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**

Общая хирургия. Оперативная хирургия. Урология. Анестезиология

 (наименование дисциплины)

по направлению подготовки (специальности)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 32.05.01 Медико-профилактическое дело \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(код, наименование направления подготовки (специальности))

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 32.05.01 Медико-профилактическое дело, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России протокол № 11 от «22» июня 2018 года

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 экзамена.

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 **следующие компетенции:**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование компетенции | Индикатор достижения компетенции |
| ОПК-4: Способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия, дезинфекционные средства, лекарственные препараты, в том числе иммунобиологические, и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины | Инд.ОПК4.1: Обоснование выбора специализированного оборудования, технологий, препаратов и изделий, дезинфекционных средств, лекарственных препаратов, иных веществ и их комбинаций исходя из поставленной профессиональной задачи |
| ОПК-6: Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | Инд.ОПК6.1: Оказание первой врачебной помощи при ургентных состояниях на догоспитальном этапе - при болях в сердце; при приступе удушья при сердечной астме; при приступе удушья при бронхиальной астме, астматическом статусе; при коликах: почечной, печеночной; при кровотечении (легочном, желудочно-кишечном); при комах: алкогольной, печеночной, уремической; при кардиогенном шоке, нарушении ритма сердца |

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Модуль *1*** Оперативная хирургия

**Тема 1**Операции на конечностях

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач, проверка практических навыков, защита реферата.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости***:*

**1. Перечень тестовых вопросов.**

**1.01** В классификацию панарициев входят все виды, кроме:

1. Подногтевого

2. Кожного

3. Мышечного

4. Костного

5. Суставного

**1.02** Резкая болезненность при подкожном панариции ладонной поверхности пальца обусловлена:

1. Быстрым накоплением гноя в подкожной клетчатке

2. Раздражением кожных болевых рецепторов

3. Раздражением собственных нервов пальца

4. Растяжением фиброзных перемычек подкожной жировой клетчатки

**1.03** Через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони сообщается:

1. С подапоневротическим клетчаточным пространством ладони

2. С подсухожильным клетчаточным пространством ладони

3. С синовиальными влагалищами 2-5 пальцев

4. С клетчаточным пространством Парона-Пирогова

5. С футлярами червеобразных мышц

**1.04** Подкожный панариций на уровне дистальной фаланги пальца может осложниться:

1. Сухожильным панарицием

2. Костным панарицием

3. Суставным панарицием

4. Флегмоной клетчаточных пространств ладони

**1.05** Кожные разрезы при панарициях пальцев не должны переходить через линию межфаланговых суставов, чтобы:

1. Не оказалась вскрытой полость сустава

2. Не были повреждены околосуставные связки

3. Не образовался кожный рубец на уровне суставной щели

**1.06** 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

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

1. Сдавлением сухожилия гноем, накапливающимся в синовиальном влагалище

2. Гнойным расплавлением сухожилия в синовиальном влагалище

3. Сдавлением брыжеечки сухожилия гноем, накапливающимся в синовиальном влагалище

**1.08** V-образная флегмона – это:

1. Гнойный тендовагинит 1 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 вышеприведенные элементы

**1.09** У больного острый гнойный тендовагинит I пальца осложнился V-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.

**1.10** При гнойном тендовагините разрезы в области дистальных фаланг пальцев:

1. Не проводят вследствие отсутствия на дистальных фалангах синовиальных влагалищ сухожилий

2. Проводят обязательно для лучшего оттока гноя

3. Проводят типичные разрезы по Клаппу

4. Проводят только на боковых поверхностях

5. Проводят вблизи сустава

**1.11** При вскрытии гнойного тендовагинита правильно следующее утверждение:

1. Пересечение брыжейки допустимо, т.к. не опасно для кровоснабжения сухожилия

2. Категорически запрещено, т.к. повреждение брыжейки сухожилия нарушит питание сухожилия и приведет к его некрозу

3. Повреждения брыжейки сухожилия при возможности следует избежать

4. Пересечение брыжейки зависит от объема проводимого оперативного вмешательства

5. Пересечение брыжейки необходимо для мобилизации сухожилия

**1.12** Необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий сгибателей пальцев объясняется, прежде всего:

1. Возможностью распространения гноя в клетчаточное пространство Пароны-Пирогова

2. Возможностью перехода процесса на костные ткани

3. Возможностью омертвения сухожилий вследствие сдавления их брыжейки

4. Возможностью развития сепсиса

5. Возможностью восходящего распространения гноя по клетчаточным пространствам верхней конечности

**1.13** Разрезы на пальцах кисти при гнойном тендова-гините следует делать вне межфаланговых суставов:

1. На ладонной поверхности

2. На задней поверхности

3. На боковых поверхностях

4. В области дистальной фаланги

5. На передне-боковых поверхностях

**1.14** При гнойном тендовагините и тендобурсите I пальца гнойный процесс может распространяться по всем направлениям, кроме как:

1. На протяжении I пальца

2. На ладонную поверхность пястья

3. На нижнюю треть переднего ложа предплечья

4. Во влагалище локтевого разгибателя запястья

5. В синовиальное влагалище I пальца

**1.15** Особенность подкожного гнойного процесса на дистальной фаланге пальца кисти заключается в распространении гноя:

1. По направлению к кости

2. Под кожу тыла пальца

3. Под кожу вдоль фаланг пальца

4. Все указанные варианты

5. Не распространяется

**1.16** Вялым параличом мышц, разгибающих пальцы и кисть, сопровождается повреждение:

1. Поверхностной ветви лучевого нерва

2. Срединного нерва

3. Переднего межкостного нерва

4. Глубокой ветви лучевого нерва

5. Локтевого нерва

**1.17** При повреждении лучевого нерва кисть приобретает положение:

1. «Руки акушера»

2. «Когтистой лапы»

3. «Кисти обезьяны»

4. «Руки нищего»

5. «Плети»

