некрозе дистального отдела конечности

2) для лечения варикозной болезни

3) при кровотечении из гнойной раны

4) при кровотечении из размозженной раны

5) при кровотечении из раны, расположенной в области со слож­ными топографоанатомическими взаимоотношениями

**1.31.** **Коллатеральное кровообращение** - это:

1) уменьшенное кровообращение в конечности после одновре­менной перевязки артерии и вены

2) кровоток по боковым ветвям после прекращения движения крови по магистральному сосуду

3) движение крови в восходящем направлении

4) восстановленное кровообращение в конечности

5) все вышеуказанное

**1.33.** **Наиболее распространенный способ улучшения коллатераль­ного кровообращения:**

1) периартериальное введение новокаина

2) пересечение стенки артерии между двумя лигатурами для сня­тия спастического действия вазоконстрикторов

3) региональная гемоперфузия

4) массаж

5) локальное термическое воздействие

**1.36.** **При обнажении нервов используются:**

1) только прямые доступы

2) только окольные доступы

3) прямые доступы к глубокорасположенным нервам

4) окольные доступы к поверхностным нервам

5) выбор доступа зависит от характера повреждения

**1.37.** **Невролиз или невролизис** - **это:**

1) разрушение нерва в месте поражения

2) освобождение нерва из рубцовых сращений

3) рассасывание нервного ствола

4) рубцовое ущемление нерва

5) ущемление нерва костными отломками

**1.40.** **Определите последовательность процессов восстановления нер­ва после его сшивания:**

1) восстановление Шванновских футляров

2) восстановление функции нерва

3) миелиннзация нервных волокон

4) прорастание отростков нервных клеток

5) срастание соединительнотканных оболочек

**1.41.** **Требования, предъявляемые к сухожильному шву:**

**1)** захватывание минимального количества сухожильных пучков

2) обеспечение гладкой поверхности сухожилий

3) не допущение разволокнения концов сухожилия

4) сохранение сосудов и кровоснабжения сухожилия

5) обеспечение прочности шва

6) все вышеперечисленное

**1.43. Ампутация конечности - это отсечение:**

1) нежизнеспособных тканей

2) конечности на уровне сустава

3) поврежденной конечности

4) конечности на протяжении кости

5) тканей с целью максимального сохранения жизнеспособности конечности

**1.44. Экзартикуляция конечности** - **это отсечение:**

1) нежизнеспособных тканей

2) конечности на уровне сустава

3) поврежденной конечности

4) конечности на протяжении кости

5) тканей с целью максимального сохранения жизнеспособности конечности

**1.45. «Уровень ампутации»- это:**

1) место рассечения мягких тканей

2) место наибольшего разрушения мягких тканей

3) место перепила кости

4) место пересечения нервов

5) все вышеперечисленное

**1. 48. Длина лоскута при лоскутной ампутации определяется:**

1) по формуле площади окружности

2) по формуле длины окружности

3) лоскуты выкраиваются с запасом, а моделирование культи производится в конце операции

4) по формуле длины окружности с учетом сократимости кожи

5) по формуле площади окружности с учетом сократимости кожи

**1.49.** **Расположение послеоперационного рубца по завершению ампутации желательно:**

1) на рабочей поверхности

2) на нерабочей поверхности

3) на конце культи

4) на поверхности **с** наиболее прочной кожей

5) расположение рубца не имеет значения

**1.50.** **В зависимости от состава лоскутов ампутации бывают:**

1) фасциальнопластические

2) миопластические

3) периостопластические

4) костнопластические

5) все вышеуказанные

**1.51.** **Круговые ампутации бывают:**

1) одномоментные

2) двухмоментные

3) трехмоментные

4) четырехмоментные

5) пятимоментные

**1.52.** **К первичным показаниям ампутации конечности относятся:**

1) газовая гангрена

2) острое гнойное воспаление, угрожающее переходом в септическую фазу

3) полный отрыв дистального отдела конечности

4) некроз дистального отдела конечности

5) открытое повреждение конечности, при котором сочетаются полный разрыв сосудисто-нервных пучков, раздробление кости и разрушение более 2/3 объема мягких тканей

**1.54. Для предупреждения кровотечения при проведении ампутации используют:**

1)пальцевое прижатие артерии

2) тугое бинтование конечности выше ампутации

3) наложение жгута

4) перевязку артерии на протяжении

5) лигирование сосудов по мере рассечения мягких тканей

**1.55.** **Концы нервов при ампутации усекают:**

1) для предотвращения развития невромы

2) для предотвращения развития фантомных болей

3) для предупреждения развития каузалгий

4) чтобы сформировалась неврома небольших размеров

5) с целью лучшего заживления раны

**1.57**.**После рассечения мышц при ампутации оттягивают мягкие ткани в проксимальном направлении с помощью:**

1) марлевого ретрактора

2) крючков Фарабефа

3) металлического ретрактора

4) лопаточки Буяльского

5) лопаточки для разъединения мягких тканей

**1.59.** **Иссечение суставной сумки называется:**

1) резекцией

2) артропластикой

3) синовэктомией

4) артродезом

5) артротомией

**1.60.** **Иссечение суставных концов костей, пораженных каким-либо патологическим процессом, называется:**

1) резекцией сустава

2) артропластикой

3) синовэктомией

4) артродезом

5) артротомией

**1.64.** **Операция восстановления подвижности в суставе путем иссече­ния фиброзных сращений между суставными поверхностями:**

1) артродез

2) артролиз

3) артропластика

4) артротомия

5) резекция сустава

**1.65. Операция восстановления функции сустава путем замещения поврежденных или функционально непригодных его элементов:**

1) артродез

2) артролиз

3) артропластика

4) артротомия

5) резекция сустава

**1.66.** **Операция рассечения кости с целью устранения ее деформации:**

1) остеопластика

2) остеосинтез

3) остеотомия

4) резекция кости

**1.67.** **Операция соединения кости и устранения их подвижности:**

1) остеопластика

2) остеосинтез

3) остеотомия

4) резекция кости

**1.68.** **Операция восстановления анатомической целости, формы и функции кости замещением ее дефекта костным транспланта­том:**

1) остеопластика

*2)* остеосинтез

3) остеотомия

4) протезирование

**1.69.** **Апериостальный способ обработки кости при ампутации ко­нечности состоит в рассечении надкостницы, сдвигании ее дистально и распиле кости:**

1) по краю надкостницы

2) тотчас отступя от края надкостницы

3) отступя от края надкостницы на 3-5 мм

4) отступя от края надкостницы на 5-1

**2.001.** **Передней стенкой подмышечной впадины является:**

1) большая и малая грудные мышцы

2) грудная стенка с передней зубчатой мышцей

3) надостная и подостная мышцы

4) плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча

5) подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мыш­ца спины

**2.002.** **Задней стенкой подмышечной впадины является:**

1) большая и малая грудные мышцы

2) грудная стенка с передней зубчатой мышцей

3) надостная и подостная мышцы

4) плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча

5) подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины

**2.003.** **Внутренней стенкой подмышечной впадины является:**

**1)** большая и малая грудные мышцы

2) грудная стенка с передней зубчатой мышцей

3) надостная н подостная мышцы

4) плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча

5) подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мыш­ца спины

**2.004.** **Наружной стенкой подмышечной впадины является:**

**1)** большая и малая грудные мышцы

2) грудная стенка с передней зубчатой мышцей

3) надостная **и** подостная мышцы

4) плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча

5) подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины

**1.006.** **Хирург обнажает подмышечный сосудисто-нервный пучок раз­резом по передней границе подмышечной области. Первым ана­томическим образованием, с которым он встретится, является:**

1) подмышечная артерия

2) подмышечная вена

3) плечевое сплетение

**1.007.** **По** ходу **операции в подмышечной впадине хирургу оказалось необходимым определить срединный нерв. Укажите главный отличительный признак срединного нерва в подмышечной впадине:**

1) расположение латеральнее локтевого нерва

2) расположение на передней поверхности подмышечной артерии

3) формирование нерва слиянием двух ножек

**2.014.** **Лигатуры на подмышечную артерию следует накладывать:**

1) на любом уровне

2) несколько выше уровня отхождения а) subscapularis

3) ниже уровня отхождения а) subscapularis

4) на уровне нижнего края большой грудной мышцы

5) на уровне нижнего края малой грудной мышцы

**2.019.** **Подмышечная клетчатка связана с клетчаткой подключичной области по ходу:**

1) задней артерии, огибающей плечевую кость

2) передней артерии, огибающей плечевую кость

3) срединного нерва

4) подмышечной артерии

5) лучевого нерва

**2.020.** **Подмышечная клетчатка сообщается с клетчаткой поддельто-видного пространства по ходу:**

1) подлопаточной артерии

2) подмышечной артерии

3) срединного нерва

4) подмышечного нерва

5) лучевого нерва

**2.021.** **Поверхностное субпекторальное клетчаточное пространство за­ключено между:**

1) глубоким листком грудино-ключичной фасции и ребрами

2) ребрами и передней зубчатой мышцами

3) большой грудной мышцей и ключично-грудной фасцией

4) большой и малой грудными мышцами

5) собственной и поверхностной фасциями подключичной области

**2.022. Глубокое субпекторальное клетчаточное пространство распо­ложено между мышцами**:

1) дельтовидной и большой грудной

2) малой и большой грудными

3) передней зубчатой и подлопаточной

4) большой круглой и подлопаточной

5) малой грудной и межреберными

**2.025. Через четырехстороннее отверстие на задней стенке подмышеч­ной впадины проходят два образования:**

1) артерия, огибающая лопатку

2) передняя артерия, огибающая плечевую кость

3) задняя артерия, огибающая плечевую кость

4) лучевой нерв

5) подмышечный нерв

**2.026. Через трехстороннее отверстие на задней стенке подмышечной впадины проходит:**

1) артерия, огибающая лопатку

2) подлопаточная артерия

3) передняя артерия, огибающая плечевую кость

4) задняя артерия, огибающая плечевую кость

**2.030. Из медиального пучка плечевого сплетения формируются че­тыре нерва:**

1) локтевой нерв

2) лучевой нерв

3) латеральная ножка срединного нерва

4) медиальная ножка срединного нерва

5) медиальный кожный нерв плеча

6) медиальный кожный нерв предплечья

7) мышечно-кожный нерв

8) подмышечный нерв

**2.031. Из латерального пучка плечевого сплетения формируются два нерва:**

1) локтевой нерв

2) лучевой нерв

3) латеральная ножка срединного нерва

4) медиальная ножка срединного нерва

5) медиальный кожный нерв плеча

6) медиальный кожный нерв предплечья

7) мышечно-кожный нерв

8) подмышечный нерв

**2.032.** **Из заднего пучка плечевого сплетения формируются два нерва:**

1) локтевой нерв

2) лучевой нерв

3) латеральная ножка срединного нерва

4) медиальная ножка срединного нерва

5) медиальный кожный нерв плеча

6) медиальный кожный нерв предплечья

7) мышечно-кожный нерв

8) подмышечный нерв

**2.037.** **При пункции полости плечевого сустава спереди иглу вводят:**

1) под клювовидный отросток лопатки

2) под выпуклую часть акромиального отростка лопатки через толщу дельтовидной мышцы

3) под задний край акромиального отростка лопатки, между зад­ним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы

4) в вершину подмышечной ямки

**2.038.** **При пункции полости плечевого сустава сзади иглу вводят:**

1) под клювовидный отросток

2) под выпуклую часть акромиального отростка через толщу дельтовидной мышцы

3) под задний край акромиального отростка лопатки, между зад­ним краем дельтовидной мышцы и нижним краем надостной мышцы

4) в вершину подмышечной ямки

**2.045.** **В области плеча располагаются два фасциальных ложа:**

1) заднее

2) латеральное

3) медиальное

4) переднее

**2.046.** **В переднем фасциальном ложе плеча располагаются три мышцы:**

**1)** двуглавая мышца плеча

2) трехглавая мышца плеча

3) клювовидно-плечевая **мышца**

**4)** круглый пронатор

5) плечевая мышца

**2.047.** **В заднем фасциальном ложе плеча располагается:**

1) двуглавая мышца плеча

2) трехглавая мышца плеча

3) клювовидно-плечевая мышца

**4)** круглый пронатор

5) плечевая мышца

**2.051.** **Пульсацию плечевой артерии можно определить:**

1) у наружного края двуглавой мышцы плеча

2) у места прикрепления к плечевой кости дельтовидной мышцы

3) у внутреннего края дельтовидной мышцы

4) на середине медиальной поверхности плеча

5) пульсация артерии не может быть пропальпирована на плече

**2.052.** **При обнажении плечевой артерии применяется окольный дос­туп, что обусловлено расположением:**

1) срединного нерва на медиальной поверхности плечевой арте­рии

2) плечевых вен между плечевой артерией и собственной фас­цией плеча

3) локтевого нерва на медиальной поверхности плечевой арте­рии

**2.054.** **При окольном доступе к плечевой артерии кожный разрез про­водят:**

1) по медиальной борозде плеча

2) на 1-1,5 см кпереди от медиальной борозды плеча

3) на 1-1,5 см кзади от медиальной борозды плеча

**2.056.** **Хирург обнажил плечевую артерию в верхней трети плеча с це­лью ее перевязки. Определите предпочтительный уровень пе­ревязки плечевой артерии с позиции сохранения кровоснабже­ния дистального отдела конечности:**

1) предпочтительнее перевязка **до** отхождения глубокой артерии плеча

2) предпочтительнее перевязка после отхождения глубокой арте­рии плеча

3) оба уровня перевязки одинаково возможны

4) оба уровня нежелательны, необходима перевязка плечевой ар­терии в нижней трети плеча

**2.060.** **В плече-мышечном канале проходят два образования:**

1) плечевая артерия

2) глубокая артерия плеча

3) локтевой нерв

4) лучевой нерв

5) срединный нерв

**2.063.** **Проекция срединного нерва в локтевой области, используемая для выполнения проводниковой анестезии, находится:**

1) у медиального края сухожилия двуглавой мышцы

2) на середине расстояния между медиальным надмыщелком пле­чевой кости и медиальным краем сухожилия двуглавой мышцы

3) на 1,5 см кнаружи от медиального надмыщелка плеча

4) у латерального края сухожилия двуглавой мышцы

5) на 0,5 см кнутри от латерального надмыщелка плеча

**2.064.** **При выполнении венесекции в локтевой ямке следует иметь в виду, что срединная вена локтя располагается:**

1) в подкожной жировой клетчатке

2) в дупликатуре поверхностной фасции

3) между поверхностной и собственной фасциями

4) под собственной фасцией

**2.065.** **При измерении артериального давления капсулу фонендоскопа в локтевой ямке следует располагать:**

**1)** у латерального края сухожилия двуглавой мышцы плеча

2) на сухожилии двуглавой мышцы плеча

3) у медиального края сухожилия двуглавой мышцы плеча

4) у медиального надмыщелка плечевой кости

**2.066.** **При обнажении плечевой артерии в локтевой ямке следует иметь в виду, что срединный нерв располагается по отношению к этой артерии:**

1) литерально

2) спереди

3) сзади

4) медиально

**2.067.** **На уровне локтевого сустава локтевой нерв располагается:**

1) спереди в латеральной локтевой борозде

2) спереди в медиальной локтевой борозде

3) сзади между латеральным надмыщелком и локтевым отрост­ком

4) сзади между медиальным надмыщелком и локтевым отрост­ком

**2.068.** **На уровне локтевого сустава лучевой нерв располагается:**

1) спереди в латеральной локтевой борозде

2) спереди в медиальной локтевой борозде

3) сзади между латеральным надмыщелком и локтевым отрост­ком

4) сзади между медиальным надмыщелком и локтевым отрост­ком

**2.069.** **Пункция локтевого сустава у медиального надмыщелка плече­вой кости не производится из-за опасности повреждения:**

1) лучевого нерва

2) локтевого нерва

3) плечевой артерии

4) плечевой вены

5) срединного нерва

**2.073.** **На предплечье располагаются три фасциальных ложа:**

**1)** переднее, заднее, латеральное

2) переднее, заднее, медиальное

3) переднее, латеральное, медиальное

4) заднее, латеральное, медиальное

**2.074.** **Установите распределение мышц передней области предплечья по четырем слоям:**

1) 1-й слой А) глубокий сгибатель пальцев

2) 2-й слой Б) длинная ладонная мышца

3) 3-й слой В) длинный сгибатель большого пальца кисти

4) 4-й слой Г) квадратный пронатор

Д) круглый пронатор

Е) локтевой сгибатель запястья

Ж) лучевой сгибатель запястья

3) плечелучевая мышца

И) поверхностный сгибатель пальцев

**2.075.** **Глубокое клетчаточное пространство предплечья (пространст­во Парона-Пирогова) ограничено (установите соответствие):**

1) спереди А) длинным сгибателем большого пальца

2) сзади Б) квадратным пронатором

В) глубоким сгибателем пальцев

Г) межкостной перепонкой

**2.078.** **В локтевой борозде передней области предплечья локтевой нерв не сопровождает локтевую артерию в:**

1) верхней трети

2) средней трети

3) нижней трети

**2.079.** **В лучевой борозде передней области предплечья лучевая артерия не сопровождается поверхностной ветвью лучевого нерва в:**

**1)** верхней трети

2) средней трети

3) нижней трети

**2.080.** **Для определения пульса наиболее удобной является лучевая артерия в нижней трети передней области предплечья, что обу­словлено прежде всего:**

1) расположением артерии непосредственно под собственной фасцией предплечья

2) расположением артерии на поверхности лучевой кости

3) крупным диаметром лучевой артерии

4) отсутствием около артерии крупной вены и нерва

**2.081.** **Проекционная линия лучевой артерии проходит от:**

1) внутреннего надмыщелка плеча к наружному краю гороховид­ной кости

2) медиального края сухожилия двуглавой мышцы плеча **к** точке, расположенной на 0,5 см кнутри от шиловидного отростка лу-

3) латерального надмыщелка плеча к пульсовой точке, на пред­плечье

4) середины локтевой ямки к внутреннему краю гороховидной кости

5) медиального надмыщелка плеча к пульсовой точке

**2.082.** **Для обнажения локтевой артерии истинны два утверждения:**

1) проекционная линия артерии определяется между серединой локтевой ямки и гороховидной костью

2) проекционная линия артерии определяется между медиаль­ным надмыщелком плечевой кости и гороховидной костью

3) локтевая артерия располагается латеральнее локтевого нерва

4) локтевая артерия располагается медиальнее локтевого нерва

**2.083.** **При вскрытии флегмоны клетчаточного пространства Парона- Пирогова разрезы выполняются на:**

**1)** передней поверхности предплечья

2) задней поверхности предплечья

3) латеральной поверхности предплечья

4) медиальной поверхности предплечья

5) боковых поверхностях предплечья

**2.085. Для запоминания особенностей иннервации кожи пальцев необходимо знать мнемоническое правило:**

1) ВАНЯ

2) БАВария

3) ДВА

4) УМРУ

5) дамы в середине, кавалеры по бокам

**2.088. На ладони выделяют фитильные вместилища:**

1) одно

2) два

3) три

4) четыре

5) пять

**2.090. При выполнении разрезов в «запретной зоне» кисти возможно повреждение:**

1) сухожилий сгибателей пальцев

2) сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти

3) двигательной ветви срединного нерва с нарушением противо­поставления большого пальца

4) поверхностной артериальной ладонной дуги

5) мышц возвышения большого пальца

**2.091. При повреждении поверхностной ветви лучевого нерва на пред­плечья пострадает двигательная функция:**

1) 1 пальца

2) 1 и 2 пальцев

3) 1,2,3 пальцев

4) всех пальцев

5) не пострадает

**2.092. Поверхностная ладонная дуга образована соединением:**

1) локтевой артерии с глубокой ветвью лучевой артерии

2) локтевой артерии с поверхностной ветвью лучевой артерии

3) лучевой артерии с глубокой ветвью локтевой артерии

4) лучевой артерии с поверхностной ветвью локтевой артерии

**2.093. Глубокая ладонная дуга образована соединением:**

1) локтевой артерии с глубокой ветвью лучевой артерии

2) локтевой артерии с поверхностной ветвью лучевой артерии

3) лучевой артерии с глубокой ветвью локтевой артерии

4) лучевой артерии с поверхностной ветвью локтевой артерии

**2.095. Подапоневротическая клетчатка пястья кисти заключена между:**

1) кожей и ладонным апоневрозом

2) ладонным апоневрозом и сухожилиями поверхностного сгиба­теля пальцев

3) поверхностным и глубоким сгибателями пальцев

4) глубоким сгибателем пальцев и глубокой ладонной фасцией

5) глубокой ладонной фасцией и межкостными мышцами

**2.096. Дистальная граница синовиальных влагалищ пальцев кисти определяется на уровне:**

1) верхушки дистальной фаланги

2) середины дистальной фаланги

3) основания дистальной фаланги

**2.097. Проксимальная граница синовиальных влагалищ 2,3 и 4 паль­цев определяется на уровне:**

1) основания проксимальных фаланг

2) головок пястных костей

3) середины пястных костей

4) основания пястных костей

**2.098. Проксимальная граница латерального и медиального синови­альных мешков кисти, являющихся продолжением синовиаль­ных влагалищ соответственно 1 и 5 пальцев, определяется ча­ще всего:**

1) в запястном канале

2) по линии лучезапястного сустава

3) на 2 см проксимальнее верхушки шиловидного отростка луче­вой кости

**2.100.** **Резкая болезненность при подкожном панариции ладонной по­верхности пальца обусловлена:**

1) быстрым накоплением гноя в подкожной клетчатке и разви­вающейся ишемией нервных окончаний

2) раздражением кожных болевых рецепторов

3) раздражением собственных нервов пальца

4) растяжением фиброзных перемычек подкожной жировой клетчатки

**2.101. Через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза под­кожная клетчатка ладони сообщается с:**

1) подапоневротическим клетчаточным пространством ладони

2) подсухожильным клетчаточным пространством ладони

3) синовиальными влагалищами 2-5 пальцев

4) клетчаточным пространством Парона-Пирогова

5) футлярами червеобразных мышц

**2.102. Подкожный панариций на уровне дисталыюй фаланги пальца может осложниться:**

1) сухожильным панарицием

2) костным панарицием

3) суставным панарицием

4) флегмоной клетчаточных пространств ладони

**2.104 Воспалительные процессы на ладонной поверхности пальцев и кисти часто сопровождаются выраженным отеком тыла кисти, что обусловлено:**

1) распространением отека по клетчаточным межфасциальным щелям

2) преимущественным расположением на тыле кисти поверхно­стных вен

3) переходом на тыл кисти основной массы лимфатических сосудов

**2.105. Одним из осложнений острого гнойного тендовагинита являет­ся некроз сухожилий сгибателей пальца, что обусловлено:**

1) сдавленнем сухожилий гноем, накапливающимся в синовиаль­ном влагалище

2) гнойным расплавлением сухожилия в синовиальном влагалище

3) сдавлением сосудов брыжеечки сухожилия гноем, накапли­вающимся в синовиальном влагалище

**2.106.U- образная флегмона - это:**

1) гнойный тендовагинит I и 5 пальцев

2) гнойный тендовагинит 2 и 4 пальцев

3) гнойный тендовагинит 2 и 3 пальцев

4) гнойное поражение межмышечных промежутков возвышения 1 и 5 пальцев

5) все вышеперечисленное

**2.107. У больного острый тонный тендовагинит 1 пальца осложнился U-образной флегмоной кисти, что было обусловлено:**

1) распространением гноя по межфасциальным клетчаточным щелям и пространствам ладони

2) распространением инфекции по кровеносным сосудам поверх­ностной ладонной дуги

3) наличием непостоянного сообщения между медиальным и ла­теральным синовиальными мешками ладони

**2.108. При гнойном тендовагините разрезы в области дистальных фа­ланг пальцев:**

1) не проводят из-за отсутствия на дистальных фалангах синови­альных влагалищ сухожилий

2) проводят обязательно для лучшего оттока гноя

3) проводят атипичные разрезы по Клаппу

4) проводят только на боковых поверхностях

5) проводят вблизи сустава

**2.109.** **При вскрытии гнойного тендовагинита правильно утверждение:**

1) пересечение брыжейки допустимо, т.к. повреждение брыжей­ки сухожилия не опасно для его кровоснабжения

2) повреждение брыжейки сухожилия нарушит питание сухожи­лия и приведет к его некрозу

3) повреждения брыжейки сухожилия по возможности следует избегать

4) повреждение брыжейки сухожилия нарушит его функцию

5) пересечение брыжейки необходимо для мобилизации сухожилия

**2.110. Необходимость срочного оперативного вмешательства при гной­ном тендовагините сухожилий сгибателей пальцев объясняется возможностью:**

1) распространения гноя в клетчаточное пространство Парона-Пирогова

2) перехода процесса на костные ткани

3) омертвения сухожилий вследствие сдавления их брыжейки

4) развития сепсиса

5) восходящего распространения гноя по клетчаточным про­странствам верхней конечности

**2.111.** Разрезы на пальцах при гнойном тендовагините следует делать:

1) на ладонной поверхности

2) на задней поверхности

4) в области дистальной фаланги

5) на переднебоковых поверхностях

межфаланговых суставов

**2.115**. **Укажите положение, которое приобретает верхняя конечность при повреждении лучевого нерва:**

1) «рука акушера»

3) «кисть обезьяны»

4) «рука нищего»

5) «плеть»

**2.116. «Кисть обезьяны» обнаруживается при поражении нерва:**

1) срединного

2) лучевого

3) локтевого

4) мышечно-кожного

при поражении нерва:

