федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

**по специальности**

**31.08.68.Урология**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.68.Урология

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

**1.Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующая компетенция:**

(ПК-1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема лекции. Анатомические ошибки в хирургии. Обзорная топография брюшной полости и малого таза.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Значение анатомических знаний в хирургии.

2. Роль анатомической изменчивости в течении хирургической патологии и ее оперативном лечении.

3. Границы, отделы и части живота.

4. Области передней брюшной стенки.

5. Проекция органов живота по областям передней брюшной стенки

**Тема 1.** Топографическая анатомия передней брюшной стенки

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Границы и области передней брюшной стенки

2. Проекция органов брюшной полости.

3. Топографическая анатомия боковой области.

4. Топографическая анатомия пупочной области.

5. Топографическая анатомия подвздошно-паховой области.

6. Топографическая анатомия надлобковой области.

7. Строение пахового канала, пупочного кольца, белой линии живота, влагалища прямой мышцы живота.

8. Анатомическая характеристика брюшных грыж.

9.Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток передней брюшной стенки.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование боковой области передней брюшной стенки
* Препарирование паховой области передней брюшной стенки
* Препарирование надлобковой области передней брюшной стенки

**Тестовые задания**

# Передне-боковую стенку живота при помощи горизонтальных и вертикальных линий разделяют:

На 8 областей

На 9 областей

На 10 областей

На 11 областей

+На 12 областей

# Одним из факторов развития пупочных грыж является особенность строения подкожной и предбрюшинной клетчаток в области пупочного кольца. Эти слои в данной области:

Хорошо выражены

Слабо выражены

+Отсутствуют

# Белая линия живота образуется за счет:

Апоневроза наружной косой мышцы живота

Апоневроза внутренней косой мышцы живота

Апоневроза поперечной мышцы живота

 +Сухожильных пучков 3-х пар широких мышц живота

Внутрибрюшной фасции

# В пределах пупка брюшная стенка представлена следующими слоями (выбрать правильный вариант):

Кожа, подкожная клетчатка, рубцовая ткань, пупочная фасция, внутрибрюшная фасция, предбрюшинная клетчатка, брюшина;

+Кожа, поверхностная фасция, рубцовая ткань, пупочная фасция, внутрибрюшная фасция, предбрюшинная клетчатка, брюшина;

Кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция, пупочная фасция, внутрибрюшная фасция, предбрюшинная клетчатка, брюшина

# В правой паховой области проецируются два из пяти перечисленных анатомических образований:

Восходящая ободочная кишка, конечный отдел подвздошной кишки,слепая кишка с червеобразным отростком

+конечный отдел подвздошной кишки,слепая кишка с червеобразным отростком

конечный отдел подвздошной кишки,слепая кишка с червеобразным отростком, правый мочеточник

# В паховой области непосредственно спереди апоневроза наружной косой мышцы живота находится слой:

Подкожно-жировая клетчатка

Подфасциальная жировая клетчатка

+Томпсонова пластинка

Поверхностная фасция

Апоневроз внутренней косой мышцы живота

# Границами пахового треугольника являются:

Горизонтальная линия, проведенная от верхней передней ости подвздошной кости до пупка;паховая связка;наружный край прямой мышцы живота

+Паховая связка;горизонтальная линия, проведенная от границы между наружной и средней третью длины паховой связки;наружный край прямой мышцы живота

Паховая связка; горизонтальная линия, проведенная от границы между наружной и средней третью длины паховой связки; белая линия

# Паховые грыжи чаще всего бывают:

+У мужчин

У женщин

У детей вне зависимости от пола

У стариков вне зависимости от пола

Закономерности не существует

# Анатомической предпосылкой образования паховых грыж является:

Наличие пахового промежутка

+Наличие широкого пахового промежутка

Наличие узкого пахового промежутка

Отсутствие пахового промежутка

Отсутствие внутрибрюшной фасции

# У больного диагносцирована прямая паховая грыжа. Анатомическим путем выхода данного вида грыж является:

Латеральная паховая ямка

Надпузырная ямка

+Медиальная паховая ямка

Мышечная лакуна

Сосудистая лакуна

# Анатомическим местом выхода косых паховых грыж является:

+Латеральная паховая ямка

Медиальная паховая ямка

Мышечная лакуна

Надпузырная ямка

Сосудистая лакуна

**Ситуационные задачи**

Одним из симптомов, наблюдающихся при ряде заболеваний, является расширение подкожных вен в пупочной области передней брюшной стенки.

 На нарушение кровотока в каких венах и почему указывает

 этот симптом?