**1.18**  «Обезьянья кисть» обнаруживается при поражении нерва:

1. Срединного

2. Лучевого

3. Локтевого

4. Мышечно-кожного

**1.19**  «Когтистая лапа» обнаруживается при поражении нерва:

1. Срединного

2. Мышечно-кожного

3. Локтевого

4. Лучевого

**1.20**. 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

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

1. Фасциальнопластические

2. Миопластические

3. Периостопластические

4. Костнопластические

5. Все выше указанные

**1.22.** Круговые ампутации бывают:

1. Одномоментная

2. Двухмоментная

3. Трехмоментная

4. Четырехмоментная

5. Пятимоментная

**1.23.** 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

**1.24**. Для лигирования сосудов среднего и крупного калибра при ампутациях обычно применяется:

1. Шелк

2. Синтетические нити

3. Кетгут

4. Льняные нити

5. Конский волос

**1.25.** Для предупреждения кровотечения во время 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

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

1. Для предотвращения развития невромы

2. Для предотвращения развития фантомных болей

3. Для предупреждения развития каузалгий

4. Для того, чтобы сформировалась неврома небольших размеров

5. С целью лучшего заживления раны

**1.27**. Концы нервов при ампутации конечности усекают на расстоянии:

1. 1-2 см

2. 3-4 см

3. 5-6 см

4. 7-8 см

5. до 10 см

**1.28.** После рассечения мышц при ампутации оттягивают мягкие ткани в проксимальном направлении:

1. С помощью марлевого ретрактора

2. С помощью крючков Фарабефа

3. С помощью металлического ретрактора

4. С помощью лопаточки Буяльского

5. С помощью лопаточки для разъединения мягких тканей

**1.29.** Развитие острого болевого синдрома при развитии гнойного воспаления в замкнутых фасциальных пространствах объясняется:

1. Большим количеством нервных окончаний

2. Особенностью микроциркуляции

3. Быстротой увеличения давления в замкнутом пространстве, приводящем к нарастанию ишемии мышц

4. Переходом воспаления на другие области

5. Сдавлением мышц при повышении давления

**1.30.** Иссечение суставной сумки называется:

1. Резекцией

2. Артропластикой

3. Синовэктомией

4. Артродезом

5. Артротомией

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

1. Резекцией сустава

2. Артропластикой

3. Синовэктомией

4. Артродезом

5. Артротомией

**1.32**. Выравнивание и сопоставление смещенных отломков костей при переломах называется:

1. Редрессацией

2. Остеосинтезом

3. Остеотомией

4. Трансплантацией

5. Репозицией

**1.33.** Насильственное бескровное устранение деформации или контрактуры путем растяжения и частичного разрыва тканей при помощи гипсовых повязок или специальных приборов и аппаратов называется:

1. Редрессацией

2. Остеосинтезом

3. Остеотомией

4. Трансплантацией

5. Репозицией

**1.34.** Операция фиксации сустава в заданном положении обозначается как:

1. Артродез

2. Артролиз

3. Артропластика

4. Артротомия

5. Резекция сустава

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

1. Артродез

2. Артролиз

3. Артропластика

4. Артротомия

5. Резекция сустава

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

1. Артродез

2. Артролиз

3. Артропластика

4. Артротомия

5. Резекция сустава

**1.37.** Операция рассечения кости с целью устранения ее деформации называется:

1. Остеопластика

2. Остеосинтез

3. Остеотомия

4. Резекция кости

**1.38.** Операция соединения кости и устранения подвижности отломков называется:

1. Остеопластика

2. Остеосинтез

3. Остеотомия

4. Резекция кости

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

1. Остеопластика

2. Остеосинтез

3. Остеотомия

4. Протезирование

**1.40.**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 5-10 мм

**Ответы на тестовые задания**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.01 – 31.02 – 4 1.03 – 11.04 – 21.05 – 1,21.06 – 31.07 – 31.08 – 11.09 – 3 | 1.10 – 11.11 – 21.12 – 31.13 – 51.14 – 41.15 – 11.16 – 41.17 – 41.18 – 11.19 – 3 | 1.20 – 21.21 – 51.22 – 1,2,31.23 – 3,4,51.24 – 31.25 – 3,41.26 – 21.27 – 31.28 – 1,31.29 – 31.30 – 3 | 1.31 – 11.32 – 51.33 – 11.34 – 11.35 – 21.36 – 31.37 – 31.38 – 21.39 – 11.40 – 2 |

**2. Перечень вопросов для подготовки к устному опросу**

1. Виды, назначение и правила работы с хирургическими инструментами
2. Разрезы при флегмонах конечностей.
3. Лечение панариция.
4. Ампутации конечностей.
5. Остановка кровотечения из сосудов конечностей.
6. Сухожильные швы.
7. Пункция суставов.

**3. Решение ситуационных задач**

1.01. При флегмонах подмышечной впадины возможно распространение

гнойных затеков в соседние области. Назовите основные места локализации таких затеков и анатомические пути распространения гноя.

1.02. Выполняя операцию по поводу ранения в области плечевого сустава, хирург по показаниям произвел перевязку подмышечной артерии на участке между началами латеральной грудной и подлопаточной артерий.

Опишите предсуществующие коллатеральные пути, по которым может восстановиться кровоснабжение свободного отдела верхней конечности.

1.03. Хирург выполняет операцию ампутации плеча в нижней трети.

После рассечения мягких тканей и распила плечевой кости он должен обработать кровеносные сосуды, нервы, мягкие ткани, а затем произвести послойное ушивание раны.

В чем должна состоять обработка нервов и с какой целью? Назовите нервы плеча (поверхностные и глубокие) и места их расположения на указанном уровне плеча, которые должен обработать хирур.

1.04. Выполняя в обнажение и перевязку плечевой артерии в средней трети плеча хирурги на одном операционном столе наложили лигатуры на плечевую артерию до отхождения от нее глубокой артерии плеча, а на другом - после отхождения.