**2.117. «Когтистая лапа» обнаруживается при поражении нерва:**

1) срединного

2) мышечно-кожного

3) локтевого

**2.121. Через надгрушевидное отверстие в ягодичную область из мало­го таза проходят артерия и нерв:**

1) верхняя ягодичная артерия

2) внутренняя половая артерия

3)нижняя ягодичная артерия

4) верхний ягодичный нерв

5) задний кожный нерв бедра

6)нижний ягодичный нерв

7) половой нерв

8) седалищный нерв

**2.122.** **Через подгрушевидное отверстие в ягодичную область из мало­го таза проходят две артерии и четыре нерва:**

1) верхняя ягодичная артерия

2) внутренняя половая артерия

3) нижняя ягодичная артерия

4) верхний ягодичный нерв

5) задний кожный нерв бедра

6) нижний ягодичный нерв

7) половой нерв

8) седалищный нерв

**2.123. Через малое седалищное отверстие в седалищно-прямокишечную ямку проходят артерия и нерв:**

1) верхняя ягодичная артерия

2) внутренняя половая артерия

3) нижняя ягодичная артерия

4) верхний ягодичный нерв

5) задний кожный нерв бедра

6) нижний ягодичный нерв

7) половой нерв

9) седалищный нерв

**2.124.** **Глубокая флегмона ягодичной области чаще всего локализуется между:**

1) большой, средней и малой ягодичными мышцами

2) кожей и поверхностной фасцией

3) средней и большой ягодичными мышцами

4) поверхностной и собственной фасциями

5) наружными и внутренними листками собственной фасции большой ягодичной мышцы

**2.134. При пункции тазобедренного сустава сбоку иглу вводят:**

1) у внутреннего края портняжной мышцы, в точку, находящую­ся на середине линии, проведенной от верхушки большого вертела бедра к границе между внутренней и средней третями паховой связки

2) над верхушкой большого вертела во фронтальной плоскости при слегка отведенной и медиально ротированной конечности

3) непосредственно под паховой связкой на границе ее внутренней и средней трети

4) литерально на 2 см от седалищного бугра при слегка отведен­ной и литерально ротированной конечности

**2.138.** **Латеральной границей бедренного треугольника является:**

2) портняжная мышца

3) длинная приводящая мышца

4) пояснично-подвздошная мышца

5) гребешковая мышца

**2.139**. В переднем **фациальном ложе бедра располагается:**

1) большая приводящая мышца

2) двуглавая мышца бедра

3) портняжная мышца

4) полуперепончатая мышца

5) четырехглавая мышца бедра

**2.140.** **В заднем фациальном ложе бедра располагаются три мышцы**

**1)** двуглавая мышца бедра

2) напрягатель широкой фасции

3) полуперепончатая мышца

4) полусухожильная мышца

5) прямая мышца бедра

6) тонкая мышца

**2.141.** **В медиальном фациальном ложе бедра располагаются пять мышц:**

1) большая приводящая мышца

2) гребенчатая мышца

3) двуглавая мышца бедра

4) длинная приводящая мышца

5) короткая приводящая мышца

6) портняжная мышца

7) тонкая мышца

**2.142.** **Мышечную и сосудистую лакуны бедра разделяет:**

1) гребенчатая связка

2) лакунарная связка

3) паховая связка

4) подвздошно-гребенчатая дуга

**1.145. Через мышечную лакуну проходят три анатомических образования :**

1) бедренная артерия

2) бедренная вена

3) бедренный нерв

4) латеральный кожный нерв бедра

5) лимфатический узел

6) подвздошно-поясничная мышца

**1,146. В сосудистой лакуне располагаются три анатомических образо­вания:**

1) бедренная артерия

2) бедренная вена

3) бедренный нерв

4) латеральный кожный нерв бедра

5) лимфатический узел

6) подвздошно-поясничная мышца

**1.147.** **У больного туберкулезным спондилитом 3-го поясничного по­звонка при обследовании обнаружен «холодный» натечный абс­цесс в передней области бедра, который спустился по ходу:**

1) подвздошных и далее бедренных кровеносных сосудов

2) бедренного нерва, отходящего от поясничного сплетения

3) подвздошно-поясничной мышцы

**1.148.** **Клетчатка медиального фациального ложа бедра сообщается через запирательное отверстие с:**

1) околоматочным пространством

2) предпузырным или боковым клетчаточным пространством ма­лого таза

3) околопрямокишечной ямкой

4) задней поверхностью бедра

5) бедренным каналом

**2.150.** **Внутреннее кольцо бедренного канала ограничено (установите соответствие):**

**1)** спереди А) бедренной веной

2) сзади Б) гребенчатой

связкой

3) литерально В) лакунарной

связкой

4) медиально Г) паховой связкой

**2.151.** **Установите соответствие между стенками бедренного канала** и **анатомическими образованиями, их составляющими:**

1) передняя стенка А) Бедренная вена

2) задняя стенка Б) Верхний рог

серповидного края

3) латеральная стенка

В) Гребенчатая фасция

**2.152.** **Ущемление бедренной грыжи устраняют рассечением:**

1) верхнего рога серповидного края

2) гребенчатой связки

4) нижнего рога серповидного края

5) паховой связки

**2.154.** **При бедренной грыже наиболее частым является расположение грыжевого мешка:**

1) впереди бедренной вены

2) позади бедренной вены

3) латеральнее бедренной вены

4) медиальнее бедренной вены

**2.155. Бедренная артерия в бедренном треугольнике расположена по отношению к бедренному нерву:**

1) спереди

2) снизу

3) литерально

4) медиально

5) сзади

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

1) спереди

2) сзади

3) литерально

4) медиально

5) спереди и литерально

**2.157. Приводящий канал соединяет с подколенной ямкой ложе бедра:**

1) переднее фациальное

2) заднее фациальное

3) медиальное фациальное

**2.159. В приводящем канале проходят три анатомических образования:**

1) бедренная артерия

2) бедренная вена

3) бедренный нерв

4) большая подкожная вена

5) запирательная артерия

6) подкожный нерв

**2.162.** **Хирургом выполнена перевязка бедренной артерии в нижней трети бедра. Укажите три артерии, которые могут быть колла­теральными путями кровоснабжения дистальной части конеч­ности:**

1) артерия, сопровождающая **седалищный нерв**

2) глубокая артерия бедра

3) запирательная артерия

4) нисходящая коленная артерия

5) подколенная артерия

**2.163.** **Для операции аортокоронарного шунтирования в качестве сво­бодного сосудистого трансплантата используется:**

1) бедренная артерия

2) бедренная века

3) большая подкожная вена

4) глубокая артерия бедра

5) запирательная артерия

**2.164.** **Так называемая «Жоберова ямка» может служить для:**

1) определения положения верхнемедиальной артерии коленного сустава

2) доступа к коленному суставу

3) доступа к подколенной артерии с медиальной стороны

4) пункции коленного сустава

5) всех вышеуказанных манипуляций

**2.165.** **Для воспроизведения топографии сосудисто-нервного лучка под­коленной ямки следует использовать мнемоническое правило:**

1) ДВА

2) КЕНТ

3) НЕВА

4) ВАНЯ

5) дамы в середине, кавалеры по бокам

**2.166.** **Флегмона подколенной ямки распространилась в переднюю об­ласть бедра, что произошло по:**

1) фациальному влагалищу портняжной мышцы

2) фациальному влагалищу тонкой мышцы

3) приводящему каналу

4) ходу седалищного нерва

**2.167.** **Вскрывая флегмону подколенной ямки, хирург обнаружил гнойный затек в заднюю область бедра, который распростра­нился по:**

1) ходу двуглавой мышцы бедра

2) ходу полуперепончатой мышцы

3) приводящему каналу

4) ходу седалищного нерва

**2.168.** **Гнойный гонит осложнился флегмоной подколенной ямки с формированием гнойного затека в заднее фациальное ложе голени, что произошло по:**

1) ходу икроножной мышцы под фасцией голени

2) голено-подколенному (Груберову) каналу

3) нижнему мышечно-малоберцовому каналу

4) ходу общего малоберцового нерва

**2.169.** **Во время операции по поводу флегмоны подколенной ямки хи­рург обнаружил гнойный затек в латеральное фациальное ло­же голени, путем распространения которого был канал:**

1) верхний мышечно-малоберцовый

2) голено-подколенный

3) нижний мышечно-малоберцовый

**2.171. При выделении подколенного сосудисто-нервного пучка разре­зом по средней линии хирург учитывает, что его элементы рас­полагаются сзади наперед в следующей последовательности:**

1) артерия, вена, нерв

2) артерия, нерв, вена

3) вена, артерия, нерв

4) нерв, артерия, вена

5) нерв, вена, артерия

**2.173. Количество синовиальных заворотов коленного сустава:**

1) 3

2) 5

3) 7

4) 9

5) 11

**2.175. Полость коленного сустава при гнойном артрите вскрывают:**

1) двумя вертикальными разрезами по обе стороны от надколен­ника

2) горизонтальным разрезом на 1 см над надколенником

3) подковообразным разрезом (дугой вниз) от медиального до латерального мыщелков бедра

4) по латеральному краю подколенной ямки

5) по медиальному краю подколенной ямки

**2.177.** **При вскрытии эадне-латеральных заворотов коленного сустава возможно повреждение нерва:**

1) большеберцового

2) общего малоберцового

3) бедренного

4) седалищного

5) глубокого малоберцового

**2.178.** **В переднем фациальном ложе голени располагаются три мышцы:**

1) длинный разгибатель большого пальца стопы

2) длинный разгибатель пальцев

3) длинный сгибатель большого пальца стопы

4) длинный сгибатель пальцев

5) короткий разгибатель пальцев

6) передняя большеберцовая мышца

**2.179.** **В заднем фациальном ложе голени располагаются четыре мышцы:**

1) длинная малоберцовая мышца

2) длинный разгибатель большого пальца стопы

3) длинный разгибатель пальцев

4) длинный сгибатель большого пальца стопы

5) длинный сгибатель пальцев

6) задняя большеберцовая мышца

7) трехглавая мышца голени

**2.180.** **В латеральном фациальном ложе голени располагаются две мышцы:**

1) длинная малоберцовая мышца

2) длинный разгибатель пальцев

3) длинный сгибатель пальцев

4) короткая малоберцовая мышца

5) короткий разгибатель пальцев

**2.181.** **Через нижний мышечно-малоберцовый канал проходит:**

1) общий малоберцовый нерв

2) глубокий малоберцовый нерв

3) малоберцовая артерия

4) нисходящая коленная артерия

5) задняя большеберцовая артерия

**2.182.** **Сосудисто-нервный пучок переднего фациального ложа голе­ни включает:**

1) переднюю большеберцовую артерию

2) малоберцовую артерию

3) большую подкожную вену

4) передние большеберцовые вены

5) большеберцовый нерв

6) глубокий малоберцовый нерв

7) поверхностный малоберцовый нерв

**2.183.** **Проекционная линия передней большеберцовой артерии - это прямая, проведенная:**

1) от внутреннего края большеберцовой кости к середине расстоя­ния между ахилловым сухожилием и внутренней лодыжкой

2) от нижней части сухожилия двуглавой мышцы бедра к головке малоберцовой кости

3) от середины подколенной ямки до латеральной лодыжки

4) от середины расстояния между головкой малоберцовой кости и бугристостью большеберцовой кости до середины расстоя­ния между внутренней и наружной лодыжками

5) от головки малоберцовой кости до медиальной лодыжки

**2.184.** **В голено-подколенном канале располагаются артерия, вены и нерв:**

1) передние большеберцовые артерия и вены

2) задние большеберцовые артерия и вены

3) малоберцовые артерия и вены

4) большеберцовый нерв

5) глубокий малоберцовый нерв

6) поверхностный малоберцовый нерв

**2.192.** **Задняя большеберцовая артерия доступна для исследования пульса в области голеностопного сустава:**

1) впереди латеральной лодыжки

2) позади латеральной лодыжки

3) впереди медиальной лодыжки

4) позади медиальной лодыжки

**2.194.** **При необходимости оценки состояния артериальных сосудов нижней конечности у больных, прежде всего, исследуют пульс на тыльной артерии стопы, проекционная линия которой про­ходит от середины расстояния между лодыжками:**

1) к медиальному краю большого пальца

2) к первому межпальцевому промежутку

3) ко второму межпальцевому промежутку

4) к третьему межпальцевому промежутку

**2.195.** **Большеберцовый нерв может быть обнажен в области голено­стопного сустава разрезом, проведенным:**

1) впереди латеральной лодыжки

2) позади латеральной лодыжки

3) впереди медиальной лодыжки

4) позади медиальной лодыжки

**2.196.** **Чтобы не повредить общий малоберцовый нерв целесообразно проводить спицу в бугристости большеберцовой кости при ске­летном вытяжении:**

1) спереди

2) с латеральной стороны

3) с медиальной стороны

4) сзади

5) выбор точки не имеет значения и определяется квалификаци­ей хирурга

**2.203. Паралитическая отвисающая («конская») стопа возникает при повреждении нерва:**

1) глубокого малоберцового

2) поверхностной ветви малоберцового

3) бедренного

4) большеберцового

5) подошвенного

**2.206. Прижимать бедренную артерию при кровотечениях следует к кости:**

1) лобковой

2) бедренной

3) седалищной

**2.207. Объясните, чем обусловлен эффект мышечно-венозной «пом­пы» нижней конечности:**

1) мышечной массой

2) наличием клапанного аппарата у вен нижней конечности

3) присасывающим действием диафрагмы таза

4) двойной системой вен

5) изгибом вен голени

**2.208. При ангиографии по Сельдингеру пунктируют артерию:**

1) бедренную

2) подключичную

3) почечную

4) общую сонную

5) плечевую

**2.212.** **Определите три момента трехмоментной конусно-круговой ам­путации бедра по Н.И. Пирогову:**

1) рассечение кожи с подкожной клетчаткой и фасцией

2) рассечение мышц по краю оттянутой кожи

3) оттягивание мышц с образованием мышечного конуса

4) пересечение мышц по основанию конуса

5) рассечение надкостницы и сдвигание ее дистально

6) распил бедренной кости

**2.213.** **При костнопластической ампутации голени по Н.И. Пирогову поверхность опила костей голени закрывают:**

1) кожей пятки стопы

2) ахилловым сухожилием

3) бугром пяточной кости

4) блоком таранной кости

**4.53.** **По классификации, предложенной В.Н. Шевкуненко, на шее**

**выделяют:**

1) две фасции

2) три фасции

3) четыре фасции

4) пять фасций

5) шесть фасций

**4.58.** **Бифуркация общей сонной артерии чаще располагается на уровне:**

**1)** угла нижней челюсти

2) верхнего края щитовидного хряща

3) подъязычной кости

4) середины щитовидного хряща

5) нижнего края щитовидного хряща

**4.59.** **Для наружной сонной артерии характерными являются два признака:**

1) наличие отходящих ветвей

2) отсутствие боковых ветвей

3) медиальное расположение

4) латеральное расположение

5) слабая пульсация по сравнению с внутренней сонной артерией

**5.16.** **Выпот в плевральной полости, прежде всего, начинает накап­ливаться в синусе:**

1) реберно-диафрагмальном

2) реберно-средостенном

3) средостенно-диафрагмальном

**5.17.** **При выполнении диагностической плевральной пункции пунк­тируется:**

1) реберно-диафрагмальный синус

2) реберно-средостенный синус

3) средостенно-диафрагмальный синус

**5.18.** **Установите соответствие. Место плевральной пункции:**

1) между передней и средней подмышечными линиями

2) между средней и задней подмышечными линиями

3) между средней подмышеч­ной и лопаточной линиями

А) в VI или VII межреберье

Б) в VII или VIII межреберье

В) в VIII или IX межреберье

**5.19. При выполнении плевральной пункции иглу через межребер­ный промежуток следует проводить:**

1) у нижнего края вышележащего ребра

2) на середине расстояния между ребрами

3) у верхнего края нижележащего ребра

**5.24.** **В воротах левого легкого главный бронх и легочные сосуды располагаются сверху вниз в следующем порядке:**

**1)** артерия, бронх, вены

2) бронх, артерия, вены

3) вены, бронх, артерия

**5.25.** **В воротах правого легкого главный бронх и легочные сосуды располагаются сверху вниз в следующем порядке:**

**1)** артерия, бронх, вены

2) бронх, артерия, вены

3) вены, бронх, артерия

**5.26.** **Составьте сравнительную анатомическую характеристику каждого главного бронха путем установления соответствия трем параметрам:**

1) левый главный бронх 2) правый главный бронх

А) шире

Б) уже

В) длиннее

Г) короче

Д) расположен горизонтальнее

Е) расположен вертикальнее

**5.36.** **Сегмент легкого - это участок легкого, в котором:**

1) разветвляется сегментарный бронх

2) разветвляются сегментарный бронх и ветвь легочной артерии 3-го порядка

3) разветвляются сегментарный бронх, ветвь легочной артерии 3-го порядка и формируется соответствующая вена

**5.58.** **Шейная вагосимпатическая блокада при ранениях груди про­водится с целью:**

1) обезболивания

2) уменьшения явлений гипоксии

3) борьбы с плевропульмональным шоком

4) профилактики пневмонии

5) гипервентиляции легких

**6.01.** **Наиболее точное положение фронтальной плоскости, разделяю­щей средостение на передний и задний отделы - уровень:**

**1)** задних поверхностей корней легких и задней стенки трахеи

2) середины трахеи и главных бронхов

3) передних поверхностей корней легких

**6.02.** **Установите соответствие органов отделам средостения:**

1) переднее средостение

2) заднее средостение

А) вилочковая железа

Б) пищевод

В) сердце с перикардом

Г) трахея

**6.03.** **Установите соответствие сосудов отделам средостения:**

1) переднее средостение

2) заднее средостение

А) верхняя полая вена

Б) внутренние грудные артерии

В) восходящая аорта

Г) грудной проток

Д) дуга аорты

Е) легочный ствол

Ж) нисходящая аорта

3) непарная и полунепарная вены

**6.04.** **Установите соответствие нервов отделам средостения:**

1) переднее средостение

2) заднее средостение

А) блуждающие нервы

Б) большие и малые внутренностные нервы

В) диафрагмальные нервы

Г) симпатические стволы

**6.62. При ушивании раны сердца накладываются швы;**

1) узловые или П-образные

2) узловые илинепрерывный

3) П-образные или непрерывный

**6.63. Для операции ушивания раны желудочка сердца истинны сле­дующие три утверждения:**

**1)** швы следует накладывать атравматнческими иглами

2) на стенку сердца накладывают узловые швы

3) на стенку сердца накладывают непрерывный шов

4) при наложении швов нельзя прокалывать эндокард

5) нельзя захватывать в шов крупные подэпикардиальные артерии

**6.64.** **Пункция перикарда выполняется наиболее часто в точке Ларрея. Укажите место ее расположения:**

1) между мечевидным отростком и левой реберной дугой

2) между мечевидным отростком и правой реберной дугой

3) в 4-м межреберье слева от грудины

**6.65. Направление иглы при пункции перикарда:**

1) под углом 90° к поверхности тела

2) вверх под углом 45° к поверхности тела

3) вверх **и** влево под углом 45° к поверхности тела

**6.66. При выполнении пункции перикарда игла проводится в пазуху полости перикарда:**

1) косую

2) передне-нижнюю

3) поперечную

**6.67. В современной кардиохирургии для лечения ишемической бо­лезни сердца применяют четыре операции:**

1) аортокоронарное шунтирование

2) баллонную дилатацию венечной артерии

3) наложение венечно-грудного анастомоза

4) перевязку внутренних грудных артерий

5) перикардиокардиопексию

6) симпатэктомию

7) стентирование венечной артерии

**6.68. Установите соответствие между отделом аорты и кровеносным сосудом, соединяемым при операции аортокоронарного шунти­рования свободным венозным аутотрансплантатом:**

1) восходящая аорта А) большая вена сердца

2) дуга аорты Б) венечная артерия сердца

3) грудная аорта В) венечный синус сердца

**7.007.** **Хирург выполняет аппендэктомию косо-переменным разрезом по Волковнчу-Дьяконову в правой паховой области. Укажите последовательность прохождения слоев этой области:**

1) апоневроз наружной косой мышцы живота

2) внутренняя косая и поперечные мышцы

3) глубокий листок поверхностной фасции

4) кожа с подкожной жировой клетчаткой

5) париетальная брюшина

6) поверхностная фасция

7) поперечная фасция

8) предбрюшинкая клетчатка

9) собственная фасция

**7.010. Одной** из **анатомических предпосылок развития пупочных грыж является слабость пупочного кольца в области:**

1) нижней его полукружносги

2) верхней полукружности

3) правой полукружности

4) левой полукружности

**7.011. Белая линия живота образуется за счет:**

1) апоневроза наружной косой мышцы живота

2) апоневроза внутренней косой мышцы живота

3) апоневроза поперечной мышцы живота

4) сухожильных пучков 3-х пар широких мышцживота

5) внутрибрюшной фасции

**7.012.** **В пределах пупка брюшная стенка представлена следующими четырьмя слоями:**

1) кожа

2) подкожная жировая клетчатка

3) поверхностная фасция

4) пупочная фасция

5) внутрибрюшная фасция

6) предбрюшинная клетчатка

7) брюшина

**7.013.** **При выполнении трансректального разреза в эпигастрии хи­рург вскрыл переднюю стенку влагалища прямой мышцы жи­вота. На уровне выше полукружной линии передняя стенка влагалища образована:**

1) апоневрозами наружной косой, внутренней косой и попереч­ной мышц

2) апоневрозами наружной косой, внутренней косой мышц и по­перечной фасцией

3) апоневрозами наружной косой и внутренней косой мышц

4) апоневрозом внутренней косой мышцы живота

**7.014.** **При трансректальных разрезах не рекомендуется пересекать сухожильные перемычки прямых мышц живота, что обуслов­лено наличием в них:**

1) лимфатических сосудов

2) нервных сплетений

3) питающих кровеносных сосудов

4) порто-кавальных анастомозов

**7.019.** **Образующаяся в результате развития плода срединная пузырно-пупочная складка содержит:**

**1**) облитерированную пупочную артерию

2) облитерированную пупочную вену

3) облитерированный мочевой проток

4) семявыносящий проток

**7.020.** **Латеральная пузырно-пупочная складка брюшины содержит:**

1) нижние надчревные артерию и вену

2) облитерированную пупочную артерию

3) облитерированную пупочную вену

4) облитерированный мочевой проток

5) семявыносящий проток

**7.021.** **Медиальная пузырно-пупочная складка брюшины содержит:**

1) нижние надчревные артерию и вену

2) облитерированную пупочную артерию

3) облитерированную пупочную вену

4) облитерированный мочевой проток

5) семявыносящий проток

**7.022.** **В правой подреберной области обычно проецируются:**

1) часть правой доли печени

2) селезенка

3) часть правой почки

4) хвост поджелудочной железы

5) правый изгиб ободочной кишки

6) желчный пузырь

**7.023.** **На переднюю боковую стенку живота желудок проецируется в следующих областях:**

1) в левой подреберной и пупочной

2) в левой подреберной и собственно надчревной

3) в левой и правой подреберной

4) в левой подреберной и левой боковой

**7.024.** **Областью проекции желчного пузыря на передней стенке живота является:**

1) правая боковая область живота

2) правая подреберная область

3) пупочная область

4) надчревная область

**7.039.** **Границами пахового треугольника являются:**

1) горизонтальная линия, проведенная от верхней передней ости подвздошной кости до пупка

2) паховая связка

3) горизонтальная линия, проведенная от границы между наруж­ной и средней третью длины паховой связки

4) наружный край прямой мышцы живота

5) белая линия

**7.041.** **Паховый промежуток - это:**

1) расстояние между наружным и внутренним кольцами пахово­го канала

2) расстояние между паховой связкой и нижними краями внут­ренней косой и поперечной мышц

3) расстояние между паховой связкой и поперечной фасцией

4) расстояние между передней и задней стенками пахового канала

5) пахового промежутка не существует

**7.042.** **Пространство под паховой связкой делится на:**

1) грыжевую, мышечную и сосудистую лакуны

2) грыжевую и мышечную лакуны

3) грыжевую и сосудистую лакуны

4) мышечную и сосудистую лакуны

5) мышечную и сосудистую лакуны и бедренный канал

**7.044.** **В образовании наружного отверстия пахового канала участвуют три образования:**

1) расщепленный на ножки апоневроз наружной косой мышцы живота

2) поперечная фасция

3) поверхностная фасция

4) лобковая кость

5) межножковые волокна

**7.045.** **Передней стенкой пахового канала является:**

1) поперечная фасция

2) париетальная брюшина

3) апоневроз наружной косой мышцы живота

4) нижние края внутренней косой и поперечной мышц

5) паховая связка

**7.046.** **Задняя стенка пахового канала образована:**

1) париетальной брюшиной

2) паховой связкой

3) поперечной фасцией

4) апоневрозом наружной косой мышцы живота

**7.047.** **Нижняя стенка пахового канала образована:**

1) нижними краями внутренней косой и поперечной мышц

2) паховой связкой

3) гребешковой фасцией

4) париетальной брюшиной

5) апоневрозом наружной косой мышцы живота

**7.049.** **Поперечная фасция является стенкой пахового канала:**

1) верхней

2) нижней

3) задней

4) передней

**7.050.** **Паховая связка является стенкой пахового канала:**

1) верхней

2) нижний

3) задней

4) передней

**7.051.** **Спигелиева линия - это линия:**

1) проведенная по краю правого подреберья

2) проведенная по краю левого подреберья

3) соединяющая передние верхние ости подвздошных костей

4) линия перехода мышечных волокон поперечной мышцы жи­вота в апоневроз и проецирующаяся по наружному краю пря­мых мышц живота

