

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Кодониди Иван Панайотович

Должность: Заместитель директора по учебной и воспитательной работе

Дата подписания: 20.09.2024 21:26:45

Уникальный программный ключ:

5a19380bc0edd5b1a65549037b251ca435033995

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования

**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора института по УВР

_____ д.ф.н. И.П. Кодониди

« 31 » августа 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Б.1.0.23 ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ

По специальности: *31.05.01 Лечебное дело* (уровень специалитета)

Квалификация выпускника: *врач-лечебник (врач-терапевт участковый)*

Кафедра: Биологии и физиологии

Курс – II, III

Семестр – 4,5

Форма обучения – очная

Лекции – 30 часов

Практические занятия – 148 часа

Самостоятельная работа – 38,7 часа

Промежуточная аттестация: экзамен – 4 семестр

Трудоемкость дисциплины: 7 ЗЕ (252 часов)

Пятигорск, 2024

Рабочая программа дисциплины «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» составлена в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности Лечебное дело (уровень специалитета) (утвер. Приказом Министерства образования и науки РФ от 12 августа 2020 г. № 988)

Разработчики программы:

к. б. н, и.о. зав. каф. Фогель Андрей Владимирович

к.м.н, доцент Филиппова Валерия Петровна

к. м.н, доцент Баннов Андрей Николаевич

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры морфологии
Протокол № 1 от «___» августа 2024 г.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией
по циклу естественно-научных дисциплин

Рабочая программа согласована с библиотекой
Заведующая библиотекой И.В. Свешникова

И.о. декана факультета Т.В. Симонян

Рабочая программа утверждена на заседании Центральной методической комиссии
Протокол № 1 от «31» августа 2024 года

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета ПМФИ
Протокол №1 от «31» августа 2024 года

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

ЦЕЛЬ ДИСЦИПЛИНЫ – обеспечение обучающихся информацией для овладения знаниями по клинической анатомии человеческого тела в объеме, необходимом для продолжения обучения на клинических кафедрах лечебного факультета медицинского вуза и дальнейшей профессиональной деятельности.

ЗАДАЧАМИ ДИСЦИПЛИНЫ являются:

- формирование знаний об общих принципах послойного строения человеческого тела, топографической анатомии внутренних органов, мышечно-фасциальных лож, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных пучков, костей и суставов, слабых мест и грыж живота, о коллатеральном кровообращении при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов, о зонах чувствительной и двигательной иннервации крупными нервными стволами, топографической анатомии конкретных областей,
- на основе полученных знаний дать анатомическое обоснование проявление основных клинических симптомов и синдромов, выбора рациональных доступов и оперативных вмешательств, предупредить возможные интраоперационные ошибки и осложнения.
- сформировать знания для клинко-анатомического обоснования и правильного выполнения сестринских, врачебно-диагностических и лечебных мероприятий.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» относится к обязательной части блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы. Дисциплина «Топографическая анатомия и оперативная хирургия» изучается в 3,4 семестре очной формы обучения.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ОПК-5.1. Знает: ОПК-5.1.1. Знает общебиологические закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека. ОПК-5.2. Умеет: ОПК-5.2.1. Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека. ОПК-5.3. Владеет: ОПК-5.3.1. Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и	Знать: общебиологические закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека. Уметь: оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека Владеть: навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.

	патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.	
ПК-1 Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).	<p>ПК-1.1. Знает:</p> <p>ПК-1.1.4. Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);</p> <p>ПК-1.1.5. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания;</p> <p>ПК-1.1.6. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;</p> <p>ПК-1.2. Умеет:</p> <p>ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>ПК-1.2.3. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;</p> <p>ПК-1.3. Владеет:</p> <p>ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах;</p> <p>ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;</p> <p>ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни</p>	<p>Знать: методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания;</p> <p>правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;</p> <p>Уметь: выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме; выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;</p> <p>Владеть: навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;</p> <p>навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента,</p>

	<p>пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; ПК-1.3.5. Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания));</p>	<p>включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания));</p>
--	--	--

В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

ЗНАТЬ: анатомо-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма взрослого человека; функциональные системы организма, их регуляцию и саморегуляцию при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; принципы и методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации; клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;

УМЕТЬ: пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; пальпировать на человеке основные костные ориентиры, обрисовывать топографические контуры органов и основных сосудистых и нервных стволов; обосновывать характер патологического процесса и его клинические проявления, обосновывать сестринские и врачебные манипуляции; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний; интерпретировать результаты рентгенологических методов исследования распространенных хирургических заболеваний; выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь, пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях;

ВЛАДЕТЬ: медико-анатомическим понятийным аппаратом; навыком общеклинического осмотра (пальпация, перкуссия, аускультация) на основании знаний клинической анатомии органов и систем; алгоритмом выполнения основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи взрослым и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ (ПО ВИДАМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ) И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ

4.1. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего часов	4 семестр	5 семестр
1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:	186,3	96	90,3
Аудиторные занятия всего, в том числе:			
Лекции	30	16	14
Лабораторные			
Практические занятия	148	76	72
Контактные часы на аттестацию (экзамен)			
Консультация	4	2	2

Контроль самостоятельной работы	4	2	2
2. Самостоятельная работа	38,7	12	26,7
Контроль	27		27
КААТЭ	0,3		0,3
ИТОГО:	252	108	144
Общая трудоемкость	7	3	4

**4.2. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ
(КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИЙ И ЗАНЯТИЙ)**

Код занятия	Наименование разделов и тем/вид занятия/	Часов	Компетенции	Литература
ЛЕКЦИИ				
Л1.1.	Вводная лекция. Предмет и задачи топографической анатомии и оперативной хирургии. Методы исследования. История развития. История образования кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Волгоградского медицинского университета. Определение операции. Виды операций. Этапы выполнения. Определение хирургического доступа и хирургического приема. Правила завершения операций. Названия операций.	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.4
Л1.2.	Сосудистая хирургия. История вопроса. Показания к применению сосудистого шва. Техника ручного сосудистого шва по Каррелю Достоинства и недостатки метода. Модификации по Морозовой, Полянцеву. Инвагинационный сосудистый шов по Соловьеву. Методы бесшовного соединения сосудов по Донецкому, Пайру, Коневскому. Достоинства и недостатки методов. Механический сосудистый шов. Хирургические операции для восстановлению тока крови. Операции при заболевании вен.	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.3.	Основы хирургии периферической нервной системы. Операции при повреждениях периферической нервной системы	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.4.	Учение об ампутации. Определение ампутации. Показания. История вопроса. Классификация ампутаций. Ампутационные схемы. Применение гемостаза во время ампутаций. Правила обработки и расчета кожно-фасциальных лоскутов, поверхностных и глубоких, надкостницы,	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3

	кости, крупных и мелких кровеносных сосудов, нервных стволов.		1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	
Л1.5.	Основы экспериментальной хирургии. Создание экспериментальных патологических состояний на лабораторных животных. Экспериментальные операции на кровеносных и лимфатических сосудах, на органах грудной и брюшной полости	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.6.	Клиническая анатомия головы. Мозговой отдел (свод черепа, основание черепа). Анатомические области. Послойное строение мягких тканей в лобно-теменно-затылочной и височной областях. Особенности повреждения при черепно-мозговых травмах. Схема Кронлейна, значение, принципы применения. Трепанации, определение, показания, классификация, набор хирургических инструментов. Первичная хирургическая обработка ран свода головы. Методы гемостаза во время операции. Виды переломов свода черепа. Виды переломов основания черепа.	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2.
Л1.7.	Клиническая анатомия головы. Лицевой отдел черепа. Виды переломов костей лицевого черепа. Операции при переломах костей черепа. Особенности нейрохирургических операций. Операции при переломах костей лицевого черепа	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.8.	Клиническая анатомия шеи. Треугольники шеи. Фасции и клетчаточные пространства. Медиальные сосудисто-нервный пучок шеи. Признаки отличия наружной и внутренней сонных артерий. Клиническая анатомия гортани и трахеи. Трахеотомия. Определение. Показания. Классификация. Набор хирургических инструментов. Техника выполнения. Возможные осложнения.	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.9.	Клиническая анатомия груди. Топографическая анатомия плевры, плевральных синусов. Плевральная пункция. Дренажное активное и пассивное. Клиническая анатомия молочных желез. Особенности лимфооттока от молочной железы. Техника радикальной мастэктомии при раке молочных желез.	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.4

			1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	
Л1.10.	Клиническая анатомия передней брюшной стенки. Послойное строение. Слабые места. Определение грыж. Классификация. Методы хирургического лечения. Скользящие грыжи. Определение. Особенности лечения. Типичные осложнения. Гастростомы. Виды. Показания. Принципы наложения. Преимущества и недостатки. Основы хирургия гепато-панкреато-биллиарной зоны. Виды операций. Показания. Принципы выполнения	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.11.	Клиническая анатомия верхнего этажа брюшной полости. Сумки, каналы, пазухи. Клиническое значение. Принципы дренирования брюшной полости при перитонитах. Резекции желудка, виды. История вопроса. Показания. Принципы выполнения	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.2.1., 7.2.2., 7.2.4
Л1.12.	Клиническая анатомия брюшной полости. Тонкая и толстая кишка. Признаки отличия. Особенности кровоснабжение. Иннервация. Лимфоотток. Кишечные швы. Резекция кишки. Одно- и двуствольная колостомы. Принципы формирования. Показания.	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.13.	Эндоскопическая хирургия. Определение эндоскопической операции. История вопроса. Этапы развития. Особенности операций. Преимущества и недостатки. Оборудование (эндохирургический комплекс) и инструменты(инструменты доступа и манипуляций).	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2.
Л1.14.	Клиническая анатомия забрюшинного пространства. Хирургическая анатомия забрюшинного пространства и таза: стенки, фасции, клетчаточные пространства, сосуды, нервы и органы забрюшинного пространства и малого таза. Топография почек, надпочесников и мочеточников, хирургические доступы к ним. Паранефральная блокада по Вишневному. Нефрэктомия. Пиелотомия. Нефростомия.	2	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Л1.15.	Клиническая анатомия органов малого	2	ОПК-5.1.1;ОПК-	7.1.1.,

	таза. Фасции и клетчаточные пространства таза, этажи таза. Топография прямой кишки, мочевого пузыря, тазового отдела мочеточников, предстательной железы, семявыносящих протоков, яичек, яичников, матки, маточных труб. Эпицистостомия. Особенности шва мочевого пузыря. Локализация абсцессов тазовой клетчатки. Парапроктит. Вскрытие гнойников таза. Операции при геморрое. Операции при водянке яичка. Операции при варикоцеле.		5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Всего:		30		
ЛАБОРАТОРНЫЕ/ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ				
ПЗ.1.1.	Введение в дисциплину Методы изучения. Знакомство с кафедрой. Хирургическая операция. Разъединение и соединение тканей. Хирургические инструменты, их назначение, правила пользования. Остановка кровотечения в ране (временная и окончательная). Хирургические узлы и швы.	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.2.	Кожная пластика Пластика кожи. Основные методы: местными тканями, свободная пересадка, пластика лоскутом на питающей ножке. Способы: Тирша, Дрегстед-Вильсона, Янович-Чайнского, Джанелидзе, Лимберга. Формирование стебельчатого лоскута по Филатову.	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.3.	ТА и ОХ надплечья. Топография надплечья: лопаточная область, дельтовидная, подключичная. Границы, слои, мышечно-фасциальные футляры. Сосуды и нервы. Пути распространения гноя по клетчатке. Лопаточный артериальный коллатеральный круг. Вскрытие флегмон лопаточной и поддельтовидной области.	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.4
ПЗ.1.4.	ТА и ОХ подмышечной области. Топографическая анатомия подмышечной области: границы, стенки подмышечной ямки. Трехстороннее и четырехстороннее отверстия. Подмышечный сосудисто-нервный пучок, проекция подмышечной артерии на кожу. Строение плечевого сплетения. Подмышечные лимфатические узлы. Распространение гноя из подмышечной ямки. Хирургический доступ к подмышечной артерии, ее перевязка, восстановление коллатерального кровотока. Флегмоны подмышечной ямки.	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4

ПЗ.1.5.	ТА и ОХ плечевого сустава, плеча. Плечевой сустав. Внешние ориентиры, особенности строения. Топографо-анатомическое обоснование вывихов плеча. Топография плеча: границы, мышечно-фасциальные футляры. Плечевой сосудисто-нервный пучок. Проекция плечевой артерии. Топография срединного, лучевого, локтевого нервов. Пункция плечевого сустава. Поперечный распил плеча в средней трети. Ампутация плеча двухлоскутным кожно-фасциальным способом	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.6.	ТА и ОХ локтевого сустава, предплечья. Локтевой сустав. Особенности строения, внешние ориентиры. Топография локтевой ямки: границы, сосудисто-нервные пучки. Пункция локтевого сустава. Топография задней области предплечья. Топография передней области предплечья. Границы, мышечно-фасциальные футляры, мышечные слои. Сосудисто-нервные пучки, их проекция на кожу. Топография клетчаточного пространства Пирогова-Парона. Поперечный распил предплечья в средней трети. Ампутация предплечья с кожной круговой манжеткой. Хирургические разрезы при флегмоне клетчаточного пространства Пирогова-Парона.	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.7.	ТА и ОХ кисти. Топографическая анатомия кисти. Тыл кисти. Ладонь кисти. Внешние ориентиры и проекции сосудов и нервов ладони. Мышечно-фасциальные футляры, их содержимое. Топография синовиальных влагалищ сухожилий кисти. Локализация флегмон кисти и хирургические разрезы при них. Пути распространения гноя на кисти. Топография пальца. Топография различных видов панарициев. Хирургические разрезы при панарициях. Ампутации и экзартикуляции фаланг пальцев.	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3
ПЗ.1.8.	ТА и ОХ ягодичной области. Топография ягодичной области: границы, слои, проекция сосудисто-нервных пучков на кожу, клетчаточные пространства и пути распространения гноя по клетчатке. Хирургические доступы к ягодичным артериям, особенности их перевязки. Блокада седалищного нерва. Локализация флегмон ягодичной области и хирургические разрезы при них.	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.9.	ТА и ОХ тазобедренного сустава, задней области бедра, подколенной ямки. Хирургическая анатомия тазобедренного сустава. Задняя область бедра и подколенная	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.;	7.1.1., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2.,

	ямка: границы, слои, клетчатка, пути распространения гноя. Проекция седалищного нерва. Проекция сосудисто-нервного пучка подколенной ямки и его топография. Хирургический доступ к подколенной артерии. Ямка Жобера. Артериальная коллатеральная сеть коленного сустава. Перевязка подколенной артерии и восстановление коллатерального кровотока. Пункция тазобедренного сустава		ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.10.	ТА и ОХ передней области бедра. Топографическая анатомия передней области бедра. Топография бедренного треугольника (границы, дно, особенности строения собственной фасции, сосудисто-нервный пучок). Строение бедренного канала: стенки, подкожное кольцо, глубокое кольцо. Бедренная грыжа. Топография запирающего канала. Топография приводящего канала. Проекция бедренной артерии на кожу. Хирургический доступ к бедренной артерии, коллатеральный кровоток при ее перевязке. Поперечный распил бедра в средней трети	5	ОПК-5.1.1; ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3.
ПЗ.1.11.	ТА и ОХ коленного сустава. Топография коленного сустава. Пункция коленного сустава. Проекция сосудисто-нервных пучков на кожу.	5	ОПК-5.1.1; ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.4
ПЗ.1.12.	ТА и ОХ голени. Топография голени: передняя и задняя области, границы, мышечно-фасциальные футляры. Поперечный распил голени в средней трети. Хирургический доступ к передней и задней большеберцовым артериям.	5	ОПК-5.1.1; ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.13.	ТА и ОХ стопы. Топографическая анатомия стопы. Тыл стопы, подошва стопы: границы, слои, фасциальные футляры. Сосуды и нервы, их проекция на кожу. Лодыжковый канал, пяточный канал. Голеностопный сустав. Поперечный сустав предплюсны (Шопара). Предплюсно-плюсневый сустав (Лисфранка). Пути распространения гноя по клетчатке. Операции при флегмонах стопы	5	ОПК-5.1.1; ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.14.	Учение об ампутациях. Ампутация и экзартикуляция конечностей.	5	ОПК-5.1.1; ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1;	7.2.1., 7.2.2.,

	Способы ампутаций. Техника ампутаций. Выкраивание лоскутов, пересечение мышц, надкостницы, кости, обработка сосудов и нервов. Экзартикуляция пальцев стопы по Гаранжо. Ампутация стопы по Шарпу. Костно-пластическая ампутация голени по Пирогову. Ампутация голени в средней трети фасциопластическим способом. Ампутация бедра по Пирогову. Ампутация бедра по Гритти-Шимановскому		ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.15.	Итоговое занятие за 4 семестр	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2.
ПЗ.1.16.	ТА и ОХ свода головы. Топографическая анатомия мозгового отдела головы. Области: лобно-теменно-затылочная, височная, область сосцевидного отростка (границы, слои, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы). Оболочки головного мозга, межоболочечные пространства. Циркуляция ликвора. Синусы твердой мозговой оболочки, их связи с поверхностными венами. Локализация внутричерепных гематом. Схема Кронлейна-Брюсовой. Особенности строения костей свода черепа. ПХО ран в области черепа. Остановка кровотечения из поверхностных сосудов, синусов твердой мозговой оболочки, костей, средней оболочечной артерии, трепанация сосцевидного отростка, топография треугольника Шипо.	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.4
ПЗ.1.17.	ТА и ОХ основания черепа. Топографическая анатомия мозгового отдела головы. Внутреннее основание черепа: черепные ямки, отверстия, их содержимое (нервы и сосуды). Типичные линии переломов оснований черепа, топографо-анатомическое обоснование основных симптомов. Топографическая анатомия лицевого отдела головы. Топография и функция тройничного, лицевого нервов. Трепанация черепа: декомпрессивная и костнопластическая	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.18.	ТА и ОХ лицевого отдела головы. Топографическая анатомия лицевого отдела головы. Области: щечная, околоушно-жевательная и глубокая (границы, сосуды и нервы, клетчаточные пространства). Особенности кровоснабжения лица. Связи вен	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.;	

	лица с синусами твердой мозговой оболочки. Распространение гнойных процессов. ПХО ран лица. Пластиночный шов.		ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	
ПЗ.1.19.	ТА и ОХ треугольников и фасций шеи. Топографическая анатомия шеи. Треугольники шеи. Фасции шеи. Клетчаточные пространства. Лимфатические узлы. Особенности гнойных процессов на шее. Топография поднижнечелюстного и сонного треугольников, медиального сосудисто-нервного пучка, шейного сплетения, шейного отдела симпатического ствола. Предлестничное и межлестничное клетчаточные пространства. Хирургические доступы к сонным артериям, перевязка наружной сонной артерии, пути восстановления коллатерального кровотока	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.20.	ТА и ОХ органов шеи. Топографическая анатомия шеи. Топография глотки, пищевода, гортани, трахеи, щитовидной и паращитовидной желез, возвратного гортанного нерва, шейного отдела ГЛП. Верхняя и нижняя трахеостомия. Техника выполнения субтотальной, субфасциальной резекции щитовидной железы. Операция дренирования ГЛП. Хирургический доступ к шейному отделу пищевода. Шейная вагосимпатическая блокада по Вишневному. ПХО ран шеи. Типичные разрезы при абсцессах и флегмонах шеи. Пункция и катетеризация подключичной вены.	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3
ПЗ.1.21.	ТА и ОХ грудной клетки. Хирургическая анатомия груди. Топография межреберного промежутка. Топография молочной железы. Топография диафрагмы. Хирургические операции при маститах. Секторальная резекция молочной железы. Радикальная мастэктомия по Холстедту. Пункция плевральной полости. ПХО ран грудной стенки. Торакотомии для доступа к органам грудной полости. Понятие о диафрагмальных грыжах и способах лечения. ПХО ран грудной клетки с открытым пневмотораксом.	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3
ПЗ.1.22.	ТА и ОХ средостения и легких. Хирургическая анатомия груди. Топография средостения и его отделов. Сосуды средостения. Строение перикарда. Обоснование и техника пункций перикарда по Ларрею. Топография сердца, кровоснабжение, иннервация. Шов сердца. Хирургическое лечение ИБС. Топография органов заднего средостения. Хирургическая анатомия легких. Деление легкого на доли, сегменты. Понятие о	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1.