*Расширение подкожных вен на передней брюшной стенки – симптом «головы медузы» - объясняется затруднением кровотока в системе воротной вены и формированием коллатерального кровообращения по портокавальному анастомозу, сформированному околопупочными венами, расположенными в пупочной области, и притоками верней полой вены надчревногрудной веной*

Общим для косых и прямых паховых грыж является и выхождение через поверхностное паховое кольцо (наружное отверстие пахового канала).

 Сопоставьте топографию косой и прямой паховой грыжи на

 задней поверхности передней брюшной стенки, в паховом

 промежутке и выделите основные различия в их

 хирургической анатомии.

*Прямая паховая грыжа выходит через медиальную* *паховую ямку, расположенную между внутренней и латеральной пупочными складками. Косая паховая грыжа выходит через наружную паховую ямку, расположенную, латеральнее наружной пупочной складки. Таким образом, наружная пупочная складка, образованная брюшиной над нижней надчревной артерией, разделяет эти ямки.*

*В паховом промежутке косая паховая грыжа расположена снаружи от семенного канатика, в то время как прямая – медиальнее и не проходит в самом канале.*

К хирургу обратилась больная с жалобами на выпячивание в верхнем отделе передней поверхности бедра, небольшие боли в области паха, расстройство мочеиспускания. Диагностирована неущемленная бедренная грыжа. Больной произведена типичная операция грыжесечения. На шейку грыжевого мешка после вправления внутренностей, наложена прошивная лигатура. Грыжевой мешок отсечен, ушито внутреннее отверстие бедренного канала. В послеоперационном периоде у больной развилась мочевая флегмона.

 Что не учел хирург в клинической картине заболевания? Какую

 грубую диагностическую и техническую ошибку он допустил

 во время операции?

*У больной имела место скользящая грыжа, сформированная стенкой мочевого пузыря. Именно поэтому у больной одним из симптомов было расстройство мочеиспускания. При выполнении грыжесечения была травмирована стенка мочевого пузыря, что и привело к формированию мочевой флегмоны.*

**Тема 2. Топографическая анатомия верхнего этажа брюшной полости и клиническая анатомия желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, селезенки.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топография брюшины верхнего этажа брюшной полости. Сумки и связки.

2. Хирургическая анатомия желудка

3. Хирургическая анатомия 12-перстной кишки и поджелудочной железы

4. Хирургическая анатомия печени и желчных путей.

5. Операции при ранении органов брюшной полости.

 **Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование верхнего этажа брюшной полости.
* Препарирование чревного ствола.
* Препарирование желчных путей.

**Тестовые задания**

# Верхний и нижний этажи брюшной полости разделяет:

Большой сальник

Желудочно-ободочная связка

+Брыжейка поперечной ободочной кишки

Брыжейка тонкой кишки

# Проекционная линия на передней брюшной стенке, соответствующая границе между верхним и нижним этажами брюшной полости, проводится:

+Между нижними точками Х ребер

Между нижними точками ХII ребер

Между верхними точками крыльев подвздошных костей

# По своему положению двенадцатиперстная кишка относится:

К верхнему этажу брюшной полости

К нижнему этажу брюшной полости

+Располагается в обоих этажах

# Из отделов пищеварительного тракта имеет наиболее выраженную мышечную оболочку:

Пищевод

+Желудок

Двенадцатиперстная кишка

Тощая кишка

Подвздошная кишка

Толстая кишка

# Стенка тонкой кишки содержит… футляров:

1

+2

3

4

5

# Из оболочек стенок пищеварительного тракта наибольшими пластическими свойствами обладает:

Слизистая

Подслизистая

Мышечная

+Серозная

Субсерозная

**Ситуационные задачи**

Одним из принципов абдоминальной хирургии является оперирование на выведенном в операционную рану органе.

 Назовите органы брюшной полости, операции на которых

могут выполняться с соблюдением этого принципа. Какая анатомическая особенность этих органов обеспечивает возможность выведения их в операционную рану?

*В раны можно вывести органы, покрытые брюшиной со всех сторон – интраперитонеально. Именно наличие у таких органов брыжейки обеспечивает им мобильность. К таким органам относятся желудок, тощая и подвздошная кики, слепая кишка, поперечная ободочная и сигмовидная кишки.*

Важным симптомом прободения язвы желудка является исчезновение печеночной тупости при перкуссии области печени.

Объясните причину и дайте топографо-анатомическое обоснование появления этого симптома. Какой метод обследования может объективно показать причину исчезновения печеночной тупости?