**7.053.** **Паховые грыжи чаще всего бывают:**

1) у мужчин

2) у женщин

3) у детей вне зависимости от пола

4) у стариков вне зависимости от пола

5) закономерности не существует

**7.054.** **Анатомической предпосылкой образования паховых грыж является:**

**1)** наличие пахового промежутка

2) наличие широкого пахового промежутка

3) наличие узкого пахового промежутка

4) отсутствие пахового промежутка

5) отсутствие внутрибрюшной фасции

**7.056.** **Анатомическим местом выхода косых паховых грыж является:**

1) латеральная паховая ямка

2) медиальная паховая ямка

3) мышечная лакуна

4) надпузырная ямка

5) сосудистая лакуна

**7.057.** **Передней стенкой бедренного канала является:**

1) бедренная вена

2) бедренная артерия

3) глубокий листок широкой фасции бедра

4) поверхностный листок широкой фасции бедра

5) гребешковая фасция

**7.058.** **Заднюю стенку бедренного канала составляет:**

1) бедренная вена

2) бедренный нерв

3) поверхностный листок широкой фасции бедра

4) гребенчатая фасция

5) паховая связка

**7.059.** **Задне-нижнюю стенку внутреннего бедренного кольца составляет:**

**1)** **влагалище бедренной вены**

2) гребенчатая связка

3) паховая связка

4) влагалище бедренной артерии

5) ни один из вариантов

**7.060.** **Медиальную стенку внутреннего бедренного кольца составляет:**

1) влагалище бедренной вены

2) паховая связка

3) лакунарная связка (Жимбернатова)

4) края внутренней косой и поперечной мышц живота

5) влагалище прямой мышцы живота

**7.062.** **При приобретенной наружной косой паховой грыже элементы се­менного канатика по отношению к оболочкам грыжевого мешка:**

1) плотно связаны

2) рыхло прилежат друг к другу

3) отделены на расстоянии

4) отделены широкой мышцей живота

5) ни один из вариантов не подходит

**7.063.** **При врожденной паховой грыже элементы семенного канатика по отношению к оболочкам грыжевого мешка:**

1) плотно спаяны

2) рыхло прилежат друг к другу

3) отделены на расстоянии

4) отделены поперечной фасцией

5) ни один из вариантов не подходит

**7.064.** **При ретроградном ущемлении (грыже типа «W») в грыжевом мешке обнаруживают:**

**1)** петлю тонкой кишки

2) петлю толстой кишки

3) большой сальник

4) несколько петель тонкой кишки

5) ни один из вариантов не подходит

**7.065.** **Вскрыв грыжевой мешок *у* больного с ущемленной паховой грыжей, хирург не обнаружил в нем измененных кишечных пе­тель. При легком потягивании за кишечные петли из брюшной полости показались измененные участки кишечной стенки. Это заставило его подумать о следующем виде ущемления:**

1) каловом

2) пристеночном

3) ретроградном

4) эластическом

**7.067.** **Грыжевой мешок при врожденной паховой грыже образован:**

**1)** влагалищным отростком брюшины

2) париетальной брюшиной

3) брыжейкой тонкой кишки

4) оболочками яичка

5) стенками мочевого пузыря

**7.068.** **Под термином «паховый промежуток» понимают:**

1) величину диаметра внутреннего пахового кольца

2) величину диаметра наружного пахового кольца

3) расстояние между верхней и нижней стенками пахового кана­ла в его медиальном участке

4) область грыжевых ворот

5) расстояние между ножками наружного паховогокольца

**7.069.** **Заднюю стенку пахового канала укрепляют:**

1) прикосой паховой грыже

2) при прямой паховой грыже

3) при врожденной паховой грыже

4) при ущемленной грыже

5) определяется желанием хирурга

**7.072.** **При пластике пахового канала у больного с наружной косой па­ховой грыжей действия хирурга направлены на укрепление стенки пахового канала:**

1) верхней

2) передней

3) задней

4) нижней

**7.073.** **При пластике пахового канала у больного с прямой паховой грыжей действия хирурга направлены на укрепление стенки пахового канала:**

1) верхней

2) передней

3) задней

4) нижней

**7.087.** **В состав семенного канатика входят три анатомических элемента:**

1) семявыносящийпроток

2) мочевой проток

3) сосуды и нервы семявыносящего протока и яичка

4) остатки влагалищного отростка брюшины

5) подвздошно-подчревный нерв

**7.094.** **Во время операции ущемленной бедренной грыжи следует рас­секать стенку внутреннего бедренного кольца:**

1) верхнюю

2) нижнюю

3) латеральную

4) медиальную

**7.095.** **«Корона смерти» - это** **вариант отхождення артерии:**

1) бедренной

2) надчревной нижней

3) надчревной верхней

4) запирательной

5) внутренней подвздошной

**7.096.** **При пластике пупочной грыжи методом Мейо соединяют сле­дующие ткани:**

1) правый и левый края апоневроза широких мышц живота

2) верхний и нижний края апоневроза широких мышц живота

3) внутренние края прямой мышцы живота

4) внутренние края апоневроза наружной косой мышцы живота

5) внутренние края собственной фасции пупочной области

**7.097.** **При пластике пупочной грыжи методом Сапежко соединяют следующие ткани:**

1) внутренние края прямой мышцы живота

2) верхний и нижний края апоневроза трех широких мышц живота

3) внутренние края апоневроза трех широких мышц живота

4) внутренние края апоневроза внутренней косой мышцы живота

5) внутренние края апоневроза наружной косой мышцы живота

**7.098.** **При выполнении средне-срединной лаларотомии:**

1) пупок обходят справа

2) пупок обходят слева

3) пупок рассекают вдоль

4) пупок рассекают поперек

5) выбор стороны не имеет значения

**7.099.** **При пластике бедренного канала по Руджн сшивают стенки внутреннего бедренного кольца:**

**1)** верхне-переднюю и задне-нижнюю

2) латеральную и медиальную

3) латеральную изадне-нижнюю

4) латеральную иверхне-переднюю

5) медиальную и верхне-переднюю

**7.100.** **При пластике бедренного канала** **по Руджн сшивают:**

**1)** паховую связку и подвздошно-поясничную мышцу

2) паховую связку и подвздошно-гребенчатую фасцию

3) лакунарную связку и надкостницу лобковой кости

4) лакунарную связку и влагалище бедренной вены

5) паховую связку и лакунарную связку

**7.101.** **При выполнении пластики пупочного кольца по Лексеру по по­воду грыжи в шов захватывают:**

1) медиальные края прямой мышцы живота

2) края собственной фасции

3) края поверхностной фасции

4) края апоневроза трех широких мышц живота

5) края апоневроза внутренней косой мышцы живота

**7.102.** **Поперечные лапаротомные доступы отвечают трем требованиям:**

1) обеспечивают соответствие разреза анатомической проекции органа

2) обеспечивают достаточное обнажение органа

3) обладают малой травматичностью

4) обеспечивают формирование прочного послеоперационного рубца

**7.103.** **Попеременный оперативный доступ к органам брюшной полос­ти предполагает:**

1) рассечение всех тканей брюшной стенки послойно в одном направлении

2) рассечение всех тканей брюшной стенки одним слоем в одном направлении

3) рассечение всех тканей брюшной стенки послойно в разных направлениях

4) нанесение нескольких кожных разрезов на брюшной стенке

5) все варианты ответов неверны

**7.104.** **Одним из симптомов ряда заболеваний, сопровождающихся за­стоем в системе воротной вены, является расширение подкож­ных вен в пупочной области передней брюшной стенки. Это обусловлено наличием здесь:**

1) артерио-венозных шунтов

2) кава-кавальных анастомозов

3) лимфо-венозных анастомозов

4) порто-кавальных анастомозов

**7.105.** **Верхняя и нижняя надчревные артерии с сопровождающими их одноименными венами располагаются:**

1) в подкожной жировой клетчатке

2) во влагалище прямых мышц живота впереди мышц

3) во влагалище прямых мышц живота позади мышц

4) в предбрюшинной клетчатке

**7.106.** **Портогепатография проводится через:**

1) пупочную вену

2) пупочную артерию

3) печеночную вену

4) большую подкожную вену

5) нижнюю полую вену

**БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ**

**8.007. Из перечисленных органов покрыты брюшиной интраперитонеально:**

1) желудок

2) двенадцатиперстная кишка

3) тощая и подвздошная кишки

4) слепая кишка

5) червеобразный отросток

6) восходящая ободочная кишка

7) поперечная ободочная кишка

8) нисходящая ободочная кишка

9) сигмовидная кишка

**8.008. Из перечисленных органов покрыты брюшиной мезоперитонеально:**

1) желудок

2) печень

3) селезенка

4) поджелудочная железа

5) двенадцатиперстная кишка

*6)* восходящая ободочная кишка

7) поперечная ободочная кишка

8) нисходящая ободочная кишки

**8.009. Из перечисленных органов покрыты брюшиной экстраперитенеально:**

1) желудок

2) печень

3) поджелудочная железа

4) селезенка

5) двенадцатиперстная кишка

6) слепая кишка

**8.020.** **В преджелудочной сумке находятся:**

1) желчный пузырь

2) левая доля печени

3) поджелудочная железа

4) правая доля печени

**8.021.** **Серповидная связка печени разделяет:**

1) предпеченочную щель и преджелудочную сумку

2) правое и левое поддиафрагмальные пространства

3) подпеченочную щель и сальниковую сумку

**8.022.** **К нижней поверхности печени прилежат все образования, кроме:**

1) желудка

2) горизонтальной части двенадцатиперстной кишки

3) печеночной кривизны поперечной ободочной кишки

4) большого сальника

5) верхнего полюса правой почки

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

1) верхней

2) нижней

3) передней

4) задней

5) все варианты ответов неверны

**8.024.** **Правый боковой канал брюшной полости сообщается со всеми образованиями, кроме:**

1) печеночной сумки

2) подпеченочного пространства

4) полости сальниковой сумки

5) правого брыжеечного синуса

**8.025.** **Левый боковой канал брюшной полости сообщается с:**

1) печеночной сумкой

2) подпеченочным пространством

3) полостью малого таза

4) полостью сальниковой сумки

5) левым брыжеечным синусом

**8.026.** **В состав малого сальника входят следующие три связки:**

1) диафрагмально- желудочная

2) желудочно-селезёночная

3) желудочно-ободочная

4) печеночно-двенадцатиперстная

5) печеночно-желудочная

**8.029.** **Знание составляющих сторон треугольника Калло необходимо при выполнении:**

1) холецистостомии

2) холецистоеюноанастомоза

3) холецистодуоденоанастомоза

4) холецистэктомии

5) резекции печени

**8.031.** **К задней стенке желудка прилежат все образования, кроме:**

**1)** левой доли печени

2) заднего листка париетальной брюшины

3) поджелудочной железы

4) селезенки

5) брюшной аорты

**8.032.** **К желудку спереди прилежат все образования, кроме:**

1) левой доли печени

2) поперечной ободочной кишки

3) правой доли печени

4) передней брюшной стенки

5) тонкой кишки

**8.034.** **У больного с прободением язвы задней стенки желудка желу­дочное содержимое оказалось в правой подвздошной ямке у слепой кишки, где вызвало симптомы, симулирующие приступ аппендицита. Укажите 4 образования, составляющие последо­вательный путь поступления желудочного содержимого в эту область:**

1) подпеченочнаящель

2) правый боковой канал

3) правый брыжеечный синус

4) преджелудочная сумка

5) сальниковая сумка

6) сальниковое отверстие

7) щель впереди поперечной ободочной кишки

**8.035.** **Из четырех брюшинных образований нижнего этажа брюшной полости свободно сообщается с брюшинными сумками верхне­го этажа:**

1) левая брыжеечная пазуха

2) левый боковой канал

3) правая брыжеечная пазуха

4) правый боковой канал

**8.036.** **Сообщения правой и левой брыжеечных пазух:**

1) между петлями тонкой кишки и передней брюшной стенкой

2) через отверстие в корне брыжейки тонкой кишки

13) через отверстия в брыжейке поперечной ободочной кишки

4) между началом корня брыжейки тонкой кишки и брыжейкой поперечной ободочной кишки

5) не сообщаются

**8.037.** **Из четырех брюшинных образований нижнего этажа брюшной полости не сообщается с брюшинным этажом малого таза одно:**

1) левая брыжеечная пазуха

2) левый боковой канал

3) правая брыжеечная пазуха

4) правый боковой канал

**8.038.** **Наиболее вероятным путем распространения гнойного перито­нита из правой брыжеечной пазухи является:**

1) верхний этаж брюшной полости

2) левая брыжеечная пазуха

3) левый боковой канал

4) правый боковой канал

5) брюшинный этаж малого таза

**8.042.** **Наиболее вероятным путем распространения гнойного перито­нита из левого бокового канала является:**

1) верхний этаж брюшной полости

2) левая брыжеечная пазуха

3) правая брыжеечная пазуха

4) правый боковой канал

5) брюшинный этаж малого таза

**8.048.** **Желудок кровоснабжается артериями, отходящими:**

1) только от чревного ствола

2) от чревного ствола и верхней брыжеечной артерии

3) только от верхней брыжеечной артерии

**8.049.** **Двенадцатиперстную кишку кровоснабжают все артерии, кроме:**

**1)** правой желудочной артерии

2) правой желудочно-сальниковой артерии

3) верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии

4) нижней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии

5) правой почечной артерии

**8.056.** **При субтотальной резекции желудка во время мобилизации его по большой кривизне была пересечена не только желудочно-ободочная, но и желудочно-селезеночная связка. После опера­ции развился некроз культи желудка, что явилось следствием перевязки и пересечения:**

1) коротких желудочных артерий

2) левой желудочной артерии

3) левой желудочно-сальниковой артерии

4) селезеночной артерии

**8.060.** **Для наложения непрерывного кишечного шва, как правило, применяется:**

1) шелк

2) капрон

3) кетгут

4) металлические скрепки

5) конский волос

**8.061. Срастание серозной оболочки происходит:**

1) через 12 часов

2) через 24 часа

3) через 36 часов

4) через 7 суток

5) более 7 суток

**8.062.** **Наиболее выраженные артериальные и венозные сплетения по­лых органов брюшной полости располагаются в:**

1) серозной оболочке

2) мышечной оболочке

3) подслизистой основе

4) слизистой оболочке

**8.063.** **Герметичность кишечного анастомоза обеспечивает наложение швов на:**

1) серозно-мышечный футляр

2) слизисто-подслизистый футляр

**8.064.** **Соединять серозные поверхности при наложении кишечного шва предложил:**

1) Черни

2) Ламбер

3) Н.И. Пирогов

4) Шмиден

5) И.Д. Кирпатовский

**8.066.** **Двухрядный шов используется при операциях на:**

1) желудке

2) двенадцатиперстной кишке

3) тонкой кишке

4) толстой кишке

5) всех вышеперечисленных органах

**8.067.** **Трехрядный шов применяется при операциях на:**

1) желудке

2) двенадцатиперстной кишке

3) тонкой кишке

4) толстой кишке

5) всех вышеперечисленных органах

**8.068.** **Срастание слнзнсто-подслизистого футляра происходит:**

**1)** через 1 сутки

2) через 7-10 суток

3) через 20 дней

4) через 1 месяц

5) более 1месяца

**8.069.** **Гастростомия** - **это:**

1) введение зонда в полость желудка

2) наложение искусственного наружного свища на желудок

3) формирование желудочно-кишечного анастомоза

4) рассечение стенки желудка для извлечения инородного тела с последующим зашиванием раны

5) удаление части желудка

**8.099.** **«Порочный круг» после выполнения гастроэнтероанастомоза обусловлен:**

1) узким диаметром анастомоза или выраженным анастомозитом

2) изоперистальтическим подшиванием кишки к желудку

3) формированием «шпоры» на приводящей петле кишки выше 1 анастомоза

4) подшиванием к желудку приводящего отдела кишки выше анастомоза

5) наложением дополнительного межкишечного соустья по Брауну

**8.100.** **«Порочный круг» после выполнения гастроэнтероанастомоза обусловлен:**

1) широким диаметром анастомоза

2) антиперистальтическим подшиванием кишки к желудку

3) стабильностью положения анастомоза как во время операции, так и после нее

4) формированием «шпоры» на приводящей петле кишки выше анастомоза

5) подшиванием к желудку приводящего отдела кишки выше анастомоза

**8.116. В состав печеночно-двенадцатиперстной связки входят:**

1) воротная вена

2) нижняя полая вена

3) общий печеночный проток

4) правая желудочная артерия

5) собственная печеночная арте

**8.117.** **По отношению к печеночным венам правильным является сле­дующее утверждение печеночные вены:**

1) выходят из ворот печени и впадают в воротную вену

2) выходят на задней поверхности печени и впадают в непарную вену

3) выходят на задней поверхности печени и впадают в нижнюю полую вену

**8.118.** **Дно желчного пузыря проецируется на передней брюшной стен­ке в точке:**

1) пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с реберной дугой

2) пересечения правой среднеключичной линии с реберной дугой

3) между правой и средней третями горизонтальной линии, со­единяющей нижние концы X ребер

**8.120.** **Во время выполнения холецистэктомнн пузырную артерию оп­ределяют в основании треугольника Калло, боковыми сторона­ми которого являются два анатомических образования:**

**1)** общий желчный проток

2) общий печеночный проток

3) правый печеночный проток

4) пузырный проток

5) собственная печеночная артерия

**8.121.** **Общий желчный проток образуется слиянием общего печеноч­ного и пузырного протоков чаще всего:**

1) вблизи ворот печени

2) в печеночно-двенадцатнперстной связке

3) позади верхней части двенадцатиперстной кишки

4) на уровне головки поджелудочной железы

**8.124.** **Для запоминания взаимоотношения элементов печеночно-двенадцатиперстной связки используется мнемоническое правило:**

1) НЕВА

2) ВАНЯ

3) ДВА

4) дамы в середине - кавалеры по бокам

5) НБА

**8.125.** **Для временной остановки кровотечения из печени можно пере­жать пальцами печеночко-двенадцатнперстную связку:**

1) на 2-3 мин

2) на 5-10 мин

3) на 15-20 мин

4) на 25-30 мин

5) время пережатия определяется необходимостью полного пре­кращения кровотечения

**8.133.** **После удаления желчного пузыря его ложе обычно закрывают:**

1) пластинкой фасции

2) частью мышцы от передней брюшной стенки

3) частью большого сальника

4) остатками серозного покрова желчного пузыря

5) паренхимой печени с помощью стягивающих швов

**8.134.** **Для ушивания раны печени можно использовать:**

1) одиночные кетгутовые швы

2) закрытие раны пластинкой фасции

3) мышцу

4) пластику свободным сальником

5) пластику сальником на ножке

**8.135.** **Шов Кузнецова-Пенского используют для ушивания ран:**

1) кожи

2) мышц

3) апоневроза

4) кишки

5) печени

**8.147.** **Для остановки кровотечения из паренхиматозных органов це­лесообразно использовать шов:**

1) Кузнецова-Пенского

2) Шмидена

3) Ламбера

4) Альберта

5) В.А. Опеля

**8.162.** **Кровоснабжение тощей кишки осуществляется за счет ветвей артерий:**

1) нижней брыжеечной

2) верхней брыжеечной

3) селезеночной

4) общей печеночной

5) левой и правой желудочно-сальникрвых

**8.163.** **Кровоснабжение подвздошной кишки осуществляется за счет ветвей артерий:**

1) нижней брыжеечной

2) верхней брыжеечной

3) селезеночной

4) общей печеночной

5) левой и правой желудочно-сальниковых

**8.167.** **Дивертикул Меккеля - это:**

1) незаращенный венозный проток

2) незаращенный мочевой проток

3) незаращенные пупочные сосуды

4) эмбриональный остаток желточно-кишечного протока

**8.169.** **В кровоснабжении желудка принимают участие артерии:**

**1)** левая желудочная

2) средняя ободочная

3) правая желудочная

4) ветви риолановой дуги

5) правая желудочно-сальниковая

6) левая желудочно-сальниковая

**8.170.** **Однорядный серозно-мышечно-подслизнстый шов называют швом:**

1) Альберта

2) Ламбера

3) Пирогова-Бира

4) Черни

5) Шмидена

**8.171.** **Двухрядный шов, состоящий из сквозного шва через все оболоч­ки кишечной стенки и серозно-серозного шва, называют швом:**

1) Альберта

2) Ламбера

3) Пирогова-Бира

4) Черни

5) Шмидена

**8.173.** **Вворачивающий сквозной шов через все оболочки кишечной стенки называют швом:**

1) Альберта

2) Ламбера

3) Пирогова-Бира

4) Черни

5) Шмидена

**8.178.** **При ушивании точечных колотых ран тонкой кишки рацио­нально применять:**

1) узловые серозно-мышечные швы

2) шов Шмидена

3) кисетный серозно-мышечный шов

4) шов Альберта

5) шовЖелн

**8.179.** **Раны полых трубчатых органов ушивают в поперечном направлении:**

1) из-за удобства работы

2) для лучшей адаптации слоев

3) во избежание сужения просвета

4) в силу сложившейся традиции

5) для сохранения перистальтики

**8.182.** **При резекции тонкой кишки наиболее часто используют два вида эктероанастомозов:**

**1)** «конец в конец»

2) «конец в бок»

3) «бок в конец»

4) «бок в бок»

**8.184.** **При резекции тонкой кишки этап ее мобилизации включает:**

1) рассечение париетального листка брюшины для создания под­вижности кишки

2) пересечение приводящего конца удаляемой кишки

3) пересечение отводящего конца удаляемой кишки

4) отделение удаляемой части кишки от ее брыжейки с предва­рительной перевязкой ее сосудов

5) пересечение отводящего и приводящего концов удаляемой кишки

**8.185.** **Техническим недостатком энтероэнтероанастомоза «конец в конец» при сравнении** с **соустьем «бок в бок» может** **быть:**

1) сложность формирования задней губы анастомоза

2) сужение просвета анастомоза

3) сложность формирования передней губы анастомоза

4) низкая прочность анастомоза

5) низкая асептичность анастомоза

**8.186.** **Отличить толстую кишку от тонкой можно по:**

1) наличию сальниковых отростков

2) отношению к брюшине

3) наличию вздутий на протяжении кишки

4) наличию мышечных лент

5) цвету

**8.194.** **Мобилизацией тонкой кишки называется:**

1) пересечение брыжейки

2) выведение кишки на переднюю брюшную стенку

3) подшивание кишки к париетальной брюшине

4) удаление части тонкой кишки

5) пересечение брыжейки удаляемой части кишки с предвари­тельной перевязкой ее сосудов

**8.195.** **При резекции тонкой кишки ушивается «раrs nuda» для:**

1) профилактики кровотечения из брыжеечных сосудов

2) восстановления непрерывности серозной оболочки кишки

3) предотвращения разрыва «швов-держалок»

4) сохранения просвета тонкой кишки

5) сохранения перистальтики тонкой кишки

**8.202.** **Трехрядный кишечный шов можно накладывать на все отделы кишки, кроме:**

1) тощей

2) подвздошной

3) слепой

4) поперечной ободочной

5) сигмовидной

**8.203.** **Трехрядный кишечный шов на толстую кишку обусловлен всеми причинами, кроме:**

1) высокой массивности микрофлоры

2) высокой вирулентности микрофлоры

3) тонкости стенки толстой кишки

4) большого диаметра толстой кишки

5) малой подвижности толстой кишки

**8.206.** **При наложении кишечного шва механическую прочность его создает:**

1) слизистая оболочка

2) подслизистая основа

3) мышечная оболочка

4) серозная оболочка

5) слизистая и серозная оболочки

**8.221.** **Доступ по МакБурнею-Волковичу называют косопеременным из-за:**

1) чередования острого и тупого способов разъединения тканей

2) несовпадения линии кожного разреза с линией разъединения мышц

3) несовпадения линии кожного разреза с линией рассечения брюшины

4) последовательного разъединения мышц с различным направ­лением волокон тупым способом

5) косого направления разреза

**2.225.** **Определите последовательность этапов удаления червеобразно­го отростка при аппендэктомии:**

1) наложение кисетного шва на стенку слепой кишки

2) наложение серозно-мышечного 2-образного шва

3) наложение лигатуры на основание червеобразного отростка

4) отсечение червеобразного отростка

5) перевязка и пересечение брыжейки червеобразного отростка

6) погружение культи отростка в слепую кишку и затягивание кисетного шва

**8.228.** **Кисетный шов на слепую кишку накладывается на расстоянии от основания червеобразного отростка:**

1) у основания

2) отступя на 1-1,5 см

3) отступя на 3-4 см

4) отступя на 5-6 см

5) расстояние определяется характером патологического процес­са в червеобразном отростке

**8.229.** **Ретроградную аппендэктомию приходится выполнять:**

1) при тазовом положении отростка

2) при длине отростка более 10 см

3) при фиксации отростка спайками к задней брюшной стенке

4) при очень коротком червеобразном отростке

5) выбор способа аппендэктомии зависит от желания хирурга

**8.232.** **При наложении искусственного заднего прохода при неопера­бельном раке прямой кишки предполагается:**

1) выведение петли сигмовидной кишки с отделенной брыжей­кой на кожу с последующим отсечением обоих колен (дву­ствольный свищ)

2) выведение петли сигмовидной кишки с цельной брыжейкой на кожу последующим отсечением обоих колен (двустволь­ный свищ)