	пульмонэктомии, лобэктомии			
ПЗ.1.23.	ТА и ОХ передней стенки живота. Хирургическая анатомия переднебоковой стенки живота. Деление на области. Проекция белой линии живота, влагалища прямых мышц живота, пупочного кольца. Места возможного возникновения наружных грыж живота; топография пахового канала. Процесс опускания яичка в мошонку, особенности врожденной паховой грыжи. Топография пахового канала при прямых и косых грыжах. Скользящая паховая грыжа. Операции при паховых грыжах. Пластика передней стенки пахового канала по Жирару-Спасокукоцкому, Кимбаровскому, Постемпскому. Пластика задней стенки пахового канала по Бассини. Операции при пупочных грыжах (по Лексеру, Мейо, Сапежко), при грыжах белой линии живота, лапаротомия, хирургические доступы к органам брюшной полости.	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.24.	ТА и ОХ брюшины и желудка. Топография брюшины: этажи, сумки, каналы, пазухи, их клиническое значение. Лапаротомия. Ревизия органов брюшной полости при травмах и воспалительных процессах. Топография желудка: голотопия, скелетотопия, синтопия, связки, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы. Операции на желудке: ушивание перфоративной язвы. Гастростомия по Витцелю, Штамму-Сенну-Кадеру, Топроверу. Резекция желудка по Бильрот-1 и Бильрот-2. Ваготомия (стволовая, селективная, проксимальная). Пилоропластика. Гастрэктомия.	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2.
ПЗ.1.25.	ТА и ОХ органов брюшной полости. Хирургическая анатомия печени, внепеченочных желчных путей, желчного пузыря, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, селезенки (голотопия, скелетотопия, синтопия, иннервация, отток лимфы, связочный аппарат). Шов печени. Резекция печени. Холецистэктомия (от шейки до дна). Операция при портальной гипертензии. Операции Таннера и Пациоры. Прошивание вен пищевода и кардии. Холецистостомия. Холедохотомия. Билиодигестивные анастомозы. Спленэктомия. Панкреатодуоденальная резекция. Тораколапаротомия. Хирургическая анатомия и операционная хирургия брюшной полости. Топография тощей, подвздошной и ободочной кишки, кишечные швы, техника наложения. Виды	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.3., 7.2.4

	кишечных анастомозов. Резекция тонкой кишки. Аппендэктомия. Наложение противоестественного заднего прохода. Гемиколэктомия. Операция Гартмана. Топография брыжеечного отдела тонкой кишки. Топография толстой кишки (слепая, аппендикс, восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая, сигмовидная). Голотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы. Дренаж брюшной полости.			
ПЗ.1.26.	ТА и ОХ органов таза. Хирургическая анатомия забрюшинного пространства и таза: стенки, фасции, клетчаточные пространства, сосуды, нервы и органы забрюшинного пространства и малого таза. Топография почек и мочеточников, хирургические доступы к ним. Паранефральная блокада по Вишневскому. Нефрэктомия. Пиелотомия. Нефростомия. Фасции и клетчаточные пространства таза, этажи таза. Топография прямой кишки, мочевого пузыря, тазового отдела мочеточников, предстательной железы, семявыносящих протоков, яичек, яичников, матки, маточных труб. Эпицистостомия. Особенности шва мочевого пузыря. Локализация абсцессов тазовой клетчатки. Парепроктит. Вскрытие гнойников таза. Операции при геморрое по Милиган-Моргану. Операции при водянке яичка по Винкельману.	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.2., 7.1.3, 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
ПЗ.1.27.	Итоговое занятие за 5 семестр	6	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Всего:			148	

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

№	НАИМЕНОВАНИЕ РАЗДЕЛА/МОДУЛЯ	СОДЕРЖАНИЕ
	Модуль. 1. Введение в предмет.	Предмет и задачи топографической анатомии и оперативной хирургии. Методы исследования. История развития. История образования кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии Волгоградского медицинского университета. Определение операции. Виды операций. Этапы выполнения. Определение хирургического доступа и хирургического приема. Правила завершения операций. Названия операций. История вопроса. Показания к применению сосудистого шва. Техника ручного

		<p>сосудистого шва по Каррелю Достоинства и недостатки метода. Модификации по Морозовой, Полянцеву. Инвагинационный сосудистый шов по Соловьеву. Методы бесшовного соединения сосудов по Донецкому, Пайру, Коневскому. Достоинства и недостатки методов. Механический сосудистый шов. Хирургические операции для восстановлению тока крови. Операции при заболеваниях вен. Операции при повреждениях периферической нервной системы. Определение ампутации. Показания. История вопроса. Классификация ампутаций. Ампутационные схемы. Применение гемостаза во время ампутаций. Правила обработки и расчета кожно-фасциальных лоскутов, поверхностных и глубоких, надкостницы, кости, крупных и мелких кровеносных сосудов, нервных стволов. Создание экспериментальных патологических состояний на лабораторных животных. Экспериментальные операции на кровеносных и лимфатических сосудах, на органах грудной и брюшной полости</p>
	<p>Модуль 2. Верхняя конечность. Нижняя конечность.</p>	<p>Топография надплечья: лопаточная область, дельтовидная, подключичная. Границы, слои, мышечно-фасциальные футляры. Сосуды и нервы. Пути распространения гноя по клетчатке. Лопаточный артериальный коллатеральный круг. Вскрытие флегмон лопаточной и поддельтовидной области. Топографическая анатомия подмышечной области: границы, стенки подмышечной ямки. Трехстороннее и четырехстороннее отверстия. Подмышечный сосудисто-нервный пучок, проекция подмышечной артерии на кожу. Строение плечевого сплетения. Подмышечные лимфатические узлы. Распространение гноя из подмышечной ямки. Хирургический доступ к подмышечной артерии, ее перевязка, восстановление коллатерального кровотока. Флегмоны подмышечной ямки. Плечевой сустав. Внешние ориентиры, особенности строения. Топографо-анатомическое обоснование вывихов плеча. Топография плеча: границы, мышечно-фасциальные футляры. Плечевой сосудисто-нервный пучок. Проекция плечевой артерии. Топография срединного, лучевого, локтевого нервов. Пункция плечевого сустава. Поперечный распил плеча в средней трети. Ампутация плеча двухлоскутным кожно-фасциальным способом. Локтевой сустав. Особенности строения, внешние ориентиры. Топография локтевой ямки: границы, сосудисто-нервные пучки. Пункция локтевого сустава. Топография задней области предплечья. Топография передней области предплечья. Границы, мышечно-фасциальные футляры, мышечные слои. Сосудисто-нервные пучки, их проекция на кожу. Топография клетчаточного пространства Пирогова-Парона. Поперечный распил предплечья в средней трети. Ампутация предплечья с кожной круговой манжеткой. Хирургические разрезы при флегмоне клетчаточного пространства Пирогова-Парона. Топографическая анатомия кисти. Тыл кисти. Ладонь кисти. Внешние ориентиры и проекции сосудов и нервов ладони. Мышечно-фасциальные футляры, их содержимое. Топография синовиальных влагалищ сухожилий кисти. Локализация флегмон кисти и хирургические разрезы при них. Пути распространения гноя на кисти. Топография пальца. Топография различных видов панарициев. Хирургические разрезы при панарициях. Ампутации и экзартикуляции фаланг пальцев. Топография ягодичной области: границы, слои, проекция сосудисто-нервных пучков на кожу, клетчаточные пространства и пути распространения гноя по клетчатке. Хирургические доступы к ягодичным артериям,</p>

		<p>особенности их перевязки. Блокада седалищного нерва. Локализация флегмон ягодичной области и хирургические разрезы при них. Хирургическая анатомия тазобедренного сустава. Задняя область бедра и подколенная ямка: границы, слои, клетчатка, пути распространения гноя. Проекция седалищного нерва. Проекция сосудисто-нервного пучка подколенной ямки и его топография. Хирургический доступ к подколенной артерии. Ямка Жобера. Артериальная коллатеральная сеть коленного сустава. Перевязка подколенной артерии и восстановление коллатерального кровотока. Пункция тазобедренного сустава. Топографическая анатомия передней области бедра. Топография бедренного треугольника (границы, дно, особенности строения собственной фасции, сосудисто-нервный пучок). Строение бедренного канала: стенки, подкожное кольцо, глубокое кольцо. Бедренная грыжа. Топография запирающего канала. Топография приводящего канала. Проекция бедренной артерии на кожу. Хирургический доступ к бедренной артерии, коллатеральный кровоток при ее перевязке. Поперечный распил бедра в средней трети. Топография коленного сустава. Пункция коленного сустава. Топография голени: передняя и задняя области, границы, мышечно-фасциальные футляры. Проекция сосудисто-нервных пучков на кожу. Поперечный распил голени в средней трети. Хирургический доступ к передней и задней большеберцовым артериям. Топографическая анатомия стопы. Тыл стопы, подошва стопы: границы, слои, фасциальные футляры. Сосуды и нервы, их проекция на кожу. Лодыжковый канал, пяточный канал. Голеностопный сустав. Поперечный сустав предплюсны (Шопара). Предплюсно-плюсневый сустав (Лисфранка). Пути распространения гноя по клетчатке. Операции при флегмонах стопы.</p>
	<p>Модуль 3. Голова, шея.</p>	<p>Мозговой отдел (свод черепа, основание черепа). Лицевой отдел черепа. Анатомические области. Послойное строение мягких тканей в лобно-теменно-затылочной и височной областях. Особенности повреждения при черепно-мозговых травмах. Схема Кронлейна, значение, принципы применения. Трепанации, определение, показания, классификация, набор хирургических инструментов. Первичная хирургическая обработка ран свода головы. Методы гемостаза во время операции. Виды переломов свода черепа. Виды переломов основания черепа. Виды переломов костей лицевого черепа. Операции при переломах костей черепа. Особенности нейрохирургических операций. Операции при переломах костей лицевого черепа. Клиническая анатомия шеи. Треугольники шеи. Фасции и клетчаточные пространства. Медиальные сосудисто-нервный пучок шеи. Признаки отличия наружной и внутренней сонных артерий. Клиническая анатомия гортани и трахеи. Трахеотомия. Определение. Показания. Классификация. Набор хирургических инструментов. Техника выполнения. Возможные осложнения.</p>
	<p>Модуль 4. Грудь, живот.</p>	<p>Топографическая анатомия плевры, плевральных синусов. Плевральная пункция. Дренажное активное и пассивное. Клиническая анатомия молочных желез. Особенности лимфооттока от молочной железы. Техника радикальной мастэктомии при раке молочных желез. Клиническая анатомия передней брюшной стенки. Клиническая анатомия верхнего этажа брюшной полости. Послойное строение. Слабые места. Определение грыж. Классификация. Методы хирургического лечения. Скользящие грыжи. Определение.</p>

	<p>Особенности лечения. Сумки, каналы, пазухи. Клиническое значение. Принципы дренирования брюшной полости при перитонитах. Резекции желудка, виды. История вопроса. Показания. Принципы выполнения. Типичные осложнения. Гастростомы. Виды. Показания. Принципы наложения. Преимущества и недостатки. Основы хирургия гепато-панкреато-биллиарной зоны. Виды операций. Показания. Принципы выполнения. Клиническая анатомия брюшной полости. Эндоскопическая хирургия. Тонкая и толстая кишка. Признаки отличия. Особенности кровоснабжение. Иннервация. Лимфоотток. Кишечные швы. Резекция кишки. Одно- и двустольная колостомы. Принципы формирования. Показания. Определение эндоскопической операции. История вопроса. Этапы развития. Особенности операций. Преимущества и недостатки. Оборудование (эндохирургический комплекс) и инструменты(инструменты доступа и манипуляций). Клиническая анатомия забрюшинного пространства. Клиническая анатомия органов малого таза. Хирургическая анатомия забрюшинного пространства и таза: стенки, фасции, клетчаточные пространства, сосуды, нервы и органы забрюшинного пространства и малого таза. Топография почек, надпочесников и мочеточников, хирургические доступы к ним. Паранефральная блокада по Вишневскому. Нефрэктомия. Пиелотомия. Нефростомия. Фасции и клетчаточные пространства таза, этажи таза. Топография прямой кишки, мочевого пузыря, тазового отдела мочеточников, предстательной железы, семявыносящих пртоков, яичек, яичников, матки, маточных труб. Эпицистостомия. Особенности шва мочевого пузыря. Локализация абсцессов тазовой клетчатки. Парапроктит. Вскрытие гнойников таза. Операции при геморрое. Операции при водянке яичка. Операции при варикоцеле.</p>
--	--

6. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа обучающихся направлена на углубленное изучение разделов и тем рабочей программы и предполагает изучение литературных источников, выполнение домашних заданий и проведение исследований разного характера. Работа основывается на анализе литературных источников и материалов, публикуемых в интернете, а также реальных речевых и языковых фактов, личных наблюдений. Также самостоятельная работа включает подготовку и анализ материалов по темам пропущенных занятий.

Самостоятельная работа по дисциплине включает следующие виды деятельности:

- работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта лекций и учебной литературы;
- поиск (подбор) и обзор литературы, электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса, написание доклада, исследовательской работы по заданной проблеме;
- выполнение задания по пропущенной или плохо усвоенной теме;
- самостоятельный поиск информации в Интернете и других источниках;
- выполнение домашней контрольной работы (решение заданий, выполнение упражнений);
- изучение материала, вынесенного на самостоятельную проработку (отдельные темы, параграфы);
- написание рефератов;
- подготовка к тестированию; подготовка к практическим занятиям; подготовка к экзамену.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА СТУДЕНТА				
Код занятия	Наименование разделов и тем/вид занятия	Часов	Компетенции	Литература
СР.1.1.	<p>Плечевой сустав Суставная сумка. Связки, укрепляющие суставную сумку. Слабое место в капсуле сустава, предрасполагающее к возникновению вывихов. Положение головки плечевой кости при вывихах в плечевом суставе. Особенности строения плечевого сустава у новорожденных.</p> <p>Область плеча Положение отломков при переломе плечевой кости на различных уровнях . Локтевой сустав. Суставная капсула, ее слабые места. Положение костей при вывихах в локтевом суставе Особенности строения локтевого сустава у детей. Область предплечья Задняя область предплечья. Заднее и латеральное фасциальные пространства, мышечные слои. Сосудисто-нервные образования. Положение отломков при переломах костей предплечья на различных уровнях.</p> <p>Кисть Тыльная поверхность кисти и пальцев. Зоны кожной иннервации. Слои сосудисто-нервные образования тыльной поверхности кисти. Проекция суставных щелей пястно - фаланговых, межфаланговых суставов и их связочный аппарат</p>	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
СР.1.2.	<p>Тазобедренный сустав Особенности его строения у детей. Хирургическая анатомия врожденного вывиха бедра. Суставная капсула. Укрепляющий аппарат сустава. Слабые места капсулы сустава. Положение головки бедренной кости при вывихах. Положение костных отломков при переломах шейки бедренной кости. Артериальные коллатерали в области тазобедренного сустава.</p> <p>Область колена Границы. Наружные ориентиры. Передняя область колена. Слои. Сосудисто-нервные образования, синовиальные сумки.</p>	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4

	<p>Коленный сустав Суставная сумка. Укрепляющий аппарат сустава. Слабые места капсулы сустава. Синовиальные завороты капсулы сустава и их роль в распространении гнойных затеков. Особенности строения коленного сустава у детей.</p> <p>Голеностопный сустав Суставная капсула. Укрепляющий аппарат сустава. Слабые места суставной сумки. Кровоснабжение и иннервация. Положение отломков костей голени и стопы при переломах лодыжек. Особенности строения сустава у детей.</p> <p>Область стопы Границы. Наружные ориентиры. Тыльная область. Границы. Слои. Фасции, мышцы, сухожилия. топография сосудисто-нервных образований. Проекция на кожу тыльной артерии стопы. Зоны кожной иннервации. Проекция суставов Шопара, Лисфранка. Область подошвы, слои, фасциальные ложа. Топография мышц, сосудов, нервов. Клетчаточные пространства, их связь с клетчаткой голени и тыла стопы. Хирургическая анатомия врожденной косолапости.</p>			
СР.1.3.	<p>Операции на опорно-двигательном аппарате Операции на суставах. Пункция и артротомия плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного, голеностопного суставов. Оперативные доступы при резекции плечевого, локтевого, лучезапястного, тазобедренного, коленного суставов. Понятие об артродезе, артроризе, артропластике, эндопротезировании. Корректирующие операции при деформации суставов. Операции на костях Оперативные доступы к длинным трубчатым костям. Остеотомия (линейная, сегментарная). Резекция кости. Операции при остеомилеите трубчатых костей. Остеосинтез: экстрамедуллярный, интрамедуллярный, с помощью компрессионно-дистракционных аппаратов Илизарова, Сиваша,</p>	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4

	Волкова-Оганесяна, Гудушаури. Операции по поводу врожденных пороков развития конечностей: синдактилий, врожденного вывиха бедра, косолапости.			
СР.1.4.	<p>Голова Область сосцевидного отростка Границы. Наружные ориентиры. Слои. Сосуды и нервы. Строение сосцевидного отростка. Трепанационный треугольник Шипо. Проекция канала лицевого нерва, сигмовидного синуса, барабанной полости. Основание черепа Передняя, средняя и задняя черепные ямки, их содержимое. Топография черепных нервов. Оболочки головного мозга, подболобочные пространства. Ликворная система головного мозга. Пазухи твердой мозговой оболочки и их связь с поверхностными венами свода черепа и лица. Типичные места переломов основания черепа при травме. Хирургическая анатомия врожденных мозговых грыж и гидроцефалии.</p> <p>Область носа Наружный нос. Полость носа. Околоносовые пазухи.</p> <p>Область глазницы Границы, стенки, отделы, содержимое: мышцы, сосуды, нервы. Особенности строения глазницы у детей</p>	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
СР.1.5.	<p>Диафрагма Отделы. Ножки. Особенности строения у детей. Пояснично-реберный треугольник, отверстия и щели. Отношение диафрагмы к органам грудной и брюшной полостей.</p>	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
СР.1.6.	<p>Малый таз Промежность Границы. Деление на области. Анальный треугольник: слои; мышца, поднимающая задний проход, ее отделы. Наружный и внутренний сфинктеры прямой кишки. Топография срамного сосудисто-нервного пучка. Клетчаточное</p>	5	ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4;	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4

	<p>пространство седалищно-прямокишечной ямки и его связь с клетчаточными пространствами малого таза и ягодичной области. мочеполовой треугольник, поверхностные и глубокие слои, мочеполовая диафрагма.</p> <p>Наружные половые органы у мужчин: половой член, мошонка и ее содержимое, мочеиспускательный канал. Хирургическая анатомия пороков наружных половых органов (неопустившееся яичко, водянка оболочек яичка и семенного канатика, эписпадия, гипоспадия).</p> <p>Наружные половые органы у женщин. Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.</p>		ПК-1.3.5.	
СР.1.7.	<p>Позвоночник</p> <p>Топографическая анатомия</p> <p>Отделы, внешние ориентиры.</p> <p>Позвоночник и позвоночный канал.</p> <p>Индивидуальные и возрастные отличия позвоночника и спинного мозга.</p> <p>Спинной мозг, оболочки, нервные корешки. Скелетотопия спинальных сегментов. Кровоснабжение, венозный отток. Хирургическая анатомия пороков развития позвоночника и спинного мозга (люмбализация, сакрализация, платиспондилия, скрытое незаращение дужек, спондилолиз, кифоз, лордоз, сколиоз, спинномозговые грыжи).</p> <p>Оперативная хирургия</p> <p>Анатомо-физиологической обоснование оперативных вмешательств. Спинно-мозговая пункция. Ламинэктомия.</p> <p>хирургические способы фиксации позвоночника при переломах.</p> <p>Реконструктивные и стабилизирующие операции на позвоночнике. Операции при аномалиях развития позвоночника, спинномозговых грыжах.</p>	8,7	<p>ОПК-5.1.1;ОПК-5.2.1; ОПК-5.3.1; ПК-1.1.4; ПК-1.1.5; ПК-1.1.6.; ПК-1.2.1; ПК-1.2.2; ПК-1.2.3.; ПК-1.3.1; ПК-1.3.2.; ПК-1.3.3; ПК-1.3.4; ПК-1.3.5.</p>	7.1.1., 7.1.2., 7.1.3, 7.2.1., 7.2.2., 7.2.3., 7.2.4
Итого		38,7		

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА: ЭЛЕКТРОННО-БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА

7.1.1. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А. В. Николаев. 3-е изд. , испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 736 с.: ил. – Режим доступа: по

подписке. – URL :<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970466261.html>

7.1.2. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2т. Том2/ Николаева А.В.-2-е изд., испр.и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -480с.–Режим доступа: по подписке.– URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426142.html>

7.1.3. Сергиенко В.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / В. И. Сергиенко, Э. А. Петросян - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 648 с. – Режим доступа: по подписке. – URL :<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423622.html>

7.2. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА ЭЛЕКТРОННО-БИБЛИОТЕЧНАЯ СИСТЕМА

7.2.1. Киселевский Ю.М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: пособие / Ю. М. Киселевский, П. М. Ложко, А. А.Стенько и др. -2-е изд. , испр. -Минск : Вышэйшая школа, 2021.- 406 с. – Режим доступа: по подписке. – URL

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789850633279.html>

7.2.2. Дыдыкин С.С. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: рабочая тетрадь. В 2 ч. Ч. I / под ред. С. С. Дыдыкина, Т. А. Богоявленской. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 120 с. : ил. – Режим доступа: по подписке. – URL :<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465226.html>

7.2.3. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия в терминах, понятиях, классификациях: учебное пособие / Каган И. И. , Чемезов С. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 176 с. – Режим доступа: по подписке. – URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970451069.html>

7.2.4. Дыдыкин С.С. Топографическая анатомия и оперативная хирургия. Руководство к практическим занятиям. В 2 ч. Ч. II. Основные элементы оперативной техники: учебное пособие / под ред. Дыдыкина С.С., Дракиной О.В., Жандарова К.А. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. -56с.– Режим доступа: по подписке.– URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423564472.html>

7.3 ЛИЦЕНЗИОННОЕ ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. Программа для ПЭВМ Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. Бессрочно.
2. Открытая лицензия Microsoft Open License: 66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017. До 31.12.2017.
3. Открытая лицензия Microsoft Open License: 66432164 OPEN OPEN 96439360ZZE1802. 2018. До 31.12.2018.
4. Открытая лицензия Microsoft Open License: 68169617 OPEN OPEN 98108543ZZE1903. 2019. До 31.12.2019.
5. Программа для ПЭВМ Office Standard 2016. 200 (двести) лицензий OPEN 96197565ZZE1712. Бессрочно.
6. Программа для ПЭВМ VeraITest Professional 2.7 Электронная версия. Акт предоставления прав № IT178496 от 14.10.2015. Бессрочно.
7. Программа для ПЭВМ ABBYY Fine_Reader_14 FSRS-1401. Бессрочно.
8. Программа для ПЭВМ MOODLEe-Learning, eLearningServer, Гиперметод. Договор с ООО «Открытые технологии» 82/1 от 17 июля 2013 г. Бессрочно.