*Исчезновение печеночной тупости при перкуссии связано с вхождением воздуха в брюшную полость и появление его в правом поддиафрагмальном пространстве. Визуализировать наличие воздуха может проведение рентгенографического исследования.*

У больного перфорация язвы задней стенки желудка.

В какой отдел брюшной полости изливается содержимое желудка при прободной язве такой локализации? Почему при прободении такой язвы часто не выражены классические симптомы напряжения передней брюшной стенки?

*При описанной ситуации содержимое желудка оказывается в сальниковой сумке. В этой ситуации отсутствуют классические симптомы раздражения париетальной брюшины передней брюшной стенки, что связано с отсутствием вовлечения ее (брюшины) в воспалительный процесс.*

Одним из осложнений язвенной болезни желудка является желудочное кровотечение.

 Язвы какой локализации и почему чаще приводят к такому

 осложнению? Укажите при этом возможные источники

 кровотечения.

 *Наиболее частой локализацией источника кровотечения является малая кривизна желудка и задняя стенка 12-перстной кишки. Возможными источниками кровотечения в этих ситуациях являются правая желудочная артерия и гастро-дуоденальная (желудочно-двенадцатиперстная) артерия.*

Выполняя холецистэктомию с удалением желчного пузыря от шейки, хирург приступил к выделению пузырной артерии.

 Как правильно обнаружить и выделить пузырную артерию,

 учитывая ее топографию? Какую артерию необходимо

 прежде всего уметь отличать от пузырной артерии и

 исключить возможность ее случайного ранения или

 перевязки, особенно если операция выполняется при наличии

 спаек и сращений в области шейки желчного пузыря?

*При выделении пузырной артерии необходимо ориентироваться на треугольник Кало, сторонами которого являются общий печеночный и пузырный протоки, а основанием искомая артерия. Она берет свое начало от правой печеночной артерии, от которой ее и надо отличить, чтобы не произвести перевязку правой печеночной. Что повлечет за собой ишемии и возможный некроз правой доли печени.*

У больного после тупой травмы в левой половине эпигастрия появились сильные постоянные боли в левом подреберье, чувство полноты. Объективно состояние больного хорошее. Через два дня после травмы больной был выписан из больницы, однако через день он вновь поступил с выраженными симптомами внутреннего кровотечения. Во время операции обнаружен разрыв селезенки и обильное кровоизлияние в брюшную полость.

 Объясните механизм течения травмы селезенки и развития

 позднего кровотечения? Чем были обусловлены боли в

 первые дни после травмы?

*В условии задачи описана картина двухмоментного разрыва селезенки. Сначала после травмы происходит разрыв паренхимы органа без повреждения капсулы и брюшины. Затем, через несколько дней, как правило после физического напряжения (поднятие тяжести, натуживания) происходит разрыв капсулы и висцеральной брюшины, покрывающей орган, что и приводит к внутреннему кровотечению.*

**Тема 3. Топографическая анатомия нижнего этажа брюшной полости и клиническая тонкой и толстой кишок.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Органы нижнего этажа брюшной полости. Отношение к брюшине.

2.Топография брюшины нижнего этажа брюшной полости (каналы, карманы, пазухи).

3. Хирургическая анатомия тонкой кишки

4. Хирургическая анатомия толстой кишки.

3. Кишечный шов, межкишечные анастомозы.

 **Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование нижнего этажа брюшной полости.
* Препарирование кровеносных сосудов нижнего этажа брюшной полости.
* Препарирование надлобковой области передней брюшной стенки.

**Тестовые задания**

\* К органам нижнего этажа брюшной полости относятся следующие из перечисленных:

+восходящая ободочная кишка

желудок

+нисходящая ободочная кишка

печень с желчным пузырем

поджелудочная железа

селезенка

+слепая кишка с червеобразным отростком

+сигмовидная кишка

+тощая и подвздошная кишка

# Из четырех брюшинных образований нижнего этажа брюшной полости свободно сообщается с брюшинными сумками верхнего этажа:

левая брыжеечная пазуха

левый боковой канал

правая брыжеечная пазуха

+правый боковой канал

\* Сообщения правой и левой брыжеечных пазух имеются:

+между петлями тонкой кишки и передней брюшной стенкой

через отверстие в корне брыжейки тонкой кишки

через отверстия в брыжейке поперечной ободочной кишки

между началом корня брыжейки тонкой кишки и брыжейкой поперечной +ободочной кишки