3) выведение петли сигмовидной кишки с соединенными колена­ми (с разделяющей «шпорой») на кожу с Последующим (через 24-48 часов) поперечным рассечением выведенной в рану | кишки

4) глухое зашивание анального отрезка прямой кишки, выведе­ние орального отрезка сигмовидной кишки на кожу

5) экстирпация прямой кишки с зашиванием анального отверстия, выведение анального отрезка сигмовидной кишки на кожу с по­следующим отсечением обоих колен (двуствольный свищ)

**8.247.** **Для создания противоестественного заднего прохода наиболее часто используют:**

1) прямую кишку

2) сигмовидную кишку

3) нисходящую ободочную кишку

4) поперечную ободочную кишку

5) слепую кишку

**8.249.** **Для наложения искусственного заднего прохода по Майдлю применяют доступ:**

1) косой переменный доступ на 1-2 см выше паховой связки и

параллельно ей

2) косой доступ выше паховой связки на 3-4 см и параллельно ей

3) нижне-срединную лапаротомию

4) расширенную срединную лапаротомию

5) выбор доступа определяется проекцией сигмовидной кишки

**8.250.** **По ходу операции формирования противоестественного заднего прохода париетальную брюшину подшивают к коже:**

1) чтобы изолировать полость брюшины

2) чтобы изолировать слой клетчатки брюшной стенки и предот­вратить их инфицирование

3) для фиксации

4) для промывания полости брюшины

5) чтобы предотвратить развитие спаечной болезни

**8.252.** **При наложении противоестественного заднего прохода сероз­ный покров сигмовидной кишки соединяют с париетальной**

**брюшиной:**

1) для предупреждения развития каловой флегмоны

2) для предупреждения развития спаечной болезни

3) для предупреждения инфицирования брюшной полости

4) для фиксации сигмовидной кишки

5) все варианты ответов верны

**8.253.** **После выполнения плановой операции наложения противоесте­ственного заднего прохода просвет сигмовидной кишки можно вскрыть:**

1) через 12 часов

2) через 1 сутки

3) через 2-3 суток

4) через 4-6 суток

5) вскрытие производится по желанию больного

**8.254 Колостому можно наложить на:**

1) слепую кишку

2) восходящую ободочную кишку

3) поперечную ободочную кишку

4) нисходящую ободочную кишку

5) сигмовидную кишку

**9.02.** **В забрюшинном пространстве между внутрибрюшной и забрюшинной фасциями располагается:**

1) забрюшинный клетчаточный слой

2) околоободочная клетчатка

3) околопочечная клетчатка

**9.03.** **Околоободочная клетчатка располагается между:**

1) восходящей или нисходящей ободочной кишкой **и** позадиобо-дочной фасцией

2) позадиободочной и впередипочечной фасциями

3) позадиободочной и внутрибрюшной фасциями

**9.04.** **Околопочечная клетчатка располагается вокруг почки:**

1) под фиброзной капсулой почки

2) между фиброзной и фациальной капсулами

3) поверх фациальной капсулы почки

**9.10.** **Определите порядок расположения трех капсул почки, начиная от ее паренхимы:**

1) жировая

2) фациальная

3) фиброзная

**9.11.** **Почки покрыты брюшиной:**

1) интраперитонеально

2) мезоперитонеально

3) экстраперитонеально

**9.12.** **По отношению к позвоночнику левая почка располагается на уровне позвонков:**

1) Th11 - L1

2) Th11- L3

3) Th12- L2

4) Th12- L3

5) L1- L3

**9.13.** **По отношению к позвоночнику правая почка располагается на уровне позвонков:**

1) Th11 - L2

2) Th11- L3

3) Th12- L2

4) Th12- L3

5) L1- L3

**9.14.** **Ворота почек проецируются на уровне позвонков:**

1) Th11- Th12

2) Th12-  L1

3) L1- L2

4) L2- L3

**9.15.** **12-е ребро пересекает сзади левую почку на уровне:**

1) верхнего полюса почки '

2) между верхней и средней третью

3) на уровне середины

4) между средней и нижней третью

**9.16.** **12-е ребро пересекает сзади правую почку на уровне:**

1) верхнего полюса почки

2) между верхней и средней третью

3) на уровне середины

4) между средней и нижней третью

**9.17.** **Спереди от левой почки располагаются четыре органа:**

1) печень

2) желудок

3) поджелудочная железа

4) двенадцатиперстная кишка

5) петли тонкой кишки

6) восходящая ободочная кишка

7) селезеночный изгиб ободочной кишки

**9.18.** **Спереди от правой почки располагаются три органа:**

1) печень

2) желудок

3) поджелудочная железа

4) двенадцатиперстная кишка

5) петли тонкой кишки

6) восходящая ободочная кишка

**9.19.** **Передне-наружный край левой почки покрыт двумя органами:**

1) желудком

2) селезенкой

3) поджелудочной железой

4) петлями тонкой кишки

5) нисходящей ободочной кишкой

**9.20.** **Элементы почечной ножки располагаются в направлении спе­реди назад в последовательности:**

1) почечная артерия, почечная вена, лоханка

2) почечная вена, почечная артерия, лоханка

3) лоханка, почечная вена, почечная артерия

4) лоханка, почечная артерия,почечная вена

**9.23.** **Мочеточник на своем протяжении имеет:**

1) одно сужение

2) два сужения

3) три сужения

4) четыре сужения

**9.24.** **Сужения мочеточника находятся на уровне:**

1) перехода лоханки в мочеточник

2) нижнего полюса почки

3) пересечения с яичниковой (яичковой) артерией

4) середины брюшной части мочеточника

5) пограничной линии малого таза

6) над местом прободения мочеточником стенки мочевого пузыря

**9.25.** **На уровне пограничной линии таза левый мочеточник пересе­кает артерию:**

1) общую подвздошную

2) внутреннюю подвздошную

3) наружную подвздошную

**9.26.** **На уровне пограничной линии таза правый мочеточник пересе­кает артерию:**

1) общую подвздошную

2) внутреннюю подвздошную

3) наружную подвздошную

**9.27.** **Местом введения иглы при паранефральной блокаде является:**

1) середина 12-го ребра по нижнему краю

2) точка пересечения задней подмышечной линии и 12-го ребра

3) вершина угла между 12-м ребром и наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник

**9.28.** **При паранефральной блокаде раствор новокаина вводится в:**

1) забрюшинный клетчаточный слой

2) жировую капсулу почки

3) область ворот почки

**9.29.** **Укажите последовательность расположения слоев, которые хи­рург рассекает при доступе к почке по Бергману-Израэлю:**

1) внутрибрюшная фасция

2) глубокий листок пояснично-спинной фасции и поперечная мышца живота

3) кожа с подкожной клетчаткой и поверхностной фасцией

4) нижняя задняя зубчатая мышца и внутренняя косая мышца живота

5) поверхностный листок пояснично-спинной фасции

6) широчайшая мышца спины и наружная косая мышца живота

**9.30.** **При нефрэктомии перевязку и пересечение элементов почечной ножки производят в последовательности:**

1) почечная артерия, почечная вена, мочеточник

2) почечная вена, почечная артерия, мочеточник

3) мочеточник, почечная артерия, почечная вена

**9.32.** **Поясничный треугольник (треугольник Пти) ограничивают:**

1) наружная косая мышца живота

2) внутренняя косая мышца живота

3) поперечная мышца живота

4) разгибатель спины

5) 12-е ребро

6) широчайшая мышца спины

7) гребень подвздошной кости

**9.33.** **Стороны ромба Лесгафта-Грюнфельда образуют:**

1) наружная косая мышца живота

2) внутренняя косая мышца живота

3) поперечная мышца живота

4) разгибатель спины

5) 12-е ребро

6) широчайшая мышца спины

7) задняя нижняя зубчатая мышца

**9.34.** **Практическое значение треугольника Пти состоит в том, что он является:**

1) местом выхода грыж

2) местом выхода гнойников из забрюшинного пространства

3) местом для выполнения доступов к органам забрюшинного пространства

4) местом для выполнения пункций и блокад

5) болевой точкой для дифференциальной диагностики заболева­ний органов живота

**9.35.** **Доступ к почке по Бергману-Израэлю характеризуется тем, что:**

1) это внебрюшинный доступ

2) это чрезбрюшинный доступ

3) требует обязательного вскрытия плевральной полости

4) обязательно сопровождается резекцией 12-го ребра

5) это переменный доступ

**9.37.** **Основные клетчаточные пространства полости малого таза на­ходятся в пределах этажа таза:**

1) брюшинного

2) подбрюшинного

3) подкожного

**9.40.** **Мочеполовая диафрагма образована двумя мышцами:**

1) глубокая поперечная мышца промежности

2) копчиковая мышца

3) мышца, поднимающая задний проход

4) седалищно-пешеристая мышца

5) сфинктер мочеиспускательного канала

**9.41.** **Тазовая диафрагма образована двумя мышцами:**

1) глубокая поперечная мышца промежности

2) копчиковая мышца

3) мышца, поднимающая задний проход

4) седалищно-пещеристая мышца

5) сфинктер мочеиспускательного канала

**9.42.** **Седалищный нерв выходит из полости малого таза в ягодич­ную область через отверстие:**

1) запирательное

2) надгрушевидное

3) подгрушевидное

4) малое седалищное

**9.59.** **Пальцевое ректальное исследование у мужчин проводится с це­лью определения состояния прежде всего:**

1) мочевого пузыря

2) мочеточников

3) предстательной железы

4) передних крестцовых лимфоузлов

**9.67.** **В подбрюшинном этаже малого таза выделяют клетчаточные пространства:**

1) предпузырное

2) позадипузырное

3) позадипрямокишечное

4) пристеночные клетчаточные пространства

5) параметральные клетчаточные пространства

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ВОПРОСЫ ТЕСТА:**

**ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

1.28-3

1.30-3,4,5

1.31-2

1.33-2

1.36-3,4

1.37-2

1.40-5,1,4,3,2

1.41-6

1.43-4

1.44-2

1.45-3

1.48-4

1.50-5

1.51-1,2,3

1.52-3,4,5

1.54-1,3,4,5

1.55-2

1.57-1,3

1.59-3

1.60-1

1.64-2

1.66-3

1.67-2

1.68-1

1.69-2

**ВЕРХНЯЯ И НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ**

2.001.-1

2.002. - 5

2.003.-2

2.004. - 4

2.006.-2

2.007.-3

2.019.-4

2.020.-4

2.021.-4

2.025.-3,5

2.030.-1,4,5,6

2.031.-3,7

2.032.-2,8

2.037.-1

2.038.-32.045.-1,4

2.046.-1,3,5

2.051.-4

2.052. -1

2.054.-2

2.056.-2

2.060.-2,4

2.063. - 2

2.064.-3

2.065.-3

2.066.-4

2.067.-4

2.068. -1

2.069.-2

2.073. -1

2.074.-1б, д, е, ж,з2и,3а,в4г

2.075. -1а, в; 2 б, г

2.078. -1

2.079. - 3

2.080.-1

2.081.-2

2.082.-1,3

2.083.-5

2.085.-4

2.088.-3

2.090. - 3

2.091.-5

2.092.-2

2.093.-3

2.095.-2

2.096. - 3

2.097. - 2

2.098. - 3

2.100.-1

2.101.-1

2.102.-2

2.104.-3

2.105.-3

2.106.-1

2.107.-3

2.108.-1

2.109.-2

2.110.-3

2.111.-5

2.115.-4

2.116.-1

2.117.-3

2.121.-1,4

2.122.-2,3,5,6,7,8

2.123.-2,7

2.124.-3

2.131.-4

2.138.-2

2.139.-5

2.140.-1,3,4

2.141.-1,2,4,5,7

2.142.-4

2.145.-3,4,6

2.146—1,3,5

2.147.-3

2.148.-2

2.150.-1г;2б;За;4в

2.151.-16; 2в; За

2.152.-3

2.154.-4

2.155.-4

2.156.-4

2.157.-16; 2а; Зв

2.159.-1,2,6

2.162.-1,2,4

2.163.-3

2.164.-3

2.165.-3

2.166.-3

2.167.-4

2.168.-2

2.169.-1

2.171.-5

2.173.-4

2.175.-1

2.177.-2

2.179.-4,5,6,7

2.180.-1,4

2.181.-3

2.182.-1,4,6

2.183.-4

2.184.-2,4

2.192.-4

2.194.-2

2.195.-4

2.196.-2

2.203. -1

2.206. -1

2.207.-2

2.208. -1

2.212.-1,2,4

2.213.-3

**Раздел 4. ШЕЯ**

4.58.-2

4.59.-1,3

4.60.-1

4.61.-1,5

**Раздел 5. ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ**

5.16.-1

5.17.-1

5.18.-3б

5.19.-3

5.24.-1

5.25.-2

5.26.-1б, в, д; 2а, г, е

5.36.-2

5.58.-3

**Раздел *6.* СРЕДОСТЕНИЕ**

6.01.-1

6.02.- 1а, в, г; 26

6.03. - 1а, б, в, д, е; 2г, ж, з

6.04.- 1 в; 2а, б, г

6.62. - 1

6.63,-1,2,5

6.64. - 1

6.65.-2

6.66.-2

6.67.-1,2,3,7

6.68.-16

**Раздел 7. БРЮШНАЯ СТЕНКА**

7.007.-4,6,3,9,1,2,7,8,5

7.010.-2

7.011.-4

7.012.-1,3,4,7

7.013.-3

7.014.-2

7.020.-1

7.021.-2

7.022.-1,3,5

7.023.-2

7.024.-4

7.039.-2,3,4

7.041.-2

7.042.-4

7.044.-1,4,5

7.045. - 3

7.046.-3

7.047.-2

7.050.-2

7.051.-4

7.053.-1

7.054.-2

7.056. -1

7.058.-4

7.059.-2

7.060.-3

7.062.-2

7.063.-1

7.064.-4

7.065. - 3

7.066.-3

7.067. -1

7.068.-3

7.069.-2

7.070.-2

7.071.-2

7.072.-2

7.073.-3

7.087.-1,3,4

7.094.-4

7.095.-4

7.096.-2

7.097.-3

7.098.-2

7.099.-1

7.100.-2

7.101.-4

7.102.-1,2,4

7.103.-3

7.104.-4

7.105.-3

7.106.-1

**Раздел 8. БРЮШНАЯ ПОЛОСТЬ**

8.007.-1,3,4,5,7,9

8.008.-2,6,8

8.009.-3,5

8.020.-2,5

8.021.-2

8.022.-4

8.023.-4

8.024.-5

8.025.-3

8.026.-1,4,5

8.029.-4

8.031.-1,4

8.032.-2,5

8.034.-5,6,1,2

8.035.-4

8.036.-1,4

8.037.-3

8.038.-2

8.042.-5

8.048.-1

8.049.-5

8.056. -1

8.060.-3

8.061.-4

8.062.-3

8.063.-1

8.064.-2

8.066.-1,2,3

8.067.-4

8.068.-2

8.069.-2

8.099.-1

8.100.-2,

8.116.-1,3,5

8.117.-3

8.118.-1

8.120.-2,4

8.121.-2

8.124.-3

8.125.-3

8.133.-4

8.134.-1,4,5

8.135.-5

8.147.-1,5

8.162.-2

8.163-2

8.167.-4

8.169.-1,3,5,6

8.170.-3

8.171.-1

8.173.-5

8.178.-3

8.179.-3

8.182.-1,4

8.184.-4

8.185.-2

8.186.-1,3,4,5

8.194.-5

8.195.-2

8.202.-3,4,5

8.203.-4,5

8.206.-2

8.221.-2

8.222.-5

8.225.-5,3,1,4,6,2

8.228.-2

8.229.-3

8.232.-3

8.247.-2

8.249.-2

8.250.-2

8.252.-3,4

8.253.-2

8.254.-1,3,5

**Раздел 9. ЗАБРЮШИННОЕ ПРОСТРАНСТВО И ТАЗ**

9.02.-1

9.03.-2

9.04. - 2

9.10.-3,1,2

9.11.-3

9.12.-1

9.13.-3

9.14.-2

9.15.-3

9.16.-2

9.17.-2.3,5,7

9.18.-1.4,6

9.19.-2,5

9.20.-2

9.23.-3

9.24.-1,5,6

9.25.-1

9.26. - 3

9.27.-3

9.28. - 2

9.29.-3,5,6,4,2,1

9.30.-3

9.32.-1,6,7

9.33.-2,4,5,7

9.34.-1,2

9.35.-1

9.37.-2

9.40.-1,5

9.41.-2,3

9.42.-3

9.45.-5

9.46. - 1

9.59.-3

9.67.-1,2,3,4,5

**3.** **Типовые оценочные средства для промежуточной аттестации, оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующие этапы формирования компетенций:**

Вопросы к экзамену:

1. Н.И.Пирогов: значение его работ в становлении и развитии топографической анатомии и оперативной хирургии.
2. В.Н.Шевкуненко; учение о крайних типах индивидуальной анатомической изменчивости и его практическое значение.
3. Топография подмышечной впадины: ее стенки и содержимое.
4. Топография области плеча.
5. Топография локтевой области.
6. Топография предплечья.
7. Топография ладонной поверхности кисти. «Запретная зона» Канавеля и ее практическое значение.
8. Топография пальцев. Костно-фиброзные каналы и синовиальные влагалища сухожилий сгибателей пальцев; пути распространения гноя.
9. Топография фасциальных футляров верхней конечности, их значение в хирургической практике. Футлярная новокаиновая блокада, показания, техника выполнения.
10. Поперечный распил плеча (показать анатомические элементы на препарате).
11. Топография ягодичной области.
12. Топография подпупартова пространства, лакуны и их содержимое.
13. Топография бедренного треугольника и бедренно-подколенного канала.
14. Топография задней области бедра.
15. Топография коленного сустава. Завороты синовиальной оболочки, их роль в образовании гнойных затеков при артритах.
16. Топография подколенной ямки.
17. Топография передней области голени.
18. Топография задней области голени.
19. Топография области медиальной лодыжки.
20. Топография фасциальных футляров нижней конечности. Футлярная новокаиновая блокада на нижней конечности, показания, техника выполнения
21. Поперечный распил бедра (показать анатомические элементы на препарате).
22. Послойное строение лобно-теменно-затылочной области. Особенности кровоснабжения и иннервации покровов головы.
23. Топография оболочек головного мозга и межоболочечных пространств. Локализация внутричерепных гематом.
24. Черепно-мозговая топография (схема Кренлейна – Брюссовой).
25. Топография сосцевидной области. Трепанационный треугольник Шипо.
26. Топография твердой мозговой оболочки, венозные синусы, их связи с поверхностными венами и значение в клинике.
27. Топография боковой области лица, границы, послойное строение.
28. Проекция лицевых сосудов, ветвей лицевого нерва и точек выхода ветвей тройничного нерва из костных каналов. Разрезы на лице.
29. Топография шеи: границы, внешние ориентиры, деление на области и треугольники.
30. Топография фасций шеи по В.Н.Шевкуненко, клетчаточные пространства шеи и пути распространения флегмон.
31. Топография поднижнечелюстного треугольника, треугольник Пирогова. Перевязка язычной артерии.
32. Топография сонного треугольника.
33. Топография грудино-ключично-сосцевидной области. Лестнично-позвоночный треугольник.
34. Топография бокового треугольника шеи. Предлестничный и межлестничный промежутки.
35. Топография гортани и трахеи.
36. Топография щитовидной железы и паращитовидных желез.
37. Топография глотки и шейного отдела пищевода.
38. Топография молочной железы.
39. Послойное строение грудной стенки. Топография межреберных промежутков.
40. Топография диафрагмы.
41. Топография плевры и плевральных синусов.
42. Топография легких; деление на доли и сегменты. Топография корней легких и легочных связок.
43. Топография перикарда.
44. Топография сердца.
45. Топография сосудов переднего средостения (верхней полой вены, аорты, легочной артерии).
46. Топография диафрагмальных нервов.
47. Топография блуждающих нервов, Возвратные нервы.
48. Топография пищевода.
49. Топография грудного лимфатического протока.
50. Фронтальный распил груди (показать анатомические элементы на препарате).
51. Топография передне-боковой стенки живота; особенности иннервации и практическое значение в хирургии.
52. Топография пахового канала и его содержимого; паховый треугольник и паховый промежуток.
53. Топография брюшины в верхнем этаже брюшной полости, отношение к органам, образование связок, сумок и их практическое значение.
54. Топография брюшины в нижнем этаже брюшной полости, локализация брыжеек, большой сальник, синусы, каналы, карманы и их практическое значение в хирургии.
55. Топография желудка.
56. Топография печени, желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки.
57. Топография селезенки.
58. Топография поджелудочной железы.
59. Топография двенадцатиперстной кишки и тонкого кишечника.
60. Топография толстого кишечника; критические зоны в его кровоснабжении.
61. Топография поясничной области, фасций и клетчатки забрюшинного пространства.
62. Топография позвоночного канала, спинного мозга и его оболочек.
63. Топография почек; особенности кровоснабжения.
64. Топография мочеточников.
65. Топография брюшной аорты и ее ветвей.
66. Топография воротной вены и ее источников. Порто-кавальные и кава-кавальные анастомозы.
67. Топография малого таза: границы, строение стенок и тазового дна. Деление таза на этажи.
68. Топография брюшинного этажа малого таза: ход брюшины, образование связок, ямок и карманов.
69. Топография мочевого пузыря.
70. Топография матки.
71. Топография прямой кишки.
72. Косо-поперечный распил малого таза (показать анатомические элементы на препарате).
73. Техника рассечения и соединения тканей: кожи, клетчатки, фасций, мышц, серозных оболочек.
74. Показания и техника наложения одиночных и непрерывных швов.
75. Венепункция и венесекция: показания, техника выполнения, осложнения. Обратное переливание крови.
76. Пункция и катетеризация подключичной вены.
77. Внутриартериальное нагнетание крови: показания, техника выполнения.
78. Окончательная остановка кровотечения: перевязка сосудов в ране и на протяжении; оперативные доступы, техника операции, осложнения.
79. Перевязка подмышечной артерии: оперативный доступ, техника выполнения операции, пути коллатерального кровотока.
80. Перевязка плечевой артерии: оперативный доступ, техника выполнения, пути коллатерального кровотока.
81. Перевязка лучевой и локтевой артерий: проекция на кожу, оперативный доступ, техника выполнения операции.
82. Перевязка бедренной артерии: проекция на кожу, оперативный доступ, техника операции, пути коллатерального кровотока.
83. Перевязка передней большеберцовой артерии: проекция на кожу, оперативный доступ, техника выполнения.
84. Перевязка подколенной артерии: проекция на кожу, оперативные доступы, техника выполнения, пути коллатерального кровотока.
85. Техника ручного сосудистого шва. Понятие о механическом шве сосудов.
86. Топографо-анатомическое обоснование разрезов при панарициях.
87. Топографо-анатомическое обоснование разрезов при флегмонах кисти.
88. Причины образования флегмон пространства Пирогова и разрезы для его вскрытия.
89. Пункции суставов.
90. Артротомия плечевого сустава.
91. Артротомия коленного сустава.
92. Операции на суставах: пункции, артротомии, резекции; показания и виды операций. Понятие об артродезе и артропластике.
93. Шов сухожилий и его виды. Особенности шва при повреждении сухожилий на протяжении синовиальных влагалищ.
94. Шов нерва, его виды. Особенности оперативного доступа к нервным стволам.
95. Обнажение лучевого нерва на плече.
96. Оперативное лечение переломов.
97. Метод скелетного вытяжения при переломах бедра: показания, техника наложения, осложнения.
98. Понятие об экстра- и интрамедуллярном остеосинтезе.
99. Обработка тканей при ампутациях.
100. Циркулярные способы ампутаций. Трехмоментная ампутация бедра по Пирогову.
101. Лоскутные способы ампутаций конечностей. Костно-пластическая ампутация голени по Пирогову, бедра по Гритти – Шимановскому и ее варианты.
102. Экзартикуляции пальцев и фаланг кисти.
103. Первичная хирургическая обработка ран конечностей; цель операции, технические приемы обработки.
104. Пластика кожи местными тканями.
105. Свободная пластика кожи полнослойным лоскутом.
106. Пластика кожи лоскутом на питающей ножке (итальянский способ).
107. Кожная пластика мигрирующим лоскутом по В.П.Филатову.
108. Декомпрессивная трепанация черепа.
109. Костно-пластическая трепанация черепа.
110. Перевязка общей сонной артерии.
111. Разрезы для вскрытия флегмон шеи.
112. Шейная ваго-симпатическая блокада по А.В.Вишневскому.
113. Дренирование грудного лимфатического протока.
114. Трахеостомия. Коникотомия. Показания, техника операции, возможные осложнения.
115. Основные принципы субтотальной, субфасциальной резекции щитовидной железы по Николаеву.
116. Топографо-анатомическое обоснование разрезов при мастите и ретромаммарной флегмоне.
117. Операции при раке молочной железы.
118. Пункция плевральной полости, показания, техника выполнения.
119. Торакоцентез и дренирование плевральной полости при клапанном пневмотораксе.
120. Основные принципы оперативного лечения хронических эмпием плевры; плеврэктомия и декортикация легкого, поднадкостничная резекция ребра и дренирование плевральной полости.
121. Операции при проникающих ранениях груди (ушивание раны легкого и открытого пневмоторакса).
122. Пункция перикарда: показания, техника выполнения.
123. Пункция левого желудочка сердца: показания, техника выполнения.
124. Ушивание раны сердца.
125. Хирургическая анатомия и способы оперативного лечения паховых грыж по Бассини, Жирару, Спасокукоцкому, Кимбаровскому, Мартынову.
126. Хирургическая анатомия и способы оперативного лечения бедренных грыж по Бассини и Руджи. «Корона смерти» при лечении ущемленных бедренных грыж.
127. Способы оперативного лечения пупочных грыж (Лексера, Мэйо, Сапежко) и грыж белой линии живота (Мэйо, Сапежко).
128. Особенности грыжесечения при ущемленных и скользящих грыжах.
129. Пункция брюшной полости.
130. Кишечный шов, его виды и техника выполнения.
131. Принципы оказания врачебной помощи при проникающих ранениях живота. Техника ушивания ран полых органов и повреждений паренхиматозных органов живота; шов печени.
132. Техника ушивания прободной язвы желудка.
133. Гастротомия: показания, техника операции.
134. Гастростомия по Витцелю, Топроверу и Кадеру.
135. Гастроэнтероанастомоз: показания, техника выполнения, возможные осложнения.
136. Принципы резекции желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2 в модификации Гофмейстера – Финстерера.
137. Понятие о стволовой селективной и проксимальной селективной ваготомии.
138. Основные принципы операции холецистэктомии.
139. Резекция петли тонкого кишечника; виды межкишечных анастомозов.
140. Аппендэктомия.
141. Операция наложения калового свища (колостомия).
142. Операция наложения временного калового свища по Майдлю.
143. Паранефральная новокаиновая блокада по А.В.Вишневскому, показания, техника выполнения.
144. Спинномозговая пункция: показания, техника выполнения.
145. Резекция и удаление почки.
146. Пункция и катетеризация мочевого пузыря.
147. Цистотомия и цистостомия: показания, техника операции.
148. Топографо-анатомическое обоснование диагностической пункции заднего дугласова пространства.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

**Топография верхней конечности (ВК)**

ЗАДАЧА № 4.

