

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Оперативная хирургия и топографическая анатомия
по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	<p>Раздел 1. Топографическая анатомия мозгового отдела головы.</p> <p>Раздел 2. Оперативная хирургия мозгового отдела головы.</p> <p>Раздел 3. Топографическая анатомия лицевого отдела головы.</p> <p>Раздел 4. Оперативная хирургия лицевого отдела головы.</p> <p>Раздел 5. Топографическая анатомия области шеи.</p> <p>Раздел 6. Оперативная хирургия области шеи</p> <p>Раздел 7. Оперативная хирургия и топографическая анатомия груди.</p>	УК-1 ПК-5.ПК-8	<p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методологию абстрактного мышления для систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов • принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • систематизировать патологические процессы, выявлять причинно-следственные связи развития патологических процессов для постановки диагноза 	Тесты Сит. задачи	45 17

и составления программы лечения пациента,

- анализировать выявленные в результате обследования пациента симптомы, синдромы, патологические изменения

Владеть:

- методологией абстрактного мышления для постановки диагноза путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов
- методологией анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента
- методологией синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи

функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях развития патологического процесса

Знать:

- проявления патологических состояний, симптомов, синдромов хирургической патологии.

Уметь:

- выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы патологии

Владеть:

- методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов

Знать:

- принципы и методы оказания первой помощи и при неотложных состояниях;

Уметь:

- выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь пострадавшим;

Владеть:

- основами хирургических врачебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
2.1. Тестовые задания по дисциплине

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. УКАЖИТЕ, ЧЕМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГЕМАТОМА ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ЛОБНО-ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> -свободно распространяется на подкожную клетчатку височной области и лицевого отдела черепа. -определяется в пределах одной кости. -имеет разлитой характер и свободно перемещается в пределах лобно-теменно-затылочной области. -имеет форму шишки, ограниченный характер распространения. (+) <p>2. УКАЖИТЕ, С ЧЕМ СВЯЗАНО СИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ РАНЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛОБНО-ТЕМЕННО-ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> -сильно выраженной подкожной клетчаткой лобно-теменно-затылочной области -наличием крупных сосудов в подапоневротической клетчатке -связью сосудов с соединительнотканными перегородками подкожной клетчатки (+) -богатой венозной сетью лобно-теменно-затылочной области <p>3. УКАЖИТЕ, КАКОЙ НЕРВ МОЖНО ПОВРЕДИТЬ В ТОЛЩЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫПОЛНЯЯ ВСКРЫТИЕ ГНОЙНОГО ПАРОТИТА:</p> <ul style="list-style-type: none"> -нижнечелюстной -верхнечелюстной -лицевой (+) -языкоглоточный <p>4. ГДЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ИНФЕКЦИЯ ПРИ "ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ВОРОТНИКЕ ШЕИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> -находится в толще поверхностной пластинки собственной фасции шеи -сосредотачивается между поверхностной и глубокой пластинками собственной фасции шеи (+) -проникает за глубокую пластинку собственной фасции шеи -локализуется в надгрудном и надключичном межапоневротическом пространстве (+) <p>5. НА КАКИЕ ОТРЕЗКИ ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ ПОДКЛЮЧИЧНАЯ АРТЕРИЯ:</p> <ul style="list-style-type: none"> -первый отрезок - от начала артерии до межлестничной щели (+) -второй отрезок - в латеральном треугольнике шеи -второй отрезок - артерии в пределах межлестничной щели (+) -третий отрезок - по выходе из межлестничной щели (+) 	<p>УК-1, ПК-5, ПК-8</p>