не сообщаются

# Наиболее вероятным путем распространения гнойного перитонита из правой брыжеечной пазухи является:

верхний этаж брюшной полости

+левая брыжеечная пазуха

левый боковой канал

правый боковой канал

брюшинный этаж малого таза

\* Наиболее вероятными путями распространения гнойного перитонита из левой брыжеечной пазухи являются:

верхний этаж брюшной полости

левый боковой канал

+правая брыжеечная пазуха

правый боковой канал

+брюшинный этаж малого таза

\* Наиболее вероятными путями распространения гнойного перитонита из правого бокового канала являются:

+печеночная сумка

левая брыжеечная пазуха

левый боковой канал

правая брыжеечная пазуха

+брюшинный этаж малого таза

# Наиболее вероятным путем распространения гнойного перитонита из левого бокового канала является:

верхний этаж брюшной полости

левая брыжеечная пазуха

правая брыжеечная пазуха

правый боковой канал

+брюшинный этаж малого таза

# Резекция тонкой кишки в качестве операции выбора применяется при ране тонкой кишки:

Длиной 3-5 см

Длиной 1/3 окружности тонкой кишки

Длиной менее 2/3 окружности

+Длиной более 2/3 окружности

Рана ушивается во всех случаях вне зависимости от размеров

# Стенка тонкой кишки содержит… футляров:

1

+2

3

4

5

# Из оболочек стенок пищеварительного тракта наибольшими пластическими свойствами обладает:

Слизистая

Подслизистая

Мышечная

+Серозная

Субсерозная

**Ситуационные задачи**

Хирург, обследуя кишечник во время операции по поводу кишечной непроходимости, обнаружил, что слепая кишка и прилежащий к ней отрезок подвздошной кишки спавшиеся.

 О какой локализации непроходимости должен думать хирург и в ка-

 ком направлении проводить дальнейшее обследование?

*У больного имеет место тонкокишечная непроходимость. Необходимо обследовать тонкую кишку от двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба до илеоцекального угла.*

 Оперируя больного с кишечной непроходимостью, хирург при обследовании кишечника обнаружил раздутые слепую и петли тонкой кишки.
 О какой локализации затруднения проходимости должен

 думать хирург и в каком направлении и последовательности

 нужно проводить дальнейшее обследование?

*При описанной картине необходимо подумать о кишечной непроходимости, связанной с затруднением пассажа кишечного содержимого по ободочной кишке, чаще поперечной ободочной. Для точного диагноза необходимо провести ревизию всей ободочной кишки, чтобы выяснить уровень формирования непроходимости.*

Выполняя аппендэктомию, хирург после вскрытия брюшинной полости вывел в операционную рану кишку.

 По каким признакам можно определить, какая кишка

 выведена в рану: слепая, сигмовидная, поперечная или

 тонкая?

*На слепой кишке отличительным признаком ее от остальных перечисленных отделов кишечника три гладкомышечные ленты сходятся у основания червеобразного отростка.*

*На тонкой кишке, кроме того, отсутствуют жировые подвески и вздутия, а продольная мускулатура расположена в виде сплошного слоя.*

Положёние червеобразного отростка в брюшной полости отличается значительной вариабельностью.

 Укажите четыре основных варианта положения

 червеобразного отростка и обусловленную каждым из них

 локализацию местных симптомов острого аппендицита.

*Выделяют насколько вариантов расположения червеобразного отростка.*

*Тазовое расположение, при опущении отростка в полость малого таза. При этом он может соприкасаться со стенкой мочевого пузыря, маточной трубой, яичником, стенкой прямой кишки. В этом случае острый аппендицит может протекать под маской острого цистита, внематочной беременности, апоплексии яичника, острого проктита.*

*При медиальном положении отростка, когда его конец направлен в сторону пупка, возможны явления энтерита (частый жидкий стул, выраженная перистальтика) или дивертикулита (воспаления Меккелева дивертикула, расположенного на стенке подвзошной кишки).*

*Восходящее расположение отростка впереди от восходящей ободочной кишки или в правом бокового канале, сопровождается клиникой тифлита (воспаления стенки правого отдела толстой кишки).*

*Ретроцекальное расположение отростка (позади слепой кишки) характеризуется снижением или отсутствием картины раздражения париетальной брюшины, что связано с тем, что отросток не соприкасается с передней брюшной стенкой.*

**Тема 4. Топографическая анатомия поясничной области и забрюшинного пространства.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Границы поясничной области.

2. топографическая анатомия отделов поясничной области.

3. «Слабые места» поясничной области и их клинической значение.

4. Люмботомия, виды, техника.