В гнойное отделение хирургической клиники был доставлен больной с флегмоной подмышечной области (осложнение гидраденита). Укажите возможные пути распространения гнойных затеков. Назовите разрезы для вскрытия флегмоны подмышечной ямки.

ЗАДАЧА № 5.

В хирургическое отделение доставлен пострадавший со сквозным ранением надплечья. Рана располагается спереди назад в грудном треугольнике. В области раны - обширная гематома. Верхняя конечность весит "как плеть". Какие топографо-анатомические образования повреждены?

ЗАДАЧА № 8.

В хирургическое отделение поступил пострадавший с ножевым ранением подмышечной области. Пальпаторно определяется обширная гематома. Какие вы знаете оперативные доступы к подмышечной артерии? Укажите нервы, находящиеся вокруг артерии в подгрудном треугольнике.

ЗАДАЧА № 9.

У больного тромбоз плечевой артерии на уровне средней трети плеча. Укажите коллатерали, по которым будет осуществляться кровоснабжение верхней конечности.   
  
 ЗАДАЧА № 16.

В результате травмы локтевого сустава возникло кровоизлияние в полость сустава с последующим нагноением. Укажите места пункции и разрезов локтевого сустава для дренирования.  
  
 ЗАДАЧА № 23.

У больного с флегмоной глубокого клетчаточного пространства предплечья (пространство Пирогова-Парона) образовался затек гноя на тыльную поверхность предплечья. Укажите: а) анатомические пути распространения гнойных затеков; б) как и в какую межмышечную клетчаточную щель нужно провести дренаж для обеспечения оттока гноя?

ЗАДАЧА № 24.

В результате мозольного абсцесса второго межпальцевого промежутка гной распространился в комиссуральные отверстия ладони. Назовите фасциально-мышечные ложа и клетчаточные пространства ладони. Укажите возможные пути распространения гноя и оптимальные разрезы на ладони.

ЗАДАЧА № 25.

В хирургическое отделение поступил больной с флегмоной срединного фасциального ложа ладони. При вскрытии флегмоны возникло артериальное кровотечение. Назовите классификацию распространенных гнойных процессов ладони. Какой сосуд был поврежден?

ЗАДАЧА № 26.

Больному произведено вскрытие тендовагинита первого пальца и лучевого тендобурсита. В послеоперационном периоде было обнаружено отсутствие функции противопоставления первого пальца. Укажите, какие ошибки допущены во время операции, которые послужили причиной этого осложнения? Опишите место, которое называют "запретная зона кисти".

ЗАДАЧА № 27.

В гнойное отделение доставлен больной с диагнозом: "U-образная флегмона ладони". Назовите синовиальные сумки ладони, их содержимое. При каком варианте строения влагалищ сухожилий сгибателей пальцев возможно возникновение данной патологии? Какие разрезы нужно произвести для дренирования?  
  
 ЗАДАЧА № 28.

Больной оперирован по поводу панариция концевой фаланги II пальца кисти. Во время операции не были достаточно тщательно рассечены соединительнотканные тяжи между кожей и надкостницей. Назовите классификацию панарициев. Какие осложнения могут возникнуть в этом случае? Укажите методы обезболивания и разрезы при панарициях.  
  
 ЗАДАЧА № 33.

По поводу кровотечения при размозжении предплечья хирург перевязал «на протяжении» подмышечную артерию. В послеоперационный период появились признаки острой артериальной непроходимости подмышечной артерии. Какова причина? Как предупредить развитие подобного осложнения? Действия хирурга.

ЗАДАЧА № 36.

У больного с гнойным воспалением 1 пальца появилась при­пухлость и отек нижней трети предплечья. Где найти гной? Ва­ша тактика лечения.

ЗАДАЧА № 37.

На ладони, ближе к лучезапястному суставу глубокая ра­на. Кровотечение остановить не удалось. Повреждение какого сосуда вы подозреваете? Какой сосуд необходимо перевязать в нижней трети предплечья?

ЗАДАЧА № 41.

У больного диагностирован сухожильный панариций 1 пальца. Через несколько дней процесс распространился на возвышение большого пальца и на предплечье, затем на V палец. Как называется этот симптом и как это объясняется?

ЗАДАЧА № 45.

При гнойном воспалении локтевого сустава выпячивание наблюдается симметрично, с обеих сторон локтевого отростка. Тем не менее, разрез выполняется только с наружной стороны. С чем это связано?

ЗАДАЧА № 50.

Больному М, 48 лет, планируется операция на подмышечной артерии. Опишите три метода определения проекционной линии подмышечной артерии.

ЗАДАЧА № 54.

В отделение гнойной хирургии поступил больной С, 62 лет. Диагноз: «Флегмона подмышечной области». Укажите области, в которые возможно распространение гнойных затеков.

ЗАДАЧА № 58.

Хирург делает контрапертуру со стороны заднего отдела плечевого сустава. Объясните, как определяется «запретная зона» — проекция выхода подмышечного нерва на заднюю поверхность плечевой кости.

**Топография нижней конечности (НК)**

ЗАДАЧА № 1

После неоднократных внутримышечных инъекций у больного возник абсцесс ягодичной области. Назовите особенности собственной фасции ягодичной области и характер нагноительного процесса в этой области. Назовите мышцы ягодичной области, их иннервацию и кровоснабжение.

ЗАДАЧА № 2.

В хирургическое отделение поступил больной с флегмоной глубокого клетчаточного пространства ягодичной области. Между какими слоями мышц располагается флегмона и каковы пути распространения гноя. Назовите оперативные доступы для вскрытия таких флегмон.  
  
 ЗАДАЧА № 8.

У больного – туберкулезное поражение поясничного отдела позвоночника, осложненное туберкулезным натечником. Укажите места локализации гнойника на бедре и возможные пути его распространения.

ЗАДАЧА № 10.

У больного – туберкулезное поражение коленного сустава. Укажите разрезы для вскрытия коленного сустава, этапы операции резекции коленного сустава по Текстору и Корневу. Повреждение какого сосуда может возникнуть при выполнении этой операции?

ЗАДАЧА № 17.

В хирургическое отделение военного госпиталя поступил пострадавший с ранением бедра. На передней поверхности бедра имеется инфицированная рана с повреждением бедренной артерии. Хирург принял решение перевязать артерию на протяжении. Назовите проекционную линию бедренной артерии, место перевязки и коллатеральное кровоснабжение нижележащих отделов.

ЗАДАЧА № 18.

В хирургическое отделение поступил больной с повреждением подколенной артерии. После ревизии раны решено наложить сосудистый шов. Назовите проекционную линию подколенной артерии, доступ, послойную топографию раны и принцип сосудистого шва по Каррелю.

ЗАДАЧА № 19.

В нейрохирургическое отделение поступил больной с ранением мягких тканей задней поверхности бедра и седалищного нерва. Назовите проекционную линию седалищного нерва, послойную топографию доступа в средней трети бедра и принципы наложения шва нерва.  
  
ЗАДАЧА №23.

При препарировании приводящего канала студентом был пересечен нервный стволик, лежащий на бед­ренных сосудах. Какой нерв был пересечен?

ЗАДАЧА №24.

В хирургическое отделение доставлен боль­ной с ножевым ранением передней поверхности бедра в верхней трети, кровотечение, гематома. Диагноз? Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 31.

У больного Т., 18 лет, коксит. В каких отделах капсулы тазобедренного сустава имеются «слабые» места? Объясните пути распространения гнойных затеков.

ЗАДАЧА № 32.

Клинические наблюдения показывают, что бедренные грыжи чаше встречаются у женщин, по сравнению с мужчинами. Дайте анатомическое обоснование этой закономерности.

ЗАДАЧА № 33.

На прием к хирургу обратилась пациентка Ц. 48 лет. Диагноз: «Правосторонняя бедренная грыжа». Из анамнеза выявлены патогенетические факторы грыжи: повышенное внутрибрюшное давление, дегенеративные изменения слоев брюшной стенки и таза кашель вследствие бронхоэктатической болезни, трое родов. Назовите анатомические предпосылки возникновения бедренной грыжи.

**Операции на сосудах конечностей (ОСК)**

ЗАДАЧА № 2.

У больного с ножевым ранением верхней конечности выявлено повреждение боковой стенки плечевой артерии выше отхождения глубокой артерии плеча. Хирург наложил две лигатуры выше и ниже повреждения, прошил и перевязал сосуд. Потом пересек артерию между прошивной и дистальной лигатурами, зашил фасциально влагалище сосудисто-нервного пучка и поверхностные ткани. Правильно ли действовал хирург для сохранения кровоснабжения верхней конечности больного?

ЗАДАЧА № 3.

В хирургическое отделение военного госпиталя поступил пострадавший с ранением бедра. На передней поверхности бедра имеется инфицированная рана с повреждением бедренной артерии. Хирург принял решение перевязать артерию на протяжении. Назовите проекционную линию бедренной артерии, место перевязки и коллатеральное кровоснабжение нижележащих отделов.

ЗАДАЧА № 4.

В хирургическое отделение поступил больной с повреждением подколенной артерии. После ревизии раны решено наложить сосудистый шов. Назовите проекционную линию подколенной артерии, доступ, послойную топографию раны и принцип сосудистого шва по Каррелю.

ЗАДАЧА № 5

После ранения передней области голени в средней трети ее образовалась, отвисшая стопа. Какой нерв поврежден?

ЗАДАЧА № 6.

Ранение в ягодичной области. Началось сильное кровотечение из крупного сосуда. Какую операцию следует выполнить?

ЗАДАЧА №7.

Острый тромбоз магистральной артерии ко­нечности. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае?

ЗАДАЧА № 8.

Ранение подколенной артерии. Конечность под жгутом. Наложение сосудистого шва невозможно. Какую ща­дящую операцию целесообразно предпринять?

ЗАДАЧА № 10.

У М., 45 лет, вследствие огнестрельного ранения имеется значительное разрушение стенки артерии. Какие способы перевязки этого сосуда могут быть использованы для окончательной остановки кровотечения?

ЗАДАЧА № 11.

У пациента, 26 лет, огнестрельная рана подмышечной области. Для обеспечения гемостаза хирург решил перевязать подмышечную артерию. Укажите последовательность перевязки концов этой артерии: сколько лигатур накладывают на центральный и периферический концы артерии? Как обеспечивается контроль надежности гемостаза?

ЗАДАЧА № 14.

Хирург накладывает циркулярный сосудистый шов по способу Карреля. Объясните, с какой целью предварительно иссекают наружную оболочку

адвентицию, освобождая от нее 2-3 мм концов артерии?

ЗАДАЧА № 15.

При наложении циркулярного сосудистого шва по способу Карреля хирург соединяет концы артерии тремя «П»-образными швами-держалками. С какой целью используются швы-держалки?

ЗАДАЧА № 18.

Во флебологии, наряду с операциями на поверхностных и глубоких венах нижней конечности, применяют перевязку коммуникантных вен надфасциальную  
по Коккету и подфасциальную по Линтону. Объясните цель этих операций.

ЗАДАЧА № 19.

В нижней трети передней, области голени имеется размозженная кровоточащая рана. Какой сосуд и на ка­ком уровне целесообразно перевязать в этом случае?

**Операции на сухожилиях и нервах (ОСН)**

ЗАДАЧА № 3.

Ранение, голени на уровне нижней трети, в пределах передне-латеральной поверхности ее. Отсутствие кож­ной чувствительности на тыле стопы. О повреждении каких нервов это свидетельствует?

ЗАДАЧА № 13.

Для сухожильного панариция тендовагинита характерны четыре объективных признака: 1 равномерная отечность всего пораженного пальца; 2 болезненность при пальпации зондом ладонной поверхности пальца, четко отграниченная зоной расположения сухожильного влагалища; 3 сильные боли при попытке к пассивным движениям, особенно при разгибании пальца; 4 фиксация больным пораженного пальца в положении легкого сгибания. Дайте анатомо-физиологическое обоснование этим симптомам.

.

ЗАДАЧА № 14.

Хирург исследует зондом зону наибольшей болезненности при сухожильном панариции указательного пальца. Каким внешним ориентирам соответствуют дистальная и проксимальная границы зоны наибольшей болезненности.

ЗАДАЧА №19.

При наложении узлового шва нерва хирург встретился с осложнением — прорезыванием шва. Какой шов является более прочным при сближении концов нерва Какие недостатки имеет этот шов?

ЗАДАЧА № 20.

Краем упавшего стекла у больной на тыльной поверхности стопы нанесена глубокая резаная рана. Сухожилия каких мышц могут пострадать при данной травме?

**Ампутации и экзартикуляции (ПАЭ)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
| ЗАДАЧА № 15.  В хирургическое отделение поступил мальчик 10 лет через час после железнодорожной травмы с практически полным отрывом голени на уровне нижней трети длины. При осмотре ампутированная часть конечности связана с культей только кожно - фасциальным лоскутом. Хирург выполнил ампутацию голени на уровне травмы по типу первичной хирургической обработки. Для закрытия дефекта кожи при формировании культи использован кожно - фасциальный лоскут, подлежащий удалению с ампутированной конечностью. Перечислите пять принципов ампутации, которые положены в основу этой операции? |
|  |
| ЗАДАЧА № 16.  У мальчика 12 лет после автодорожной травмы произошло размозжение левой стопы. При осмотре обнаружена полная гибель мягких тканей фаланг пальцев и метафизарной области. Во время операции в случае выполнения операции по Лисфранку закрыть культю подошвенным лоскутом будет невозможно из-за недостаточности его длины. В случае выполнения ампутации выше сустава Лисфранка даже на 1 - 2 см длина кожного лоскута будет достаточной, но произойдет нарушение пяти принципов ампутации. Перечислите пять принципов ампутации, которые будут нарушены в этой ситуации? |
|  |
| ЗАДАЧА № 17.  После вычленения голени в коленном суставе у ребенка 9 лет был применен двухлоскутный способ выкраивания кожи. Способ закрытия опила кости - кожно-фасциально-сухожильный. Крупные сосуды были отсечены на 2 см выше уровня ампутации , а нервные стволы на 4 - 5 см. Задним кожно-фасциальным лоскутом закрыта культя с формированием шва на передне-нижней поверхности. В отдаленном послеоперационном периоде обнаружено изъязвление кожи культи и невозможность ношения протеза. Назовите погрешность в выполнении ампутации. Какой принцип ампутации был нарушен? |
|  |
| ЗАДАЧА № 18.  У девочки 7 лет в результате развития синдрома длительного раздавливания и явной нежизнеспособности пальцев кисти выполнены экзартикуляции 1, 2 и 3 пальцев левой кисти. В области возвышения первого пальца ладони и тыла кисти отсутствовала кожа и имелся некроз длинных сгибателя и разгибателя первого пальца. Решено в любом случае сохранить здоровые ткани тенара, удалить некротические, выполнить пластику за счет кожи передней брюшной стенки. Какие три принципа ампутации на верхней конечности врач ставил целью обязательно соблюсти в этой ситуации ? |
|  |
| ЗАДАЧА № 19.  В детское травматологическое отделение поступил мальчик 14 лет после автодорожной аварии с тяжелой травмой правой нижней конечности , При осмотре и рентгенографии выявлено обширное открытое раздробление большеберцовой кости в сочетании с удовлетворительным состоянием мягких тканей (нервов, сосудов, мышечного массива). Предложите объём оперативного вмешательства. |
|  |
| ЗАДАЧА № 20.  В детское травматологическое отделение поступил мальчик 13 лет после автопроисшествия. При осмотре выявлен многоскольчатый открытый перелом бедра с размозжением мягких тканей (мышечного массива. сосудов и нервов) около 2\3 диаметра конечности. Предложите объем оперативного вмешательства. |
|  |
| ЗАДАЧА № 21.  Какова должна быть длина переднего лоскута кожи при ампутации голени в средней трети у мальчика 15 лет, если длина окружности на уровне ампутации составила 27 см? Какой принцип ампутации и какие правила выкраивания кожного лоскута необходимо учитывать в этой ситуации ? |
|  |
| ЗАДАЧА № 22 .  При выполнении двухмоментной ампутации бедра в средней трети у мальчика 10 лет был применен двухлоскутный способ выкраивания кожи ( 2\3 длины переднего и 1\3 заднего с учетом сократимости кожи) .После пересечения мышц по краю оттянутой кожи, хирург циркулярно рассек и удалил надкостницу бедренной кости, отсепарировав ее на 3 см проксимально, пересек кость дуговой пилой. Для укрытия культи был использован фасцио - миопластический способ. В ближайшем послеоперационном периоде обнаружен остеомиелит культи. Какая техническая интрАОперационная погрешность была допущена? Укажите грамотные действия, предупреждающие это осложнение. |
|  |
| ЗАДАЧА № 23.  Первому пострадавшему показана ампутация предплечья в нижней трети, второму - на границе верхней и средней трети. Где необходимо применить двухлоскутный способ ампутации и учесть в первую очередь принцип протезирования, а где использовать манжеточный способ и учесть в первую очередь принцип экономности ? |
|  |
| ЗАДАЧА № 24.  В травматологическое отделение через 4 часа после травмы поступил пострадавший 14 лет с размозжением всех фаланг пальцев и пястных костей кисти. Определите уровень ампутации и способ выкраивания кожного лоскута.  ЗАДАЧА № 25.   |  | | --- | | В травматологическое отделение поступил пострадавший с переломом ключицы и обширной гематомой в области перелома. Укажите направление смещения отломков ключицы. Какой сосуд поврежден при данной патологии и его проекционная линия? | |  | | ЗАДАЧА № 26.  В поликлинику поступил больной с жалобами на невозможность самостоятельно отвести руку до горизонтального положения . В анамнезе - перелом шейки плечевой кости. Укажите возможные причины данного состояния, дайте топографо - анатомическое обоснование данной патологии. |   ЗАДАЧА № 27.  Анатомо-физиологические особенности длинной трубчатой кости, большие сроки заживления костной раны и возможность смещения костных отломков вследствие мышечной тяги определяют особенности хирургических вмешательств на этом органе. Назовите их.  ЗАДАЧА № 28.  При хирургическом лечении переломов длинных трубчатых костей необходимо обеспечить условия для регенерации костной ткани. Назовите эти условия.  ЗАДАЧА № 29.  При лечении закрытых переломов длинных трубчатых • костей применяют скелетное вытяжение, обеспечивающее хорошую репозицию и фиксацию костных отломков. В каких случаях показано скелетное вытяжение. Какими способами его осуществляют?  ЗАДАЧА № 30.  В хирургической практике применяется поднадкостничная и чреснадкостничная резекция кости. Объясните основные различия этих операций.  ЗАДАЧА № 32.  Больном Ж., 18 лет, по поводу анкилоза тазобедренного сустава осуществляют подвертельную остеотомию бедра по А. А. Козловскому.  Какой прием применяют для устойчивого сопоставления костных отломков?  ЗАДАЧА № 33.  У больного А., 22 лет, по окончании лечения перелома голени наблюдается укорочение ноги на 7 см. Каким способом можно достичь удлинения конечности?  ЗАДАЧА № 34  Больному В., 18 лет, при анкилозе коленного сустава выполнена надмыщелковая остеотомия бедра по Репке. Какое преимущество имеет этот вид остеотомии? |

**Топография мозгового отдела головы (МОГ)**

ЗАДАЧА № 1.

Больной 36 лет доставлен машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, припухлость в области свода черепа. Два часа тому назад поскользнулся, упал на лёд. При осмотре хирурга отметил наличие флюктуирующей припухлости, ограниченной спереди – верхним краем глазницы, сзади – верхней выйной линией, с боков – верхней височной линией.  
Хирург поставил диагноз – гематома свода черепа. В каком слое клетчатки находится кровоизлияние?

ЗАДАЧА № 2.

У больного из рубленной раны теменной области отмечается обильное артериальное кровотечение. Несмотря на обработку раны перекисью водорода и наложение давящей повязки, кровотечение не остановилось. Какая причина обильного кровотечения и как его остановить?

ЗАДАЧА № 9.

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?

ЗАДАЧА № 10.

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

ЗАДАЧА № 11.

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.

ЗАДАЧА № 12.

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?

ЗАДАЧА № 13.

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.

ЗАДАЧА № 17.

В приемное отделение доставлен ребенок 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.

ЗАДАЧА №24.

Нейрохирург при хирургической обработке черепно-мозговой раны лобно-височной области после иссечения мягких тканей и надкостницы приступил к обработке костной раны. Какова последовательность выполнения этого этапа операции Какими способами обеспечивают гемостаз костной раны

ЗАДАЧА № 26.

При ревизии раны мягких тканей теменной области обнаружен небольшой депрессионный перелом кости отломок не связан с черепом, подтвержденный краниографией. Как производят хирургическую обработку костной раны

ЗАДАЧА № 28.

При ревизии черепно-мозговой раны нейрохирург констатировал повреждение твердой мозговой оболочки.

Какие методы остановки кровотечения можно использовать в этой ситуации

ЗАДАЧА № 33.

Больному О., 51 года, по поводу нарастания внутричерепного давления при неоперабельной опухоли головного мозга выполняют декомпрессивную трепанацию черепа в правой височной области по Кушингу. Сделан дугообразный подковообразный разрез мягких тканей. В какую сторону области должно быть обращено основание кожно-апоневротического лоскута? Почему? Какие методы гемостаза используют при этом?

ЗАДАЧА № 37

При костно-пластической трепанации черепа фрезевые отверстия целесообразно соединять проволочной пилой Оливекрона. Почему?

**Топография внутренних органов шеи (ТОШ)**

ЗАДАЧА №2.

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.

ЗАДАЧА № 3.

В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной 3., 16 лет. Вследствие перфорации стенки пищевода костью у больного имеется припухлость шеи больше с левой стороны, боли при глотании, повороте головы, температура тела 39,3°. Укажите, в каком клетчаточном пространстве шеи развилась флегмона. В какой области может сформироваться гнойный затек? Где производят разрез для вскрытия флегмоны?

ЗАДАЧА № 7.

В процессе обнажения наружной сонной артерии хирург «вышел» на внутреннюю яремную вену. Какое положение занимает наружная сонная артерия по отношению к внутренней яремной вене. Укажите, перевязка какой артерии представляет угрозу для жизни больного: наружной или внутренней сонной.

ЗАДАЧА № 11.

Больному с нарушением мозгового кровообращения в вертебрально-базилярном бассейне вследствие атеросклероза позвоночной артерии бляшка в устье  
артерии планируется тромбэндартерэктомия. В каком треугольнике шеи располагается эта артерия Ветвью какой артерии она является, в каком образовании она достигает большого затылочного отверстия

ЗАДАЧА № 15.

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?

ЗАДАЧА № 16.

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

ЗАДАЧА № 18.

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?

ЗАДАЧА № 20.

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.

ЗАДАЧА № 24.

У Лизы М., 7 лет, флегмона правой подчелюстной области. При обследовании: в нижнем отделе щечной области имеется нагноившаяся кожная рана — следствие укуса насекомого и расчеса. Температура тела — 38,3°, сильные боли и припухлость в подчелюстной области. Объясните связь между этими воспалительными процессами В каком слое поднижнечелюстного треугольника развилась флегмона. Почему при вскрытии этой флегмоны следует отступить 1,5-2 см книзу от нижнего края нижней челюсти?

**Операции на шее (ОШ)**

ЗАДАЧА № 29.

При выполнении нижней трахеостомии в момент рассечения трахеи возникло артериальное кровотечение. Какие артерии могут быть повреждены при трахеостомии? Укажите меры профилактики этих осложнений.

ЗАДАЧА № 31.

В реанимационное отделение поступил больной К., 61 года, с острым инфарктом миокарда и кардиогенным шоком. Больному произвели пункцию и катетеризацию подключичной вены по Сельдингеру. Объясните, чем вызвана необходимость этой операции, каковы топографо-анатомические условия, облегчающие её выполнение. Опишите технику катетеризации подключичной вены и возможные осложнения.