7.4 СОВРЕМЕННЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ БАЗЫ ДАННЫХ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ СПРАВОЧНЫЕ СИСТЕМЫ

1. <https://www.rosmedlib.ru/> Консультант врача. Электронная медицинская библиотека (база данных профессиональной информации по широкому спектру врачебных специальностей) (профессиональная база данных)
2. <http://www.studentlibrary.ru/> электронная библиотечная система «Консультант студента» (многопрофильная база данных) (профессиональная база данных)
3. <https://speclit.profy-lib.ru/>– электронно-библиотечная система Спецлит (база данных с широким спектром учебной и научной литературы) (профессиональная база данных)
4. <https://urait.ru/>– образовательная платформа Юрайт (электронно-образовательная система с сервисами для эффективного обучения) (профессиональная база данных)
5. <http://dlib.eastview.com> – универсальная база электронных периодических изданий

(профессиональная база данных)

6. <http://elibrary.ru> – электронная база электронных версий периодических изданий (профессиональная база данных)

7. Справочно-правовая система «Консультант Плюс» - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>

8. Информационно-правовой сервер «Гарант» <http://www.garant.ru/>

9. Научная электронная библиотека www.elibrary.ru

10. Российская государственная библиотека. - <http://www.rsl.ru>

11. Единая коллекция цифровых образовательных ресурсов <http://school-collection.edu.ru/>

8. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ, ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Фонд оценочных средств по дисциплине представлен в приложении №1 к рабочей программе дисциплины.

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Учебная аудитория для проведения учебных занятий 306	9 парт, 16 стульев, 1 жалюзи, 1 доска, 1 проекционный экран, 1 проектор, 1 микроскоп
Учебная аудитория для проведения учебных занятий 307(198)	9 парт, 17 стульев, 1 жалюзи, 1 доска
Учебная аудитория для проведения учебных занятий 309	9 парт, 16 стульев, 1 жалюзи, 1 доска 1 проекц. экран
Учебная аудитория для проведения учебных занятий 311(200)	8 парт, 14 стульев, 1 жалюзи, 1 доска
Учебная аудитория для проведения учебных занятий 324(168)	8 парт, 18 стульев, 1 жалюзи, 1 доска, 1 проектор, 1 проект. доска, 1 ноутбук
Учебная аудитория для проведения учебных занятий 325(207)	9 парт, 16 стульев, 1 жалюзи, 1 шкаф книжный
Учебная аудитория для проведения учебных занятий 327(208)	7 парт, 15 стульев, 1 жалюзи, 2 доска
Учебная аудитория для проведения учебных занятий 335(212)	5 парт, 11 стульев, 1 жалюзи, 1 доска, 1 принтер, 1 компьютер, 1 шкаф книжный

10. ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ОБУЧАЮЩИМИСЯ-ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Особые условия обучения и направления работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее обучающихся с ограниченными возможностями здоровья) определены на основании:

– Закона РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– Закона РФ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

– Приказа Минобрнауки России от 06.04.2021 N 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;

– методических рекомендаций по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн).

Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или

затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности изучения дисциплины инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья организацией обеспечивается:

1. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

– наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих:

– размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

– присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь:

– обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

– обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;

2. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

– дублирование звуковой справочной информации визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

– обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации:

3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров: наличие специальных кресел и других приспособлений).

Обучение лиц организовано как инклюзивно, так и в отдельных группах.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания**

Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОПОП прямо связаны с местом дисциплин в образовательной программе. Каждый этап формирования компетенции характеризуется определенными знаниями, умениями и навыками и (или) опытом профессиональной деятельности, которые оцениваются в процессе текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации по дисциплине (практике) и в процессе государственной итоговой аттестации. Оценочные материалы включают в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные планируемые задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимися планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы. На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов, выполнение практических заданий, решения тестовых заданий. Итоговая оценка сформированности компетенций определяется в период государственной итоговой аттестации.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию. Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Минимальный уровень Базовый уровень Высокий уровень
Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию. Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Минимальный уровень Базовый уровень Высокий уровень
Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач. Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспособливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Минимальный уровень Базовый уровень Высокий уровень

I. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции	Результаты обучения
<p>ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</p>	<p>ОПК-5.1. Знает: ОПК-5.1.1. Знает общебиологические закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека.</p> <p>ОПК-5.2. Умеет: ОПК-5.2.1. Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.</p> <p>ОПК-5.3. Владеет: ОПК-5.3.1. Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.</p>	<p>Знает общебиологические закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека.</p> <p>Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.</p> <p>Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.</p>
<p>ПК-1 Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).</p>	<p>ПК-1.1. Знает: ПК-1.1.4. Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); ПК-1.1.5. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; ПК-1.1.6. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;</p> <p>ПК-1.2. Умеет: ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.2.3. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;</p>	<p>Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме; Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; Владеет навыком оценивания</p>

	<p>признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;</p> <p>ПК-1.3. Владеет:</p> <p>ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах;</p> <p>ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;</p> <p>ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;</p> <p>ПК-1.3.5. Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания);</p>	<p>состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах;</p> <p>Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;</p> <p>Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;</p> <p>Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;</p> <p>Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания);</p>
--	---	---

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ СФОРМИРОВАННОСТИ ЗНАНИЙ

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ

Вопросы	Соответствующий индикатор достижения компетенции	Шаблоны ответа (ответ должен быть лаконичным, кратким, не более 20 слов)
1. Топографическая анатомия дельтовидной области	ОПК-5.1.1. ОПК-5.2.1. ОПК-5.3.1.	Дельтовидная область (regio deltoidea). Внешние ориентиры дельтовидной области. Границы дельтовидной области. Проекция сосудисто-нервного пучка в дельтовидной области.

	<p>Дельтовидная область расположена снаружи от лопаточной, соответствует контуру дельтовидной мышцы, покрывающей плечевой сустав и верхнюю треть плечевой кости. Внешние ориентиры дельтовидной области. Ключица, акромион и ость лопатки, выпуклость дельтовидной мышцы, ее передний и задний края, дельтовидно-грудная борозда. При вывихах в плечевом суставе эта выпуклость дельтовидной мышцы сглаживается, заменяется ямкой. Границы дельтовидной области. Верхняя граница дельтовидной области — наружная треть ключицы, акромион и наружная треть лопаточной ости. Нижняя дельтовидной области — линия на наружной поверхности плеча, соединяющая нижние края большой грудной мышцы и широчайшей мышцы спины. Передняя и задняя границы дельтовидной области соответствуют краям дельтовидной мышцы. Проекция сосудисто-нервного пучка в дельтовидной области. По ходу дельтовидно-грудной борозды проецируется латеральная подкожная вена руки, <i>v. cephalica</i>. По вертикальной линии, опущенной вниз от задненаружного угла акромиона до пересечения с задним краем <i>m. deltoideus</i> (в среднем 6 см; при отведении верхней конечности от туловища до прямого угла это расстояние будет равно 2,5—3,0 см), проецируется сосудисто-нервный пучок области — <i>n. axillaris et aa. circumflexae humeri anterior et posterior</i>. На этом же уровне находится хирургическая шейка плеча. Проекция <i>recessus axillaris</i> — нижнего выпячивания суставной сумки плечевого сустава, определяется точкой, расположенной на той же вертикальной линии на 4 см ниже заднего угла акромиона, то есть на 2 см выше проекции подмышечного нерва. Здесь при воспалении (артрите) плечевого сустава определяется болезненность при давлении. Эта точка расположена под задним краем дельтовидной мышцы.</p>
<p>2. Клетчаточные пространства кисти</p>	<p>На ладонной поверхности кисти в срединном фасциальном ложе жировая клетчатка расположена в двух клетчаточных щелях. Выделяют поверхностную (подапоневротическую) щель срединного фасциального ложа. Она расположена между ладонным апоневрозом и сухожилиями поверхностного сгибателя. В ней лежат поверхностная ладонная дуга и ветви срединного нерва. Под сухожилиями глубоких сгибателей находится глубокая (подапоневротическая) щель срединного фасциального ложа. Обе клетчаточные щели по ходу сухожилий сгибателей пальцев через карпальный канал связаны с клетчаткой предплечья. Если флегмона начинается, то затем она переходит</p>

		<p>в клетчаточные пространства предплечья. Кроме того, выделяют клетчаточное субфасциальное пространство ложа тенара, гипотенара и заднего ложа кисти.</p>
<p>3. Топографическая анатомия бедренного канала: стенки, внутреннее (глубокое) и поверхностное отверстия.</p>		<p>Между паховой связкой и костями таза имеется пространство, которое с помощью подвздошно-гребешковой связки разделяется на две лакуны: мышечную (<i>lacuna musculorum</i>) и сосудистую (<i>lacuna vasorum</i>). Мышечная лакуна расположена снаружи. Через нее на бедро проходят подвздошно-поясничная мышца и бедренный нерв. Общее влагалище для мышцы и нерва образовано за счет подвздошной фасции, которая прочно срастается как с паховой связкой, так и с надкостницей костей таза, образуя мощный отграничивающий барьер между брюшной полостью и областью бедра. Вследствие этого грыжи через мышечную лакуну выходят очень редко. Сосудистая лакуна расположена внутри и ограничена спереди паховой связкой, сзади – куперовской (лобковой), медиально – лакунарной и латерально – подвздошно-гребешковой связками. Через сосудистую лакуну проходят бедренная артерия, бедренная вена, нервы (<i>n. genitofemoralis</i>, <i>n. ilioinguinalis</i>) и лимфатические сосуды. Сосудисто-нервный пучок заключен в тонкое фасциальное влагалище, которое происходит из поперечной фасции.</p>
<p>4. Топографическая анатомия коленного сустава</p>		<p>Коленный сустав является самым большим и вместе с тем наиболее сложным из всех сочленений. В его образовании принимают участие три кости: нижний конец бедра, верхний конец большеберцовой кости и надколенник. Суставные поверхности мыщелков бедра, сочленяющиеся с <i>tibia</i>, выпуклы в поперечном и сагиттальном направлении и представляют отрезки эллипсоида. Медиальный мыщелок больше латерального. <i>Facies articularis superior</i> большеберцовой кости, сочленяющаяся с мыщелками бедра, состоит из двух слабо вогнутых, покрытых гиалиновым хрящом суставных площадок. Последние дополняются посредством двух внутрисуставных хрящей, или менисков коленного сустава, <i>meniscus lateralis et medialis</i>, лежащих между мыщелками бедра и суставными поверхностями большеберцовой кости. Каждый мениск коленного сустава представляет собой трехгранную, согнутую по краю пластинку, периферический утолщенный край которой сращен с суставной сумкой, а обращенный внутрь сустава заостренный край свободен. Латеральный мениск коленного сустава более согнут, чем медиальный; последний по форме похож на букву С, а латеральный приближается к кругу. Концы обоих менисков коленного сустава прикрепляются спереди и сзади к <i>eminentia intercondylaris</i>.</p>
<p>5. Классификация</p>		<p>Выделяют ампутации по первичным показаниям</p>

ампутиций		(первичные), по вторичным показаниям (вторичные) и повторные, или реампутации. Первичная ампутация производится в порядке первичной хирургической обработки раны для удаления нежизнеспособной части конечности в ранние сроки — до развития клинических признаков инфекции. Вторичную ампутацию производят тогда, когда консервативные мероприятия и хирургическое лечение неэффективны.
6. Декомпрессионная (по Кушингу) трепанация черепа		<p>Декомпрессионная (резекционная) трепанация – это паллиативная операция с резекцией кости свода черепа и вскрытием твердой мозговой оболочки, выполняемая для уменьшения внутричерепного давления при неоперабельных опухолях головного мозга и черепно-мозговой травме.</p> <p>Показания: повышение внутричерепного давления в случаях неоперабельных опухолей мозга или при прогрессирующем отеке мозга другой этиологии. ИЛИ Необходимость стойкого снижения повышенного ВЧД при опухолях и других заболеваниях, когда невозможно устранить основное заболевание.</p> <p>Этапы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. После рассечения мягких тканей и надкостницы создают отверстие в кости, которое дополнительно расширяют с помощью кусачек Люэра в сторону скуловой дуги. 2. Перед вскрытием сильно напряженной твердой мозговой оболочки производят спинномозговую пункцию. 3. Спинномозговую жидкость извлекают небольшими порциями (10-30 мл), чтобы не произошло вклинивания стволовой части мозга в большое затылочное отверстие. 4. Твердую мозговую оболочку вскрывают, давая отток спинномозговой жидкости, после чего рану послойно ушивают, за исключением твердой мозговой оболочки.
7. Топографическая анатомия щечной области		<p>Внешние ориентиры щечной области. Скуловая кость и скуловая дуга, нижний край нижней челюсти, носогубная борозда, передний край m. masseter. Границы щечной области Верхняя граница щечной области — скуловая дуга, нижняя граница щечной области — нижний край нижней челюсти, передняя граница щечной области — вертикальная линия, проведенная от наружного угла глаза, задняя граница щечной области — пальпируемый передний край жевательной мышцы. Проекция на кожу сосудов и нервов в щечной области Лицевые артерия и вена щечной области проецируются от места пересечения переднего края жевательной мышцы с нижним краем нижней челюсти в диагональном направлении к внутреннему углу глаза. На этой линии примерно на уровне крыла</p>

		носа определяется один из важнейших анастомозов лицевой вены с крыловидным венозным сплетением.
8. Пункция и катетеризация подключичной вены		<p>Надключичный доступ. Является более удобным доступом, так как расстояние от кожи до вены короче (0,5—4 см), вена расположена прямо под кожей и игла при пункции проходит только через кожу и фасцию. При необходимости введения катетера в центральную вену надключичный доступ имеет большую вероятность попадания. Игла проходит дальше от плевры, поэтому меньше риск пневмоторакса. Длительная фиксация иглы или катетера при этом доступе затруднена.</p> <p>Подключичный доступ. В этом случае необходима игла большей длины, так как она проходит фасцию, кожу, мышечный слой. Этот доступ более предпочтителен при длительной катетеризации (легче закрепить катетер и меньше условий для развития инфекции). При подключичном доступе лучше используются выраженные анатомические ориентиры, что способствует большей безопасности, поэтому данный метод можно рекомендовать к применению у тучных больных. К редким осложнениям пункции подключичной вены относится повреждение нервных стволов, трахеи и щитовидной железы, появление признаков тромбоза и тромбофлебита подключичной и плечевого вен</p>
9. Топографическая анатомия плевры		<p>Плевра (<i>pleura</i>) - серозная оболочка. Она подразделяется на <i>висцеральную</i> (<i>легочную</i>) и <i>париетальную плевры</i>. Два листка серозной оболочки разделяют щелевидное пространство, которое заполнено небольшим количеством жидкости и называется <i>полостью плевры</i>.</p> <p>Висцеральная плевра покрывает легкое со всех сторон, плотно срастается с ним и глубоко заходит в щели между долями. В области ворот легкого она переходит в париетальную плевру, покрывающую изнутри стенки грудной полости, в результате чего в каждой половине грудной полости образуется замкнутый мешок, содержащий легкое.</p> <p>Париетальная плевра состоит:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>реберной части</i> - покрывает внутреннюю поверхность ребер и межреберных промежутков; • <i>средостенной части</i> - простирается от внутренней поверхности грудины до боковой поверхности позвоночного столба и с боков ограничивает часть грудной полости, называемой средостением; • <i>диафрагмальной части</i> - прилежит к верхней поверхности диафрагмы; • <i>купола плевры</i> - находится в области верхушки легкого и соответствует уровню

		<p>остистого отростка VII шейного позвонка. Снаружи он покрыт внутригрудной фасцией, которая фиксирует его к I ребру и шейным позвонкам. Сзади к куполу плевры прилежат головка и шейка I ребра, длинная мышца шеи, нижний шейный узел симпатического ствола и передняя ветвь 1-го грудного спинномозгового нерва.</p>
<p>10. Топографическая анатомия грудной стенки</p>		<p>Предгрудинная область, или передняя срединная область груди <i>Границы</i> предгрудинной области (<i>regio presternalis</i>) соответствуют границам проекции грудины. <i>Наружные ориентиры:</i> рукоятка грудины, тело грудины, грудинный угол, мечевидный отросток грудины, яремная вырезка рукоятки грудины. <i>Слои.</i> Кожа тонкая, неподвижная, иннервируется ветвями надключичных нервов. Подкожная жировая клетчатка не выражена, в ней расположены подкожные вены, артерии и нервы. Поверхностная фасция срастается с собственной фасцией, которая имеет характер плотной апоневротической пластинки, спаянной с надкостницей грудины. <i>Артерии, вены, нервы, лимфатические узлы.</i> Внутренняя грудная артерия проходит вдоль края грудины и располагается на задней поверхности реберных хрящей. Она анастомозирует с межреберными артериями, сопровождается одноименными венами. По ходу внутренних грудных сосудов в межреберных промежутках расположены окологрудинные лимфатические узлы.</p> <p>Грудная область, или передняя верхняя область груди <i>Границы</i> грудной области (<i>regio pectoralis</i>): верхняя - нижний край ключицы, нижняя - край III ребра, медиальная - край грудины, латеральная - передний край дельтовидной мышцы. <i>Наружные ориентиры:</i> ключица, ребра, межреберные промежутки, клювовидный отросток лопатки, наружный край большой грудной мышцы, подключичная ямка, передний край дельтовидной мышцы, дельтовидно-грудная борозда. <i>Слои.</i> Кожа тонкая, подвижная, берется в складку, придатки кожи: потовые, сальные железы, волосные фолликулы. Иннервация кожи осуществляется ветвями надключичных нервов (ветви шейного сплетения), кожными ветвями первого- третьего межреберных нервов. Подкожная клетчатка выражена слабо, содержит хорошо выраженную венозную сеть (<i>vv. perforantes</i>), артерии, питающие кожу (<i>aa. perforantes</i>), и надключичные нервы из шейного сплетения, а также передние и латеральные ветви межреберных нервов. Поверхностная фасция содержит волокна <i>m. platysma</i>. Собственная фасция груди представлена тонкой пластинкой, которая</p>