 **Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование поясничной области.

**Тестовые задания**

# Границей между поясничной областью и забрюшинным пространством является:

Квадратная мышца поясницы

Поперечная мышца живота

+Внутрибрюшная фасция

Забрюшинная фасция

# В забрюшинном пространстве между внутрибрюшной и забрюшинной фасциями располагается:

+Забрюшинный клетчаточный слой

Околоободочная клетчатка

Околопочечная клетчатка

# Околоободочная клетчатка располагается между:

Восходящей или нисходящей ободочной кишкой и позадиободочной фасцией

+Позадиободочной и впередипочечной фасциями

Позадиободочной и внутрибрюшной фасциями

# Околопочечная клетчатка располагается вокруг почки:

Под фиброзной капсулой почки

+Между фиброзной и фасциальной капсулами

Поверх фасциальной капсулы почки

# Чревный ствол отходит от брюшной аорты на уровне:

Th11

+Th12

L1

L2

# Верхняя брыжеечная артерия отходит от брюшной аорты на уровне:

Th12

+L1

L2

L3

^ Определите последовательность вен, составляющих анастомотический путь между нижней и верхней полыми венами в забрюшинном пространстве:

+Нижняя полая вена

+Поясничные вены

+Восходящие поясничные вены

+Непарная и полунепарная вены

+Верхняя полая вена

**Ситуационные задачи**

При выполнении паранефральной блокады вкол иглы производят в углу, образуемом ХII ребром и наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник, продвигают иглу перпендикулярно поверхности тела, раствор новокаина инъецируют в околопочечную клетчатку.

 Назовите слои поясничной области и забрюшинного пространства, которые последовательно проходит конец иглы при выполнения паранефральной блокады.

 *Слои поясничной области и забрюшинного пространства: кожа, подкожная жировая клетчатка, поверхностная фасция, грудо-поясничная фасция, наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота, поперечная мышца, поперечная фасция, собственная забрюшинная клетчатка, почечная фасция, околопочечная клетчатка.*

На аксиальной (горизонтальной) компьютерной томограмме на уровне почки видны фасции забрюшинного пространства.

Какие фасции визуализируются в забрюшинном пространстве?

*На компьютерной томограмме определяются все фасции забрюшинного пространства: забрюшинная, предпочечная, позадипочечная, околоободочная.*

У больного выполнен микрохирургический спленоренальный анастомоз конец в бок с сохранением селезенки и почки. Хирург пересек почечную вену и наложил анастомоз центрального конца почечной вены с селезеночной веной.

Объясните, как происходит венозный отток от левой почки при такой операции.

*При пересечении левой почечной вены в периферическом конце остается приток в виде левой яичковой (яичниковой) вены, по которой в послеоперационном периоде оттекает венозная кровь от почки.*

**Тема 5.**  **Хирургическая анатомия почек и мочеточников.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Хирургическая анатомия почки.

3. Хирургическая анатомия мочеточников.

4. Кровоснабжение и иннервация почки и мочеточника. Лимфоотток.

 **Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование почки
* Препарирование мочеточника.
* Препарирование внутреннего строения почки

**Тестовые задания**

# Почечные артерии отходят от брюшной аорты на уровне:

Th12 - L1

+L1 - L2

L2 - L3

L3 - L4

# Нижняя брыжеечная артерия отходит от брюшной аорты на уровне:

L1

L2

+L3

L4

^ Определите порядок расположения трех капсул почки, начиная от ее паренхимы:

+Фиброзная капсула

+Жировая капсула

+Фасциальная капсула

# Почки покрыты брюшиной:

Интраперитонеально

Мезоперитонеально

+Экстраперитонеально

# По отношению к позвоночнику левая почка располагается на уровне:

+Th 11 - L 2

Th 11 - L 3

Th 12 - L 2

Th 12 - L 3

L 1 – L 3

# По отношению к позвоночнику правая почка располагается на уровне:

Th 11 – L 2

Th 11 – L 3

+Th 12 – L 2

Th 11 – L 3

L 1 – L 3

**Ситуационные задачи**

При выполнении паранефральной блокады вкол иглы производят в углу, образуемом ХII ребром и наружным краем мышцы, выпрямляющей позвоночник, продвигают иглу перпендикулярно поверхности тела, раствор новокаина инъецируют в околопочечную клетчатку.

 Назовите слои поясничной области и забрюшинного пространства, которые последовательно проходит конец иглы при выполнения паранефральной блокады.