Какой из этих двух уровней более обоснован с точки зрения восстановления кровоснабжения дистальной части конечности в условиях клиники. Проведите сопоставительный анализ путей коллатерального кровоснабжения при указанных двух уровнях перевязки плечевой артерии.

1.05. В хирургическое отделение поступил больной с запущенным гнойным воспаление локтевого сустава. На операции были обнаружены и дренированы гнойные затеки, сформировавшиеся в результате прорыва гноя из полости сустава.

Назовите и обоснуйте наиболее вероятные места прорыва гноя за пределы сустава и пути распространения гнойных затеков.

1.05. У больного косая резаная рана в нижней трети передней области предплечья. При обследовании обнаружено: отсутствие сгибания Т,П,Ш пальцев и противопоставления большого пальца, расстройства кожной чувствительности на ладонной поверхности первых трех пальцев и соответствующей части ладони.

Какой нерв оказался пересеченным и какие особенности его топографии в нижней трети предплечья могут способствовать его повреждению?

1.06. Подкожный панариций дистальной фаланги пальца характеризуется сильным болевым синдромом. Объясните механихм его возникновения.

1.07. При внутримышечных инъекциях, выполняемых в ягодичной области, вкол инъекционной иглы производят в пределах верхнелатерального квадрата области.

Дайте обоснование возможности использования именно этого квадрата в сравнении с другими отделами ягодичной области.

1.08. Вследствие нарушения правил и техники внутримышечной инъекции, а также некоторых отягчающих моментов (сахарный диабет) у больного развилась постинъекционная флегмона ягодичной области, локализующаяся в клетчаточном пространстве под большой ягодичной мышцей.

Назовите возможные пути и места распространения гнойных затеков при флегмоне такой локализации.

1.09. В лечебной практике все чаще внутримышечные инъекции выполняются не в ягодичной области, а в наружном отделе передней области бедра.

Проведите сопоставление этих областей по их топографоанатомическим особенностям как мест для внутримышечных инъекций.

1.10. Хирург, выполняя ампутацию бедра в средней трети, после распила кости и удаления дистальнои части конечности приступает к обработке кровеносных сосудов и нервов.

Назовите нервы бедра (глубокие и поверхностные) и их положение на этом уровне, которые хирург должен выделить и произвести их укорочение.

1.11. Выполняя операцию перевязки бедренной артерии в верхней трети бедра, хирург обнажил бедренную артерию на уровне отхождения от нее глубокой артерии бедра, получив тем самым возможность перевязать артерию до или после отхождения ее главной ветви,

Определите возможности и пути коллатерального кровообращения после перевязки на каждом из двух уровней, выберите и обоснуйте наиболее целесообразный из них.

1.12. У больного по показаниям выполнена перевязка бедренной артерии на уровне дистальнее места отхождения глубокой артерии бедра и до вхождения артерии в приводящий канал. Сразу после операции развились постоянные, жгучие боли, что потребовало повторного вмешательства для исправления допущенной во время операции технической ошибки.

Какую особенность топографии бедренной артерии на этом уровне не учел хирург и какая ошибка явилась причиной появления резких болей после операции.

1.13. Больному по показаниям выполнена перевязка бедренной артерии в приводящем канале, т.е. в нижней трети бедра.

Опишите коллатеральные пути, по которым восстановится кровоснабжение дистальной части конечности.

1.14. Хирург выполняет обнажение бедренной артерии в приводящем канале для последующей ее пластики. Опишите последовательные действия хирурга по обнажению артерии, исходя из ее хирургической анатомии.

1.15. У больного диагносцирована флегмона подколенной ямки, распространяющаяся на соседние области. Опишите наиболее вероятные пути распространения гнойных затеков на основе сообщений подколенной ямки с клетчаточными щелями и фасциальными ложами бедра и голени.

**4. Проверка практических навыков**

1. Владение общехирургическими инструментами.
2. Рассечение кожи.
3. Рассечение фасции или апоневроза.
4. Рассечение и разделение мышц.
5. Рассечение париетальной брюшины.
6. Наложение узлового шва
7. Наложение П-образного шва.
8. Наложение непрерывного обвивного шва.
9. Наложение кисетного шва.
10. Сшивание париетальной брюшины.
11. Сшивание мышцы.
12. Сшивание мышцы или апоневроза.
13. Сшивание кожи.
14. Завязывание узлов: простого, морского, хирургического.
15. Лигирование кровеносного сосуда в ране.
16. Перевязка кровеносного сосуда на протяжении.
17. Венесекция.
18. Разрезы при подкожном панариции.
19. Пункция локтевого сустава.
20. Пункция коленного сустава.
21. Трахеостомия.
22. Ушивание раны тонкой кишки.

**5. Защита реферата**

1. Н.И. пирогов - хирург, топограф, клинический анатом.
2. Хирургическая анатомия
3. Хирургический инструментарий.
4. Операции на сосудах.
5. Операции на нервах
6. Операции при флегмонах
7. Операции при панариции
8. Операции на суставах
9. Амутации и экзартикуляции

**Модуль *1*** Оперативная хирургия

**Тема 2**Типовые хирургические вмешательства на внутренних органах. Практикум на животном

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, устный опрос, решение ситуационных задач, проверка практических навыков, защита реферата.