		<p>латерально переходит в подмышечную фасцию, а сверху соединяется с поверхностным листком собственной фасции шеи. Фасция покрывает большую грудную мышцу, переднюю зубчатую мышцу. Спускаясь вниз, собственная фасция груди переходит в собственную фасцию живота.</p>
<p>11. Топографическая анатомия косой и прямой паховых грыж</p>		<p>Паховые грыжи относятся к наружным грыжам живота. Они бывают косые и прямые. Косой паховой называется грыжа, грыжевой мешок которой входит в паховый канал через глубокое паховое кольцо, проходит через весь канал и выходит через поверхностное паховое кольцо. Грыжевой мешок располагается под внутренней семенной фасцией (внутри семенного канатика), при этом элементы семенного канатика тесно прилегают к стенкам грыжевого мешка. Косая паховая грыжа может спускаться у мужчин в мошонку, а у женщин — в клетчатку больших половых губ. В процессе образования косой паховой грыжи грыжевой мешок растягивает глубокое паховое кольцо задней стенки канала и истончает апоневроз наружной косой мышцы живота (переднюю стенку пахового канала), особенно в области поверхностного пахового кольца. Прямой называется паховая грыжа, грыжевой мешок которой выпячивается в области медиальной паховой ямки передней брюшной стенки, растягивает заднюю стенку пахового канала (поперечную фасцию) и выходит через его поверхностное кольцо. Грыжевой мешок при этом проходит вне семенного канатика, который расположен кнаружи от мешка.</p>
<p>12. Верхний отдел брюшной полости</p>		<p>Полость живота – пространство, выстланное изнутри внут-рибрюшной фасцией. Границы: сверху – диафрагма, снизу – пограничная линия, спереди – переднебоковая стенка, сзади – задняя стенка живота. Отделы: брюшная (брюшинная) полость – пространство, ограниченное париетальным листком брюшины; забрюшинное пространство – пространство, находящееся между париетальной брюшиной и внутрибрюшной фасцией, выстилающей изнутри заднюю стенку живота. Брюшина Брюшина – серозная оболочка, изнутри выстилающая стенки живота и покрывающая большинство его органов. Отделы: 1. <i>Париетальная (пристеночная) брюшина</i> – выстилает стенки живота. 2. <i>Висцеральная брюшина</i> – покрывает органы брюшной полости. Варианты покрытия органов брюшиной: интраперитонеальное – со всех сторон; мезоперитонеальное – с трёх сторон (одна сторона</p>

		<p>не покрыта); экстраперитонеальное – с одной стороны.</p> <p>Свойства брюшины: влажность, гладкость, блеск, эластичность, бактерицидность, склеиваемость.</p>
<p>13. Топографическая анатомия печени</p>		<p>Сверху печень покрывает купол диафрагмы. На диафрагмальной по-верхности правой доли имеются реберные вдавления (<i>impressioes costalis</i>), на диафрагмальной поверхности левой доли — сердечное вдавление (<i>impressio cardiaca</i>). К висцеральной поверхности печени прилежит ряд органов, оставляющих на ней вдавления.</p> <p>На правой доле спереди назад имеются ободочно-кишечное (<i>impressio colica</i>), почечное вдавление (<i>impressio renalis</i>), надпочечниковое вдавление (<i>impressio suprarenalis</i>).</p> <p>Спереди на левой доле имеется желудочное вдавление (<i>impressio gas-trica</i>), а позади него — пищеводное вдавление (<i>impressio oesophagea</i>).</p> <p>На квадратной доле вблизи ворот печени имеется дуоденальное вдавление (<i>impressio duodenalis</i>). На границе правой и квадратной долей имеет-ся ямка желчного пузыря (<i>fossa vesicae felleae</i>).</p>
<p>14. Топографическая анатомия пупочной области</p>		<p>По строению пупочная область состоит из: кожи, подкожной клетчатки, поверхностной двухлистной фасции, глубокой фасции, наружного и внутреннего косых мышц живота, прямого и поперечного мышц живота, поперечной фасции, предбрюшинного жира и париетальной брюшины.</p> <p>Кровоснабжение области осуществляется за счет последних межреберных, поясничных, краниальной и каудальной надчревных артерий.</p> <p>Иннервация области происходит за счет последних межреберных вентральных ветвей первого и второго поясничных нервов (подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового).</p>
<p>15. Топографическая анатомия паховой области.</p>		<p>Парная паховая область рассматривается особо, поскольку нижнемедиальный участок передней брюшной стенки является одним из наиболее выраженных «слабых мест», в результате чего здесь часто возникают паховые грыжи. Границами паховой области сверху является межкостистая линия, снизу и латерально это проекция паховой связки, медиальную границу составляет проекция латерального края прямой мышцы живота. В пределах паховой области выделяют паховый треугольник и паховый промежуток. Паховый треугольник имеет постоянные границы. Верхней является горизонтальная линия, проведенная от границы между наружной и средней третью паховой связки до пересечения с латеральным краем прямой мышцы живота. Нижнелатеральной границей пахового треугольника является паховая связка. Медиальная граница пахового треугольника</p>

		<p>— латеральный край прямой мышцы живота. В зоне пахового треугольника располагаются паховый промежуток и паховый канал.</p>
<p>16. Топографическая анатомия подбрюшинного отдела малого таза</p>		<p>Подбрюшинный этаж таза, как ясно из названия, располагается ниже париетальной брюшины, переходящей со стенок таза на органы, и выше диафрагмы таза. Соответственно, верхней стенкой является брюшина, нижней — верхняя фасция диафрагмы таза, передней, задней и боковыми — париетальная фасция, покрывающая стенки малого таза. В подбрюшинном этаже располагаются участки органов, не покрытые брюшиной, мочеточники, сосуды, нервы, лимфатические узлы и окружающая их жировая клетчатка. Фасции предбрюшинного отдела таза являются продолжением fascia endopelvina и разделяются на париетальную и висцеральную фасции.</p>
<p>17. Топографическая анатомия матки. Оперативные доступы к матке.</p>		<p>По отношению к главной продольной оси таза матка обычно наклонена вперед — anteversio, тело матки по отношению к шейке также наклонено вперед — anteflexio.</p> <p>Большей частью матка располагается в верхнем, брюшинном, этаже малого таза. Брюшина покрывает матку спереди до шейки, сзади она покрывает также шейку матки, за исключением portio vaginalis, и задний свод влагалища. Переходя с матки на прямую кишку, брюшина образует прямокишечно-маточное углубление, excavatio rectouterina. Складки брюшины, ограничивающие с боков excavatio rectouterina, называются прямокишечно-маточными, plicae rectouterinae. Под этими складками располагаются крестцово-маточные связки, ligamenta rectouterina, состоящие из эластических и гладкомышечных волокон.</p> <p>Боковые края матки (иногда их называют ребрами матки) имеют относительно узкие участки, не покрытые брюшиной, так как передний и задний листки брюшины здесь сходятся и образуют широкие маточные связки, ligamenta lata uteri, которые можно рассматривать как своеобразные брыжейки матки.</p>
<p>18. Топографическая анатомия прямой кишки</p>		<p>Прямая кишка располагается в заднем отделе полости малого таза. Спереди от нее находятся мочеполовые органы; у мужчин: мочевой пузырь, семенные пузырьки, ампулы семявыносящих протоков, предстательная железа и частично мочеиспускательный канал; у женщин: матка и влагалище. К боковым стенкам ампулы прямой кишки могут прилежать петли тонких кишок или сигмовидная кишка. Тазовые отделы мочеточников располагаются на расстоянии 1–2,5 см снаружи от кишки.</p> <p>Основание ампулы прямой кишки находится на мышцах, поднимающих задний проход (<i>mm. levatores ani</i>), часть волокон которых вплетается в</p>

		<p>продольные мышечные пучки прямой кишки. Сзади от ампулы прямой кишки находится жировая клетчатка, в которой располагаются кровеносные сосуды (<i>a. sacralis media, aa. sacrales laterales</i>), лимфатические сосуды, а также стволы и ветви симпатических нервов.</p> <p>Ампулярная часть прямой кишки располагается в фасциальной капсуле (<i>капсула Амюсса</i>), являющейся частью висцеральной пластинки тазовой фасции. Между стенкой прямой кишки и капсулой имеется слой рыхлой клетчатки, позволяющей легко выделить кишку при операции.</p> <p>Анальный канал прямой кишки находится ниже <i>m. levator ani</i>. Спереди от него располагается <i>bulbus penis</i>, с боков он соприкасается с клетчаткой седалищно-прямокишечных ямок, а сзади прилежит к копчику.</p>
<p>19. Кесарево сечение. Показания, техника разрезов на матке</p>		<p>Кесарево сечение (лат. <i>Caesarea «цезарев»</i> и <i>sectio «разрез»</i>) — хирургическая операция, при которой роды проходят посредством разреза в брюшной полости матери. Проводится чаще всего в тех случаях, когда вагинальные роды подвергают ребёнка или мать риску</p> <p>Наиболее распространенные показания для проведения кесарева сечения включают в себя: 1. Предлежание плаценты (полное, неполное с кровотечением); 2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; 3. Предыдущие операции на матке (два и более КС, одно КС в сочетании с другими относительными показаниями, миомэктомия, операции по поводу пороков развития матки в анамнезе); 4. Неправильное положение и предлежание плода (поперечное, косое положения, тазовое предлежание плода с предполагаемой массой 3600 г и более, а также тазовое предлежание в сочетании с другими относительными показаниями к КС, лобное, лицевое, высокое прямое стояние стреловидного шва); 5. Многоплодная беременность (при любом неправильном положении одного из плодов, тазовое предлежание 1-го плода); фето-фетальный трансфузионный синдром.</p>
<p>20. Топографическая анатомия воротной вены.</p>		<p>Она формируется позади головки поджелудочной железы на уровне I по-яничного позвонка в результате слияния 2-х вен: верхней брыжеечной вены (<i>v. mesenterica superior</i>) и селезеночной вены (<i>v. splenica</i>). Эти 2 вены называются корнями воротной вены. Нижняя брыжеечная вена (<i>v. mesenterica inferior</i>) может служить притоком верхней брыжеечной вены. Кроме того, воротная вена принимает правую и левую желудочные вены (<i>vv. gastricae dextra et sinistra</i>), предпривратниковую вену (<i>v. prepylorica</i>),</p>

		околопупочные вены (<i>vv. paraumbilicales</i>), желчно-пузырную вену (<i>v. cystica</i>). Воротная вена от места своего образования направляется вверх и вправо, проходит позади верхней части 12-перстной кишки и вступает в печеночно-12-перстную связку, проходит между листками последней и достигает ворот печени. В воротах печени вена делится на 2 ветви — правую и левую соответственно правой и левой долям печени.
1. Шов сосуда. Этапы	ПК-1.1.4., ПК-1.1.5., ПК-1.1.6. ПК-1.2.1., ПК-1.2.2., ПК-1.2.3., ПК-1.3.1., ПК-1.3.2., ПК-1.3.3., ПК-1.3.4., ПК-1.3.5.	Различают следующие этапы наложения сосудистого шва: I этап — мобилизация сосуда. Для анестезии, профилактики спазма и гидравлической препаровки в ложе сосуда вводят 10-15 мл 0.5—1% раствора новокаина. Продольно по ходу сосуда рассекают сосудистое ложе. II этап — сближение концов сосуда. Сосуд захватывают сосудистым зажимом на расстоянии 1,5—2 см от края. Зажимы следует накладывать не во фронтальной, а в сагиттальной плоскости, так как это облегчает ротацию сосудов. III этап — подготовка концов сосуда к наложению шва. Просвет концов сосуда промывают раствором антикоагулянта. IV этап — непосредственное наложение шва. Накладывают шов по одной из принятых методик. V этап — пуск кровотока по сосуду, проверка герметичности шва и проходимости сосуда.
2. Пункция локтевого сустава		Руку сгибают в локтевом суставе под прямым углом. Сзади пункцию производят над верхушкой локтевого отростка и направляют иглу вперед. Сзади снаружи иглу вкалывают между латеральным надмышелком плечевой кости и локтевым отростком локтевой кости и проникают в сустав над головкой лучевой кости.
3. Способы остановки кровотечения при ранениях ягодичных сосудов		Для временной остановки наружного кровотечения из глубоких ран таза, при необходимости выполнения неотложных оперативных вмешательств на других областях тела, осуществляется тугая тампонада раны с наложением кожных швов поверх тампона.
4. Принципы пластики грыжевых ворот		Закрытие грыжевых ворот должно расцениваться как пластическая операция – пластика передней брюшной стенки. Поэтому для нее действительны все основные принципы пластической хирургии: 1. девитализированная, рубцово измененная и избыточная ткань должна быть удалена; 2. нельзя сшивать ткани под натяжением; 3. следует стремиться восстановить нормальные анатомические взаимоотношения; 4. строгое соблюдение стерильности, препаровка тканей острым путем, тщательная остановка кровотечения.
5. Артродез		АРТРОДЕЗ - это искусственное создание неподвижности сустава в удобном для функции

		<p>конечности положении.</p> <p>При Деформации суставов, их патологической подвижности, ложных суставах.</p> <p>Внутрисуставной включает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Вскрытие полости сустава. 2. резекция суставных поверхностей. 3. Сопоставление суставных концов. 4. Стабилизация сопоставленных костей с использованием различных фиксаторов и конструкций в функционально выгодном положении. <p>компрессионный это фиксация суставных концов костей при помощи компрессионных аппаратов или гвоздя-штопора.</p> <p>внесуставной это создание неподвижного сустава без его вскрытия путём параартикулярного введения костного ауто или гомотрансплантата.</p>
<p>6. Способы остановки кровотечения из синусов твердой мозговой оболочки</p>		<p>Кровотечение из сосудов твёрдой оболочки головного мозга останавливают прошиванием и лигированием обоих концов повреждённого сосуда или наложением клипс. Клипирование повреждённых сосудов твёрдой оболочки головного мозга возможно только со стороны рассечённых её краёв, причём клипсами зажимают сосуд вместе с твёрдой оболочкой головного мозга. Коагуляция сосудов твёрдой оболочки головного мозга нежелательна, так как при коагуляции оболочка мгновенно деформируется (сморщивается), что препятствует в дальнейшем её заживлению. Прошивают сосуды твёрдой оболочки головного мозга тонкой круглой иглой, захватывая при этом всю толщину оболочки в пределах диаметра повреждённого сосуда</p>
<p>7. Костно-пластическая (по Оливекрону) трепанация черепа</p>		<p>Костно-пластическая трепанация черепа выполняется с целью доступа в полость черепа. Показаниями для костно-пластической трепанации черепа не являются операции по поводу опухолей и инсультов мозга, ранений сосудов твёрдой мозговой оболочки, вдавленных переломов костей черепа.</p>
<p>8. Представления о ликвордренирующих операциях.</p>		<p>наложение открытого дренажа по Арндту в передний рог бокового желудочка; венрикулосубгалеальное шунтирование; эндоскопическая перфорация III желудочка (осложнения в виде кровотечений, гипоталамических нарушений, воспаления и закрытие перфоративного отверстия); вентрикуло-перитонеальное шунтирование (VP) - соединение бокового желудочка мозга с брюшной полостью. Наиболее распространенный вид шунтирующих операций венрикуло-атриарное шунтирование (VA) - соединение бокового желудочка мозга с верхней полой веной и правым предсердием; вентрикуло-цистерностомия (операция</p>

		<p>Торкильдсена) - соединение заднего рога бокового желудочка с большой затылочной цистерной. Применяется при разобщенных желудочках.</p> <p>люмбо-перитонеальное шунтирование {LP) - соединение люмбального субарахноидального пространства на уровне L 4-5 с брюшной полостью (применяется при открытых формах гидроцефалии и доброкачественной внутричерепной гипертензии);</p> <p>атипичные шунтирующие операции - применяются в случаях, когда невозможно выполнить стандартные операции: вентрикуло-плевральное, вентрикуло-биллиарное, вентрикуло-уретральное шунтирование;</p> <p>кисто- или субдуро-перитонеальное шунтирование - используется для дренирования арахноидальных кист и субдуральных гидром.</p>
<p>9. Каротидная эндартерэктомия</p>		<p>Каротидная эндартерэктомия - это хирургическая процедура, используемая для снижения риска инсульта из-за стеноза сонной артерии (сужения внутренней сонной артерии). При эндартерэктомии хирург вскрывает артерию и удаляет бляшку. Бляшка образует и утолщает внутренний слой артерии, или <i>интиму</i>, отсюда и название процедуры, которое просто означает удаление части внутренних слоев артерии. Альтернативной процедурой является каротидное стентирование, которое также может снизить риск инсульта у некоторых пациентов.</p>
<p>10. Трахеостомия гортани.</p>		<p>Трахеостомия гортани – это хирургическая операция по созданию стойкого соустья между трахеей и внешней средой. В результате образуется трахеостома, то есть открытое отверстие для дыхания. Необходима для доступа воздуха в дыхательные пути в обход препятствий, вызванных заболеваниями и обструкцией. Практикуется этот метод очень давно и по сей день не утратил своей актуальности. В экстренных случаях трахеостомия гортани становится единственной возможностью предотвратить удушье. Существует и такой термин, как трахеотомия. Это хирургическая операция по рассечению передней стенки трахеи, но без образования трахеостомы. Показания и техника проведения этих процедур отличаются. Трахеотомия чаще всего выполняется в экстренном порядке. Направлена на создание временного сообщения между внешней средой и нижними дыхательными путями. Операция трахеостомия проводится планоно и создает отверстие, которое остается пожизненно.</p>
<p>11. Лимфосорбция.</p>		<p>Лимфосорбция (лат. <i>lympha</i> чистая вода, влага + <i>sorbere</i> поглощать) — метод детоксикации организма, основанный на очищении центральной лимфы от токсических метаболитов с помощью различных адсорбентов. Термин «лимфосорбция» введен по аналогии с известным термином</p>

		«гемосорбция» в 1974 г., когда он стал применяться в клин, практике.
12. Ушивание открытого пневмоторакса		<p>При резекции ребра при осложнении пневмотораксом необходимо зажать пальцем отверстие и накладывать швы.</p> <p>При открытом пневмотораксе по поводу ранения, выполняют первичную хирургическую обработку раны, а затем ушивают пневмоторакс.</p> <p>Как минимум, при ушивании открытого пневмоторакса необходимо наложить 3 ряда отдельных узловых швов.</p> <p>В первый ряд прошивают, захватывая париетальную плевру, внутригрудную фасцию и внутренние межреберные мышцы. Вторым рядом прошивают более поверхностно лежащие мышцы. Затем ушивают собственную фасцию и кожу.</p>
13. Пневмонэктомия.		Пневмонэктомия (пульмонэктомия) — хирургическая операция по полному удалению лёгкого. Проводится в качестве оперативного лечения рака лёгкого, реже — в случае гнойных заболеваний лёгкого, при туберкулёзе. Операция проводится под наркозом.
14. Пункция перикарда		Пункцией перикарда называется прокол сердечной сорочки (оболочки окружающей сердце). Его производят в случае накопления в полости перикарда жидкости, которая затрудняет слаженную работу сердца. В качестве инструментария используются тонкие иглы или так называемые троакары. Как правило, прокол делается в месте четвёртого и пятого межреберья.
15. Эзофагэктомия		Эзофагэктомия — хирургическое вмешательство, во время которого удаляют весь пищевод или его часть . При частичном удалении органа используется термин резекция пищевода. Более радикальная операция — субтотальная резекция или экстирпация пищевода. Чаще всего показанием к эзофагэктомии является злокачественная опухоль.
16. Этапы операции при паховых грыжах		<p>Этапы и техника грыжесечения при паховой грыже:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Доступ 2. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы I 3. Рассечение апоневроза наружной косой мышцы II 4. Защита нервов 5. Продольное рассечение ножки кремастера 6. Разделение кремастера 7. Резекция кремастера 8. Диссекция грыжевого мешка 9. Диссекция шейки грыжевого мешка 10. Пересечение наружных семенных (кремастерных) вен 11. Диссекция грыжевого мешка при прямой грыже 12. Обработка грыжевого мешка I 13. Обработка грыжевого мешка II 14. Обработка грыжевого мешка III 15. Обработка грыжевого мешка IV 16. Удаление предбрюшинной липомы 17. Оценка поперечной фасции
17. Гастротомия.		Операция образования искусственного наружного свища желудка называется гастростомией. Ее выполняют с целью обеспечения больного питанием. Она показана при непроходимости

		пищевода разной этиологии (ожог, опухоль) или при опухоли кардиального отдела желудка, когда пища не может поступать в кишечник естественным образом.
18. Гастростомия.		Гастростомия́ (от др.-греч. γαστήρ — желудок и στόμα — отверстие, проход) — хирургическая операция, заключающаяся в создании искусственного входа в полость желудка через переднюю брюшную стенку с целью кормления пациента при невозможности приёма пищи через рот. Является самой распространённой из паллиативных операций, применяемых при непроходимости пищевода.
19. Аппендэктомия.		<p>Аппендэктомия — операция, в ходе которой удаляется аппендикс — отросток червеообразной формы, являющийся придатком слепой кишки. Расположенный в правой подвздошной области, в зоне купола слепой кишки, аппендикс может воспаляться, что является показанием к операции. Помимо воспалительного процесса (острого или хронического течения), показаниями к аппендэктомии являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наличие аппендикулярного инфильтрата — осложнение острого аппендицита, вследствие чего формируется конгломерат из спаянных с аппендиксом тканей; • аппендикулярный абсцесс, возникший вследствие деструкции отростка; • перфорация отростка (разрыв) — нарушение целостности, что приводит к перитониту, при отсутствии лечения возможно развитие сепсиса; • забрюшинная флегмона — осложнение острого деструктивного аппендицита; • пилефлебит — септический тромбоз воротной вены вследствие воспалительного процесса, способный привести к абсцессу печени.
20. Спленэктомия		Спленэктомия — хирургическое вмешательство, заключающееся в удалении селезенки. Операция может быть проведена в плановом порядке, что происходит чаще всего при заболеваниях крови, сопровождающихся увеличением селезенки. По экстренным показаниям хирургическое лечение показано при травмах или злокачественных процессах, в этом случае операция должна быть проведена незамедлительно.