 *Слои поясничной области и забрюшинного пространства: кожа, подкожная жировая клетчатка, поверхностная фасция, грудо-поясничная фасция, наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота, поперечная мышца, поперечная фасция, собственная забрюшинная клетчатка, почечная фасция, околопочечная клетчатка.*

В ходе операции нефрэктомии при выделении почки изжировой капсулы и попытке вывести ее в рану возникло интенсивное артериальное кровотечение. Почечная артерия не повреждена.

 Дайте объяснение возникшего кровотечения. Как следует выполнять этот этап операции, чтобы избежать такого осложнения?

 *Во время выполнения нефрэктомии следует помнить, что около 30% людей имеют добавочные артерии, идущие к почке, при пересечении которых возникает интенсивное кровотечение.*

На аксиальной (горизонтальной) компьютерной томограмме на уровне почки видны фасции забрюшинного пространства.

Какие фасции визуализируются в забрюшинном пространстве?

*На компьютерной томограмме определяются все фасции забрюшинного пространства: забрюшинная, предпочечная, позадипочечная, околоободочная.*

У больного выполнен микрохирургический спленоренальный анастомоз конец в бок с сохранением селезенки и почки. Хирург пересек почечную вену и наложил анастомоз центрального конца почечной вены с селезеночной веной.

Объясните, как происходит венозный отток от левой почки при такой операции.

*При пересечении левой почечной вены в периферическом конце остается приток в виде левой яичковой (яичниковой) вены, по которой в послеоперационном периоде оттекает венозная кровь от почки.*

**Тема№6**: **Топографическая анатомия малого таза.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Обзорная топография малого таза.

2. Границы, этажи, стенки, дно.

3. Фасции и клетчаточные пространства.

4. Кровеносные сосуды и нервы. Лимфатические узлы.

 **Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование брюшинного этажа малого таза.
* Препарирование кровеносных сосудов малого таза.

**Тестовые задания**

# Основные клетчаточные пространства полости малого таза находятся в пределах:

Брюшинного этажа таза

+Подбрюшинного этажа таза

Подкожного этажа таза

# На передней поверхности матки брюшина покрывает:

Только тело матки

+Тело и надвлагалищную часть шейки матки

Тело и всю шейку матки

Тело матки, надвлагалищную часть шейки и передний свод влагалища

# На задней поверхности матки брюшина покрывает:

Только тело матки

Тело и надвлагалищную часть шейки матки

Тело и всю шейку матки

+Тело матки, надвлагалищную часть шейки и задний свод влагалища

\* Мочеполовая диафрагма образована следующими двумя мышцами из перечисленных:

+Глубокой поперечной мышцей промежности

Копчиковой мышцей

Мышцей, поднимающей задний проход

Седалищно-пещеристой мышцей

+Сфинктером мочеиспускательного канала

\* Диафрагма таза образована следующими двумя мышцами из перечисленных:

Глубокой поперечной мышцей промежности

+Копчиковой мышцей

+Мышцей, поднимающей задний проход

Седалищно-пещеристой мышцей

Сфинктером мочеиспускательного канала

# Седалищный нерв выходит из малого таза в ягодичную область через:

Запирательное отверстие

Надгрушевидное отверстие

+Подгрушевидное отверстие

Малое седалищное отверстие

# Задний кожный нерв бедра выходит из малого таза в ягодичную область через:

Запирательное отверстие

Надгрушевидное отверстие

+Подгрушевидное отверстие

Малое седалищное отверстие

# Половой нерв, внутренние половые артерия и вены проникают в седалищно-прямокишечную ямку через:

Запирательное отверстие

Передние крестцовые отверстия

Подгрушевидное отверстие

+Малое седалищное отверстие

# Из перечисленных связок матки дупликатурой брюшины является:

Кардинальная связка матки

Круглая связка матки

Прямокишечно-маточная связка

Собственная связка яичника

+Широкая связка матки

# В ходе операции по поводу нагноения клетчатки околоматочного пространства было обнаружено скопление гноя в предбрюшинной клетчатке передней брюшной стенки у внутреннего отверстия пахового канала. Определите, по ходу какого анатомического образования распространялся нагноительный процесс:

+По ходу круглой связки матки

По ходу нижней надчревной артерии

По околопузырному и предпузырному пространствам

По ходу широкой связки матки

**Ситуационные задачи**

При гнойном параметрите возможно распространение гнойных затеков в соседние клетчаточные пространства и области.

 Опишите пути распространения гнойных затеков, исходя из сообщений околоматочного клетчаточного пространства.