ЗАДАЧА № 33.

При первичной хирургической обработке ожоговой поверхности плеча и предплечья наиболее простым, безопасным и эффективным способом обезболивания является пролонгированная блокада плечевого сплетения по Куленкампфу тримекаином. Опишите синтопию основного сосудисто-нервного пучка латерального треугольника шеи и технику этого способа проводникового обезболивания.

ЗАДАЧА № 34.

Какую блокаду следует произвести больному с проникающей раной груди, осложнившейся плевропульмональным шоком. Опишите технику этого вида блокады.

**Топография груди и органов средостения (ТГС)**

ЗАДАЧА № 1.

В поликлинику к хирургу обратилась кормящая мать по поводу воспаления грудной железы. Хирург поставил диагноз: "Мастит" и предложил операцию. Укажите, какие виды разрезов необходимо произвести при этом заболевании, дайте топографо-анатомическое обоснование этим разрезам.

ЗАДАЧА № 3.

Поступил больной с диагнозом: "Хроническая эмпиема плевры". Хирург рекомендовал операцию - торакопластику. Какие вы знаете виды торакопластик? Назовите основные этапы этой операции.

ЗАДАЧА № 5.

При обследовании больного выявлено воспаление плевры (плеврит). При рентгеноскопии в правой плевральной полости определяется жидкость, уровень которой достигает VI ребра по средне-подмышечной линии. Укажите, какой синус необходимо пунктировать и назовите необходимые инструменты для выполнения этой операции.

ЗАДАЧА № 6.

На рентгенограмме грудной клетки выявлено инородное тело в просвете правого главного бронха. Какие топографо-анатомические особенности трахеи и главных бронхов обусловливают попадание инородного тела чаще в правый, чем в левый бронх.

ЗАДАЧА № 7.

При эзофагоскопии была повреждена задняя стенка пищевода на уровне второго сужения. Укажите, куда мог проникнуть эзофагоскоп? В какое клетчаточное пространство могла попасть инфекция?

ЗАДАЧА № 11.

В хирургическое отделение поступил больной с проникающим ранением груди (открытым пневмотораксом). Рана размером 5х5 см расположена на уровне IV межреберья по задней подмышечной линии. Укажите порядок наложения швов на слои грудной стенки.

ЗАДАЧА № 12.

В хирургическое отделение доставлен пострадавший с ножевым ранением передней грудной стенки, явлениями острой кровопотери. Рана размером 2 см расположена в поперечном направлении в IV межреберном промежутке, кнаружи от левого края грудины. При ревизии раны было обнаружено повреждение сосудов грудной стенки, париетальной плевры. Глубже лежащие образования не повреждены. Укажите, какие сосуды могли быть повреждены?

ЗАДАЧА № 15.

При обследовании у больного был выявлен экссудативный перикардит. Рекомендовано провести пункцию перикарда. Укажите место для пункции перикарда. Какой синус будете пунктировать? Какие синусы перикарда вы знаете, какие образования их формируют?

ЗАДАЧА № 19.

При обследовании больному был поставлен диагноз: "Диафрагмальная грыжа". Укажите, через какие отверстия и слабые места диафрагмы может выйти грыжа?

ЗАДАЧА № 20.

В хирургическую клинику поступил больной в тяжелом состоянии. При обследовании был поставлен диагноз: "Гангрена правого легкого". Больному выполнена правосторонняя пульмонэктомия.

Укажите:

1. Синтопию элементов корня правого легкого;

2. Порядок обработки элементов корня легкого;

3. Повреждения какого сосуда при обработке правого бронха может произойти?

ЗАДАЧА № 27.

У больного К., 33 лет, имеется проникающая резаная рана переднего отдела грудной стенки на уровне III межреберья по средней ключичной линии слева. Перечислите слои, составляющие стенки раны.

ЗАДАЧА № 28.

У больной обнаружены переломы нижних ребер. Предъявляет жалобы на боли в верхнем отделе живота. Какие органы брюшной полости могут быть повреждены

ЗАДАЧА № 29.

У больного имеются переломы правых нижних ребер в задних отделах и болезненность в верхней половине правой поясничной области. Какие органы забрюшинного пространства могут быть повреждены

ЗАДАЧА № 30.

Больная доставлена в больницу с диагнозом «мастит». Укажите локализации гнойных скоплений при воспалении молочной железы

ЗАДАЧА № 31.

У больного выпотной плеврит. В каком плевральном синусе прежде всего скапливается жидкость

ЗАДАЧА № 36.

В поликлинику обратился больной А., 27 лет, с жалобами на охриплость голоса. Со стороны верхних дыхательных путей патологических изменений не обнаружено. Сделана рентгеноскопия груди. Укажите, какое образование может быть сдавлено опухолью или воспалительным инфильтратом с последующим изменением тембра голоса

ЗАДАЧА № 37.

На рентгенограмме груди у больной М., 10 лет, обнаружено инородное тело в правом главном бронхе. Какие особенности объясняют наиболее частую 70% локализацию инородного тела в правом главном бронхе

ЗАДАЧА № 42.

Через какую пазуху перикарда во время операции на сердце накладывают турникет на восходящую часть аорты и легочный ствол. Чем ограничена эта пазуха спереди и сверху, сзади, снизу?

**Операции на грудной стенке (ОГ)**

ЗАДАЧА № 47.

У больного 3., 15 лет, рубцовый стеноз пищевода, неподдающийся бужированию. Какая восстановительная операция показана ему. Какие органы могут быть использованы с этой целью?

ЗАДАЧА № 63.

У больного открытый пневмоторакс. Что следует срочно предпринять в виде неотложной помощи? Какая операция должна быть выполнена в стационаре?

ЗАДАЧА № 64.

У больного диагностирована остаточная полость плевры с бронхиальным свищём. Какую операцию следует предпринять в подобной ситуации?

ЗАДАЧА № 65.

Во время операции по поводу абсцесса легкого спаек между париетальной и висцеральной плеврой не обнаружено. Как можно вскрыть гнойник

**Топография передней брюшной стенки (ТБС)**

ЗАДАЧА №1.

У больного Т., 23 лет, правосторонняя латеральная косая паховая грыжа. Назовите патогенетические и анатомические предпосылки этой грыжи.

ЗАДАЧА № 2.

У больного К., 63 лет, правосторонняя прямая паховая грыжа. Назовите патогенетические и анатомические предпосылки этой грыжи.

ЗАДАЧА № 3.

Больному Т., 23 лет, по поводу правосторонней латеральной косой паховой грыжи выполняют грыжесечение по способу С. И. Спасокукоцкого-М. А. Кимбаровского. Какую стенку пахового канала укрепляют при этой грыже. Как накладывают швы по отношению к семенному канатику?

ЗАДАЧА № 4.

Больному Т., 23 лет, по поводу правосторонней латеральной косой паховой грыжи выполняют грыжесечение по способу С. И. Спасокукоцкого-М. А. Кимбаровского. Опишите этапы пластики пахового канала.

ЗАДАЧА № 7.

У больного П., 21 года, при грыжесечении по поводу правосторонней косой паховой грыжи во время выделения грыжевого мешка была повреждена задняя стенка пахового канала медиально от шейки грыжевого мешка. Возникло артериальное кровотечение. Назовите источник кровотечения.

ЗАДАЧА № 8.

У больной М., 53 лет, во время выделения грыжевого мешка при левосторонней бедренной грыже паховым доступом возникло кровотечение. Какой кровеносный сосуд, образующий одну из стенок бедренного канала, был поврежден при выполнении этого этапа грыжесечения

ЗАДАЧА № 10

Больному 3., 49 лет, с целью оперативного доступа к желудку выполнена верхняя срединная лапаротомия. Назовите слои, составляющие стенки лапаротомной раны.

ЗАДАЧА № 12. В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом "Острый аппендицит". Больному предложена операция. Укажите название операции, локализацию разреза брюшной стенки по Волковичу-Дьяконову и послойную топографию раны.

ЗАДАЧА № 13.

При медицинском обследовании у пациента обнаружены незначительные выпячивания в области пупочного кольца и пахового канала. Назовите слабые места брюшной стенки, где могут выходить наружные грыжи живота.

ЗАДАЧА № 15.

Для наложения желудочного свища (гастростомия) больному был произведен левый трансректальный разрез от края реберной дуги длиной 10 см. Перечислите слои передней брюшной стенки, которые были рассечены при этом оперативном доступе.

ЗАДАЧА № 16.

В терапевтическое отделение поступил больной с острой сердечной недостаточностью. При обследовании больного врач обратил внимание на расширенные вены передней брюшной стенки, контуры которой особенно видны в области пупочного кольца. Укажите вид анастомоза, какие вены участвуют в его образовании. Какова возможная причина расширения подкожных вен передней брюшной стенки?

ЗАДАЧА № 17.

При медицинском обследовании призывника был обнаружен увеличенный угол Фюргюссона и треугольная форма пахового промежутка. Укажите, чем образован паховой промежуток и какие существуют формы пахового промежутка.

ЗАДАЧА № 18.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом "Прямая правосторонняя паховая грыжа". Назовите основные элементы грыжи и укажите ход грыжевого мешка при прямой паховой грыже живота.

**Оперативное лечение грыж (ОЛГ)**

ЗАДАЧА № 19.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом "Правосторонняя прямая паховая грыжа". Назовите этапы операции- грыжесечения. Представьте схематично пластику пахового канала по Бассини.

ЗАДАЧА № 20.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Левосторонняя косая паховая грыжа". Укажите ход грыжевого мешка. Назовите стенки пахового канала. Представьте схематично пластику пахового канала по способу Жирара-Спасокукоцкого.

ЗАДАЧА № 21.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом "Левосторонняя косая паховая грыжа". Предложена операция-грыжесечение. Укажите проекцию разреза, послойную топографию раны и пластику пахового канала по Мартынову и Кимбаровскому.

ЗАДАЧА № 22.

В хирургическое отделение поступил больной с ущемленной паховой грыжей. Укажите особенности тактики хирурга при выполнении грыжесечения. Представьте схему пластики пахового канала по Жирару-Спасокукоцкому.

ЗАДАЧА № 23.

В детское хирургическое отделение поступил ребенок 5 лет с диагнозом "Паховая левосторонняя грыжа". На операции была выявлена врожденная паховая грыжа. Укажите вид грыжи (прямая или косая), особенности грыжесечения при врожденной паховой грыже. Представьте схему пластики по Краснобаеву.

ЗАДАЧА № 24.

При операции по поводу паховой грыжи была обнаружена "скользящая паховая грыжа". Укажите органы, которые могут принимать участие в образовании скользящей грыжи. В чем заключаются особенности грыжесечения при скользящих грыжах? Представьте схему пластики пахового канала по Кимбаровскому.

ЗАДАЧА № 25.

При обследовании у больной было обнаружено выпячивание овальной формы в пахово- бедренной области. Назовите вид грыжи. Укажите отличительные признаки паховых и бедренных грыж. Представьте схематично оперативные доступы при паховых и бедренных грыжах.

ЗАДАЧА № 26.

В хирургическое отделение поступила больная с диагнозом "Левосторонняя бедренная грыжа". Укажите, через какое анатомическое образование под пупартовой связкой чаще всего выходят бедренные грыжи? Назовите стенки бедренного канала, внутреннего и наружного бедренного кольца.

ЗАДАЧА № 27.

В хирургическую клинику поступила больная с правосторонней бедренной грыжей. Во время грыжесечения возникло сильное кровотечение. Объясните, что такое "corona mortis". Представьте схематично пластику бедренного канала по Бассини и Руджи-Парлавеччо".

ЗАДАЧА № 28.

В хирургическое отделение поступил больной с пупочной грыжей живота. Назовите этапы операции - грыжесечения и представьте схематично пластику пупочного кольца по Лексеру, Сапежко, Мейо.

ЗАДАЧА № 29.

В хирургическое отделение поступил больной с грыжей белой линии живота. Назовите слабые места белой линии живота, этапы операции грыжесечения и пластики белой линии живота.

ЗАДАЧА № 30.

В хирургическую клинику поступил больной с грыжей поясничной области. Назовите слабые места поясничной области, через которые могут выйти грыжи и этапы операции грыжесечения при поясничных грыжах.

**Операции на органах брюшной полости (ООБП)**

ЗАДАЧА № 2.

У больного Н., 35 лет, как осложнение деструктивного аппендицита в правой брыжеечной пазухе скопился экссудат. Назовите стенки этой пазухи. Может ли распространиться экссудат из этой пазухи в левую и полость малого таза

ЗАДАЧА № 5.

В хирургическое отделение поступил больной А., 70 лет. Диагноз «острый живот». При ревизии брюшной полости констатирован тромбоз нижней брыжеечной артерии. В каких отделах толстой кишки нарушено кровообращение

ЗАДАЧА № 6.

При аппендэктомии после рассечения париетальной брюшины хирург обнаружил, что к ране прилежит кишка с большим количеством сальниковых отростков, расположенных в два ряда. Какая кишка прилежит к ране. В каких случаях возможно такое положение органа

ЗАДАЧА № 9.

У больного А., 47 лет, при операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружен тяж от противобрыжеечного края подвздошной кишки 50 см от илеоцекального угла к пупку. Назовите один из видов неполного обратного развития желточного протока, ставшего причиной острой кишечной непроходимости. Какова тактика хирурга нарушения кровоснабжения кишки нет?

ЗАДАЧА № 10.

В хирургическое отделение поступил М., 32 лет, с проникающей колото-резаной раной живота по срединной линии, на 4 см книзу от пупка. С целью осмотра брюшной полости выполнена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено небольшое количество крови, а между петлями тонкой кишки — содержимое. Объясните последовательность ревизии брюшной полости. Какими ориентирами брюшной полости будет пользоваться хирург при ревизии

ЗАДАЧА № 11.

В хирургическое отделение поступил больной спустя 30 минут после получения тупой травмы живота. Произведена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружен разрыв тонкой кишки на расстоянии 60 см от двенадцатиперстно-тощего изгиба. Объясните тактику хирурга.

ЗАДАЧА № 12.

Больному С, 42 лет, с целью удаления инородного тела тонкой кишки произведена энтеротомия разрез кишки в продольном направлении длиной 2,5 см. После извлечения инородного тела хирург приступил к ушиванию раны. В каком направлении должна быть ушита рана кишки. Какие швы будет использовать хирург

ЗАДАЧА № 13.

При ушивании резаной раны тонкой кишки хирург использует шов В. П. Матешука. Что представляет собой этот кишечный шов

ЗАДАЧА № 14.

В хирургическое отделение поступил Н., 42 лет, с проникающей колото-резаной раной живота в надчревной области. Произведена верхняя срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена рана передней стенки желудка на границе кардиального и пилорического отделов размеров 1,5×0,3 см. Какой вид оперативного приема показан больному. В чем состоит этот оперативный прием?

ЗАДАЧА № 19.

Больному К., 18 лет, выполняют аппендэктомию. Оперативный доступ — косой переменный кулисный разрез по Н. М.Волковичу-П. И. Дьяконову. К лапаротомной ране прилежит стенка толстой кишки. При осмотре этой кишки хирург обратил внимание на большое количество сальниковых отростков. Салфеткой в зажиме Микулича он отвел эту часть толстой кишки влево. Укажите, какой отдел ободочной кишки прилежит к лапаротомной ране. Где может располагаться слепая кишка с червеобразным отростком?

ЗАДАЧА № 20.

После «классической» аппендэктомии у больного обнаружен подвздошный отросток дивертикул Меккеля. Что должен сделать хирург в подобной ситуации?

ЗАДАЧА № 22.

Больному наложен противоестественный задний проход по способу Майдля. Какое назначение имеет «шпора»?

ЗАДАЧА № 23.

Больному X., 56 лет, ушивают прободную язву передней стенки желудка. В каких случаях показан этот оперативный прием. Объясните необходимость перитонизации линии шва лоскутом большого сальника «на ножке». В какой ситуации показана резекция желудка?

ЗАДАЧА № 28.

Больному С, 38 лет, при осложненной язве двенадцатиперстной кишки выполнена селективная ваготомия в сочетании с дренирующей желудок операцией по Финнею. Объясните цели этих оперативных вмешательств.

ЗАДАЧА № 29.

Во время холецистэктомии, вследствие разрыва печени, возникло кровотечение. Назовите приемы, позволяющие обеспечить временный гемостаз. На какое время может применяться временная остановка кровотечения с использованием этих приемов.

ЗАДАЧА № 36.

Одним из грозных осложнений после холецистэктомии является механическая желтуха. Назовите одну из технических ошибок, которая является причиной этого осложнения. Какие способы отведения желчи могут быть использованы для устранения желчной гипертензии в подобных случаях?

ЗАДАЧА № 45.

После автодорожной аварии в хирургическое отделение доставлен больной с подозрением на внутреннее кровотечение. Во время лапаротомии в брюшной полости обнаружена кровь. Какие крупные сосуды могут быть повреждены и их локализация? Какие анатомические образования в брюшной полости необходимо последовательно осмотреть, чтобы определить поврежденный сосуд?

ЗАДАЧА № 46.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Острая кишечная непроходимость". После вскрытия брюшной полости обнаружен некротизированный участок тонкой кишки длиной 5О см. Укажите длину участка кишки, подлежащего резекции, этапы резекции кишки, вид анастомоза и порядок наложения кишечных швов.

ЗАДАЧА № 47.

В онкологическое отделение поступил больной с полной непроходимостью пищевода в результате сдавления опухолью. Укажите, какую паллиативную операцию необходимо выполнить на желудке. Какие виды этих операций существуют? Укажите основные этапы операции.

ЗАДАЧА № 48.

В онкологическом отделении больному с раком пилорического отдела желудка выполнена паллиативная операция. Укажите возможные варианты этой операции и порядок наложения кишечных швов.

ЗАДАЧА № 49.

После автомобильной аварии доставлен пострадавший с подозрением на повреждение органов брюшной полости. При лапаротомии обнаружен разрыв поперечной ободочной кишки. Пациенту выполнена резекция участка толстой кишки. Укажите этапы операции - резекции толстой кишки, вид анастомоза и порядок наложения кишечных швов на толстой кишке.

ЗАДАЧА № 50.

Из наркологического диспансера в хирургическое отделение переведен больной с пищеводным кровотечением. При эндоскопии выявлены расширенные вены пищевода. При обследовании больного была обнаружена увеличенная печень. Объясните причину кровотечения. Какие существуют виды сосудистых анастомозов и где они располагаются?

ЗАДАЧА № 53.

В хирургическое отделение поступил больной с ранением печени. После произведенной лапаротомии установлено ранение печени с повреждением крупного сосуда. Назовите: 1) сосуды, кровоснабжающие печень; 2) их локализацию; 3) приемы временной остановки кровотечения; 4) гемостатические швы на печень.

ЗАДАЧА № 58.

В хирургическое отделение был доставлен пострадавший с закрытой автодорожной травмой живота. По показаниям пациенту была произведена срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости повреждений не обнаружено. При ревизии правого бокового канала и правой брыжеечной пазухи была обнаружена обширная забрюшинная гематома. Укажите анатомические образования, формирующие правый боковой канал и брыжеечную пазуху. О повреждении какого крупного сосуда можно думать? В каких топографо-анатомических слоях скопилась кровь, которая просвечивает через заднюю париетальную брюшину?

ЗАДАЧА № 61.

В клинику скорой помощи доставлен больной с диагнозом:"Острый панкреатит". При вскрытии брюшной полости диагноз подтвердился. Назовите внутрибрюшные доступы к поджелудочной железе. Какие крупные магистральные сосуды прилежат к ней?

ЗАДАЧА № 62.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом:"Холецистит". Возраст больного 70 лет. Состояние больного тяжелое. Какую операцию необходимо выполнить такому больному? Какие виды таких операций существуют? Укажите проекцию желчного пузыря на переднюю брюшную стенку, оперативные доступы и этапы операции.

ЗАДАЧА № 63.

В хирургическое отделение поступил больной с подозрением на холецистит. Лапаротомия и ревизия желчного пузыря позволили поставить более точный диагноз: "Флегмонозный холецистит". Выполнена операция - холецистэктомия. Назовите виды холецистэктомии и этапы операций. Какие элементы образуют треугольник. Кало и какое отношение имеет этот треугольник к операции холецистэктомии?

ЗАДАЧА № 64.

В хирургическую клинику поступил больной с диагнозом: "Желчнокаменная болезнь". При дополнительных исследованиях (холангиография) обнаружено, что камень расположен в области большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Назовите, чем представлены желчевыводящие пути, какие протоки открываются в двенадцатиперстную кишку, в каком отделе кишки располагается большой сосочек?

ЗАДАЧА № 65.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом:"Язва 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу". Назовите отделы 12-перстной кишки, их отношение к брюшине. Какой из отделов кишки в большей степени соприкасается с поджелудочной железой? Укажите, с какими органами соприкасается 12-перстная кишка.

ЗАДАЧА № 66.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Прободная язва нисходящего отдела 12-перстной кишки". В результате чего развилась флегмона. Укажите оперативные внутрибрюшные доступы к 12-перстной кишке, пути распространения гноя.

ЗАДАЧА № 69.

В хирургическую клинику поступил больной с диагнозом:"Язвенная болезнь желудка". Выполнена реконструктивная операция в сочетании с ваготомией. Назовите виды ваготомий. Какая из них чаще применяется в клинике и почему?

**Топография забрюшинного пространства и малого таза (ТЗПМТ)**

ЗАДАЧА № 1.

В хирургическую клинику поступил больной с диагнозом: "Флегмона забрюшинного пространства". Укажите, при повреждении каких органов мог возникнуть данный патологический процесс. Укажите разрезы для вскрытия гнойника забрюшинного пространства.

ЗАДАЧА № 2.

В урологическое отделение поступил больной с диагнозом:"Мочекаменная болезнь". При рентгенографии почек обнаружен камень в начальном отделе мочеточника. Назовите и опишите оперативный доступ при выполнении этой операции. Укажите послойную топографию раны.

ЗАДАЧА № 4.

В больницу скорой медицинской помощи поступил пострадавший с отравлением сулемой. Больному выполнена операция - декапсуляция почки. Укажите оперативный доступ к почке, послойную топографию раны. Какие капсулы почки необходимо рассечь?

ЗАДАЧА № 5.

В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Пионефроз". Выполнена операция - нефрэктомия. Назовите этапы операции. Какие элементы составляют ножку почки? В какой последовательности следует обрабатывать эти элементы при нефрэктомии? В какие клетчаточные пространства необходимо установить дренажи?

ЗАДАЧА № 6.

В хирургическую клинику поступил больной с диагнозом:"Почечная колика". Больному показано проведение паранефральной блокады. Опишите технику выполнения данной манипуляции. Укажите, сколько и какие слои клетчатки располагаются в забрюшинном пространстве.

ЗАДАЧА № 9.

В онкологическое отделение поступил больной с диагнозом:"Рак Фатерова сосочка 12-перстной кишки". Больной предъявляет жалобы на болезненные и частые мочеиспускания. Назовите синтопию правой почки и объясните данную патологию.

ЗАДАЧА № 11.

В гинекологическом отделении при операции на матке был поврежден мочеточник. Назовите части и отделы мочеточника, места сужения, принципы наложения швов на мочеточник. Какие анатомические образования прилежат к мочеточнику в полости женского малого таза?

ЗАДАЧА № 12.

В хирургическое отделение доставлен пострадавший во время автодорожной аварии с подозрением на внутреннее брюшное кровотечение. При лапаротомии обнаружена обширная гематома забрюшинного пространства. Какие анатомические образования брюшной полости необходимо осмотреть, укажите место локализации гематомы при повреждении нижней брыжеечной артерии? Назовите ветви, отходящие от брюшного отдела аорты.

ЗАДАЧА № 16.

В проктологическое отделение поступил больной с подозрением на заболевание прямой кишки. При пальцевом обследовании - прямая кишка фиксирована, по задней стенке пальпируется возвышение, при пункции получен зловонный гной. Укажите, какие клетчаточные пространства располагаются в этой области? Перечислите разрезы для вскрытия гнойников этих клетчаточных пространств.

ЗАДАЧА № 17.

Во время экстирпации матки при перевязке маточной артерии был поврежден правый мочеточник. Укажите взаимоотношения между мочеточником и маточной артерией. Могло ли это привести к повреждению мочеточника? Назовите оперативные доступы (брюшностенные и влагалищные), применяемые в акушерстве и гинекологии.

ЗАДАЧА № 18.

В гинекологическое отделение доставлена больная с предполагаемым диагнозом: "Внематочная беременность". Решено выполнить диагностическую пункцию. Укажите, где в первую очередь должна скопиться кровь при разрыве маточной трубы? Назовите ход брюшины и фасциальных листков в малом тазу. Через какие ткани нужно провести иглу для выполнения диагностической пункции?

ЗАДАЧА № 20.

В проктологическое отделение поступил пострадавший с повреждением прямой кишки в подбрюшинном этаже таза. Назовите этажи малого таза и опасность данного повреждения.

ЗАДАЧА № 24.

В урологическую клинику поступил больной с инородным телом в мочевом пузыре. Рекомендована операция - высокое сечение мочевого пузыря. Назовите этапы этой операции и порядок наложения швов на мочевой пузырь.

ЗАДАЧА № 25.

Бригадой скорой помощи доставлен больной с диагнозом: "Аденома предстательной железы, острая задержка мочи". Верхушка мочевого пузыря пальпируется на уровне пупочного кольца. Больному произведена пункция мочевого пузыря с целью выведения мочи. Укажите, на каком уровне следует производить пункцию, через какие слои пройдет игла, и есть ли опасность повреждения брюшины? Назовите способ пальпации предстательной железы.