КРИТЕРИИ И ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	выставляется обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решением задач, - использует в ответе дополнительный материал; - все задания, предусмотренные учебной программой выполнены; - анализирует полученные результаты; - проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов
Хорошо	выставляется обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено полностью; - необходимые практические компетенции в основном сформированы; - все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности; - при ответе на поставленные вопросы обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются неточности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	выставляет обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

2. ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Содержание тестовых заданий	Индикатор достижения компетенции	Правильный ответ
1.«ГОЛОТОПИЯ» - ЭТО: 1. положение относительно соседних органов 2. взаимоотношение органов с брюшиной или плеврой 3. положение органа относительно тела и его областей 4. отношение к скелету 5. размеры органа	ОПК-5.1.1. ОПК-5.2.1. ОПК-5.3.1.	3
2. ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКОЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. большая и малая грудные мышцы 2. грудная стенка с передней зубчатой мышцей 3. надкостная и подостная мышцы 4. плечевая кость с клювовидно-плечевой мышцей и двуглавой мышцей плеча 5. подлопаточная, большая круглая мышцы и широчайшая мышца спины		1
3. ПРОЕКЦИЯ СРЕДИННОГО НЕРВА В ЛОКТЕВОЙ ОБЛАСТИ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ДЛЯ		2

<p>ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ, НАХОДИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. у медиального края сухожилия двуглавой мышцы 2. на середине расстояния между медиальным надмышелком плечевой кости и медиальным краем сухожилия двуглавой мышцы 3. на 1,5 см кнаружи от медиального надмышелка плеча 4. у латерального края сухожилия двуглавой мышцы 5. на 0,5 см кнутри от латерального надмышелка плеча 		
<p>4. ЧЕРЕЗ НАДГРУШЕВИДНОЕ ОТВЕРСТИЕ В ЯГОДИЧНУЮ ОБЛАСТЬ ИЗ МАЛОГО ТАЗА ПРОХОДЯТ АРТЕРИЯ И НЕРВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. внутренняя половая артерия 2. нижняя ягодичная артерия 3. верхний ягодичный нерв * 4. задний кожный нерв бедра 5. нижний ягодичный нерв 6. половой нерв 7. седалищный нерв 		3
<p>5. СОДЕРЖИМЫМ БЕДРЕННОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. бедренная артерия 2. бедренная вена 3. бедренная грыжа * 4. бедренный нерв 		3
<p>6. НАЗОВИТЕ СИНУС ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЕТСЯ ПРИ ТРАВМАХ СВОДА МОЗГОВОГО ОТДЕЛА ГОЛОВЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) верхний сагиттальный * 2) нижний сагиттальный 3) прямой 4) поперечный 5) кавернозный 		1
<p>7. РЕТРОВИСЦЕРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО НАХОДИТСЯ МЕЖДУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. париетальным и висцеральным листками внутришейной фасции 2. внутришейной и предпозвоночной фасциями * 3. предпозвоночной фасцией и позвоночником 		2
<p>8. ШЕЙНАЯ ВАГОСИМПАТИЧЕСКАЯ БЛОКАДА ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. обезболивания 2. уменьшения явлений гипоксии 3. борьбы с плевропульмональным шоком * 4. профилактики пневмонии 5. гипервентиляции легких 		3
<p>9. ПЕРЕДНЮЮ БОКОВУЮ СТЕНКУ ЖИВОТА ПРИ ПОМОЩИ ГОРИЗОНТАЛЬНЫХ И ВЕРТИКАЛЬНЫХ ЛИНИЙ РАЗДЕЛЯЮТ НА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 8 областей 2. 9 областей * 3. 10 областей 		2

4. 11 областей 5. 12 областей		
10. ВЕРХНИЙ И НИЖНИЙ ЭТАЖИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ РАЗДЕЛЯЕТ: 1. большой сальник 2. желудочно-ободочная связка 3. брыжейка поперечной ободочной кишки 4. брыжейка тонкой кишки		3
11. ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ГРАНИЦАМИ КЛЮЧИЧНО-ГРУДНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПОДМЫШЕЧНОЙ ВПАДИНЫ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДВА ОБРАЗОВАНИЯ: 1. нижний край ключицы 2. верхний край большой грудной мышцы 3. верхний край малой грудной мышцы 4. нижний край малой грудной мышцы 5. нижний край большой грудной мышцы		1,3
12. ГДЕ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ПУЛЬСАЦИЮ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ: 1) у места прикрепления к плечевой кости дельтовидной мышцы 2) у внутреннего края дельтовидной мышцы 3) у наружного края двуглавой мышцы плеча 4) на середине медиальной поверхности плеча 5) пульсация артерии не может быть пропальпирована на плече		1,4
13. ПРИ РАНЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПОКРОВОВ ГОЛОВЫ ОБЫЧНО НАБЛЮДАЕТСЯ СИЛЬНОЕ И ДЛИТЕЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПО ВСЕЙ ОКРУЖНОСТИ РАНЫ, ЧТО ОБУСЛОВЛЕНО ДВУМЯ ОСОБЕННОСТЯМИ: 1. наличием крупных кровеносных сосудов в подкожной клетчатке 2. множественными источниками кровоснабжения мягких покровов головы 3. формированием сети кровеносных сосудов в подкожной жировой клетчатке 4. сращениями стенки сосудов с соединительно-тканными перемышками подкожной жировой клетчатки 5. наличием связей поверхностных вен покровов головы с венозными синусами твердой мозговой оболочки		3,4
14. ОТ ЧЕЛЮСТНОГО УЧАСТКА А. MAXILLARIS ОТХОДЯТ ЧЕТЫРЕ АРТЕРИИ: 1. a.sphenopalatina 2. a.auricularis profunda * 3. a.tympanica anterior * 4. a.alveolaris inferior * 5. a.meningea media *		2,3,4,5
15. В СОСТАВ ПЕРЕДНЕЙ ОБЛАСТИ ШЕИ ВХОДЯТ ТРИ ПАРНЫХ ТРЕУГОЛЬНИКА: 1. лопаточно-ключичный 2. лопаточно-трахеальный * 3. лопаточно-трапециевидный 4. поднижнечелюстной * 5. сонный *		2,4,5

<p>16. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАСПОЛОЖЕНИЯ ОТ ПОВЕРХНОСТИ В ГЛУБИНУ ПЯТИ ФАСЦИЙ ШЕИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. внутришейная 2. лопаточно-ключичная 3. поверхностная 4. предпозвоночная 5. собственная 		<p>1-4 2-3 3-1 4-5 5-2</p>
<p>17. ХИРУРГ ВЫПОЛНЯЕТ АППЕНДЭКТОМИЮ КОСО-ПЕРЕМЕННЫМ РАЗРЕЗОМ ПО ВОЛКОВИЧУ-ДЬЯКОНОВУ В ПРАВОЙ ПАХОВОЙ ОБЛАСТИ. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОХОЖДЕНИЯ СЛОЕВ ЭТОЙ ОБЛАСТИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. апоневроз наружной косой мышцы живота 2. внутренняя косая и поперечные мышцы 3. глубокий листок поверхностной фасции 4. кожа с подкожной жировой клетчаткой 5. париетальная брюшина 6. поверхностная фасция 7. поперечная фасция 8. предбрюшинная клетчатка 9. собственная фасция 		<p>1-5 2-6 3-3 4-1 5-9 6-2 7-7 8-8 9-4</p>
<p>18. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОХОЖДЕНИЯ СЛОЕВ ПЕРЕДНЕЙ БОКОВОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ НИЖНЕ-СРЕДИННОЙ ЛАПАРОТОМИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. белая линия живота 2. кожа с подкожной жировой клетчаткой 3. париетальная брюшина 4. поверхностная фасция 5. поперечная фасция 6. предбрюшинная клетчатка 7. прямые мышцы живота 8. собственная фасция 		<p>1-4 2-1 3-8 4-2 5-6 6-7 7-5 8-3</p>
<p>19. К ОРГАНАМ НИЖНЕГО ЭТАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОТНОСЯТСЯ ПЯТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. восходящая ободочная кишка 2. желудок 3. нисходящая ободочная кишка 4. печень с желчным пузырем 5. поджелудочная железа 6. селезенка 7. слепая кишка с червеобразным отростком 8. сигмовидная кишка 9. тощая и подвздошная кишка 		<p>1,3,7,8,9</p>
<p>20. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ УДАЛЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наложение кисетного шва на стенку слепой кишки 2. наложение серозно-мышечного Z-образного шва 3. наложение лигатуры на основание червеобразного отростка 4. отсечение червеобразного отростка 5. перевязка и пересечение брыжейки червеобразного отростка 		<p>1-3 2-6 3-2 4-4 5-1 6-5</p>

<p>б. погружение культи отростка в слепую кишку и затягивание кисетного шва</p>		
<p>21. «ОПЕРАЦИЯ НЕОБХОДИМОСТИ» - ЭТО: 1. операция, которую необходимо сделать после предварительной рентгено- радиотерапии 2. операция, возможность выполнения которой определяется состоянием больного и квалификацией хирурга 3. операция, возможность выполнения которой определяется квалификацией хирурга 4. любая операция, которую необходимо выполнить больному 5. лучшая операция для лечения данного заболевания, соответствующая современным научным достижениям</p>	<p>ПК-1.1.4. , ПК-1.1.5. , ПК-1.1.6. ПК-1.2.1. , ПК-1.2.2., ПК-1.2.3., ПК-1.3.1., ПК-1.3.2., ПК-1.3.3., ПК-1.3.4., ПК-1.3.5.</p>	<p>2</p>
<p>22. У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЯ РАЗВИЛСЯ ПАРАЛИЧ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПОЛОВИНЫ ЛИЦА, ЧТО УКАЗЫВАЕТ НА ВОСПАЛЕНИЕ НЕРВА: 1. верхнечелюстного 2. лицевого 3. нижнечелюстного 4. подглазничного 5. тройничного</p>		<p>2</p>
<p>23. ПО СХЕМЕ КРОНЛЕЙНА-БРЮСОВОЙ ОСНОВНОЙ СТОЛ СРЕДНЕЙ МЕННИГЕАЛЬНОЙ АРТЕРИИ ПРОЕЦИРУЕТСЯ НА ПЕРЕСЕЧЕНИИ: 1. передней вертикали и верхней горизонтали 2. передней вертикали и нижней горизонтали 3. задней вертикали и верхней горизонтали 4. средней вертикали и верхней горизонтали 5. средней вертикали и нижней горизонтали</p>		<p>2</p>
<p>24. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОСТНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ТРЕПАНАЦИЯ В ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ НЕЙРОХИРУРГ ВЫКРАИВАЕТ КОЖНО-АПОНЕВРОТИЧЕСКИЙ ЛОСКУТ С ЦЕЛЬЮ СОХРАНЕНИЯ ЕГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ И ИННЕРВАЦИИ ОСНОВАНИЕМ, ОБРАЩЕННЫМ: 1. вверх 2. вниз 3. латерально 4. медиально</p>		<p>2</p>
<p>25. ПРИНИКАЮЩИМИ НАЗЫВАЮТСЯ РАНЕНИЯ ГОЛОВЫ: 1. связанные с повреждением костей свода черепа 2. связанные с повреждением вещества мозга 3. связанные с повреждением твердой мозговой оболочки 4. связанные с повреждением мягкой мозговой оболочки 5. определяется зиянием раны</p>		<p>3</p>
<p>26. ПРОИЗВОДИТЬ ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕГО САГИТТАЛЬНОГО СИНУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ: 1. в области большого родничка 2. в области наружного затылочного возвышения</p>		<p>1</p>

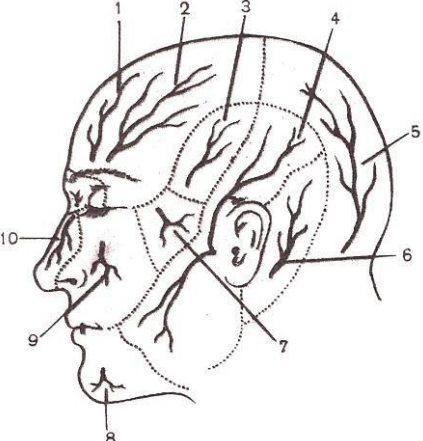
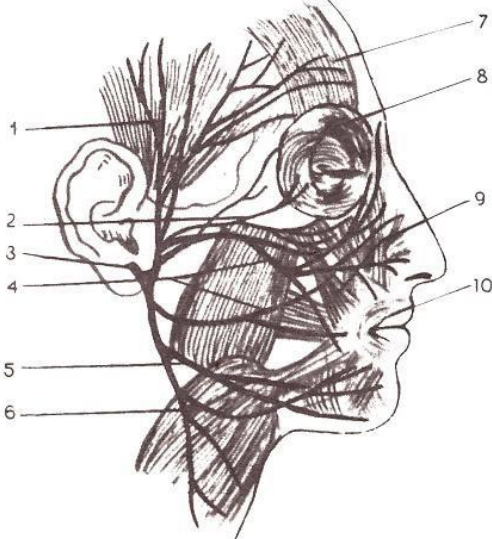
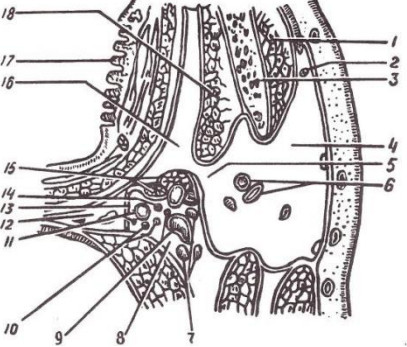
3. в центре теменной области 4. на 2 см выше наружного слухового похода 5. на 3-5 см выше переносицы		
27. СКАЛЬПИРОВАННАЯ РАНА ГОЛОВЫ - ЭТО: 1) расположенная в лобно-теменно-затылочной области и проникающая до кости 2) обширная рваная рана области свода черепа, лоскут которой включает кожу, подкожную клетчатку, апоневротический шлем 3) ушибленная звездчатой формы, с размождением краев кожи и расположенная в лобной области 4. сопровождающаяся артериальным кровотечением 5. ушибленная рана с повреждением кожи, подкожной клетчатки, апоневротического шлема и оскольчатый переломом кости		2
28. УКАЖИТЕ, ГДЕ ПРОИЗВОДЯТ ВКОЛ ИГЛЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ШЕЙНОЙ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ: 1. между ножками <i>musculus sternocleidomastoideus</i> 2. в углу, образованном ключицей и краем <i>musculus sternocleidomastoideus</i> 3. в области яремной вырезки грудины 4. на 3 см выше середины ключицы 5. по середине заднего края <i>musculus sternocleidomastoideus</i>		5
29. НАЗОВИТЕ ИНСТРУМЕНТ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ РАНЫ ТРАХЕИ ПРИ ТРАХЕОСТОМИИ: 1) кусачки Листона 2) кусачки Дальгрена 3) трахеорасширитель Труссо 4) однозубые крючки 5) зажим Долиотти-Вишневого		3
30. НА КАКОМ УРОВНЕ ПРОИЗВОДЯТ ПУНКЦИЮ ПРИ СВОБОДНОМ ВЫПОТЕ В ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПОЛОСТЬ: 1) на уровне верхнего края выпота 2) в центре выпота 3) в наиболее низкой точке выпота 4) выбор уровня не имеет значения 5) выше верхнего края жидкости		3
31. ЭТАПАМИ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ: 1. оперативный доступ 2. ревизия раны 3. тампонада раны 4. оперативный прием 5. закрытие операционной раны		1,4,5
32. СПОСОБЫ ДЕРЖАНИЯ В РУКЕ СКАЛЬПЕЛЯ : 1. в виде смычка 2. в виде писчего пера 3. в виде столового ножа 4. в виде копья 5. в виде ампутационного ножа		1,2,3

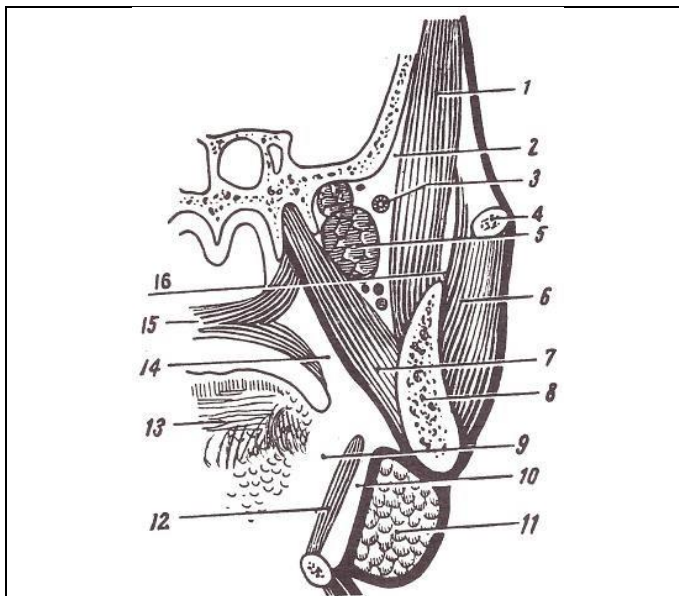
<p>33. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕНОЗНЫХ СИНУСОВ ТВЕРДОЙ МОЗГОВОЙ ОБОЛОЧКИ ПРИМЕНЯЮТ ТРИ СПОСОБА:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. втирание воскодержавной пасты 2. клипирование 3. наложение шва 4. перевязку 5. тампонаду 6. электрокоагуляцию 		2,3,4,5
<p>34. ПУНКЦИЮ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ ВЕНЫ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в области яремной вырезки грудины 2. на 1,5-2 см ниже середины правой ключицы 3. на 2-3 см выше середины правой ключицы 4. сразу над проксимальным концом ключицы 5. у дистального конца ключицы 		2,3
<p>35. РАНЕНИЕ КРУПНЫХ ВЕН ШЕИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. массивной кровопотере 2. гипоксии головного мозга 3. воздушной эмболии легочных сосудов 4. выходящему тромбофлебиту 5. образованию аневризмы 		1,3
<p>36. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ ПРИМЕНЯЮТ ДОСТУПЫ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. передне-боковые 2. задне-боковые 3. боковые 4. срединную стернотомию 5. чрездвухплевральные 		1,2,3
<p>37. ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тонкую кишку 2. толстую кишку 3. большую кривизну желудка 4. эксплантаты (синтетические трубки) 5. кожу 		1,3,4
<p>38. ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ПРЕДПОЛАГАЕТ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. перевязку артериального протока 2. эндоваскулярную пломбировку артериального протока 3. пластику аутовенозным трансплантантом 4. формирование обходного шунта между протоком и верхней легочной веной 5. эндоваскулярную дилатацию его просвета 		1,2
<p>39. ВЫПОЛНЯЯ ВЕРХНЕ-СРЕДИННУЮ ЛАПАРОТОМИЮ, ХИРУРГ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО РАССЕКАЕТ СЛОИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАССЕЧЕНИЯ СЛОЕВ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. белая линия живота 2. кожа с подкожной жировой клетчаткой 3. париетальная брюшина 4. поверхностная фасция 		1-4 2-1 3-7 4-2 5-5 6-6 7-3