*Гнойные затеки могут распространиться на околопузырное клетчаточное пространство, околопрямокишечное пространство, на боковые клетчаточные пространства малого таза.*

При трубной беременности разрыв маточной трубы сопровождается кровотечением со скоплением крови в прямокишечно-маточном углублении (дугласовом пространстве).

 Назовите источник кровотечения и объясните локализацию гематомы.

*Кровоснабжение маточных труб осуществляется из ветвей яичниковой артерии и трубных ветвей маточной артерии. Венозный отток по одноименным венам осуществляется в маточное сплетение. Из указанных источников происходит кровотечение, кровь скапливается в самом низкой точке полости малого таза – дугласовом пространстве.*

Диагноз разрыва трубы при внематочной беременности может быть поставлен путем пункции заднего свода влагалища и обнаружения свежей крови в прямокишечно-маточном углублении.

 Дайте топографоанатомическое обоснование этой диагностической манипуляции.

*Проводится пункция самого низкого углубления полости малого таза, где в вертикальном и горизонтальном положениях скапливается свободная жидкость.*

У больной тромбофлебитом маточного венозного сплетения внезапно появились боли в грудной клетке, расстройства дыхания, цианоз.

 Поставьте диагноз и опишите путь развития этого осложнения.

 *По всей видимости у больной имеет место тромбоз ветвей легочной артерии.*

 *Путь миграции тромба из маточного венозного сплетения в маточные вены, внутренние подвздошные вены, общие подвздошные вены, нижнюю полую вену, правое предсердие, правый желудочек сердца, легочный ствол, легочные артерии*

**Тема№7**: **Клиническая анатомия органов малого таза.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Хирургическая анатомия мочевого пузыря.

2. Топография мочепузырного треугольника.

3. Клиническая анатомия уретры.

4. Хирургическая анатомия прямой кишки.

5. Границы, этажи, стенки, дно.

6. Кровеносные сосуды и нервы мочевого пузыря и прямой кишки. Лимфатические узлы.

 **Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование мочевого пузыря.
* Препарирование кровеносных сосудов прямой кишки.

**Тестовые задания**

\* Мочеполовая диафрагма образована следующими двумя мышцами из перечисленных:

+Глубокой поперечной мышцей промежности

Копчиковой мышцей

Мышцей, поднимающей задний проход

Седалищно-пещеристой мышцей

+Сфинктером мочеиспускательного канала

\* Диафрагма таза образована следующими двумя мышцами из перечисленных:

Глубокой поперечной мышцей промежности

+Копчиковой мышцей

+Мышцей, поднимающей задний проход

Седалищно-пещеристой мышцей

Сфинктером мочеиспускательного канала

# Мочевой пузырь покрыт брюшиной:

Интраперитонеально

+Мезоперитонеально

Экстраперитонеально

# Матка покрыта брюшиной:

Интраперитонеально

+Мезоперитонеально

Экстраперитонеально

\* Прямая кишка покрыта брюшиной:

+Интраперитонеально

+Мезоперитонеально

+Экстраперитонеально

**Ситуационные задачи**

При острой задержке мочи и невозможности произнести катетеризацию мочевого пузыря возможны его надлобковая пункция или операция наложения временного свища.

 Дайте топографоанатомическое обоснование техники и возможности внебрюшинного выполнения этих вмешательств.

 *При переполненном мочевом пузыре складка переднего отдела париетальной брюшины смещается кверху и пузырь непосредственно прилежит к передней брюшной стенки.*

 *После определения верхней границы мочевого пузыря, растянутого мочой выполняют пункцию на 2 сантиметра выше линии лобка, более низкое выполнение пункции опасно повреждением предстательной железы при ее увеличении. Послойно проходят кожу, подкожную жировую клетчатку, поверхностную и собственную фасции, мышечно-апоневротический слой, поперечную фасцию, предбрюшинную и предпузырную клетчатки, стенку мочевого пузыря.*

Диагностика аденомы предстательной железы возможна при ректальном пальцевом исследовании.

 Каковы топографоанатомические основы этого метода? Какие еще органы мужской половой системы могут бытьпри этом исследованы?

 *Метод основан на синоптическом расположении органов малого таза. Передняя стенка прямой кишки прилежит к задней поверхности предстательной железы по бокам от нее можно прощупать семенные пузырьки.*

У ослабленного больного 67 лет отмечается задержка мочеиспускания в связи с наличием аденомы предстательной железы. На консилиуме врачей принято решение о выполнении трансуретральной аденомэктомии.

Объясните суть выполняемой операции. Каким образом удается избежать массивного кровотечения при ее выполнении?