<p>6. КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ СОННОГО ТРЕУГОЛЬНИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. поперечная артерия шеи 2. общая сонная артерия 3. плечевое сплетение 4. диафрагмальный нерв 	<p>УК-1; ПК-5; ПК-8</p>
<p>7. КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ЛЕСТНИЧНО-ПОЗВОНОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. позвоночная артерия 2. наружная яремная вена 3. подключичная артерия 4. плечевое сплетение 	
<p>8. КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ НАХОДЯТСЯ В ЛЕСТНИЧНО-ПОЗВОНОЧНОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диафрагмальный нерв 2. грудной проток 3. шейная часть симпатического шейного ствола 4. восходящая шейная артерия 	
<p>9. КАКАЯ МЫШЦА НЕ ОГРАНИЧИВАЕТ ЛОПАТОЧНО-ТРАПЕЦИЕВИДНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. грудино-ключично-сосцевидная мышца 2. лопаточно-подъязычная мышца 3. двубрюшная мышца 4. трапецевидная мышца 	
<p>10. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАСЦИЙ ШЕИ ПЕРЕХОДИТ В ПОВЕРХНОСТНУЮ ФАСЦИЮ ГРУДИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. поверхностный листок собственной фасции шеи 2. глубокий листок собственной фасции шеи 3. поверхностная фасция шеи 4. внутришейная фасция шеи 	
<p>11. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФАСЦИЙ ШЕИ ОТДАЕТ ФРОНТАЛЬНО ИДУЩИЕ ОТРОСТКИ ОТДЕЛЯЮЩИЕ ПЕРЕДНИЙ ОТДЕЛ ШЕИ ОТ ЗАДНЕГО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. поверхностная пластинка собственной фасции шеи 2. поверхностная фасция шеи 3. внутришейная фасция 4. глубокая пластинка поверхностной фасции шеи 	
<p>12. КАКАЯ СТРУКТУРА РАСПОЛАГАЕТСЯ ПОД ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. подбородочная артерия 2. язычная артерия 3. лицевая вена 4. поперечная артерия шеи 	
<p>13. В КАКОМ ПРОСТРАНСТВЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ОТРЕЗОК ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. первый отрезок - в межлестничной щели 	

2. третий отрезок - в пределах межлестничной щели
3. **второй отрезок – в пределах межлестничной щели**
4. третий отрезок - в предлестничном промежутке

14. КАКАЯ АРТЕРИЯ ОТНОСИТСЯ К ВЕТВЯМ ПЕРВОГО ОТРЕЗКА ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

1. глубокая шейная артерия
2. **позвоночная артерия**
3. верхняя межреберная артерия
4. поперечная артерия шеи

15. КАКАЯ АРТЕРИЯ ОТНОСИТСЯ К ВЕТВЯМ ПЕРВОГО ОТРЕЗКА ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ

1. надлопаточная артерия
2. поперечная артерия шеи
3. **щито-шейный ствол**
4. реберно-шейный ствол

16. В КАКОМ ИЗ ТРЕУГОЛЬНИКОВ ШЕИ ЗАЛЕГАЕТ НИЖНИЙ УЗЕЛ СИМПАТИЧЕСКОГО НЕРВА

1. лопаточно-подъязычном
2. лопаточно-трапециевидном
3. **лестнично-позвоночном**
4. лопаточно-трахейном

17. В КАКОЙ ПРОТОК ВЛИВАЕТСЯ ПРАВЫЙ ЯРЕМНЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ ПРОТОК

1. **правый лимфатический**
2. грудной
3. в венозный угол Пирогова
4. левый лимфатический

18. ДОСТУП К КАКОМУ СОСУДУ ПРОВОДЯТ В ТРЕУГОЛЬНИКЕ ПИРОГОВА?

1. лицевая артерия
2. лицевая вена
3. **язычная артерия**
4. позадичелюстная вена

19. КАКАЯ ФАСЦИЯ (ПО ШЕВКУНЕНКО) ОБРАЗУЕТ ФУТЛЯР ДЛЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. вторая фасция шеи
2. третья фасция шеи
3. пятая фасция шеи
4. **четвертая фасция шеи**

20. КАКИЕ ИЗ НАЗВАННЫХ АРТЕРИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ КРОВΟΣНАБЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. **нижняя щитовидная артерия**
2. восходящая глоточная артерия
3. верхняя гортанная артерия
4. глубокая артерия шеи