5. поперечная фасция		
6. предбрюшинная клетчатка		
7. собственная фасция		
40. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО РАЗРЕЗА В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ХИРУРГ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО РАССЕКАЕТ СЛОИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. УКАЖИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ РАССЕЧЕНИЯ СЛОЕВ:		1-6
1. задняя стенка влагалища прямой мышцы живота		2-1
2. кожа с подкожной жировой клетчаткой		3-9
3. париетальная брюшина		4-4
4. передняя стенка влагалища прямой мышцы живота		5-2
5. поверхностная фасция		6-7
6. поперечная фасция		7-8
7. предбрюшинная клетчатка		8-5
8. прямая мышца живота		9-3
9. собственная фасция		

1.2.1. ВИЗУАЛИЗИРОВАННЫЕ ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

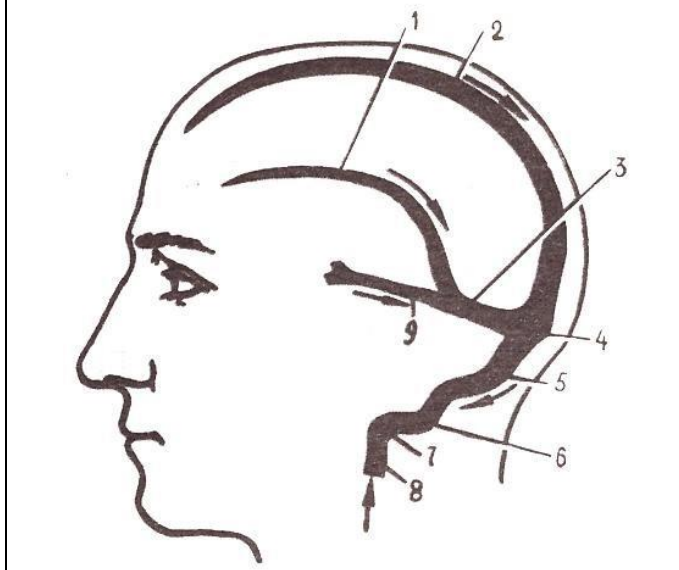
Содержание тестовых заданий	Индикатор достижения компетенции	Правильный ответ
-----------------------------	----------------------------------	------------------

<p>1. Указать ветви лицевого нерва</p> 	<p>ПК-1.1.4. , ПК-1.1.5. , ПК-1.1.6. ПК-1.2.1. , ПК-1.2.2., ПК-1.2.3., ПК-1.3.1., ПК-1.3.2., ПК-1.3.3., ПК-1.3.4., ПК-1.3.5.</p>	<p>1-Височная ветвь 2-Скуловая ветвь 3-Ствол лицевого нерва 4-Щечная ветвь 5-Краевая ветвь нижней челюсти</p>
<p>2. Указать лицевой нерв</p> 		<p>3-Лицевой нерв</p>
<p>3. Указать нижнечелюстной канал</p> 		<p>3-нижнечелюстной канал</p>
<p>4. Указать место локализации поверхностной флегмоны височной области</p>		<p>2-Поверхностная флегмона височной области</p>



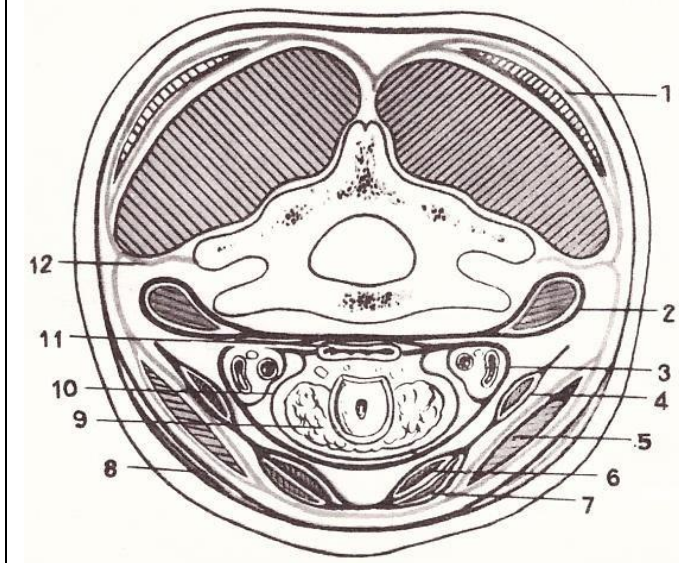
5. Указать сигмовидный синус

5-Сигмовидный синус



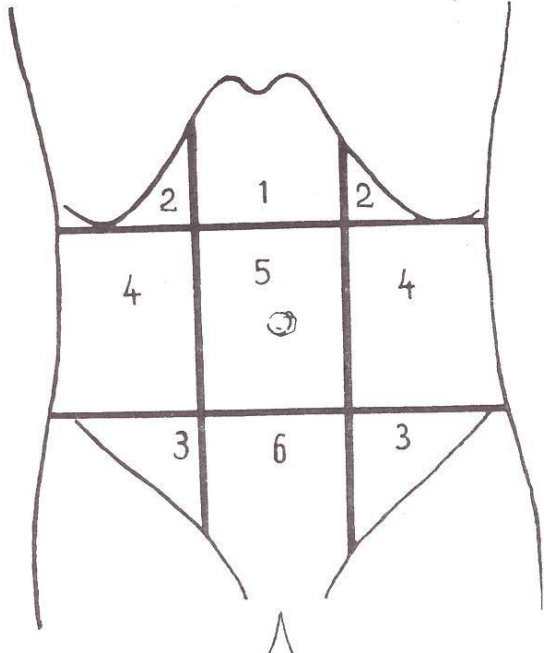
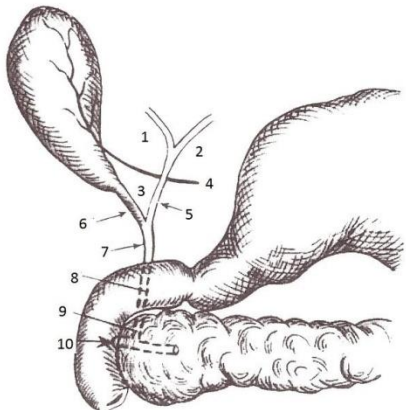
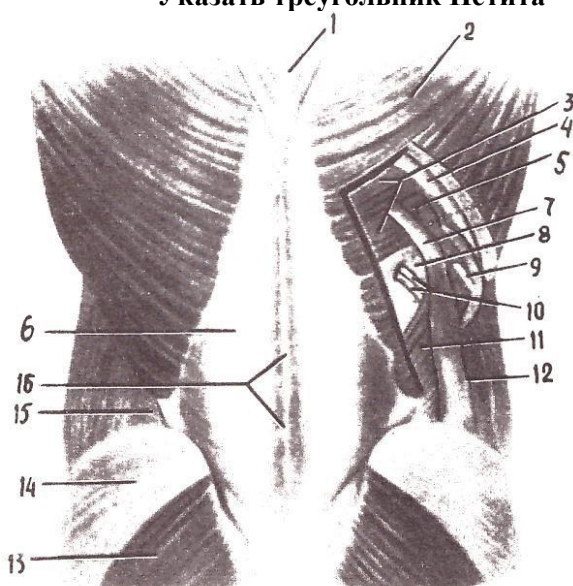
6. Указать переднюю яремную вену

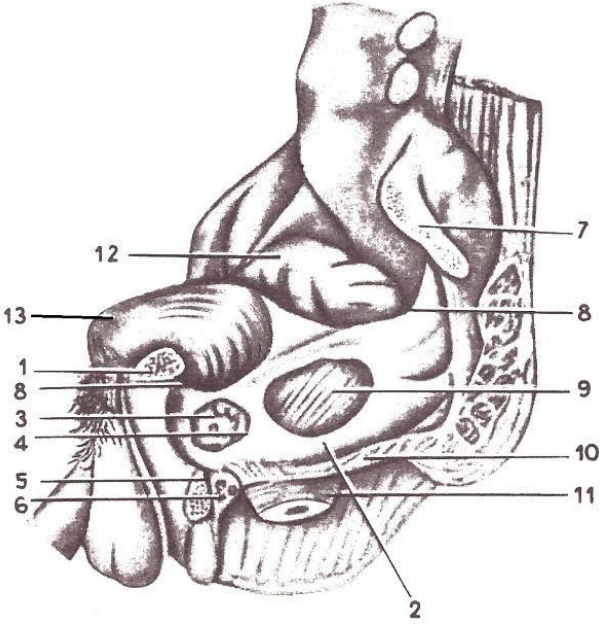
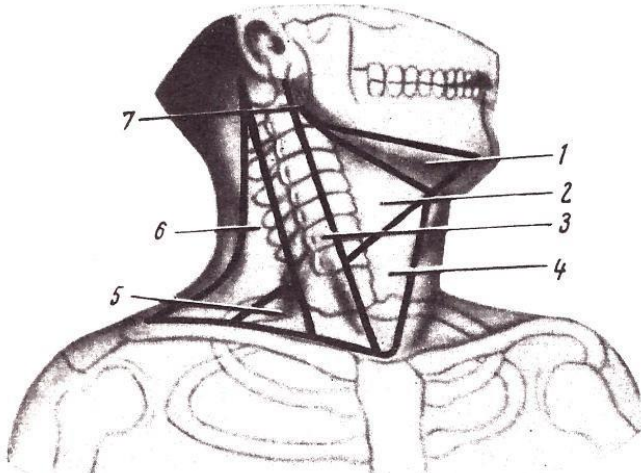
1-Передняя яремная вена

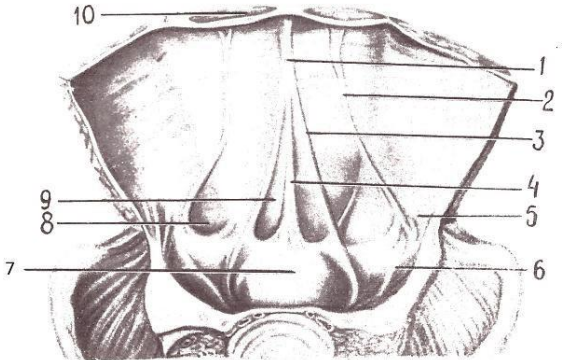
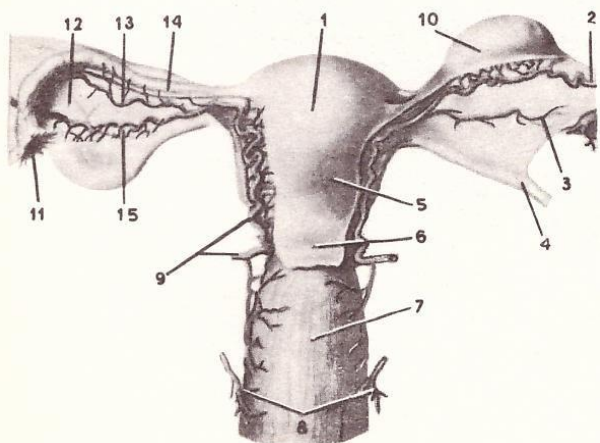
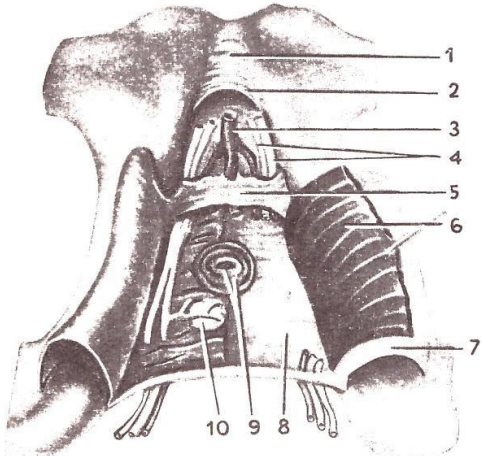


7. Указать области передне-боковой

1-Собственная надчревная

<p>стенки живота</p> 		<p>область 4-Боковая область 2-Подреберная область 5-Пупочная область 3-Подвздошно-паховая область 6-Лонная область</p>
<p>8. Указать собственную артерию печени</p> 		<p>2- Собственная артерия печени</p>
<p>9. Указать треугольник Петита</p> 		<p>4-Треугольник Пети (Петита)</p>

<p>10. Указать капсулу предстательной железы</p> 		<p>4-Капсула предстательной железы</p>
<p>11. Указать добавочный нерв</p> 	<p>ОПК-5.1.1. ОПК-5.2.1. ОПК-5.3.1.</p>	<p>5-Добавочный нерв</p>

<p>12. Указать надпузырную ямку</p> 		5-Надпузырная ямка
<p>13. Указать круглую связку матки</p> 		4-Круглая связка матки
<p>14. Указать лонное сочленение</p> 		1-Лонное сочленение

1.2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Содержание заданий	Индикатор достижения компетенции	Правильный ответ
<p>1. После рассечения кожи с подкожной основой хирург и ассистент приступили к гемостазу. Объясните, как по отношению к кровоточащему сосуду накладывают кровоостанавливающий зажим? Какова последовательность перевязки кровоточащего сосуда.</p>	<p>ОПК-5.1.1. ОПК-5.2.1. ОПК-5.3.1.</p>	<p>Перпендикулярно к кровоточащему сосуду (параллельно стенке раны). Под «носик» зажима подводят лигатуру, завязывают первый узел; зажим плавно снимают, окончательно затягивают первый узел, затем второй узел.</p>

<p>2. Хирург ушивает рану кожи узловыми швами. В какой последовательности их накладывают, почему? Где располагают узлы, для чего?</p>		<p>С целью достижения лучшего заживления кожной раны и косметичности рубца обеспечивают сопоставимость краев раны по длине наложением адаптационных (ситуационных) швов: 1-й – на середину раны, 2-й – на одну половину, 3-й на другую половину раны. Потом швы накладывают между адаптационными швами. Узел располагают сбоку от раны для исключения врастания его в рубец и возможности снятия кожного шва без инфицирования лигатурного канала.</p>
<p>3. У пострадавшей М., 15лет, косой перелом ключицы, линия которого проходит через середину кости. Объясните, в каком направлении смещаются центральный и периферические отломки? Какие мышцы обуславливают их смещение?</p>		<p>При смещении латерального отломка ключицы может быть сдавление подключичной части плечевого сплетения и повреждение подключичных вены и артерии</p>
<p>4. Больному Ш., 21год, при первичной хирургической обработке огнестрельной раны подмышечной области была перевязана подмышечная артерия в грудном треугольнике выше подлопаточной артерии). Объясните возможные пути восстановления кровоснабжения верхней конечности.</p>		<p>Анатомический круг лопатки образуют надлопаточная артерия – из щито-шейного ствола и нисходящая ветвь поперечной артерии шеи (от подключичной артерии), которые анастомозируют с ветвью подлопаточной артерии – артерией, огибающей лопатку (из подмышечной артерии)</p>
<p>5. Больному Ш., 21год, при первичной хирургической обработке огнестрельной раны подмышечной области была перевязана подмышечная артерия в грудном треугольнике выше подлопаточной артерии). Объясните возможные пути восстановления кровоснабжения верхней конечности.</p>		<p>Анатомический круг лопатки образуют надлопаточная артерия – из щито-шейного ствола и нисходящая ветвь поперечной артерии шеи (от подключичной артерии), которые анастомозируют с ветвью подлопаточной артерии – артерией, огибающей лопатку (из подмышечной артерии)</p>
<p>6. У больной Ж., 15 лет, флегмона латерального фасциального ложа ладони, занимающая его медиальный отдел. Укажите, чем ограничена эта клетчаточная щель? В какой отдел кожной складки возвышения большого пальца нельзя продолжать разрез? Почему?</p>		<p>Спереди – собственная фасция, медиально – латеральная межмышечная перегородка, сзади – короткая мышца, отводящая большой палец кисти, латерально продолжается до синовиального влагалища сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти, дистально – до первой межпальцевой складки, где сообщается с подкожной клетчаткой тыла кисти. В</p>

		проксимальную треть кожной складки тенара («запретная» зона Канавела). Существует риск повреждения двигательной ветви срединного нерва.
7. Клинические наблюдения показывают, что бедренные грыжи чаще встречаются у женщин, чем у мужчин. Дайте анатомическое обоснование этой закономерности.		У женщин таз широкий, бедренное кольцо (место образования внутреннего (или глубокого) отверстия бедренного канала) широкое. Ширина бедренного кольца – расстояние между латеральной (фасциальное влагалище бедренной вены) и медиальной (лакунарная связка) стенками у женщин составляет 1,8 см (у мужчин – 1,2 см).
8. У больного с переломом бедренной кости на уровне средней трети нарастает гематома в заднем мышечнофасциальном ложе. Объясните, какие кровеносные сосуды были повреждены, какими внутренними ориентирами должен воспользоваться хирург для доступа к этим кровеносным сосудам с целью окончательной остановки кровотечения.		Прободающие артерии (чаще в числе 3-х – 64%) – ветви глубокой артерии бедра: 1-я – отходит на уровне малого вертела, 2-я – у проксимального конца длинной приводящей мышцы, 3-я – продолжение глубокой артерии бедра. При повреждении артерии зияют вследствие фиксации их наружной оболочки по краям отверстий в сухожилиях приводящих мышц, через которые они проходят в заднюю область бедра. Артерии прободают сухожилия вблизи места прикрепления их к шероховатой линии бедра.
9. У больного гнойный гонит. Вскрытие и дренирование переднего отдела полости сустава осуществлено парапателлярными разрезами. С целью дренирования заднего отдела полости сустава делают контрапертуру по медиальному краю подколенной ямки. Для этого через медиальный парапателлярный разрез проводят корнцанг в заднем направлении. Концом его вблизи сухожильной мышцы образуют выпячивание мягких тканей и над ним делают разрез. По латеральному краю подколенной ямки артротомию делать не рекомендуется (И. А. Мовшович, 1994г), объясните почему?		Во избежание повреждения общего малоберцового нерва, прилегающего к медиальной поверхности сухожилия двуглавой мышцы бедра (верхняя латеральная стенка подколенной ямки). В случае крайней необходимости задней латеральной контрапертуры, с целью исключения повреждения этого нерва также образуют выпячивание мягких тканей, которое обеспечивает смещение в сторону нерва и является ориентиром для выполнения разреза.
10. При флегмоне среднего фасциального ложа подошвы у больного образовался затек гноя в глубокое пространство задней области голени. Объясните путь распространения затека?		Среднее фасциальное ложе подошвы → подошвенный канал (проксимальная часть среднего фасциального ложа) → пяточный

		канал→медиальный лодыжковый канал→голено-подколенный канал.
11. У больной Я., 17 лет, тромбэмболия подколенной артерии (осложнение порока митрального клапана ревматической этиологии). Хирург производит не прямую эмболэктомию. Укажите, в чем состоит сущность этого метода, каким образом можно удалить тромб? Какой инструмент используют при этой операции?	ПК-1.1.4., ПК-1.1.5., ПК-1.1.6., ПК-1.2.1., ПК-1.2.2., ПК-1.2.3., ПК-1.3.1., ПК-1.3.2., ПК-1.3.3., ПК-1.3.4., ПК-1.3.5.	При не прямой (ретроградной) эмболэктомии тромб из труднодоступной артерии удаляют через поверхностно расположенную артерию. Тромб из подколенной артерии удаляют катетером Фогарти (на конце имеет баллон), который проводят через заднюю большеберцовую артерию (обнажают медиальном лодыжковом канале)
12. У больного подкожный панариций. Очаг деструкции на ладонной поверхности ногтевой фаланги безымянного пальца. Какой разрез будет использовать хирург?		«Клюшковидный» на переднебоковой поверхности фаланги.
13. При хирургическом лечении переломов длинных трубчатых костей необходимо обеспечить условия для регенерации костной ткани. Назовите эти условия.		1)обеспечение соприкосновения костных отломком и удержание их от смещения; 2)исключение интерпозиции (наличие между отломками фасции, мышцы, жировой клетчатки – причина образования ложного сустава); 3)обеспечение хорошего кровоснабжения концов костных отломков (удаление острых неровных краев); 4)надкостница по краю отломков должна быть целой; 5)профилактика гипокальциемии (коррекция нарушений функции щитовидной и парашитовидной желез).
14. Нейрохирург готовится к трепанации черепа в височно-теменной области по поводу эпидуральной гематомы. Перед ограничением операционного поля стерильным бельем он с помощью палочки с ватой. Смоченной 1% р-ом бриллиантовой зелени наносит схему Кронлейна. Объясните назначение этой схемы.		Для обоснования рационального оперативного доступа (над местом патологического очага в области со сферической конфигурацией, где одним из слоев раны является кость – неподатливый слой). Поскольку эта схема позволяет определить проекцию ствола и ветвей средней менингеальной артерии, основных борозд, желудочков и артерий головного мозга для оперативного доступа с наименьшей травмой.
15. У больного Д., 47лет, с перитонитом произведено наружное дренирование (выделение и катетеризация) грудного (лимфатического) протока. Объясните цель этой операции. Куда впадает грудной проток? Какой		Наружное дренирование грудного (лимфатического) протока показано с целью лимфосорбции – одного из методов детоксикации