**1. Перечень тестовых вопросов.**

**2.01** При выполнении нижней трахеостомии срединным доступом после проникновения в предтрахейное пространство внезапно возникло сильное кровотечение. Определите поврежденную артерию:

1. Восходящая шейная артерия

2. Нижняя гортанная артерия

3. Нижняя щитовидная артерия

4. Низшая щитовидная артерия

**2.02** Во время операции струмэктомии, выполняемой под местной анестезией, при наложении зажимов на кровеносные сосуды щитовидной железы у больного возникла осиплость голоса из-за:

1. Нарушения кровоснабжения гортани

2. Сдавления верхнего гортанного нерва

3. Сдавления возвратного гортанного нерва

**2.03** При субтотальной резекции щитовидной железы должна быть оставлена часть железы, содержащая паращитовидные железы. Такой частью является:

1. Верхний полюс боковых долей

2. Задне-внутренняя часть боковых долей

3. Задне-наружная часть боковых долей

4. Передне-внутренняя часть боковых долей

5. Передне-наружная часть боковых долей

6. Нижний полюс боковых долей

**2.04** У пострадавшего сильное кровотечение из глубо-ких отделов шеи. С целью перевязки наружной сонной артерии хирург обнажил в сонном треугольнике место деления общей сонной артерии на наружную и внут-реннюю. Определите главный признак, по которому можно отличить эти артерии друг от друга:

1. Внутренняя сонная артерия крупнее наружной

2. Начало внутренней сонной артерии располагается глубже и кнаружи начала наружной

3. От наружной сонной артерии отходят боковые ветви

**2.05** При выполнении трахеотомии больному следует придать положение:

1. На спине: голова запрокинута кзади, под лопатки подложен валик

2. На спине: голова повернута влево, под лопатки подложен валик

3. На спине: голова повернута влево, правая рука оттянута вниз

4. Полусидячее положение с запрокинутой кзади головой

5. Лежа на правом или левом боку

**2.06** Для проведении разреза при трахеостомии точно по средней линии должны быть совмещены на одной линии в области шеи два ориентира из перечисленных:

1. Верхняя вырезка щитовидного хряща

2. Середина тела подъязычной кости

3. Середина подбородка

4. Перешеек щитовидной железы

5. Середина яремной вырезки грудины

**2.07** Выполняя передне-боковую торакотомию, хирург произвел рассечение межреберных мышц слишком близко к нижнему краю вышележащего ребра, что создало опасность повреждения одного из перечисленных элементов межреберного сосудисто-нервного пучка:

1. Артерии

2. Вены

3. Нерва

**2.08** Выпот в плевральной полости прежде всего начинает накапливаться в синусе:

1. Реберно-диафрагмальном

2. Реберно-средостенном

3. Средостенно-диафрагмальном

**2.09** При выполнении диагностической плевральной пункции пунктируется:

1. Реберно-диафрагмальный синус

2. Реберно-средостенный синус

3. Средостенно-диафрагмальный синус

**2.10** 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

**2.11** Пневмоторакс как осложнение плевральной пункции может возникнуть:

1. При повреждении иглой легкого

2. При повреждении иглой диафрагмы

3. Через пункционную иглу

**2.12** Внутрибрюшинное кровотечение как осложнение плевральной пункции может возникнуть в результате повреждения:

1. Диафрагмы

2. Печени

3. Селезенки

**2.13** При торакотомии рассечение межреберных мышц следует выполнять:

1. По нижнему краю вышележащего ребра

2. По средине межреберья

3. По верхнему краю нижележащего ребра

**2.14** Проекция ворот легких на переднюю грудную стенку соответствует:

1. I-III ребрам

2. II-IV ребрам

3. III-V ребрам

4. IV-VI ребрам

**2.15** У ребенка вишневая косточка случайно попала в дыхательные пути, закупорив один из долевых бронхов, что привело к ателектазу доли легкого. Определите наиболее вероятное положение вишневой косточки:

1. Верхнедолевой бронх левого легкого

2. Среднедолевой бронх правого легкого

3. Нижнедолевой бронх левого легкого

4. Нижнедолевой бронх правого легкого

**2.16** Наиболее частым оперативным доступом при операциях на сердце является:

1. Левосторонняя передняя торакотомия

2. Левосторонняя передне-боковая торакотомия

3. Продольная стернотомия

4. Чрездвухплевральный поперечный доступ

**2.17** Пункция перикарда выполняется 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 межреберьи слева от грудины

**2.18** При ушивании раны сердца накладываются:

1. Узловые или П-образные швы

2. Узловые или непрерывный швы

3. П-образные или непрерывный швы

**2.19** Для операции ушивания раны желудочка сердца истинны следующие три утверждения из пяти:

1. Швы следует накладывать атравматическими 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

**2.20** 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

**2.21** При выполнении пункции перикарда игла проводится в пазуху полости перикарда.

1. Косую

2. Передне-нижнюю

3. Поперечную

**2.22** Хирургическими операциями, применяемыми в современной кардиохирургии для лечения ишемической болезни сердца, являются следующие 4 из перечисленных:

1. Аортокоронарное шунтирование

2. Баллонная дилатация венечной артерии

3. Наложение венечно-грудного анастомоза

4. Перевязка внутренних грудных артерий

5. Перикардиокардиопексия

6. Симпатэктомия

7. Стентирование венечной артерии

**2.23** При операции на открытом артериальном протоке наиболее целесообразным оперативным приемом является:

1. Перевязка протока без рассечения

2. Пересечение протока и перевязка его концов

3. Пересечение протока и ушивание его концов

**Ответы на тестовые задания**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.01 – 42.02 – 32.03 – 22.04 – 32.05 – 12.06 – 1,5 | 2.07 – 32.08 – 12.09 – 12.10 – 32.11 – 32.12 – 2 | 2.13 – 22.14 – 22.15 – 42.16 – 32.17 – 1 | 2.18 – 12.19 – 1,2,52.20 – 22.21 – 22.22 – 1,2,3,72.23 – 3 |

**3.01** Выполняя верхнюю срединную лапаротомию, хирург получает возможность ревизии трех органов брюшной полости, а именно:

1. Восходящей ободочной кишки

2. Желудка

3. Нисходящей ободочной кишки

4. Печени

5. Селезенки

6. Тощей кишки

**3.02** Соединять серозные поверхности при наложении кишечного шва предложил:

1. Черни

2. Ламбер

3. Пирогов

4. Шмиден

5. Кирпатовский

**3.03** Прошивать все оболочки при наложении кишечного шва предложил:

1. Пеан

2. Бильрот

3. Альберт

4. Жели

5. Вельфлер

**3.04** Двухрядный шов используется при операциях на:

1. Желудке

2. Двенадцатиперстной кишке

3. Тонкой кишке

4. Толстой кишке

5. Во всех вышеперечисленных отделах

**3.05** Трехрядный шов применяется при операциях на:

1. Желудке

2. Двенадцатиперстной кишке

3. Тонкой кишке

4. Толстой кишке

5. Во всех вышеперечисленных отделах

**3.06** Срастание слизисто-подслизистого футляра происходит:

1. Через 1 сутки

2. Через 7-10 суток

3. Через 20 дней

4. Через 1 месяц

5. Более 1 месяца

**3.07** Гастростомия – это:

1. Введение зонда в просвет желудка

2. Наложение искусственного наружного свища на желудок

3. Формирование желудочно-кишечного анастомоза

4. Рассечение стенки желудка для извлечения инородного тела с последующим зашиванием раны

5. Удаление части желудка

**3.08** Выполняя резекцию желудка, хирург наложил желудочно-кишечный анастомоз между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой по типу «конец в конец». Такой способ называется резекцией:

1. По Бильрот I

2. По Бильрот II

3. По Гофмейстеру-Финстереру

4. По Мойнихену

**3.09** Известна резекция желудка, при которой после удаления дистальной части желудка, культи желудка и двенадцатиперстной кишки ушивают наглухо, а желудочно-кишечный анастомоз накладывают на передней стенке желудка с петлей тонкой кишки по типу «бок в бок». Такой способ называется резекцией:

1. По Бильрот I

2. По Бильрот II

3. По Гофмейстеру-Финстереру

4. По Мойнихену

**3.10** При выполнении резекции желудка хирург ушил 2/3 культи желудка от малой кривизны, погрузив его в просвет желудка, а оставшуюся часть культи анастомозировал по типу «конец в бок» с короткой петлей тощей кишки. Он выполнил резекцию:

1. По Бильрот I

2. По Бильрот II

3. По Гофмейстеру-Финстереру

4. По Мойнихену

**3.11** Тотальная (стволовая) ваготомия при язвенной болезни желудка должна всегда сочетаться с:

1. Резекцией антрального отдела

2. Резекцией пилороантрального отдела

3. Дренирующими операциями по Гейнике-Микуличу или Финнею

4. Симпатической денервацией печени

5. Резекцией желудка

**3.12** Субтотальная (селективная) ваготомия при язвенной болезни желудка должна всегда сочетаться с:

1. Резекцией антрального отдела

2. Резекцией пилороантрального отдела

3. Дренирующими операциями по Гейнике-Микуличу или Финнею

4. Симпатической денервацией печени

5. Резекцией желудка

**3.13** Для временной остановки кровотечения из печени можно пережать пальцами печеночно-двенадцатиперстную 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

**3.14** После холецистэктомии ложе пузыря 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

**3.15** При ушивании раны печени можно использовать:

1. Одиночные кетгутовые швы

2. Закрытие раны пластинкой фасции

3. Разбитую мышцу

4. Пластику свободным сальником

5. Пластику сальником на ножке

**3.16** Шов Кузнецова-Пенского используют для ушивания ран:

1. Кожи

2. Мышц

3. Апоневроза

4. Кишки

5. Печени

**3.17** При повреждении паренхиматозного органа используются способы окончательной остановки кровотечения:

1. Лигирование сосудов

2. Электрокаогуляция

3. Использование воска и парафина

4. Прошивание ткани П-образными швами

5. Использование специальных видов швов с тампонадой изолированным сальником

6. Использование П-образных швов с тампонадой сальником на сосудистой ножке

**3.18** Ушивание раны для остановки кровотечения, даже при соблюдении всех правил является наименее перспективным:

1. Печени

2. Почки

3. Поджелудочной железы

4. Селезенки

5. Надпочечника

**3.19** Для остановки кровотечения из паренхиматозных органов целесообразно использовать:

1. Шов Кузнецова-Пенского

2. Шов Шмидена

3. Шов Ламбера

4. Шов Альберта

5. Шов Оппеля

**3.20** Однорядный серозно-мышечно-подслизистый шов называют:

1. Швом Альберта

2. Швом Ламбера

3. Швом Пирогова-Бира

4. Швом Черни

5. Швом Шмидена

**3.21** Двухрядный шов, состоящий из сквозного шва через все слои кишечной стенки и серо-серозного шва называют:

1. Швом Альберта

2. Швом Ламбера

3. Швом Пирогова-Бира

4. Швом Черни

5. Швом Шмидена

**3.22** Вворачивающий серо-серозный шов называется:

1. Швом Альберта

2. Швом Ламбера

3. Швом Пирогова-Бира

4. Швом Черни

5. Швом Шмидена

**3.23** Вворачивающий сквозной шов через все слои кишечной стенки называют:

1. Швом Альберта

2. Швом Ламбера

3. Швом Пирогова-Бира

4. Швом Черни

5. Швом Шмидена

**3.24** При наложении межкишечного анастомоза по Кирпатовскому в первый ряд швов захватывают слои кишки:

1. Слизистый

2. Подслизистый

3. Серозно-мышечный

4. Все слои

5. Серозно-мышечно-подслизистый

**3.25** При наложении межкишечного анастомоза по Кирпатовскому во второй ряд швов захватывают слои кишки:

1. Все слои

2. Серзный

3. Серзно-мышечный

4. Серозно-мышечно-подслизистый

5. Подслизистые

**3.26** 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. Шов Жели

**3.27** 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

**3.28** Резекция тонкой кишки в качестве операции выбора применяется при ране тонкой кишки:

1. Длиной 3-5 см

2. Длиной 1/3 окружности тонкой кишки

3. Длиной менее 2/3 окружности

4. Длиной более 2/3 окружности

5. Рана ушивается во всех случаях вне зависимости от размеров

**3.29** При наложении швов «держалок» обычно захватывают:

1. Все футляры стенки кишки

2. Серозно-мышечный футляр

3. Слизисто-подслизистый футляр

4. Серозно-мышечно-подслизистый футляр

5. Все слои

**3.30** При резекции тонкой кишки наиболее часто используют следующие два вида энтероанастомозов из перечисленных:

1. Анастомоз «конец в конец»