ЗАДАЧА № 26.

В урологическое отделение поступил больной с рваной раной промежности и повреждением мочеиспускательного канала. Назовите отделы мочеиспускательного канала и технику выполнения катетеризации мочевого пузыря.

ЗАДАЧА № 29.

В урологическое отделение поступил больной с диагнозом: "Почечнокаменная болезнь". На рентгенограмме определяются конкременты в лоханке почки. Какую операцию необходимо выполнить? Назовите оперативный доступ, виды и этапы операции.

**ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

**Топография верхней конечности.**

ЗАДАЧА № 4.

 В дельтовидную область через 4-угольное отверстие, в лопаточную область через 3-угольное отверстие, в латеральный треугольник шеи по ходу сосудисто-нервного пучка, на заднюю поверхность плеча по ходу лучевого нерва, на переднюю поверхность плеча по ходу сосудисто-нервного пучка плеча (срединный нерв, плечевая артерия , вена), под большую грудную мышцу. Разрез - по переднему краю роста волос подмышечной ямки или между передней и средней третями ширины подмышечной ямки.

ЗАДАЧА № 5.

 Грудной треугольник соответствует контурам малой грудной мышцы. В грудном треугольнике плечевое сплетение представлено тремя пучками (наружный, внутренний, задний). Поврежден задний пучок, из которого образуется лучевой и подмышечный нервы.

ЗАДАЧА № 8.

 Разрез - по переднему краю роста волос подмышечной ямки или между передней и средней третями ширины подмышечной ямки. Подмышечная артерия окружена латерально срединным, кожно-мышечным нервами; медиально - локтевым, внутренним кожным нервами предплечья и плеча; сзади - лучевым и подмышечным нервами.

ЗАДАЧА № 9.

Сверху: глубокая артерия плеча (средняя и лучевая сообщающиеся артерии), верхняя и нижняя локтевые сообщающиеся артерии; снизу: возвратные (лучевая, межкостная, передняя и задняя локтевые).

ЗАДАЧА № 16.

Пункция локтевого сустава - вкол между локтевым отростком и наружным надмыщелком плеча над головкой лучевой кости. Верхний заворот сустава пунктируют над верхушкой локтевого отростка вниз и кпереди.

Вскрытие локтевого сустава одним или двумя продольными разрезами на середине расстояния между локтевым отростком и латеральным надмыщелком плечевой кости. Разрез по медиальному краю локтевого отростка опасен, так как может быть поврежден локтевой нерв.

ЗАДАЧА № 23.

Через нижнее межкостное отверстие на тыльную поверхность предплечья, по ходу срединного нерва, переднего межкостного сосудисто-нервного пучка на переднюю поверхность предплечья, по ходу запястного канала на ладонную поверхность кисти. Разрезы - на наружной и внутренней поверхностях нижней трети предплечья. Дренаж - между квадратным пронатором и глубоким сгибателем пальцев, длинным сгибателем первого пальца.

ЗАДАЧА № 24.

Латеральное ложе (ложе мышц возвышения первого пальца), среднее, медиальное (ложе мышц возвышения пятого пальца).

Клетчаточные пространства ладони: латеральное, медиальное, срединное (подкожное, подапоневротическое, подсухожильное).

Пути распространения гноя: через запястный канал на предплечье, через комиссуральные отверстия в глубокие слои ладони, по ходу червеобразных мышц и сосудов на тыльную поверхность кисти.

Разрезы: в области возвышения мышц первого пальца - при флегмонах тенара, в области возвышения пятого пальца - при флегмонах гипотенара. Срединное ложе вскрывается продольным разрезом между проекциями 3-4 пястных костей. Помнить о запретной зоне для хирурга (проксимальная треть возвышения первого пальца).

ЗАДАЧА № 25.

 Над- и подапоневротическая, подсухожильная флегмоны (среднее ложе). Флегмона латерального и медиального футляров ладони. Поверхностная и подфасциальная флегмоны тыла кисти. Повреждена поверхностная ладонная артериальная дуга.

ЗАДАЧА № 26.

Поврежден срединный нерв, который иннервирует данную мышцу. "Запретная зона" - это место отхождения ветви от срединного нерва к мышцам возвышения первого пальца. Проецируется в медиальной в/з возвышения мышц большого пальца.

ЗАДАЧА № 27.

Синовиальные сумки ладони: лучевая (включает синовиальное влагалище длинного сгибателя первого пальца). Локтевая (сухожилия пятого пальца и проксимальные отделы сухожилий II,III,IV пальцев). В 10% случаев локтевая и лучевая сумки сообщаются между собой в области клетчаточного пространства Пирогова-Парона. Разрезы - в области возвышения мышц первого и пятого пальцев. Парный разрез (с латеральной и медиальной сторон - в н/3 предплечья) в зоне пространства Пирогова-Парона.

ЗАДАЧА № 28.

Панариции: внутрикожный, подкожный, тендовагинит II, III, IV пальцев, тендовагинит I,V пальцев, суставной, костный, пандактилит. В области ногтевой фаланги возможен костный панариций, так как фиброзные перемычки в клетчатке идут вертикально от сосочкового слоя кожи к надкостнице. Обезболивание по Оберсту-Лукашевичу и Брауну-Усольцевой. Разрезы парные по середине боковых поверхностей фаланг пальцев, без рассечения в области межфаланговых суставов.

ЗАДАЧА № 33.

Поврежден срединный нерв. Нужно наложить шов нерва.

ЗАДАЧА № 36.

При гнойном воспалении 1 пальца кисти воз­можно распространение гнойного экссудата в глубокое клетчаточное пространство пред­плечья (Пирогова-Пароны). Необходимо сде­лать разрез длиной 8-10 см на ладонной по­верхности предплечья, на 2 см выше шиловидного отростка лучевой кости. С локтевой сторо­ны создают контрапертуру.

ЗАДАЧА № 37.

Ранена глубокая ладонная дуга, образованная, в основном, локтевой артерией, но ограничиться перевязкой только этой артерии недостаточно. Кровотечение может возобновиться из глубокой ветви лучевой артерии. Следует перевязать и ее.

ЗАДАЧА № 41.

У больного развилась V-образная флегмона, так как синовиальные влагалища 1 и V пальцев располагаются на предплечье, тесно соприкасаясь друг с другом.

ЗАДАЧА № 45.

В задне-медиальной борозде области локтя проходит локтевой нерв, травма его крайне нежелательна.

ЗАДАЧА № 50.

1 метод Н. И. Пирогова — по переднему краю роста волос подмышечной области;

2 по медиальному краю клювовидно-плечевой мышцы;

3 параллельно нижнему краю большой грудной мышцы на границе передней и средней трети ширины подмышечной ямки.

ЗАДАЧА № 54.

При флегмоне подмышечной области гнойные затеки могут быть в латеральном треугольнике шеи, дельтовидной области, лопаточной области, передней области плеча, субпекторальных поверхностном, либо глубоком пространствах грудной стенки.

ЗАДАЧА № 58.

«Запретная» зона соответствует месту пересечения заднего края дельтовидной мышцы и вертикальной линии, проведенной от акромиального отростка лопатки на 6 см книзу от акромиального отростка.

**Топография нижней конечности**

ЗАДАЧА № 1.

Поверхностный листок ягодичной фасции отдает отростки в большую ягодичную мышцу, в результате чего мышцы представлены отдельными изолируемыми мышечными пучками. Воспалительный процесс имеет характер ограниченных инфильтратов. Мышцы расположены в три слоя. 1 слой - большая ягодичная мышца, верхняя часть средней ягодичной мышцы; 2 слой - средняя ягодичная, грушевидная, близнецовые мышцы, внутренняя запирательная, квадратная мышцы; 3 слой - малая ягодичная, наружная запирательная мышцы. Иннервация и кровоснабжение - за счет верхнего и нижнего ягодичных сосудисто-нервных пучков.

ЗАДАЧА № 2.

Флегмона располагается между большой ягодичной мышцей и мышцами глубокого слоя . Пути распространения : через большое седалищное отверстие - в полость таза; через малое седалищное отверстие - в седалищно-прямокишечную ямку; по ходу седалищного нерва - на заднюю поверхность бедра; по ходу ветвей запирательной артерии - в медиальный фасциально-мышечный футляр бедра. Разрез проводится вдоль волокон мышц от верхней задней ости подвздошной кости до большого вертела.

ЗАДАЧА № 8.

 Гнойник располагается на внутренней поверхности бедра в области малого вертела бедренной кости, где прикрепляется подвздошно-поясничная мышца. Возможный путь распространения гнойного экссудата по футляру подвздошно-поясничной мышцы во внутреннее фасциально-мышечное ложе бедра, затек под прямую головку четырехглавой мышцы бедра.

ЗАДАЧА № 10.

 Разрезы парапателлярные, по Текстору.

Этапы резекции коленного сустава:

1. Подковообразный разрез (по Текстору) от медиального до латерального надмыщелков через бугристость большеберцовой кости с рассечением мягких тканей и собственной связки надколенника;

2. Отсепарование лоскута кверху и пересечение связок сустава;

3. Удаление суставной поверхности надколенника, а при его поражении - удаление полностью;

4. Удаление сумки сустава;

5. Опил суставных поверхностей бедренной и большеберцовой костей на уровне мыщелков;

6. Сближение и фиксация концов костей с помощью швов. Укладывание надколенника и фиксация на уровне линии соприкосновения 2 костей;

7. Сшивание собственных связок надколенника;

8. Швы на кожу, гипсовая повязка.

Резекция коленного сустава по Корневу проводится без вскрытия полости коленного сустава. При данной операции возможно повреждение подколенной артерии, которая фиксирована сзади к сумке коленного сустава.

ЗАДАЧА № 17.

Проекция бедренной артерии (линия Кэна): проксимально- середина паховой связки, дистально- медиальный надмыщелок бедра. Место перевязки артерии : желательно ниже отхождения глубокой артерии бедра. Коллатеральное кровообращение между ветвями глубокой артерии бедра (латерально и медиально огибающих бедренную кость, прободающих 1,2,3,) запирательной, огибающей подвздошную кость поверхностной и глубокой, верхней и нижней ягодичных артерий, снизу - нисходящей артерии колена, ветви подколенной артерии.

ЗАДАЧА № 18.

Середина подколенной ямки. Послойная топография раны: кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция. Принцип сосудистого шва по Каррелю: накладываются 3 держалки, промежутки между держалками ушивают обвивным сквозным швом за счет шовного материала держалок.

ЗАДАЧА № 19.

Проекционная линия седалищного нерва: проксимально- точка на границе между внутренней и средней третями линии, проведенной между большим вертелом и седалищным бугром, дистально - середина подколенной ямки. Послойно: кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция. Эпиневральный шов: отсечение краев нерва до появления зернистости и внутриствольного кровотечения, точное сопоставление поперечных срезов нерва, фиксация с помощью 2-4 эпиневральных швов, при затягивании шва во избежание сдавления нервных пучков между концами нерва оставляют расстояние 1 мм.

ЗАДАЧА № 23.

Был: пересечен подкожный нерв ноги.

ЗАДАЧА № 24.

По всей вероятности, ранена бедренная арте­рия. Необходимо прогрессивно расширить рану, наложить пристеночный шов.

ЗАДАЧА № 31.

Первое «слабое» место капсулы тазобедренного сустава находится в задненижнем отделе у седалищно-бедренной связки, где имеется выпячивание синовиальной оболочки и проходит сухожилие наружной запирательной мышцы. Второе — в переднем отделе — это сообщение полости сустава с подвздошно-гребенчатой сумкой.

ЗАДАЧА № 32.

У женщин таз широкий, бедренное кольцо место образования внутреннего или глубокого отверстия бедренного канала широкое. Ширина бедренного кольца -расстояние между латеральной фасциальное влагалище бедренной вены и медиальной лакунарная связка стенками у женщин составляет 1,8 см у мужчин — 1,2 см.

ЗАДАЧА № 33.

бедренное кольцо занимает медиальную треть сосудистой лакуны. Оно выполнено жировой клетчаткой и лимфатическим узлом Розенмюллера-Н. И.Пирогова бедренная перегородка, отделяющая полость живота от бедра часть поперечной фасции имеет отверстия, пропускающие лимфатические сосуды со стороны париетальной брюшины бедренному кольцу соответствует бедренная ямка. Книзу от паховой связки имеется подкожная щель, ограниченная серповидным краем широкой фасции бедра.

**Операции на сосудах конечностей**

ЗАДАЧА№2

Нет, неправильно. При наличии бокового повреждения сосуда необходимо наложить сосудистый шов. Перевязка сосудов на данном уровне может привести к отмиранию верхней конечности, так как коллатеральное кровообращение между артерией, окружающей плечевую кость и глубокой артерией плеча развит плохо.

ЗАДАЧА № 3.

 Проекция бедренной артерии (линия Кэна): проксимально- середина паховой связки, дистально- медиальный надмыщелок бедра. Место перевязки артерии : желательно ниже отхождения глубокой артерии бедра. Коллатеральное кровообращение между ветвями глубокой артерии бедра (латерально и медиально огибающих бедренную кость, прободающих 1,2,3,) запирательной, огибающей подвздошную кость поверхностной и глубокой, верхней и нижней ягодичных артерий, снизу - нисходящей артерии колена, ветви подколенной артерии..

ЗАДАЧА № 4.

Середина подколенной ямки. Послойная топография раны: кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция. Принцип сосудистого шва по Каррелю: накладываются 3 держалки, промежутки между держалками ушивают обвивным сквозным швом за счет шовного материала держалок.

ЗАДАЧА № 5.

Целесообразно перевязать тыльную артерию стопы.

ЗАДАЧА № 6.

Поврежден поверхностный малоберцовый нерв.

ЗАДАЧА № 7.

Необходимо перевязать артерию на протяже­нии.

ЗАДАЧА № 8.

Хирург обязан сделать артериотомию, извлечь тромб и наложить сосудистый шов, назначить антикоагулянты.

ЗАДАЧА № 10

При непрямой ретроградной эмболэктомии тромб из труднодоступной артерии удаляют через поверхностно расположенную артерию. Тромб из подколенной артерии удаляют катетером Фогарти на конце имеет баллон, который проводят через заднюю большеберцовую артерию обнажают в медиальном лодыжковом канале.

ЗАДАЧА № 11

 1 перевязка артерии в ране;

2 перевязка на протяжении, т. е. выше места ранения.

ЗАДАЧА № 14

Срединный, поскольку в средней трети плеча он находится кпереди от плечевой артерии.

ЗАДАЧА № 15.

Чтобы при прошивании стенки артерии исключить вворачивание наружной оболочки в просвет обеспечение атромбогенности сосудистого шва.

ЗАДАЧА № 18.

Нижнюю надчревную артерию — ветвь наружной подвздошной.

ЗАДАЧА № 19

При несостоятельности клапанов коммуникантных вен их перевязка производится с целью устранения патологического рефлюкса крови из глубоких вен голени в поверхностные.

**Операции на сухожилиях и нервах**

ЗАДАЧА № 3.

Ранен латеральный икроножный кожный нерв и икроножный нерв.

ЗАДАЧА № 13

1 распространение экссудата вследствие высокого давления в границах синовиального влагалища, а также развития тканевого отека

2 пальпация сопровождается увеличением давления в синовиальном влагалище

3 попытка движений особенно разгибания приводит к возрастанию давления в синовиальном влагалище

4 сгибательное положение пальца рефлекторное обеспечивает некоторое понижение давления в синовиальном влагалище и уменьшение болевого синдрома.

ЗАДАЧА № 14

Дистальная — до проксимальной половины ногтевой фаланги. Проксимальная — до уровня головки пястной кости.

ЗАДАЧА№ 18

Нерв обнажают выше и ниже рубца, берут на резиновые полоски-держалки и начинают выделять его от здоровых отделов в зону рубца. Проводимость по нерву проверяют электрофизиологическим методом.

ЗАДАЧА № 19

«П» — образные эпиневральные швы по Нажотту. При наложении этих швов существует опасность захватить в шов пучки нервных волокон.

ЗАДАЧА № 20

Сухожилия длинного и короткого разгибателей пальцев.

**Ампутации и экзартикуляции**

|  |
| --- |
|  |
| ЗАДАЧА № 15.  1. Соблюдение максимальной экономии и сохранение каждого сантиметра на конечности; |
| 2. Экстренные ампутации производить по типу первичной хирургической обработки ран; |
| 3. Сохранять максимальную длину сегмента; |
| 4. Удалять только нежизнеспособные ткани; |
| 5. Для закрытия культи конечности использовать сохранившиеся участки кожи, даже те, которые должны подлежать удалению. |
|  |
| ЗАДАЧА № 16.  Необходимо выполнить операцию по Лисфранку, так как будут соблюдены следующие принципы : |
| а ) будут сохранены места прикреплений сухожилий мышц к костям плюсны : передней и задней большеберцовых мышц, длинной и короткой малоберцовых мышц. Это сохранит точки опоры на стопе, движения в суставах; |
| б ) будет соблюдена строжайшая экономия длины культи на стопе и применена пластика кожей для закрытия раны культи; |
| в ) операция будет выполнена по тину первичной хирургической обработки ран; |
| г ) будут удалены только нежизнеспособные ткани; |
| д ) будут сохранены суставные хрящи плюсневых и других мелких костей стопы. Это предупредит развитие инфекции и будет способствовать продолжению роста. |
|  |
| ЗАДАЧА № 17 .  При выполнении ампутации конечности необходимо максимально сохранять рабочую поверхность. В данной ситуации следует сохранить передне - нижнюю поверхность и расположить кожный шов на задне - нижней поверхности. |
|  |
| ЗАДАЧА № 18.  1. Будут удалены только нежизнеспособные ткани; |
| 2. Будет достигнута максимальная экономия и сохранен каждый миллиметр длины культи; |
| 3. Ампутация должна быть выполнена так, чтобы осталась воэможность для кинематизации культи (выполнение фалангизации первого пальца по Альбрехту). |
|  |
| ЗАДАЧА № 19.  В этой ситуации нет оснований для выполнения ампутации голени. Главным критерием для решения вопроса об ампутации является состояние мягких тканей. В условиях задачи состояние мягких тканей удовлетворительное. Предстоит первичная хирургическая обработка раны, перевод открытого перелома голени в закрытый под прикрытием антибактериальных препаратов. |
|  |
| ЗАДАЧА №20.  Описанная картина повреждения конечности является абсолютным показанием к ампутации, при которой необходимо соблюсти четыре важных принципа:  а ) максимальную экономию каждого сантиметра; |
| б ) ампутацию провести атипично по типу первичной хирургической обработки раны; |
| в ) удалить только нежизнеспособные ткани; |
| г ) использовать сохранившиеся участки кожи, даже те, которые должны подлежать удалению для закрытия дефектов культи. |
|  |
| ЗАДАЧА № 21.  Длина переднего лоскута должна составить 7,5 см, так как диаметр конечности на уровне ампутации равен 9 см ( 27:3,14). Соблюдая принцип максимального сохранения рабочей поверхности, передний лоскут должен составлять 2/ 3 диаметра, то есть 6 см Учитывая сократимость кожи при рассечении, необходимо к длине переднего лоскута добавить 1/ 6 диаметра, то есть 1,5 см. |
|  |
| ЗАДАЧА № 22.  Во время ампутации допущено излишнее отделение надкостницы от бедренной кости, что привело к нарушению ее питания и некрозу. Был использован апериостальный способ обработки надкостницы. В детском возрасте должен быть применен субпериостальный способ и опил кости закрыт отделенной надкостницей. |
|  |
| ЗАДАЧА № 23.  Чем длиннее оставлен рычаг, тем богаче функция культи. Поэтому при ампутации предплечья в нижней трети показан манжеточный способ, а при более высоком уровне ампутации показан двухлоскутный способ, где возможно отведение биопотенциалов с различных групп мышц при установке биоэлектрического протеза. |
|  |
| ЗАДАЧА № 24.  В данной ситуации лучшим уровнем ампутации является нижняя треть предплечья и манжеточный способ выкраивания кожного лоскута.  ЗАДАЧА № 25.   |  | | --- | | Внутренний отломок смещается кверху и кзади | | (преимущество тяги кивательной мышцы) наружный конец отходит вниз и кпереди (дельтовидная мышца) повреждена подключичная артерия, которая проецируется на середину ключицы. | |  | | ЗАДАЧА № 26.  Повреждение подмышечного нерва отломками, так как данный нерв лежит в области хирургической шейки плеча в поддельтовидном клетчаточном пространстве. |   ЗАДАЧА № 27.  1 тщательное сопоставление репозиция костных отломков  2 удержание их в правильном положении на весь период образования костной мозоли.  ЗАДАЧА № 28.  1 обеспечение соприкосновения костных отломков и удержание их от смещения  2 исключение интерпозиции наличие между отломкам фасции, мышцы, жировой клетчатки — причина образования ложного сустава  3 обеспечение хорошего кровоснабжения концов костных отломков удаление острых неровных краев  4 надкостница по краю отломков должна быть целой  5 профилактика гипокальциемии  6 коррекция нарушений функции щитовидной и паращитовидных желез.  ЗАДАЧА № 29.  При переломах, не поддающихся одномоментному вправлению; при невозможности удержать отломки после одномоментного вправления гипсовой повязкой. Два способа скелетного вытяжения: проведение металлической спицы и применение металлической клеммы в зоне метафизов наиболее часто в зоне мыщелков бедра, бугристости большеберцовой кости, пяточного бугра, локтевого отростка.  ЗАДАЧА № 30.  При поднадкостничной резекции кости надкостницу смещают по линии разреза в сторону здоровых отделов кости, при чреснадкостничной — к пораженному участку с целью удаления кости вместе с надкостницей, а при злокачественных опухолях — вместе с прилегающими мышцами.  ЗАДАЧА № 32.  На боковой поверхности бедра кверху от предполагаемой линии остеотомии, начиная от большого вертела фрезой производят забор костного трансплантата прямоугольной формы 6×1,5 см. На уровне нижнего края образовавшегося дефекта пересекают бедренную кость. В костномозговой канал дистального отростка вводят нижний конец костного трансплантата. Конечность отводят, верхний конец трансплантата помещают в дефект после забора трансплантата проксимального отломка.  ЗАДАЧА № 33.  Производится косая или «2» — образная остеотомия с последующим постепенным 1 мм в сутки растяжением фрагментов кости с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов через 5-7 дней после наложения аппарата.  ЗАДАЧА № 34.  Достигается наилучшие условия для фиксации костных отломков и опоры. |

**Топография мозгового отдела головы**

ЗАДАЧА № 1.

Кровоизлияние находится в клетчатке между мышечно-апоневротическим шлемом и надкостницей. Вследствие рыхлого соединения апоневротического шлема и кости. Гематома носит разлитой характер и достигает границ области, т.е. тех пределов, где мягкие ткани области плотно срастаются с костными выступами.

ЗАДАЧА № 2.

На своде черепа стенки кровеносных сосудов прочно связаны с фиброзными перемычками, соединяющими кожу с апоневротическим шлемом и вследствие этого зияют при повреждении, что приводит к значительным кровотечениям. Окончательная остановка кровотечения возможна только после перевязки повреждённого сосуда.

ЗАДАЧА № 9.

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 № 10.

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

ЗАДАЧА № 11.

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 № 12.

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 № 13.

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).

ЗАДАЧА № 17.

 Возможным источником кровотечения могут быть верхний сагитальный синус и задние ветви средней оболочечной артерии. Показана костно-пластическая трепанация черепа. Выполняют подковообразный лоскутный разрез кожи с клетчаткой и апоневрозом. На границе лицевого и мозгового отделов головы наносятся пять фрезевых отверстий в кости с формированием костно - надкостничного лоскута. Крестообразно рассекается твердая мозговая оболочка, удаляется гематома, гемостаз, перевязка ветвей артерии, сагитального синуса, послойное зашивание раны.

Чаще всего повреждается задняя ветвь а. meningea media.

ЗАДАЧА № 24.

Вначале удаляют отломки наружной костной пластинки. Для удаления отломков внутренней пластинки зона повреждения в 2-4 раза больше наружной расширяют дефект наружной пластинки кусачками Люэра.  
Гемостаз обеспечивают раздавливанием кости при выравнивании краев раны кусачками, 3% раствором перикиси водорода, втиранием в костную рану гемостатической пасты.

ЗАДАЧА № 26.

Выпиливают большой костный лоскут, в центре которого находится зона повреждения: ее обрабатывают, осуществляют ревизию раны, эпи- и субдурального пространств, а затем костный лоскут укладывают на прежнее место принцип Де Мартеля.

ЗАДАЧА № 28.

1. сосудистый шов при линейных разрывах или верхней стенки синуса; существует опасность прорезывания швов

2. пластическое закрытие синуса свободным лоскутом апоневроз, подапоневротическая клетчатка, мышца, который приклеивают цианокрилатным клеем или подшивают швами,

3. сдавление обеих сторон синуса эпидуральными тампонами. При этом возможны: сдавление мозга, нарушение оттока по синусу, опасность распространения тромбоза в затылочном направлении, развитие воспаления, повторное кровотечение при удалении тампонов перевязка обеих сторон синуса

4 пластика синуса наружным листком твердой мозговой оболочки по Н. Н. Бурденко. В условиях острой черепно-мозговой травмы этот метод почти не применяется.

ЗАДАЧА № 33.

К периферии области к скуловой дуге, чтобы в состав ножки входил сосудисто-нервный пучок поверхностные височная артерия и вена, ушновисочный нерв. Пальцевое прижатие краев раны мягких тканей к кости, электрокоагуляция, лигирование либо обкалывание.