<p>разрез чаще используют для его выделения?</p>	<p>организма. Полученную лимфу пропускают через сорбент (общего или селективного действия), то есть очищают от токсинов и реинфузируют. Грудной (лимфатический) проток открывается в заднюю стенку левого (62% по В.Х.Фраучи) венозного угла Н.И.Пирогова (слияние внутренней яремной и подключичной вены). Разрез производят по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы (6-8 см), начиная от грудины. Обнажают внутреннюю яремную вену, осторожно выделяя ее, подходят к венозному углу и грудному протоку.</p>
<p>16. В ЛОР-отделение поступила больная с инородным телом пищевода. Удалить инородное тело при эзофагоскопии не удалось. Где чаще всего задерживаются инородные тела шейного отдела пищевода? Какому шейному позвонку оно соответствует? С какой стороны осуществляют доступ к пищеводу и почему?</p>	<p>Инородные тела шейного отдела пищевода чаще локализуются на уровне его первого анатомического сужения (CVI) в 15-20 см от верхних резцов. Оперативный доступ к шейному отделу органа осуществляют разрезом (8-10см) по переднему краю левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы, начиная от яремной вырезки грудины (трахея смещает пищевод в левую сторону). Пищевод находится между трахеей и позвоночником (основной сосудисто-нервный пучок медиального треугольника шеи крючком Фарабера смещают в латеральную сторону).</p>
<p>17. У ребенка, больного дифтерией, возникли затруднения внешнего дыхания, появился акроцианоз, в дыхании участвуют вспомогательные мышцы. Какая срочная операции показана ребенку? Назовите осложнения, которые встречаются при этой операции. Перечислите специальные инструменты необходимые для её выполнения.</p>	<p>Острая дыхательная недостаточность возникла вследствие острого отека слизистой оболочки гортани (наиболее выражен в межсвязочном отделе) токсического (инфекционного) происхождения. Ребенку показана нижняя трахеостомия, для выполнения которой необходимы следующие специальные инструменты: два крючка Фарабефа, небольшой тупой крючок для смещения перешейка щитовидной железы, два однозубых крючка, расширитель трахеи (Труссо,</p>

		Лаборда), трахеостомическая канюля (Люэра, Бьерка). При проведении трахеостомии могут возникнуть осложнения: кровотечение и воздушная эмболия, «недовскрытие» (введение канюли в подслизистый слой) и «перевскрытие» трахеи (ранение пищевода), ранение общей сонной артерии и плечеголового ствола, повреждение перешейка щитовидной железы, подкожная эмфизема, выпадение канюли из трахеи.
18. Больному И., 53лет, по поводу ХНЗЛ (хронического неспецифического заболевания легкого) выполняют правостороннюю пневмонэктомию. Какие кровеносные сосуды, прилегающие к правому главному бронху, могут быть повреждены при пневмонэктомии?		При обработке правого главного бронха имеется опасность повреждения непарной и нижней полых вен.
19. Больному И., 17лет, производят контрастное исследование полостей сердца через катетер. Введенный в подключичную вену. С какой стороны катетеризируют эту вену? Почему? Через какие вены пройдет катетер?		Справа. Исключается возможность повреждения грудного (лимфатического) протока. Через правую плечеголовную и верхнюю полую вены.
20. У К., 20лет, имеется ножевое ранение в «опасной» области груди (IV межреберье) по левой окологрудной линии, заподозрено ранение перикарда и сердца. Какой оперативный доступ показан больному? В каком направлении рассекают перикард?		Левосторонняя переднебоковая торакотомия. В продольном направлении, во избежание повреждения левого диафрагмального нерва.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕСТИРОВАНИЯ

Оценка по 100-балльной системе	Оценка по системе «зачтено - не зачтено»	Оценка по 5-балльной системе		Оценка по ECTS
96-100	зачтено	5	отлично	A
91-95	зачтено			B
81-90	зачтено	4	хорошо	C
76-80	зачтено			D
61-75	зачтено	3	удовлетворительно	E
41-60	не зачтено	2	неудовлетворительно	Fx
0-40	не зачтено			F

3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Типовые задания, направленные на формирование профессиональных умений

Наименование компетенции	Индикатор достижения компетенции	Результаты обучения
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные,	ОПК-5.1. Знает: ОПК-5.1.1. Знает общебиологические	Знает общебиологические закономерности, основы наследственности и

<p>физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</p>	<p>закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека.</p> <p>ОПК-5.2. Умеет: ОПК-5.2.1. Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.</p> <p>ОПК-5.3. Владеет: ОПК-5.3.1. Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.</p>	<p>изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека.</p> <p>Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.</p> <p>Владеет навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.</p>
<p>ПК-1 Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).</p>	<p>ПК-1.1. Знает: ПК-1.1.4. Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); ПК-1.1.5. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; ПК-1.1.6. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;</p> <p>ПК-1.2. Умеет: ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.2.3. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;</p> <p>ПК-1.3. Владеет: ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента,</p>	<p>Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания; Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации; Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме; Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания; Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при</p>

	<p>требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах; ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; ПК-1.3.5. Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания));</p>	<p>внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме; Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме; Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания));</p>
--	--	---

3.1. ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЭКЗАМЕНУ С ОЦЕНКОЙ

Вопросы	Соответствующий индикатор достижения компетенции	Шаблоны ответа (ответ должен быть лаконичным, кратким, не более 20 слов)
1. Топографическая анатомия областей плеча	ОПК-5.1.1. ОПК-5.2.1. ОПК-5.3.1.	<p>Плечо — часть свободной верхней конечности, расположенная между надплечьем и локтем.</p> <p>Верхняя граница плеча — горизонтальная линия, проведённая по нижнему краю большой грудной мышцы и широчайшей мышцы спины, снизу огибающая края дельтовидной мышцы.</p> <p>Нижняя граница плеча — горизонтальная линия, проведённая на два поперечных пальца выше надмыщелков плеча.</p> <p>Плечо имеет цилиндрическую форму.</p>

<p>2.Топографическая анатомия областей локтя</p>		<p>Локтевая область (regio cubiti) имеет следующие границы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Верхней и нижней границами области являются линии, проведенные циркулярно на два поперечных пальца выше и ниже середины локтевого сгиба. 2. Боковые границы делят область на переднюю (regio cubiti anterior) и заднюю локтевую (regio cubiti posterior) области. 3. Наружная боковая граница является продолжением наружной борозды плеча вниз через наружный надмыщелок. 4. Внутренняя граница вверху соответствует положению внутренней борозды плеча и идет вниз к внутреннему надмыщелку плечевой кости, а затем вдоль внутреннего края локтевой кости.
<p>3.Топографическая анатомия пальцев кисти</p>		<p>Внешние ориентиры. На коже ладонной поверхности пальцев хорошо видны пястно-фаланговые и межфаланговые складки. Они находятся ниже соответствующих суставов.</p> <p>Проекции. Суставная щель пястно-фаланговых сочленений соответствует линии, расположенной на 8—10 мм ниже головок пястных костей. Проекция щелей межфаланговых суставов определяется в положении полного сгибания пальцев на 2—3 мм ниже выпуклостей головок фаланг.</p> <p>Слои</p> <p>Кожа плотная, малоподвижная.</p> <p>Подкожная клетчатка ячеистая из-за множества соединительнотканых перегородок, идущих от кожи в глубину. Следующим слоем на основной (проксимальной) и средней фалангах пальцев являются костно-фиброзные каналы.</p> <p>ТЫЛЬНАЯ ПОВЕРХНОСТЬ ПАЛЬЦЕВ, FACIES DORSALES DIGITORUM</p> <p>Слои</p> <p>Кожа тоньше, чем на ладонной поверхности. На проксимальных фалангах имеется волосной покров, выраженный в различной степени.</p> <p>Подкожная клетчатка выражена слабо, она рыхлая. В подкожной клетчатке на боковой поверхности ближе к тыльной проходят тыльные сосудисто-нервные пучки: a., v. et n. digitales dorsales proprii, являющиеся ветвями тыльных пястных.</p> <p>Сухожилие разгибателя на тыле пальца средней частью прикрепляется к основанию средней фаланги, а двумя боковыми — к основанию дистальной фаланги. К апоневротическому растяжению над</p>

	<p>проксимальной фалангой прикрепляются сухожилия червеобразных и межкостных мышц. Эти мышцы сгибают основные фаланги и разгибают дистальную и среднюю фаланги.</p>
<p>4. Топографическая анатомия задней области колена</p>	<p>Внешние ориентиры задней области коленного сустава. Надмыщелки бедренной кости. При сгибании ноги в коленном суставе на задней поверхности сверху пальпируются мышечно-сухожильные края ромба, ограничивающего подколенную ямку: с медиальной стороны — <i>mm. semitendinosus et semimembranosus</i>, с латеральной — <i>m. biceps femoris</i>. Образующие нижний угол подколенного ромба обе головки икроножной мышцы обычно представляют выпуклость, в которой различить головки не всегда возможно. В положении полного разгибания по середине области виден продольный валик, соответствующий жировой клетчатке, заполняющей подколенную ямку. Границы задней области коленного сустава Верхняя граница задней области коленного сустава — циркулярная линия, отстоящая на 6 см выше основания надколенника, нижняя граница задней области коленного сустава — циркулярная линия, проведенная на уровне <i>tuberositas tibiae</i>.</p>
<p>5. Топографическая анатомия голени</p>	<p>Внешние ориентиры. Мыщелки большеберцовой кости, головка малоберцовой кости, медиальная и латеральная лодыжки, бугристость, передний и медиальный края большеберцовой кости.</p> <p>Границы. Верхняя — поперечная линия, проведенная на уровне бугристости большеберцовой кости, нижняя — поперечная линия, проведенная через основания лодыжек, медиальная — по внутреннему краю большеберцовой кости, латеральная — желобок между малоберцовыми мышцами и камбаловидной мышцей.</p> <p>Проекция. Передняя большеберцовая артерия и глубокий малоберцовый нерв проецируются по линии, соединяющей середину расстояния между <i>tuberositas tibiae</i> и <i>caput fibulae</i> и середину расстояния между лодыжками.</p> <p>Слой</p> <p>Кожа тонкая, имеет волосной покров.</p> <p>Подкожная клетчатка имеет обычное строение, за исключением участка на передней поверхности большеберцовой кости, где ее практически нет.</p>

	<p>Поверхностный малоберцовый нерв, <i>p. fibularis (peroneus) superficialis</i>, появляется в подкожной клетчатке на границе средней и нижней трети голени у латеральной границы передней поверхности голени.</p> <p>На переднемедиальной стороне проходит <i>v. saphena magna</i> в сопровождении <i>p. saphenus</i>. с латеральной стороны — ветви <i>v. saphena parva</i> и <i>p. cutaneus surae lateralis</i>.</p> <p>Подкожные вены через прободящие вены, <i>vv. perforantes</i>. соединяются с глубокими венами.</p>
<p>б. Топографическая анатомия синусов твердой мозговой оболочки</p>	<p>1. <i>Верхний сагиттальный синус, sinus sagittalis superior</i>, располагается вдоль всего наружного (верхнего) края серпа большого мозга, от петушиного гребня решетчатой кости до внутреннего затылочного выступа. В передних отделах этот синус имеет анастомозы с венами полости носа. Задний конец синуса впадает в поперечный синус. Справа и слева от верхнего сагиттального синуса располагаются сообщающиеся с ним боковые лакуны, <i>lacunae laterales</i>. Это небольшие полости между наружным и внутренним слоями (листочками) твердой оболочки головного мозга, число и размеры которых очень изменчивы. Полости лакун сообщаются с полостью верхнего сагиттального синуса, в них впадают вены твердой оболочки головного мозга, вены мозга и диплоические вены.</p> <p>2. <i>Нижний сагиттальный синус, sinus sagittalis inferior</i>, находится в толще нижнего свободного края серпа большого мозга; он значительно меньше верхнего. Своим задним концом нижний сагиттальный синус впадает в прямой синус, в его переднюю часть, в том месте, где нижний край серпа большого мозга срастается с передним краем намета мозжечка.</p> <p>3. <i>Прямой синус, sinus .rectus</i>, расположен сагиттально в расщеплении намета мозжечка по линии прикрепления к нему серпа большого мозга. Прямой- синус соединяет задние концы верхнего и нижнего сагиттальных синусов. Помимо нижнего сагиттального синуса, в передний конец прямого синуса впадает большая мозговая вена. Сзади прямой синус впадает в поперечный синус, в его среднюю часть, получившую название синусного стока. Сюда же впадают задняя часть верхнего</p>

	<p>сагиттального синуса и затылочный синус.</p> <p>4. Поперечный синус, <i>sinus transversus</i>, залегает в месте отхождения от твердой оболочки головного мозга намета мозжечка. На внутренней поверхности чешуи затылочной кости это му синусу соответствует широкая борозда поперечного синуса. То место, где в него впадают верхний сагиттальный, затылочный и прямой синусы, называется СИНУСНЫМ СТОКОМ (слияние синусов), <i>confluens sinuum</i>. Справа и слева поперечный синус продолжается в сигмовидный синус соответствующей стороны,</p> <p>5 Затылочный синус, <i>sinus occipitalis</i>, лежит в основании серпа мозжечка. Спускаясь вдоль внутреннего затылочного гребня, достигает заднего края большого затылочного отверстия, где разделяется на две ветви, охватывающие сзади и с боков это отверстие. Каждая из ветвей затылочного синуса впадает в сигмовидный синус своей стороны, а верхний конец — в поперечный синус.</p> <p>6 Сигмовидный синус, <i>sinus sigmoideus</i> (парный), располагается в одноименной борозде на внутренней поверхности черепа, имеет S-образную форму. В области яремного отверстия сигмовидный синус переходит во внутреннюю яремную вену.</p> <p>7 Пещеристый синус, <i>sinus cavernosus</i>, парный, находится на основании черепа сбоку от турецкого седла. Через этот синус проходят внутренняя сонная артерия и некоторые черепные нервы. Этот синус имеет очень сложную конструкцию в виде сообщающихся друг с другом пещер, в связи с чем получил свое название. Между правым и левым пещеристыми синусами имеются сообщения (анастомозы) в виде переднего и заднего межпещеристых синусов, <i>sinus intercavernosi</i>, которые располагаются в толще диафрагмы турецкого седла, впереди и позади воронки гипофиза. В передние отделы пещеристого синуса впадают клиновидно-теменной синус и верхняя глазная вена.</p> <p>8 Клиновидно-теменной синус, <i>sinus sphenoparietalis</i>, парный, прилежит к свободному заднему краю малого крыла клиновидной кости, в расщеплении прикрепляющейся здесь твердой оболочки головного мозга.</p>
--	---

	<p><i>Верхний и нижний каменные синусы, sinus petrosus superior et sinus petrosus inferior</i>, парные, лежат вдоль верхнего и нижнего краев пирамиды височной кости. Оба синуса принимают участие в образовании путей оттока венозной крови из пещеристого синуса в сигмовидный. Правый и левый нижние каменные синусы соединяются лежащими в расщеплении твердой оболочки в области тела затылочной кости несколькими венами, которые получили наименование базилярного сплетения. Это сплетение через большое затылочное отверстие соединяется с внутренним позвоночным венозным сплетением.</p>
<p>7. Топографическая анатомия щитовидной железы</p>	<p>Щитовидная железа расположена ниже подъязычной кости и тесно связана с щитовидным и перстневидным хрящами. Она состоит из двух долей и перешейка, лежащего на первых кольцах трахеи. Спереди щитовидную железу прикрывают следующие слои: кожа, подкожная жировая клетчатка, поверхностная фасция и platysma, поверхностная пластинка (2-я фасция) и предтрахеальная пластинка (3-я фасция) фасции шеи с подподъязычными мышцами. Из них поверхностнее лежит m. sternohyoideus, под ней располагается m. sternothyroideus. Верхние полюса боковых долей прикрыты верхними брюшками m. omohyoideus. Утолщение предтрахеальной пластинки фасции шеи (3-й фасции), фиксирующее железу к щитовидному, перстневидному хрящам и трахее, называется связкой, поддерживающей щитовидную железу, lig. suspensorium glandulae thyroideae [Berry]. Вслед за мышцами и 3-й фасцией располагается сращенная с ней париетальная пластинка 4-й фасции. По срединной линии шеи с этими фасциями срастается и 2-я, в результате чего образуется белая линия шеи, через которую можно подойти к щитовидной железе, не рассекая подподъязычных мышц.</p>
<p>8. Фасции и клетчаточные пространства шеи</p>	<p>1. Поверхностная фасция шеи - первая фасция по Шевкуненко Поверхностная фасция, fascia superficialis (1-я фасция по Шевкуненко), располагается в подкожной клетчатке и образует футляр для подкожной мышцы шеи, platysma. Официальная анатомическая номенклатура (PNA, RNA-99) эту фасцию шейной не считает, так как через области шеи она проходит «транзитом», из областей головы на шею и далее на грудную клетку. Однако при хирургических</p>

		<p>вмешательствах в областях шеи она видна невооруженным глазом, ее приходится рассекать, раздвигать, поэтому ее выделение в качестве самостоятельного листка вполне оправдано. Поверхностная фасция окружает всю шею, поэтому ее можно встретить в любой области и треугольнике шеи.</p> <p>2. Поверхностная пластинка фасции шеи - вторая фасция шеи по Шевкуненко Поверхностная пластинка фасции шеи, lamina superficialis fasciae cervicalis [colli] (2-я фасция по Шевкуненко). Эта фасция также, как и первая, окутывает шею со всех сторон и, соответственно, встречается во всех областях и треугольниках. Она образует футляры для грудино-ключично-сосцевидных и трапециевидных мышц. От 2-й фасции к поперечным отросткам шейных позвонков фронтально идут отроги, разделяющие слои латеральной и задней областей шеи. Кверху от подъязычной кости поверхностная пластинка (2-я фасция) фасции шеи, расщепившись на два листка, образует ложе поднижнечелюстной слюнной железы, которое одновременно является клетчаточным пространством поднижнечелюстного треугольника. В нижнем отделе шеи, на высоте 3 см над яремной вырезкой грудины, 2-я фасция также расщепляется: ее передний листок прикрепляется к наружной, а задний — к внутренней поверхности яремной вырезки. Между ними образуется очень небольшое надгрудинное межфасциальное клетчаточное пространство.</p> <p>3. Предтрахеальная пластинка фасции шеи - третья фасция шеи по Шевкуненко Предтрахеальная пластинка фасции шеи, lamina pretrachealis fasciae cervicalis [colli] (3-я фасция по Шевкуненко). Эта фасция имеет форму трапеции, которая сверху фиксируется к подъязычной кости, а внизу — к внутренней поверхности рукоятки грудины и обеих ключиц (из-за этой формы французский анатом Ришэ называл эту фасцию парусом). 3-я фасция шеи образует футляры для подподъязычной (предтрахеальной) группы мышц. Эти мышцы лежат спереди от трахеи и начинаются от подъязычной кости и щитовидного хряща, а прикрепляются к грудине и лопатке: mm. thyrohyoideus, sternohyoideus, sternothyroideus, omohyoideus. По ходу этих мышц 3-я фасция спускается по задней стороне рукоятки грудины до уровня хрящей II ребер. Наружные границы 3-й</p>
--	--	---

		<p>фасции шеи образованы футлярами лопаточно-подъязычных мышц. Между передней поверхностью 3-й фасции и задней поверхностью 2-й фасции шеи образуется надгрудинное пространство, spatium suprastemale. В нем, ближе к яремной вырезке, находится arcus venosus juguli. Выше по средней линии обе фасции срастаются, образуя так называемую белую линию шеи шириной 2—3 мм. Она не доходит до яремной вырезки грудины на 3 см, вверху продолжается до подъязычной кости. Через нее осуществляют доступ к органам шеи. Книзу от лопаточно-подъязычных мышц 3-я фасция шеи по Шевкуненко непосредственно прилежит к фасциальному влагалищу сосудисто-нервного пучка, образованному париетальным листком внутришейной (4-й) фасции шеи. 4. Внутришейная фасция - четвертая фасция по Шевкуненко. Внутришейная фасция, fascia endocervicalis (4-я фасция по Шевкуненко), состоит из висцеральной пластинки, непосредственно окутывающей органы шеи, и париетальной, которая впереди срастается с 3-й фасцией, а сзади — с 5-й. По бокам париетальная пластинка образует влагалище сосудисто-нервного пучка шеи, vagina carotica. Анатомическая номенклатура (PNA, RNA) выделяет только vagina carotica, хотя висцеральная фасция органов определяется невооруженным глазом. Между париетальным и висцеральным листками 4-й фасции по Шевкуненко располагаются предвисцеральное и ретровисцеральное клетчаточные пространства. 5. Предпозвоночная пластинка фасции шеи - пятая фасция шеи по Шевкуненко. Предпозвоночная пластинка фасции шеи, lamina prevertebralis fasciae cervicalis [collis] (5-я фасция по Шевкуненко). Эта фасция хорошо развита в среднем отделе, образуя здесь костно-фасциальные футляры для длинных мышц головы и шеи. Вверху она прикрепляется на наружном основании черепа кзади от глоточного бугорка затылочной кости; вниз доходит вместе с длинными мышцами до III—IV грудного позвонка, где фиксируется. В боковых отделах шеи пятая фасция образует футляры для передней, средней и задней лестничных мышц, начинающихся от поперечных отростков шейных позвонков, и заканчивается у места прикрепления</p>
--	--	---