2. Анастомоз «конец в бок»

3. Анастомоз «бок в конец»

4. Анастомоз «бок в бок»

**3.31** Отличить толстую кишку от тонкой можно:

1. По наличию сальниковых отростков

2. По отношению к брюшине

3. По наличию вздутий на протяжении кишки

4. По наличию мышечных лент

5. По цвету

**3.32** При наложении кишечного шва герметичность его создает оболочка кишки:

1. Слизистая

2. Подслизистая

3. Мышечная

4. Серозная

5. Мышечная и серозная

**3.33** При выполнении кишечного шва прочность его создает оболочка кишки:

1. Слизистая

2. Подслизистая

3. Мышечная

4. Серозная

5. Слизистая и серозная

**Ответы на тестовые задания**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3.01 – 2,4,53.02 – 23.03 – 43.04 – 1,2,33.05 – 43.06 – 23.07 – 2 | 3.08 – 13.09 – 23.10 – 33.11 – 33.12 – 33.13 – 13.14 – 43.15 – 43.16 – 5 | 3.17 – 1,4,5,63.18 – 43.19 – 1,53.20 – 33.21 – 13.22 – 23.23 – 53.24 – 23.25 – 3 | 3.26 – 33.27 – 33.28 – 43.29 – 23.30 – 1,43.31 – 1,3,4,53.32 – 43.33 – 2 |

**2. Перечень вопросов для подготовки к устному опросу**

1. Подготовка рук хирурга и операционного поля. Надевание стерильных халатов. Местная инфильтрационная анестезия. Общехирургический инструментарий.
2. Освоение техники послойного рассечения живых тканей, лигирование сосудов в ране.
3. Способы остановки кровотечений. Прямые и окольные доступы к сосудам и нервам.
4. Техника выделения и перевязки сосуда на протяжении. Венесекция. Шов нерва.
5. Соединение тканей Шовный материал. Виды швов и узлов.
6. Микрохирургическая техника оперирования.
7. Операции на щитовидной железе. Обоснование, доступы, виды операций.
8. Операции на легких. Обоснование, доступы, виды операций.
9. Операции на сердце. Обоснование, доступы, виды операций.
10. Операции на пищеводе. Обоснование, доступы, виды операций.
11. Операции на аорте. Обоснование, доступы, виды операций.
12. Доступы к органам брюшной полости
13. Операции на желудке
14. Операции на поджелудочной железе
15. Операции на печени
16. Операции на желчном пузыре
17. Операции на селезенке
18. Операции на тонкой и толстой кишке.

**3. Решение ситуационных задач**

2.01. При субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы по Николаеву остаются неудаленными задне-внутренние отделы боковых долей железы.

На сохранение каких анатомических образований и предупреждение каких осложнений направлена такая методика операции?

2.02. Во время операции струмэктомии, выполняемой под местной анастезией, при наложении зажимов на кровеносные сосуды щитовидной железы и выделении нижнего полюса её боковых долей у больного возникла осиплость голоса.

На возможность сдавления или повреждения какого нерва указывает этот симптом? Какие особенности топографии нерва следует учитывать, чтобы избежать этого осложнения?

2.03. При выборе вида трахеостомии определенное значение имеют индивидуальные и возрастные различия длины шеи, топографоанатомических взаимоотношений гортани, трахеи и щитовидной железы. Дайте топографоанатомическое обоснование с этих позиций рекомендации производить верхнюю трахеостомию у людей с длинной шеей и нижнюю - у людей с короткой шеей? Почему у детей рекомендуется применять преимущественно нижнюю трахеостомию?

2.04. Хирург, выполняя верхнюю трахеостомию, произвел по срединной линии разрез кожи и рассечение поверхностной фасции. По какому анатомическому образованию он должен выполнять разделение следующих слоев? Между какими мышцами следует подходить к трахее и какие осложнения могут возникнуть при отклонении от срединнол линии шеи?

2.05. При обнажении пищевода на шее применяется левосторонний

доступ. Почему пищевод на шее обнажается слева? Какое положение нужно придать больному, чтобы облегчить обнажение пищевода? Какие кровеносные сосуды и нервы встретятся хирургу на пути к пищеводу?

2.06. Инородное тело (рыбья кость), застрявшее в шейном отделе пищевода, привело к образованию пищеводно-трахейного свища.

Какие топографоанатомические особенности пищевода и трахеи способствовали развитию этого осложнения?

2.07. Выполняя операцию перевязки наружной сонной артерии в сонной треугольнике шеи, хирург обнажил место бифуркации общей сонной артерии.

По каким особенностям анатомического строения и топографии начальных отделов можно отличить наружную сонную артерию от внутренней и какой дополнительный прием с использованием пульсовых точек на лице можно для этого использовать?

2.08. Наложение лигатур при перевязке наружной сонной артерии слишком близко к месту её начала от общей сонной артерии привело к опасному для жизни больного тромбозу внутренней сонной артерии На каком уровне (между началом каких ветвей) наружной сонной артерии следует её перевязать, чтобы избежать этого осложнения?

2.09. Торакотомия через межреберье выполняется разрезом, проводимым вдоль середины межреберного промежутка. Дайте анатомо-хирургическое обоснование целесообразности такого рассечения межреберного промежутка.

2.10. Продольная стернотомия как один из оперативных доступов к сердцу выполняется внеплеврально, т.е. без вскрытия обоих плевральных мешков.

Какие особенности топографии передних границ левой и правой плевры обеспечивают выполнимость такого доступа? Какое значение при этом имеют индивидуальные различия в форме грудной клетки?

2.11. У больного с открытым ранением грудной клетки без повреждения легкого быстро нарастает сдавление легкого, накапливающимся в плевральной полости воздухом.

Определите характер ранения грудной стеной и объясните механизм накопления воздуха в плевральной полости.