ЗАДАЧА № 37.

Распил кости делают под углом в 45° с целью создания опоры для надкостнично-костного лоскута при возвращении его на прежнее место.

**Топография внутренних органов шеи.**

ЗАДАЧА №2.

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

ЗАДАЧА № 3.

У больного возникла флегмона позадиорганного ретровисцерального пространства по бокам и позади пищевода. Своевременное и широкое вскрытие гнойника может предупредить развитие вторичного медиастинита. Вскрытие флегмоны производят по переднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

ЗАДАЧА № 7.

Наружная сонная артерия располагается вместе с внутренней яремной веной и блуждающим нервом в сосудисто-нервном клетчаточном пространстве, ограниченном  
париетальной пластинкой IV фасции шеи; при этом каждый компонент пучка имеет собственное фасциальное влагалище. Артерия располагается кнутри и кпереди по отношению к вене, X черепной нерв находится кзади и между ними. Ошибочная  
перевязка внутренней сонной артерии, вместо наружной, сопровождается острым нарушением мозгового кровообращения в каротидном бассейне с развитием зон размягчения мозга.

ЗАДАЧА № 11.

Позвоночная артерия располагается в лестнично-позвоночном треугольнике. Она является первой и самой крупной ветвью первого отдела до передней лестничной мышцы подключичной артерии и на уровне СVI вступает в костно-фиброзный канал, образованный отверстиями поперечных отростков позвонков СVI- СI и связками. По выходе из канала прободает заднюю атланто-затылочную мембрану и через большое отверстие проникает в полость черепа.

ЗАДАЧА № 15.

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 № 16.

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

ЗАДАЧА № 18.

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 № 20.

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

**Операции на шее.**

ЗАДАЧА № 29.

При нижней трахеостомии могут быть повреждены низшая щитовидная артерия, плечеголовной ствол, левая общая сонная артерия и даже дуга аорты у детей и женщин. С целью предупреждения ранения этих артерий следует: обеспечить правильное положение больного на операционном столе валик высотой 12-15 см под лопатки, голова запрокинута, внешние ориентиры соответствуют прямой, находящейся по срединной линии; тщательно отделить от претрахеальной клетчатки переднюю стенку трахеи при доступе к трахее внутренним ориентиром является «белая линия» шеи; зафиксировать трахею и убедиться в отсутствии крупных кровеносных сосудов в ране.

ЗАДАЧА № 31.

Пункция и катетеризация подключичной вены у больного К. обусловлена необходимостью интенсивной внутривенной инфузионной терапии. Вследствие шока периферические вены спадаются, их трудно пунктировать; при длительной инфузии они быстро тромбируются. Подключичная вена не спадается — она фиксирована к фасции подключичной мышцы и 1-му ребру, в ней большая объемная скорость кровотока, препятствующая тромбообразованию. Подключичную вену чаще пунктируют в точке на 1 см книзу от середины ключицы, иглу направляют кверху и медиально под углом 45°. Возможные осложнения: пневмоторакс, воздушная эмболия, ранение подключичной артерии и плечевого сплетения, катетерэмболия.

ЗАДАЧА № 33.

Анестетик подводят к месту выхода плечевого сплетения из межлестничного межмышечного промежутка. Вкол иглы производят на 3-4 см кверху от верхнего края ключицы, соответственно её середине. Кпереди и книзу от плечевого сплетения располагается подключичная артерия, а еще более книзу и кпереди — подключичная вена. Пролонгированная блокада достигается введением катетера в клетчатку по ходу плечевого сплетения.

ЗАДАЧА № 34.

Больному показана шейная вагосимпатическая блокада по А. В. Вишневскому. Для обеспечения эффекта блокады используют 40-50 мл 0,25% раствора новокаина. Больного укладывают на спину, валик высотой 12-15 см подкладывают под лопатки, голову поворачивают в противоположную сторону, руку на стороне блокады отводят книзу. Определяют точку пересечения заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и наружной яремной вены. Указательный палец левой руки помещают над этой точкой и нарастающим давлением пальца ощущают переднюю поверхность позвоночника при этом основной сосудисто-нервный пучок медиального треугольника шеи смещается медиально. Образуют «лимонную корочку», вводят раствор новокаина, медленно продвигают иглу к позвоночнику. Новокаиновый инфильтрат смещает сосуды. После ощущения иглой позвоночника, иглу извлекают назад на 1-2 мм. Убедившись в отсутствии крови, не меняя положение иглы, вводят раствор новокаина. Необходимо обеспечить «депо» анестетика на уровне СIII подъязычной кости, поскольку блуждающий нерв и симпатический ствол до этого уровня находятся в заднем отделе окологлоточного пространства.

**Топография груди и органов средостения.**

ЗАДАЧА № 1.

Радиальные разрезы с учетом расположения молочных протоков. При ретромаммарных массивных флегмонах разрез косметический (Барденгейера ) по переходной кожной складке под железой.

ЗАДАЧА № 3.

Экстра-, интраплевральная и лестничная частичная и полная. Основные этапы лестничной торакопластики: поднадкостничная резекция ребра, вскрытие плевральной полости и ее дренирование. Резекцию ребра проводят по типу лестницы, над всей полостью, и в каждый разрез вводится масляно-бальзамический тампон.

ЗАДАЧА № 5.

Пунктируется реберно-диафрагмальный синус по задней подмышечной или лопаточной линиям. Инструменты: шприц, игла, резиновая трубка, кровоостанавливающий зажим.

ЗАДАЧА № 6.

Правый бронх короче и шире, чем левый. Расположен под меньшим углом к трахее, по сути является продолжением трахеи.

ЗАДАЧА № 7.

Заднее средостение. Околопищеводное клетчаточное пространство, которое связано с ретровисцеральным пространством шеи.

ЗАДАЧА № 11.

Рану ушивают узловыми швами из толстого кетгута в 3 ряда. Первый ряд швов захватывает плевру, внутреннюю грудную фасцию, надкостницу и межреберные мышцы (плевро-мышечный шов). Второй ряд швов накладывают на поверхностные мышцы и фасцию грудной стенки. Третий ряд швов накладывают на подкожную клетчатку, поверхностную фасцию, кожу. Пункционно удалить воздух из плевральной полости.

ЗАДАЧА № 12.

Могут быть повреждены внутренняя грудная артерия, межреберный сосудисто-нервный пучок. После произведения тщательного гемостаза послойно ушивают плевру, внутреннюю грудную фасцию, надкостницу, межреберные мышцы, поверхностные мышцы, поверхностную фасцию, кожу.

ЗАДАЧА № 15.

Пунктируется передне-нижний синус перикарда. Пункция перикарда по Ларрею - место (угол) между мечевидным отростком и присоединением VII ребра к грудине. Перикард образует ещё косой и поперечный синусы. Границы передне-нижнего синуса составляют грудинная и диафрагмальная части перикарда, эпикард верхушки сердца. Границы косого синуса составляют нижняя полая вена, легочные вены, эпикард левого предсердия, перикард, прилежащий к пищеводу.

ЗАДАЧА № 19.

Отверстия: пищеводное, аортальное, 4-х угольное, нижней полой вены; Слабые места: пояснично-реберные (2), грудинно-реберные (2) треугольники.

Щели: между тремя парами ножек поясничного отдела диафрагмы по два справа и слева.

ЗАДАЧА № 20.

1. Правое легкое (сверху вниз) - бронх, артерия, вена;

2. Обработка и перевязка: бронх, артерия, вена.

3. Непарной вены.

ЗАДАЧА № 27

Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, грудная фасция, большая грудная

мышца, поверхностное субпекторальное пространство, поверхностная пластинка ключично-грудной фасции, глубокое субпекторальное пространство, наружняя межреберная мышца, внутренняя межреберная мыщца, внутригрудная фасция, предплевральная клетчатка, париетальная плевра.

ЗАДАЧА № 28.

При переломе нижних ребер существует опасность повреждения печени и селезенки.

ЗАДАЧА № 29.

Перелом нижних ребер в задних отделах может сопровождаться повреждением почки и надпочечника.

ЗАДАЧА № 30.

Возможны следующие формы локализации мастита в соответствии с клинической классификацией: — подкожный; — интрамаммарнный; — субареолярный; — ретромаммарный; — тотальный.

ЗАДАЧА № 31.

В реберно-диафрагмальном плевральном синусе, представляющим собой наиболее глубокую часть плевральной полости.

ЗАДАЧА № 36.

Возвратный гортанный нерв.

ЗАДАЧА № 37.

Правый бронх короче и толще левого. Он является как бы продолжением трахеи и образует с ней угол равный примерно 155°. Левый бронх образует с трахеей угол 120°.

ЗАДАЧА № 42.

Через поперечную пазуху перикарда; спереди и сверху она ограничена восходящей частью аорты и легочным стволом, сзади — задней стенкой перикарда и правой легочной артерией; снизу — бороздой между левым желудочком и предсердиями.

**Операции на грудной стенке**

ЗАДАЧА № 47.

Создание искусственного пищевода с использованием части большой кривизны желудка, участка тонкой или ободочной кишки.

ЗАДАЧА № 63.

Необходимо наложить окклюзионную герметичную повязку. Первичная хирургическая обработка раны грудной стенки при необходимости — ушить рану легкого с ушиванием открытого пневмоторакса.

ЗАДАЧА № 64.

Поднадкостничную резекцию 1-2 ребер над остаточной полостью с удалением париетальной плевры, иссечением свища и ушиванием культи бронха матрацным швом. Тампонада полости в передних отделах лоскутом большой грудной мышцы, в задних отделах — широкой мышцы спины на ножке

ЗАДАЧА № 65.

При тяжелом состоянии больного абсцесс вскрывают одномоментно путем предварительного сшивания по периферии раны париетальной и висцеральной плевры.

**Топография передней брюшной стенки. Оперативное лечение грыж**

ЗАДАЧА №1.

Патогенетические:

1 повышенное внутрибрюшное давление;

2 «слабость соединительной ткани» С. Я. Долецкий — нарушение формирования соединительной ткани на различных этапах эмбриогенеза.  
Анатомические:

1 высокий паховый промежуток;

2 латеральная паховая ямка;

3 глубокое паховое кольцо в задней стенке пахового канала фиброзное кольцо в поперечной фасции у начала воронки поперечной фасции;

4 поверхностное паховое кольцо в передней стенке пахового канала в апоневрозе наружной косой мышцы живота.

ЗАДАЧА № 2.

Патогенетические: Патогенетические:

1 повышенное внутрибрюшное давление;

2 «слабость соединительной ткани» С. Я. Долецкий — нарушение формирования соединительной ткани на различных этапах эмбриогенеза.

Анатомические:

1 медиальная паховая ямка;

2 разрыв задней стенки пахового канала поперечной фасции в связи с её дегенеративными изменениями.

ЗАДАЧА № 3.

Переднюю. Кпереди от семенного канатика.

ЗАДАЧА № 4.

Кпереди от семенного канатика отдельными узловыми швами к паховой связке отступив 5 мм от её заднего края подшивают верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с нижними краями внутренней косой и поперечной мышц, при выколе изнутри повторно захватывают край верхнего лоскута апоневроза и только после этого прошивают паховую связку для обеспечения соединения однородных тканей: апоневроза и паховой связки. Путем введения кончика ногтевой фаланги мизинца во вновь сформированное отверстие убеждаются как свободно располагается семенной канатик. Нижний лоскут апоневроза укладывают на верхний и фиксируют вторым рядом швов. Проверяют — не ущемлен ли семенной канатик. Рану ушивают.

ЗАДАЧА № 7.

Кровотечение возникло вследствие ранения правой нижней надчревной артерии ветвь наружной подвздошной.

ЗАДАЧА № 8.

При выделении грыжевого мешка при бедренной грыже, а также пластике бедренного кольца имеется опасность ранения бедренной вены, являющейся латеральной стенкой бедренного канала.

ЗАДАЧА № 10.

Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция, белая линия живота, внутрибрюшная фасция, предбрюшинная клетчатка, париетальная брюшина.

ЗАДАЧА № 12.

Аппендэктомия. Косой разрез между наружной и средней третями линии, соединяющей передне-верхнюю подвздошную ость с пупочным кольцом. 1/3 перпендикулярного разреза - выше этой линии, 2/3 - ниже. Послойно: кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция (2 листка), собственная фасция, наружная, внутренняя косая и поперечная мышцы, поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка, париетальная брюшина.

ЗАДАЧА № 13.

Слабые места: паховая область, внутреннее бедренное кольцо, пупочное кольцо, белая линия живота, запирательное отверстие, поясничная область (треугольник Пти, четырехугольник Лесгафта-Грюнфельда), спигелиева (полулунная) линия.

ЗАДАЧА № 15.

Кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция, апоневроз наружной и передний листок внутренней косых мышц живота, прямая мышца живота, задний листок апоневроза внутренней косой и листок апоневроза поперечной мышц живота, поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка, брюшина.

ЗАДАЧА № 16.

Портокавакавальный анастомоз, верхние поверхностные эпигастральные вены (ветви верхней полой вены), нижняя надчревная вена (ветви нижней полой вены), пупочная вена (портальная система). Застойные явления – в результате сердечной недостаточности и блока в портальной системе.

ЗАДАЧА № 17.

Свисающими краями внутренней косой и поперечной мышц живота – сверху и пупартовой (паховой) связкой – снизу. Формы: щелевидная, округлая, овальная, треугольная.

ЗАДАЧА № 18.

Основные элементы: грыжевой мешок, грыжевые ворота, грыжевое содержимое, оболочки грыжевого мешка. Через медиальную паховую ямку (кнутри) и наружное паховое кольцо (кнаружи).

**Операции на органах брюшной полости**

ЗАДАЧА № 2.

Стенками правой брыжеечной пазухи являются: латерально — восходящая ободочная кишка, медиально и снизу — брыжейка тонкой кишки, сверху — брыжейка поперечной ободочной кишки, сзади — париетальная брюшина, спереди -большой сальник.  
Да, между корнем брыжейки поперечной ободочной кишки и начальной частью тощей кишки.

ЗАДАЧА № 5.

В части левого изгиба поперечной, нисходящей и сигмовидной ободочной кишках, а также в верхнем отделе прямой кишки

ЗАДАЧА № 6.

Сигмовидная ободочная кишка. При наличии длинной её брыжейки, либо обратного «зеркального» положения органов situs viscerum inversus.

ЗАДАЧА № 9.

Тяж на месте кишечно-пупочного желточного протока. Рассечение тяжа с перевязкой его концов.

ЗАДАЧА № 10.

При наличии тонкокишечного содержимого в брюшной полости ревизию начинают с тонкой кишки, затем осматривают все органы брюшной полости, прилежащие органы забрюшинного пространства и малого таза. Ориентиры при осмотре органов нижнего отдела этажа брюшной полости:

1 латеральные каналы

2 корни брыжеек кишок: тонкой, поперечной ободочной, сигмовидной ободочной

3 фиксированные отделы тонкой кишки двенадцатиперстно- тощий изгиб – ориентир начальной части тощей кишки илеоцекальный угол – ориентир терминальной части  
подвздошной кишки

4 фиксированные отделы ободочной кишки правый, или печеночный; левый, или селезеночный изгибы.

ЗАДАЧА № 11.

Произвести резекцию концов тонкой кишки, восстановить непрерывность органа созданием анастомоза «конец в конец» либо «бок в бок».

ЗАДАЧА № 12.

Рану кишки во избежание стеноза ушивают в поперечном направлении классическим двухрядным швом: первый ряд — вворачивающий шов Шмидена скорняжный рассасывающимся материалом полисорб, викрил, дексон, максон, PDS, кетгут; второй ряд — узловой серозно-мышечный шов Ламбера нерассасывающимся материалом полипропилен, монофиламентный полиамид, шелк.

ЗАДАЧА № 13.

Краевой однорядный узловой серозно-мышечно-подслизистый шов с узелками вовнутрь кишки. Края кишечной раны прошивают со стороны подслизистого слоя, затем серозной оболочки, с выколом в полость кишки.

ЗАДАЧА № 14.

Ушивание раны желудка гастрорафия с применением классического двухрядного шва

Альберта: первый ряд — вворачивающий шов Шмидена скорняжный,

Второй – асептический узловой серозно-мышечный шов Ламбера.

ЗАДАЧА № 19.

Сигмовидная ободочная кишка на длинной брыжейке. Слепая кишка с червеобразным отростком может быть смещена либо к верху, либо латерально.

ЗАДАЧА № 20.

Подвздошный отросток дивертикул Меккеля необходимо удалить. Его иссекают у основания под углом в 45°в косопоперечном направлении с последующим ушиванием поперечной кишечной раны двухрядным швом. При дивертикулите с вовлечением стенки подвздошной кишки производят клиновидную резекцию этого органа с последующим ушиванием раны.

ЗАДАЧА № 22.

«Шпора» — складка задней стенки сигмовидной ободочной кишки — препятствует поступлению каловых масс из приводящего отдела в отводящий.

ЗАДАЧА № 23.

Прободную язву желудка ушивают:

1 в случае её осложнения перитонитом более 6 часов после перфорации;

2 у пациентов молодого возраста;

3 при тяжелом состоянии больного вследствие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточность.

Язву ушивают в поперечном направлении 2-х рядным швом: 1-й ряд — 2-4 шва синтетической рассасывающейся нитью дексон, полигликолид через все слои стенки; 2-ой — серозно-мышечный синтетической нерассасывающейся нитью капрон, лавсан. Поверх линии швов дексоновой нитью фиксируют сальник. Если края язвы очень плотны, их экономно иссекают для обеспечения лучшего заживления.  
Перитонизацию линии шва осуществляют в целях профилактики его несостоятельности наличие перифокального воспаления вокруг язвы, а при перитоните — воспаление серозной оболочки — обусловливают хрупкость стенки желудка.  
Тампонада прободного отверстия сальником на «ножке» по П. Н. Поликарпову состоит в следующем: кетгутовой нитью с двумя иглами на концах прошивают край сальника. Затем, каждой иглой прокалывают стенку желудка через перфоративное отверстие изнутри кнаружи. Выкол производят на расстоянии 2 см от края отверстия. При подтягивании лигатур лоскут сальника входит в отверстие, закрывая его наподобие пробки. Нити связывают в узел. Небольшой складкой сальника прикрывают сквозной шов и закрытое отверстие. Складку сальника фиксируют к «здоровому» участку стенки узловыми кетгутовыми швами. При отсутствии признаков перитонита менее 6 часов после перфорации выполняется резекция желудка.

ЗАДАЧА № 28.

Селективная ваготомия по Летарже - пересечение ветвей блуждающих стволов, идущих к телу желудка - позволяет выключить первую сложнорефлекторную фазу желудочного пищеварения и, следовательно, уменьшить секрецию желудочного сока. Вследствие нарушения иннервации желудка происходит снижение его тонуса, возникает спазм привратника, что затрудняет эвакуацию содержимого в двенадцатиперстную кишку. Это диктует необходимость операции, способствующей опорожнению желудка, то есть дренирующей операции.

ЗАДАЧА № 29.

Пальцевое сдавление печеночно-дуоденальной связки собственной печеночной артерии и воротной вены между большим и введенным в сальниковое отверстие указательным пальцами левой руки, либо при наложении на связку эластичного зажима. Продолжительность сдавления печеночно-дуоденальной связки не более 15 минут.

ЗАДАЧА № 36.

Во время холецистэктомии был ошибочно перевязан общий желчный проток. Операции наружного или внутреннего дренирования внепеченочных желчных путей.

ЗАДАЧА № 45.

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

ЗАДАЧА № 46.

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 № 47.

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 № 48.

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 № 49.

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 № 50.

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

ЗАДАЧА № 53.

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 № 58.

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 № 61.

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 № 62.

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

ЗАДАЧА № 63.

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 Х 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 № 64.

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 № 65.

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 № 66.

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 № 69.

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

**Топография забрюшинного пространства и малого таза**

ЗАДАЧА № 1.

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

ЗАДАЧА № 2.

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 № 4.

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 № 5.

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 № 6.

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 № 9.

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 № 11.

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.

ЗАДАЧА № 12.

Брыжеечные синусы (правый и левый). Гематома забрюшинная в правом брыжеечном синусе, внутрибрюшинная в правом боковом канале при повреждении верхней брыжечной артерии; в левом брыжеечном синусе, боковом канале при повреждении нижней брыжеечной артерии. Ветви брюшного отдела аорты: нижняя диафрагмальная, чревный ствол, средняя надпочечниковая, верхняя брыжеечная, почечные, поясничные (4), яичковая (яичниковая), нижняя брыжеечная.

ЗАДАЧА № 16.

Около - и позадипрямокишечная клетчатка. Разрезы полуовальные на 2 см по бокам от ануса. Гной распространяется в прямокишечно-седалищную ямку, ягодичное клетчаточное пространство (под большую ягодичную мышцу) и через подгрушевидное отверстие в полость малого таза.

ЗАДАЧА № 17.

При входе в полость малого таза мочеточник лежит спереди маточной артерии, на уровне шейки матки маточная артерия лежит впереди мочеточника. Близкое расположение данных образований может привести при операциях на матке к повреждению мочеточника.

Оперативные доступы: нижняя срединная лапаротомия, разрез Пфаненштиля; интерилиакальный разрез Черни; Влагалищные: передняя и задняя кольпотомии.

ЗАДАЧА № 18.

В заднем дугласовом пространстве (прямокишечно-маточное пространство). Пункция через задний свод влагалища. Брюшина покрывает ректо-сигмоидный отдел прямой кишки, матку с придатками дно мочевого пузыря. Внутритазовая фасция, спускаясь вниз, покрывает сверху и сзади мышцу, поднимающую анальный отдел прямой кишки, спереди - глубокую поперечную мышцу промежности. Эта же фасция образует парные связки, идущие от кресца к лонному сочленению (кресцово-прямокишечные, прямокишечно-маточные, пузырно-маточные, лобково-пузырные).

ЗАДАЧА № 20.

Этажи:

брюшинный,

подбрюшинный,

подкожный.  
Опасность распространения гнойных, мочевых затеков в висцеральные и пристеночные клетчаточные пространства таза, в клетчатку забрюшинного пространства.

ЗАДАЧА № 24.

Этапы:

1. Внебрюшинный срединный разрез передней брюшной стенки ;

2. Обнажение мочевого пызыря как можно выше;

3. Наложение двух держалок на стенку мочевого пузыря;

4. Вскрытие мочевого пузыря;

5. Удаление инородного тела;

6. Ушивание операционной раны мочевого пузыря двухрядным швом без прошивания слизистой оболочки.

ЗАДАЧА № 25.

По срединной линии на 2 см выше лонного сочленения, строго перпендикулярно поверхности кожи. Послойно: кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, собственная фасция, белая линия живота, поперечная фасция, париетальная предпузырная клетчатка, предпузырная фасция, висцеральная предпузырная клетчатка, мочевой пузырь. При высоком расположении мочевого пузыря существует опасность повреждения брюшины. Предстательная железа пальпируется через переднюю стенку прямой кишки.

ЗАДАЧА № 26.

Отделы: предстательный, перепончатый, луковичный, пещеристый, в головке полового члена. Катетеризация производится мягким или металлическим катетером с учетом изгибов канала.

ЗАДАЧА № 29.

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.

**Приложение 5 к рабочей программе дисциплины**

Аннотация

рабочей программы дисциплины Топографическая анатомия и оперативная хирургия

квалификация выпускника (специалист)

Специальность – 35.05.01 – лечебное дело

Авторы (ФИО, ученая степень, ученое звание)

**Мартынова Н.А., д.м.н., проф.**

**Калинин Р.Г., к.м.н., доцент**

|  |  |
| --- | --- |
| Цель дисциплины | Цель – Усвоение знаний и практических навыков в выполнении общеврачебных хирургических манипуляций, оказания первой врачебной помощи пострадавшим, а также сути основных приемов для правильной постановки диагноза и выбора метода хирургического лечения при неотложных состояниях и травмах |
| Задачи дисциплины | * Приобретение навыков по ориентирной анатомии важнейших сосудисто-нервных пучков, фасциальных футляров и клетчаточных пространств; * Овладение знаниями важнейших топографо-анатомических взаимоотношений органов в норме и при возникновении  патологических состояний. * Приобретение знаний с целью принятия активных самостоятельных решений для оказания хирургической помощи в необходимом объеме для спасения жизни пострадавших и предупреждения тяжелых осложнений |
| Место дисциплины в структуре ОП | Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС по направлению подготовки «Лечебное дело» (31.05.01)  Дисциплина «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» относится к циклу математических и естественнонаучных дисциплин. |
| Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются:   * в цикле гуманитарных и социально-экономических дисциплин, в том числе: философии, биоэтики, психологии и педагогики, истории медицины, латинский язык; * в цикле естественно-научных дисциплин в том числе: физики, математики; химии; биологии; гистологии, эмбриологии, цитологии; нормальной физиологии.   Является предшествующей для изучения дисциплин: факультетская хирургия, госпитальная хирургия, травматология и ортопедия, онкология, акушерство и гинекология |
| Курс, семестр | 2-,3-й курс, 4-,5-й семестр |
| Трудоемкость дисциплины | Лекции - 32  Практические занятия – 64 ( в т.ч. симуляционные ПЗ)  Симуляционные практические занятия - 14  Самостоятельная работа - 48  Контроль – 33,7  Консультации к экзамену -2  Экзамен – 0,3  Общая трудоемкость - 180 часов ( 5 зач.ед) |
| Формируемые компетенции (коды) | ОПК 9 |
| Основные разделы дисциплины (модули) | Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхней и нижней конечности  Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи  Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди, живота и таза. |