		<p>лестничных мышц к ребрам. Отроги предпозвоночной (пятой) фасции шеи, переходящие с футляров лестничных мышц на пучки шейного и плечевого сплетений спинномозговых нервов, на подключичную артерию и ее ветви, образуют для них фасциальные влагалища. Предпозвоночную фасцию, как и 1-ю и 2-ю фасции, можно найти во всех треугольниках передней и латеральной областей шеи, кроме поднижнечелюстного и подподбородочного.</p>
<p>9. Топографическая анатомия легких</p>		<p>Синтопия</p> <p>Правое легкое спереди от ворот своей средостенной поверхностью прилегает к правому предсердию, а выше него — к верхней полой вене.</p> <p>Позади ворот легкое прилегает к непарной вене, телам грудных позвонков и пищеводу, в результате чего на нем образуется пищеводное вдавление. Корень правого легкого огибает в направлении сзади наперед v. azygos.</p> <p>Левое легкое средостенной поверхностью прилегает спереди от ворот к левому желудочку, а выше него — к дуге аорты. Позади ворот средостенная поверхность левого легкого прилегает к грудной аорте, образующей на легком аортальную бороздку. Корень левого легкого в направлении спереди назад огибает дуга аорты.</p> <p>На средостенной поверхности каждого легкого располагаются легочные ворота, hilum pulmonis, представляющие собой воронкообразное, неправильной овальной формы углубление.</p> <p>Через ворота в легкое и из него проникают бронхи, сосуды и нервы, составляющие корень легкого, radix pulmonis. В воротах располагаются также рыхлая клетчатка и лимфатические узлы, а главные бронхи и сосуды отдают здесь долевые ветви.</p> <p>Правое легкое глубокими щелями делится на три доли (верхняя, средняя и нижняя), левое — на две (верхняя и нижняя). В левом легком вместо средней доли выделяют язычок, lingula pulmonis sinistri. При этом делении косая щель, fissura obliqua, левого легкого идет по линии, соединяющей остистый отросток III грудного позвонка с границей между костной и хрящевой частью VI ребра. Выше этой линии лежит левая доля, ниже — нижняя. Косая щель правого легкого идет так же, как в левом легком. В месте ее пересечения со средней подмышечной</p>

		линией проецируется горизонтальная щель, <i>fissura horizontalis</i> , направляющаяся почти горизонтально к месту прикрепления к грудице IV реберного хряща.
10. Брюшина, ее свойства		<p>Брюшина — это серозная оболочка у позвоночных животных и человека, выстилающая изнутри стенки брюшной полости и покрывающая расположенные в ней органы.</p> <p>Свойства брюшины:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обильно снабжена кровеносными и лимфатическими сосудами и нервами. 2. Общая площадь брюшины взрослого человека составляет 1,60–2,04 м², толщина — 0,7–1,1 мм. 3. Переходя со стенок брюшной полости на органы и с органа на орган, брюшина образует связки, брыжейки, сальники, ямки, складки. 4. Через ямки в забрюшинное пространство могут проникать внутренние органы, образуя грыжи. 5. Из заболеваний брюшины наиболее опасно её воспаление — перитонит.
11. Шов сухожилий.	ПК-1.1.4., ПК-1.1.5., ПК-1.1.6. ПК-1.2.1., ПК-1.2.2., ПК-1.2.3., ПК-1.3.1., ПК-1.3.2., ПК-1.3.3., ПК-1.3.4., ПК-1.3.5.	<p>Соединение сухожилий, расположенных вне синовиальных влагалищ. Концы разорванного сухожилия захватывают пинцетами, экономно отсекают до появления нормальной волокнистой структуры. Способ Брауна. Подтянутые концы сухожилия заводят один за другой и сшивают боковыми П-образными швами. Способ Литтманна. Если центральный отрезок сухожилия более толстый, чем периферический, и последний не слишком натянут, то центральный отрезок сухожилия рассекают пополам, между двумя его половинами помещается периферический конец. Накладывают отдельные сквозные П-образные швы, а свободные концы центрального отрезка подшивают к периферическому отрезку сухожилия отдельными узловыми швами. Способ Пульвертафта — применяют только в тех случаях, когда концы сухожилий не натянуты и могут быть сопоставлены на протяжении 3—4 см. Через боковой разрез, произведенный на одном из концов сухожилия под углом 90°, проводят другой конец сухожилия, который затем через такой же разрез выводят на другую сторону. В местах разреза сухожилия фиксируются одно к другому отдельными узловыми швами. Метод чаще применяют при пересадках сухожилий. Шов сухожилий, расположенных в синовиальных влагалищах: Шов Ланге —</p>

		<p>накладывают одной длинной лигатурой, которой вначале прошивают периферический конец сухожилия в поперечном направлении. В местах выхода лигатуры сухожилие прошивают продольно так, чтобы нити вышли в торце периферического конца. Затем лигатуры проводят продольно с торца центрального конца сухожилия и выводят на боковую поверхность. Когда концы сухожилий адаптированы, нити завязывают на поверхности сухожилия. Этот шов хорошо адаптирует концы сухожилий, однако узел размещается на поверхности сухожилия, что мешает его скольжению. Шов Кюнео — накладывают шов двумя прямыми иглами, надетыми на концы одной лигатуры. Отступив на 2—2,5 см от конца сухожилия, его прошивают одной иглой в поперечном направлении. Затем последовательно с двух сторон сухожилие прошивают в косом направлении так, чтобы стежки перекрещивались друг с другом. Место последнего выкалывания иглы должно находиться на краю плоскости, сечения сухожилия. Таким же образом накладывают шов на другой конец сухожилия, после чего нити завязывают. Шов Баннелла — съемный внутривольный шов с разгрузкой проксимального отрезка сухожилия. В качестве шовного материала используют тонкую хром-молибденовую или танталовую проволоку. Отступив 2—2.5 см от края проксимального отрезка, сухожилие прошивают в поперечном направлении. Под этот шов подводят вторую проволоку, за которую поперечный шов может быть извлечен из сухожилия после того, как прочно срастутся его концы. С помощью двух прямых игл проксимальный отрезок прошивают проволокой крест-накрест и выводят ее концы у края среза сухожилия. Этой же проволокой в продольном направлении (со стороны среза прошивают длинный отрезок сухожилия. Концы проволоки выводят из сухожилия под острым углом и проводят через кожу. Натянув концы проволоки до полной адаптации срезов сухожилия, их проводят через отверстие в пуговице и связывают на ней. Проволоку, с помощью которой будет удалена после сращения сухожилия фиксирующая его проволока, также выводят на кожу и закрепляют на другой пуговице. Для снятия шва отсекают фиксирующую сухожилие проволоку под пуговицей и вытягивают ее.</p>
--	--	--

	<p>Сухожильные швы Блоха—Бонне и Розова малотравматичны и прочны. Они отличаются тем, что при первом из них нить после поперечного прошивания сухожилия проводят на плоскости его сечения крестообразно, а при втором — продольно.</p>
<p>12. Значение спинномозговой пункции</p>	<p>Спинномозговая пункция — это исследование, в ходе которого берется образец спинномозговой жидкости. Иногда она называется люмбальной пункцией. Врачи проводят анализы жидкости, чтобы выявить такие проблемы, как:</p> <p>Инфекции Опухоли кровоизлияние в головной или спинной мозг.</p> <p>Во время спинномозговой пункции врачи обезболивают кожу, а затем вводят длинную тонкую иглу в поясницу, чтобы получить образец спинномозговой жидкости.</p>
<p>13. Пункция верхнечелюстной пазухи</p>	<p>Наиболее распространенное хирургическое вмешательство – пункция верхнечелюстной пазухи, которая выполняется через нижний носовой ход иглой Куликовского, имеющей изогнутый конец. Для анестезии используется раствор лидокаина с адреналином, который вводится в место прикрепления нижней раковины.</p> <p>Все манипуляции проводятся под контролем носового зеркала. Обеспечить доступ к синусу врачу помогают сверлящие движения. Такое проникновение субъективно можно сравнить с проваливанием. Аспирация производится шприцем. Если консистенция густая, тогда иглой вводят изотонический раствор хлорида натрия. Затем отсасывание можно продолжить. Завершающим этапом становится промывание синуса раствором антисептика. Также показаны антигистаминные средства.</p>
<p>14. Операции при гнойном мастите</p>	<p>Подкожные гнойники вскрывают линейными разрезами, не заходящими на область околососкового кружка. Для вскрытия интрамаммарного гнойника применяют радиальный разрез над местом уплотнения и гиперемии кожи. Такие разрезы предотвращают тяжелые повреждения радиально расположенных протоков железы. После рассечения кожи, подкожной клетчатки и капсулы молочной железы вскрывают гнойник. Удалив гной, края раны разводят остро зубными крючками и тщательно осматривают полость гнойника. Если при этом выявляются некротизированные ткани, то их иссекают. Полость гнойника промывают</p>

	<p>антисептическим раствором. Операцию заканчивают ушиванием раны и обязательным дренированием. Интрамаммарные гнойники, расположенные в задних отделах железы, можно вскрыть и из дугообразного разреза Барденгейера, проводимого по нижней переходной складке молочной железы. После разреза кожи и подкожной клетчатки железу приподнимают и отслаивают от фасции большой грудной мышцы. Гнойник вскрывают со стороны задней поверхности капсулы молочной железы радиальным разрезом. Такой доступ даёт возможность так же хорошо дренировать гнойник, как и при доступе спереди, и в то же время несравнимо лучше с косметической точки зрения. После введения трубчатых дренажей с боковыми отверстиями молочную железу укладывают на место. Края кожного разреза можно сблизить швами. Таким же способом пользуются для вскрытия ретромаммарных абсцессов, расположенных между железой и фасцией большой грудной мышцы.</p>
<p>15. Ушивание раны легкого.</p>	<p>Показания. Угрожающие, кровотечения при закрытых и открытых повреждениях легкого. Обезболивание. Местная инфильтрационная анестезия. Ваго-симпатическая блокада по А. В. Вишневскому, интратрахеальный наркоз. Техника операции. При ранениях грудной стенки с открытым пневмотораксом ушивание раны легкого производят в момент первичной хирургической обработки. В случаях закрытых повреждений легкого производят торакотомию с поднадкостничной резекцией двух ребер либо с пересечением их, чтобы можно было достаточно расширить доступ в полость плевры. Край легкого захватывают окончатый зажимом и выводят в рану. Накладывают одну или две мягкие клеммы на ткань легкого у краев раны и резецируют между ними поврежденные участки легкого, ми глубоко ушивают края раны с таким расчетом, чтобы не оставалось полости" после затягивания швов. Поверх этих швов накладывают тонкие швы на висцеральную плевру. Рану легкого, расположенную по краю, можно зашивать обвивным швом. Осматривают полость плевры и удаляют сгустки крови. В полость вводят резиновую трубку (дренаж) и приступают к наложению швов на рану грудной стенки. При невозможности ушить рану легкого его подшивают к краям раны грудной стенки</p>

<p>16. Ушивание раны сердца.</p>		<p>(пневмопексия) и тампонируют ее.</p> <p>Необходимость наложения швов на сердце возникает при проникающих ранениях груди. В этом случае все мероприятия нужно осуществлять с максимальной быстротой. После выполнения переднебоковой торакотомии по четвертому или пятому межреберью продольно вскрывают перикард. При непроницаемом повреждении миокарда, не сопровождающемся кровотечением, в целях предупреждения вторичного кровотечения и образования аневризмы на рану следует наложить швы. Наложить швы на работающее сердце, особенно при продолжающемся кровотечении, довольно трудно. В случае такой необходимости сердце фиксируют со стороны задней стенки четырьмя пальцами левой руки и несколько приподнимают его. большим пальцем прижимают рану, останавливая кровотечение. Правой рукой хирург накладывает швы на рану, ассистент их завязывает. Выбор шва зависит от локализации, размеров раны. Так, при небольших ранах предсердия следует применять кистный шов, который обеспечивает надежный герметизм. При линейных ранах предсердия применяют узловыи швы, которые накладывают через всю толщю стенки. Во время завязывания узла необходимо достичь выворачивания стенки предсердия и соприкосновения краев раны внутренними оболочками. Некоторые хирурги используют обвивной выворачивающий шов предсердий, учитывая его лучшие гемостатические свойства. При выраженном кровотечении целесообразно на рану наложить 1—2 П-образных шва, которые позволяют уменьшить кровотечение. После этого рану надо ушить отдельными узловыми или непрерывным швами. При ранах желудочка швы должны захватывать всю толщю миокарда, но не проникать в полость сердца, потому что это может привести к образованию тромбов. Рану желудочка ушивают отдельными узловыми швами, которые завязывают по мере их наложения. При наложении швов на стенку сердца в шов нельзя захватывать неповрежденные крупные ветки коронарных артерий, так как это вызывает некроз стенки миокарда. Вблизи крупных ветвей коронарных артерий следует накладывать П-образные швы, проводя нити под стенкой артерии. При повреждении коронарной</p>
----------------------------------	--	--

		<p>артерии или ее крупных ветвей их концы перевязывают и формируют обходной аортокоронарный шунт. В качестве протеза чаще всего используют аутовену. Иногда при ушивании раны сердца наблюдается прорезывание накладываемых швов. Наиболее часто это связано с техническими погрешностями — неумелым затягиванием или чрезмерным натяжением швов (Б. В. Петровский). Поэтому завязывать швы нужно с большой осторожностью, стягивая их постепенно. Если не удастся избежать прорезывания швов, целесообразно наложить П-образные швы, которые можно укрепить прокладками из фасции, перикарда, мышцы, синтетической ткани (капрона, тефлона и др.). После наложения швов на рану сердца необходимо убедиться в отсутствии других ран и тщательно очистить полость перикарда от крови и сгустков. Чтобы избежать опасности тампонады сердца при повторных кровотечениях, перикард ушивают редкими кетгутовыми узловыми швами.</p>
<p>17. Способ определения двенадцатиперстно-тощего изгиба по Губареву.</p>		<p>Способ А. П. Губарева для определения двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.левой рукой захватывают большой сальник и поперечную ободочную кишку и поднимают их сверху так, чтобы натянулась и была видна нижняя поверхность брыжейки поперечной ободочной кишки. 2.Правой рукой нащупывают позвоночник у основания mesocolon transversum (как правило, это тело II поясничного позвонка). 3.Скользнув указательным пальцем по углу между натянутой брыжейкой и левой стороной позвоночника, сразу около него захватывают кишечную петлю. 4.Если эта петля фиксирована к задней стенке живота, то это и есть flexura duodenojejunalis и начальная, первая петля тощей кишки.
<p>18. Холецистостомия</p>		<p>Холецистостомия – паллиативная операция, в ходе которой создают искусственный свищ между внешней средой и полостью желчного пузыря. Осуществляется при невозможности выполнения холецистэктомии вследствие обширного плотного инфильтрата в области шейки пузыря, а также при остром холецистите, сочетающемся с тяжелой сопутствующей патологией</p>
<p>19. Колостомия</p>		<p>Колостомия – операция, направленная на создание искусственного свища для эвакуации содержимого кишечника. В ходе хирургического вмешательства, врач</p>

		выводит открытый конец кишки на переднюю брюшную стенку, формируя кишечную стому, которая предназначена временно или постоянно выполнять функции заднего прохода.
20. Нефротомия		Нефротомия — это разрез почечной ткани. Нефротомия применяется для извлечения камней и инородных тел почечной паренхимы. В ходе операции производят разрез в поясничной области, почку отделяют от окружающих тканей, для уменьшения кровотечения накладывают зажим на почечную ножку, в которой к почке проходят сосуды. Вначале над местом расположения камня или инородного тела рассекают почечную капсулу, а затем и паренхиму.

Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

Шкала оценки для проведения экзамена с оценкой по дисциплине

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	<ul style="list-style-type: none"> – полно раскрыто содержание материала; – материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; – продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; – точно используется терминология; – показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; – ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов; – продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; – продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы; – допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.
Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> – вопросы излагаются систематизировано и последовательно; – продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; – продемонстрировано усвоение основной литературы. – ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков: в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию преподавателя; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов,

	которые легко исправляются по замечанию преподавателя.
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> – неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; – усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам; – имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов; – при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение основной литературы.
Неудовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> – не раскрыто основное содержание учебного материала; – обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; – допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов - не сформированы компетенции, умения и навыки, - отказ от ответа или отсутствие ответа

АННОТАЦИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
«Топографическая анатомия и оперативная хирургия»
Специальность 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)

Цель дисциплины: обеспечение обучающихся информацией для овладения знаниями по клинической анатомии человеческого тела в объеме, необходимом для продолжения обучения на клинических кафедрах лечебного факультета медицинского вуза и дальнейшей профессиональной деятельности.

Задачами дисциплины являются:

- формирование знаний об общих принципах послойного строения человеческого тела, топографической анатомии внутренних органов, мышечно-фасциальных лож, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных пучков, костей и суставов, слабых мест и грыж живота, о коллатеральном кровообращении при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов, о зонах чувствительной и двигательной иннервации крупными нервными стволами, топографической анатомии конкретных областей,
- на основе полученных знаний дать анатомическое обоснование проявление основных клинических симптомов и синдромов, выбора рациональных доступов и оперативных вмешательств, предупредить возможные интраоперационные ошибки и осложнения.
- сформировать знания для клинико-анатомического обоснования и правильного выполнения сестринских, врачебно-диагностических и лечебных мероприятий.

Содержание дисциплины:

Раздел 1. Введение в предмет.

Раздел 2. Верхняя конечность. Нижняя конечность.

Раздел 3. Голова, шея.

Раздел 4. Грудь, живот.

Общая трудоемкость 7 ЗЕ (252 часов).

Результаты освоения дисциплины:

В результате изучения дисциплины обучающийся должен:

знать: анатомио-физиологические, возрастно-половые и индивидуальные особенности строения и развития здорового и больного организма взрослого человека; функциональные системы организма, их регуляцию и саморегуляцию при воздействии с внешней средой в норме и при патологических процессах; принципы и методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации; клинические проявления основных синдромов, требующих хирургического лечения; особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;

уметь: пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности; пальпировать на человеке основные костные ориентиры, обрисовывать топографические контуры органов и основных сосудистых и нервных стволов; обосновывать характер патологического процесса и его клинические проявления; обосновывать сестринские и врачебные манипуляции; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний; интерпретировать результаты рентгенологических методов исследования распространенных хирургических заболеваний; выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь, пострадавшим в очагах поражения в чрезвычайных ситуациях;

владеть: медико-анатомическим понятийным аппаратом; общеклинического осмотра (пальпация, перкуссия, аускультация) на основании знаний клинической анатомии органов и систем; алгоритмом выполнения основных врачебных, диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи взрослым и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

1. Перечень компетенций, вклад в формирование которых осуществляет дисциплина

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ОПК-5.1. Знает:

ОПК-5.1.1. Знает общебиологические закономерности, основы наследственности и изменчивости, анатомию, гистологию, эмбриологию, топографическую анатомию, физиологию, патологическую анатомию и физиологию органов и систем человека.

ОПК-5.2. Умеет:

ОПК-5.2.1. Умеет оценить основные морфофункциональные данные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.

ОПК-5.3. Владеет:

ОПК-5.3.1. Владеет

навыком оценивания основных морфофункциональных данных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека при решении профессиональных задач.

ПК-1 Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)).

ПК-1.1. Знает:

ПК-1.1.4. Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);

ПК-1.1.5. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания;

ПК-1.1.6. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;

ПК-1.2. Умеет:

ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;

ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме;

ПК-1.2.3. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;

ПК-1.3. Владеет:

ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах;

ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;

ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;

ПК-1.3.5. Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания));

Форма контроля:

экзамен в 5 семестре.