2.12. Пункция плевральной полости чаще выполняется в седьмом-восьмом межреберье по задней подмышечной или лопаточной линии непосредственно над верхним краем ребра.

Дайте топографеанатомическое обоснование указанного места плевральной пункции, исходя из топографии грудной стенки, плевры и легких.

2.13. После неправильно произведенной диагностической пункции правой плевральной полости у больного возникло внутрибрюшинное кровотечение вследствие касательного ранения иглой верхней поверхности печени.

В чем состояла ошибка при выполнении пункции? Опишите путь иглы при этом осложнении. Как следует выполнять пункцию, чтобы избежать такого осложнения?

3.01. 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?

3.02. У больного гнойный аппендицит осложнился формированием поддиафрагмального абсцесса. Опишите наиболее вероятный анатомический путь развития этого осложнения.

3.03. Б хирургическое отделение поступил больной с выраженной клинической картиной поободной язвы желудка, расположенной на его передней стенке у малой кривизны. Клинические симптомы постепенно стали стихать, что явилось основанием для постанов

ки диагноза прикрытой перфорации.

За счет какого органа могло произойти в данном случае прикрытие места перфорации язвы? Какая особенность топографии желудка способствовала этому?

3.04. При выполнении гастрэктомии по поводу рака вертикальной части желудка хирург произвел перевязку и пересечение левой желудочной артерии у ее отхождения от чревного ствола для последующего удаления пораженных метастазами субкардиальных лимфатических узлов. Послеоперационный период осложнился некрозом левой доли печени.

Почему это роизошло? Что должен был проверить хирург чтобы избежать этого осложнения?

3.05. В современной абдоминальной хирургии все большее распространение получают анатомические резекции печени. Какие особенности анатомического строения печени лежат в основе таких резекций? Укажите преимущества анатомических резекций печени перед обычными.

3.06. При сдавлении ствола воротной вены или ее внутрипеченочных ветвей развивается синдром портальной гипертензии (повышения венозного давления в системе воротной вены). Опишите, в каких венах брюшной полости будет развиваться

застой и в чем клинически он будет проявляться?

3.07. Выполняя операцию холецистэктомии, хирург произвел вскрытие брюшной полости и приступает к выделению желчного пузыря.

Опишите действия хирурга, которые он должен предпринять для обнажения желчного пузыря, исходя из его топографоанатомических взаимоотношения с окружающими органами. Какое значение имеют при этом различия топографии печени в виде дорсопетального и вентропетального ее положения?

3.08. Холецистэктомия может быть выполнена одним из двух способов: удалением желчного пузыоя от шейки пузыря или от его дна. Среди различия в технике этих двух операций существенное значение имеет последовательность выполнения трех моментов операции: выделения желчного пузыря, перевязки и пересечения пузырного протока, перевязки и пересечения пузырной артерии.

Проведите сравнение указанных двух способов холецистэктомии, выделив их положительные и отрицательные стороны.

3.09. При выполнении резекции желудка возможно повреждение общего желчного протока. На каком этапе операции возможно это осложнение и какие особенности топографии общего желчного протока надо учитывать, чтобы избегать его повреждения?

**4. Проверка практических навыков**

1. Владение общехирургическими инструментами.
2. Рассечение кожи.
3. Рассечение фасции или апоневроза.
4. Рассечение и разделение мышц.
5. Рассечение париетальной брюшины.
6. Наложение узлового шва
7. Наложение П-образного шва.
8. Наложение непрерывного обвивного шва.
9. Наложение кисетного шва.
10. Сшивание париетальной брюшины.
11. Сшивание мышцы.
12. Сшивание мышцы или апоневроза.
13. Сшивание кожи.
14. Завязывание узлов: простого, морского, хирургического.
15. Лигирование кровеносного сосуда в ране.
16. Перевязка кровеносного сосуда на протяжении.
17. Венесекция.
18. Разрезы при подкожном панариции.
19. Пункция локтевого сустава.
20. Пункция коленного сустава.
21. Трахеостомия.
22. Ушивание раны тонкой кишки.

**5. Защита реферата**

1. Первичная хирургическая обработка раны головы.
2. Трепанация черепа.
3. Трахеостомия.
4. Операции на сердце.
5. Операции при гнойном мастите.
6. Пункция плевральной полости.
7. Операции при проникающем ранении грудной клетки.
8. Радикальные операции на легких.
9. Операции на желудке.
10. Операции на печени.
11. Операции на желчном пузыре и внепеченочных желчных путях.
12. Операции на поджелудочной железе.
13. Клиническая анатомия поясничной области. Границы, отделы, слои, слабые места.
14. Хирургическая анатомия брюшных грыж.
15. Лапаротомия.
16. Кишечный шов.
17. Операции на мочевом пузыре.
18. Операции на матке.

**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 91-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **защита реферата** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к реферату и его защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся не раскрыта тема реферата, обнаруживается существенное непонимание проблемы |
| **практические навыки** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся выполнены все требования к выполнению практического навыка |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся выполнены основные требования к выполнению практического навыка, но при этом допущены недочеты.  |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к выполнению практического навыка. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся практический навык не выполнен  |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам

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

Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:

*Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг*

Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения экзаменационного рейтинга.

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи.

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи.

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи.

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи.

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ. Группы, применение, техника безопасности при работе.

2. ПОНЯТИЕ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ. Этапы, их сущность и значение. Типовые хирургические приемы.

3. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ. Виды трансплантации, современные возможности, основные проблемы и перспективы.

4. ОПЕРАЦИИ НА КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ. Интимотромбэктомия, эмболэктомия, пластика, протезирование, шунтирование, межсосудистые анастомозы. Понятия и сущность. Перевязка сосуда в ране и на протяжении.

5. ОПЕРАЦИИ НА НЕРВАХ. Шов нерва, блокада нерва, невротомия, резекция нерва, пластические и реконструктивные операции на нервах. Понятия и сущность.