*Сущность операции заключается в частичной резекции аденоматозно измененной предстательной железы через уретру под контролем эндоскопа. Операция выполняется с использованием резектоскопа, с помощью которого проводятся резекция ткани железы и одновременная ее коагуляция, что позволяет добиться минимальной кровопотери.*

У больного с мочекаменной болезнью выполнена дистанционной литотрипсия. На контрольной цистоскопии в устье мочеточника фрагмент камня, моча не выделяется.

Дайте топографо-анатомическое обоснование данному осложнению.

*На протяжении мочеточника имеются три сужения. Наиболее дистальное, самое узкое, диаметром 1-3 мм в месте впадения мочеточника в мочевой пузырь. Именно в этом сужении и застрял фрагмент раздробленного камня.*

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **Решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дал правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Прием практических навыков**  | Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения. |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Клиническая анатомия и оперативная хирургия» в форме зачета проводится в устной форме по зачетным билетам.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Результат аттестации** | **Критерии оценивания** |
| Зачтено | С оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| С оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| Не зачтено | Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. Ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения.  |

В**опросы для зачета по дисциплине**

1. Топографическая анатомия боковой области живота

2. Топографическая анатомия пупочной области живота.

3. Топографическая анатомия подвздошно-паховой области живота.

4. Анатомическая характеристика брюшных грыж.

5. Верхняя, средняя и нижняя срединные лапаратомии, поперечные лапаратомии.

6. Топография брюшины нижнего этажа брюшной полости (каналы, синусы, карманы, большой сальник).

7. Хирургическая анатомия тонкой кишки.

8. Хирургическая анатомия толстой кишки.

9. Кровоснабжение органов нижнего этажа брюшной полости

10. Кишечный шов, анатомо-хирургическое обоснование, виды.

11. Межкишечные анастомозы.

12. Топографическая анатомия поясничной области.

13. Топографическая анатомия забрюшинного пространства.

14. Хирургическая анатомия почек.

15. Хирургическая анатомия мочеточников.

16. Топографическая анатомия малого таза. Границы, стенки, дно,этажи.

17. Фасции и клетчаточные пространства малого таза.

18. Хирургическая анатомия мочевого пузыря

19. Хирургическая анатомия матки и придатков.

20. Хирургическая анатомия прямой кишки.

21. Топографическая анатомия промежности.

**Перечень практических навыков, освоенных в процессе обучения**

1. Препарирование областей передней брюшной стенки, органов нижнего этажа брюшной полости, малого таза, областей поясничной области.
2. Освоение техники нижней срединной лапаратомии, люмботомии.
3. Освоение техники кишечного шва.
4. Освоение техники резекции тонкой кишки и наложения межкишечного анастомоза.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Кафедра оперативной хирургии и клинической анатомии им.С.С.Михайлова**

**по специальности 31.08.68.Урология**

**дисциплина «клиническая анатомия и оперативная хирургия»**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Хирургическая анатомия мочевого пузыря.

2. Топографическая анатомия малого таза. Границы, стенки, дно, этажи.

Зав.кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии им.С.С.Михайлова ОрГМУ профессор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Чемезов С.В.

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_/И.В.Ткаченко

 «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-1 | Знать - Границы и области передней брюшной стенки. Проекция органов брюшной полости. Топографическая анатомия боковой, пупочной, подвздошно-паховой и надлобковой областей. Анатомическая характеристика брюшных грыж. Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Верхняя, средняя и нижняя срединные лапаратомии. Поперечные лапаратомии. 2. Топография брюшины нижнего этажа брюшной полости (каналы, синусы, карманы, большой сальник). Хирургическая анатомия тонкой и толстой кишки. Кишечный шов, межкишечные анастомозы. 3. Топографическая анатомия поясничной области и забрюшинного пространства. Хирургическая анатомия почек и мочеточников. 5. Топографическая анатомия малого таза. Границы, стенки, дно, фасции и клетчаточные пространства. Хирургическая анатомия мочевого пузыря, матки и прямой кишки. Топографическая анатомия промежности. | вопросы №№1-21 |
| Уметь - выполнить срединную лапаратомию 2• выполнить резекцию тонкой кишки и межкишечный анастомоз | вопросы №№1-21практические навыки, освоенных в процессе обучения №№1-4 |
| Владеть - навыками изучения топографической анатомии, принципами гуманизма и милосердия, уважительного и бережного отношения к изучаемому объекту – органам человеческого тела, к трупу; • навыками общехирургической техники выполнения оперативных вмешательств. | вопросы №№1-21практические навыки, освоенных в процессе обучения №№1-4 |