6. ОПЕРАЦИИ ПРИ ФЛЕГМОНАХ КОНЕЧНОСТЕЙ. Топографо-анатомическое обоснование локализаций и распространения флегмон и затеков на верхней и нижней конечностях, их расположение и техника разрезов.

7. ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНАРИЦИИ: подкожном, ногтевом, тендовагините. Показания, топографо-анатомическое обоснование, виды и техника операций.

8. ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ. Показания, противопоказания, техника выполнения пункции локтевого сустава.

9. ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ. Показания, противопоказания, техника выполнения пункции коленного сустава.

10. АМПУТАЦИИ. Показания, классификация, особенности техники выполнения различных ампутаций.

11. ОБНАЖЕНИЕ И ПЕРЕВЯЗКА СОННЫХ АРТЕРИЙ. Показания, проекция, топография, техника операций, возможные осложнения и их предупреждение, пути коллатерального кровоснабжения.

12. ОБНАЖЕНИЕ И ПЕРЕВЯЗКА БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ. Показания, проекция, топография, техника операций, возможные осложнения и их предупреждение, пути коллатерального кровоснабжения.

13. ТРАХЕОСТОМИЯ. Показания, виды, техника операций и их топографо-анатомическое обоснование, возможные осложнения и их предупреждение.

14. ПУНКЦИЯ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ. Показания, техника, анатомическое обоснование, возможные осложнения и их предупреждение.

15. ОПЕРАЦИИ НА ЛЕГКИХ. Пневмонэктомия, лобэктомия, сегментэктомия. Сущность операций, анатомическое обоснование, оперативные доступы, основные этапы.

16. ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ. Оперативные доступы, виды, принципы, анатомическое обоснование.

17. ЛАПАРОТОМИЯ. Виды, этапы, анатомическое обоснование, требования к лапаротомным разрезам, сравнительная оценка.

18. КИШЕЧНЫЙ ШОВ. Анатомо-функциональное обоснование, виды, способы, техника.

19. ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛУДКЕ. Гастротомия, гастростомия, резекция, гастрэктомия, гастроэнтеростомия, пилоропластика, пластика желудка. Понятие об операциях и их сущность.

20. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ, ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ. Показания, доступы, способы, их сущность, анатомическое обоснование.

21. ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ. Резекция печени, холедохотомия, билиодигестивные анастомозы. Виды и сущность операций.

22. ОПЕРАЦИИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ. Топографо-анатомическое обоснование, оперативные доступы, виды и сущность операций.

23. РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ. Показания, этапы, анатомическое обоснование, виды энтероанастомозов.

24. АППЕНДЭКТОМИЯ. Показания, доступы, различия в положении червеобразного отростка, этапы операции.

25. ОПЕРАЦИИ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ. Показания, виды, этапы, анатомическое обоснование.

26. ОПЕРАЦИИ НА МОЧЕВОМ ПУЗЫРЕ. Показания, виды, анатомическое обоснование пункции мочевого пузыря.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1. Владение общехирургическими инструментами.
2. Рассечение кожи.
3. Рассечение фасции или апоневроза.
4. Рассечение и разделение мышц.
5. Рассечение париетальной брюшины.
6. Наложение узлового шва
7. Наложение П-образного шва.
8. Наложение непрерывного обвивного шва.
9. Наложение кисетного шва.
10. Сшивание париетальной брюшины.
11. Сшивание мышцы.
12. Сшивание мышцы или апоневроза.
13. Сшивание кожи.
14. Завязывание узлов: простого, морского, хирургического.
15. Лигирование кровеносного сосуда в ране.
16. Перевязка кровеносного сосуда на протяжении.
17. Венесекция.
18. Разрезы при подкожном панариции.
19. Пункция локтевого сустава.
20. Пункция коленного сустава.
21. Трахеостомия.
22. Ушивание раны тонкой кишки.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикатор достижения компетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-4: Способен применять медицинские технологии, специализированное оборудование и медицинские изделия, дезинфекционные средства, лекарственные препараты, в том числе иммунобиологические, и иные вещества и их комбинации при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины | Инд.ОПК4.1: Обоснование выбора специализированного оборудования, технологий, препаратов и изделий, дезинфекционных средств, лекарственных препаратов, иных веществ и их комбинаций исходя из поставленной профессиональной задачи | Знать правила работы с хирургическим инструментарием | Вопрос №1-2 |
| Уметь использовать хирургический инструментарий для разъединения и соединения тканей, остановки кровотечения, операций при панариции и флегмоне конечностей | Практические навыки №1-22 |
| Владеть техникой использования хирургического инструментария | Практические навыки №1-22 |
| 2 | ОПК-6: Способен организовывать уход за больными и оказывать первую врачебную медико-санитарную помощь при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения, а также обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения | Инд.ОПК6.1: Оказание первой врачебной помощи при ургентных состояниях на догоспитальном этапе - при болях в сердце; при приступе удушья при сердечной астме; при приступе удушья при бронхиальной астме, астматическом статусе; при коликах: почечной, печеночной; при кровотечении (легочном, желудочно-кишечном); при комах: алкогольной, печеночной, уремической; при кардиогенном шоке, нарушении ритма сердца | Знать особенности оперативной хирургии конечностей и внутренних органов | Вопрос №3-26 |
| Уметь обеспечивать временную остановку кровотечения путем пальцевого прижатия сосуда, наложения зажима, перевязки сосуда в ране и на протяжении, выполнить операции при панариции и флегмоне конечностей, находить сосуды и нервы по их проекционным линиям, в соответствии с проекцией органов на кожу, оценить тяжесть проникающего ранения и предполагаемый объем хирургической помощи | Практические навыки №1-22 |
| Владеть техникойвременной остановки кровотечения путем пальцевого прижатия сосуда, наложения зажима, перевязки сосуда в ране и на протяжении, выполнения операции при панариции и флегмоне конечностей, нахождения сосудов и нервов по их проекционным линиям, в соответствии с проекцией органов на кожу оценить тяжесть проникающего ранения и предполагаемый объем хирургической помощи | Практические навыки №1-22 |