<p>21. СЛИЯНИЕМ КАКИХ ВЕН ОБРАЗОВАН ВЕНОЗНЫЙ УГОЛ ПИРОГОВА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наружной яремной вены с подключичной веной 2. внутренней яремной вены с наружной яремной 3. правого лимфатического протока с подключичной веной 4. внутренней яремной вены с подключичной веной 	
<p>22. КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ МОЖНО ТРАВМИРОВАТЬ ПРИ НИЖНЕЙ ТРАХЕОСТОМИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. внутреннюю яремную вену 2. плечеголовной ствол 3. n. vagus 4. n. laringeus recurrens 	
<p>23. В КАКОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ ВЫПОНЯЕТСЯ ПЕРЕВЯЗКА НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в лопаточно-трахеальном 2. в поднижнечелюстном 3. в сонном 4. в лопаточно-трапециевидном 	
<p>24. КАКАЯ МАНИПУЛЯЦИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПЛЕВРО-ПУЛЬМОНАЛЬНОГО ШОКА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. повторная межреберная новокаиновая блокада 2. ваго-симпатическая блокада по Бурденко 3. ваго-симпатическая блокада по Вишневскому 4. паранефральная блокада по Вишневскому 	
<p>25. КОГДА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ТРАХЕОСТОМИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. если препятствие находится на главных бронхов 2. если препятствие находится близ бифуркации трахеи 3. если препятствие находится в гортани 4. если препятствие находится на уровне верхней грудной апертуры 	
<p>26. ГДЕ РАСПОЛАГАЕТСЯ ВНУТРЕННЯЯ ГРУДНАЯ АРТЕРИЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. между межреберными мышцами 2. в глубоком субпекторальном клеточном пространстве 3. между внутренними межреберными и поперечными мышцами 4. в параплевральной клетчатке 	<p>УК-1; ПК-5; ПК-8</p>
<p>27. ЧЕМ ОГРАНИЧЕНА ГРУДНАЯ ПОЛОСТЬ СВЕРХУ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рукояткой грудины 2. первым грудным позвонком 3. ключицей 4. плоскостью верхней грудной апертуры 	
<p>28. ГДЕ ПРОЕЦИРУЕТСЯ НИЖНЯЯ ГРАНИЦА РЕБЕРНОЙ ПЛЕВРЫ ПО СРЕДНЕКЛЮЧИЧНОЙ ЛИНИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. на уровне IX ребра 2. на уровне VII ребра 3. на уровне VI ребра 4. на уровне VIII ребра 	

<p>29. КАКОЙ ПУТЬ ОТВЕДЕНИЯ ЛИМФЫ ОТ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНЫМ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. путь, идущий к лимфоузлам передней брюшной стенки 2. путь, идущий к лимфоузлам, лежащим под малой грудной мышцей 3. путь, идущий к подмышечным лимфоузлам 4. путь, идущий к лимфоузлам надключичной области
<p>30. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. взятие экссудата на бактериологическое исследование 2. спонтанный пневмоторакс 3. подкожная эмфизема 4. медиастенальная эмфизема
<p>31. ГДЕ РАСПОЛАГАЮТСЯ АНТЕМАММАРНЫЕ ФЛЕГМОНЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в дольках железы 2. в жировой клетчатке за капсулой железы 3. непосредственно в подкожной жировой клетчатке перед капсулой железы 4. между капсулой железы и собственной грудной фасцией
<p>32. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ РАДИАЛЬНЫЙ РАЗРЕЗ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. междольевой глубокий мастит 2. интрамаммарный абсцесс 3. субареолярный абсцесс 4. антемаммарный абсцесс
<p>33. КАКОЙ ВИД АНЕСТЕЗИИ НЕ ПРИЕМЛЕМ ДЛЯ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССОВ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. инфильтрационная интрамаммарная анестезия 2. ретромаммарная новокаиновая блокада 3. внутривенный наркоз 4. эндотрахеальный наркоз
<p>34. КАКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОТНОСИТСЯ К ЗАДНЕМУ СРЕДОСТЕНИЮ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. трахея 2. v.azygos 3. a.pericardiacophrenica 4. n.phrenicus
<p>35. КАКОЕ КЛЕТЧАТОЧНОЕ ПРОСТРАНСТВО СРЕДОСТЕНИЯ НАИМЕНЕЕ ВЫРАЖЕНО</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. spatium paraaortale 2. spatium paratracheale 3. spatium prevertebrale 4. spatium paraoesophagee
<p>36. ЧТО ЛЕЖИТ НА ЗАДНЕ ПОВЕРХНОСТИ ПИЩЕВОДА</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. n. phrenicus dexter 2. нисходящая аорта 3. n. vagus sinister

4. v. cava superior

37. ЧТО ПРОХОДИТ МЕЖДУ СРЕДНЕЙ И НАРУЖНОЙ НОЖКАМИ ДИАФРАГМЫ

1. v. azygos
2. nn. splanchnici
3. aorta
4. **truncus sympaticus**

38. ЧТО ПРОХОДИТ ПОЗАДИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

1. n. vagus sinister
2. **n. vagus dexter**
3. n. laryngeus recurrens sinister
4. n. phrenicus sinister

39. ЧТО ПРОХОДИТ К ПЕРЕДИ ОТ КОРНЯ ЛЕГКОГО

1. блуждающие нервы
2. грудной лимфатический проток
3. **диафрагмальные нервы**
4. легочные вены

40. ЧТО ПРОХОДИТ СПРАВА ОТ ГРУДНОЙ ЧАСТИ НИСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ

1. полунепарная вена
2. дополнительная полунепарная вена
3. **непарная вена**
4. правый диафрагмальный нерв

41. КУДА ПОПАДАЕТ ИГЛА ПРИ ПУНКЦИИ ПЕРИКАРДА ПО ЛАРЕЮ

1. **в передненижний синус перикарда**
2. в поперечный синус перикарда
3. в косой синус перикарда
4. в реберно-диафрагмальный синус плевры

42. ЧТО УЧАСТВУЕТ В ОБРАЗОВАНИИ «ГОЛОВЫ МЕДУЗЫ»

1. v. thoracica anterior
2. **v. thoracoepigastrica**
3. vv. intercostales
4. v. thoracica interna

43. ЧТО ШУНТИРУЮТ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

1. a. subclavia с коронарными артериями
2. **a. thoracica interna с коронарными артериями**
3. аорту с a. pericardiaca
4. a. subclavia с аортой

44. КАКИЕ НЕРВЫ ИННЕРВИРУЮТ КОЖУ ГРУДИ

1. длинный грудной нерв
2. задний грудной нерв
3. **надключичные нервы**
4. передний грудной нерв

45. ПРИ ПРОКОЛАХ В КАКИХ ТОЧКАХ ГРУДНОЙ СТЕНКИ ВОЗМОЖНО ПОВРЕЖДЕНИЕ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ПУЧКОВ

1. сзади от средней подмышечной линии
2. впереди от лопаточной линии
3. впереди от средней подмышечной линии
4. медиальнее средне-ключичной линии

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		В хирургическое отделение был доставлен больной со скальпированной раной в лобно-теменно-затылочной области. При первичной обработке раны было обращено внимание на обширную поднадкостничную гематому. В послеоперационном периоде у больного образовался секвестр значительного участка правой теменной кости.
В		Укажите на возможные причины данного осложнения. Какие особенности топографии этой области следует иметь в виду для объяснения данного осложнения?.
Э		Причиной данного осложнения является поднадкостничная гематома, которая повлекла за собой нарушение кровоснабжения, отслоение надкостницы от кости. В результате это привело к некрозу, секвестрированию кости.
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		
Р0		
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	В лобно-теменно-затылочной области расположены 3 слоя клетчатки: подкожная, подапоневротическая, поднадкостничная.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	
Р0	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		У больного во время операции нижней трахеостомии при создании оперативного доступа началось сильное кровотечение темной кровью
В		Укажите источник кровотечения. Тактика хирурга?
Э		Кровотечение из поврежденных вен. Кровотечение предупреждается тем, что встретившиеся в операционной ране вены сначала лигируют, а затем рассекают. В конкретном случае следует найти зияющие концы сосудов и лигировать их.
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		
Р0		
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	При выполнении нижней трахеостомии хирург скальпелем проходит через

		надгрудное и претрахеальное клетчаточные пространства, в которых располагаются венозные сплетения..
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	
P0	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ (№ 3)
У	-	В хирургическое отделение поступил больной с диагнозом: "Флегмона подчелюстной области справа". Хирург решил вскрыть флегмону.
В		Укажите, повреждение каких образований может произойти в области подчелюстной железы и нижнего края нижней челюсти.
Э	-	
P1	-	При вскрытии подчелюстной флегмоны необходимо не повредить лицевые артерию и вену. Вена располагается на передней, артерия - на задней поверхности подчелюстной железы.
P0	-	.
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 4)
У		В хирургическое отделение был доставлен больной со скальпированной раной в лобно-теменно-затылочной области. При первичной обработке раны было обращено внимание на обширную поднадкостничную гематому. В послеоперационном периоде у больного образовался секвестр значительного участка правой теменной кости.
В		Укажите на возможные причины данного осложнения. Какие особенности топографии этой области следует иметь в виду для объяснения данного осложнения?.
Э		
P1		Причиной данного осложнения является поднадкостничная гематома, которая повлекла за собой нарушение кровоснабжения, отслоение надкостницы от кости. В результате это привело к некрозу, секвестрированию кости.
P0		Диагноз поставлен верно.
В		Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		В лобно-теменно-затылочной области расположены 3 слоя клетчатки: подкожная, подапоневротическая, поднадкостничная.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	
P0	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 5)
У		У больного во время операции нижней трахеостомии при создании оперативного доступа началось сильное кровотечение темной кровью
В		Укажите источник кровотечения. Тактика хирурга?
Э		
P2		
P1		Кровотечение из поврежденных вен.

		Кровотечение предупреждается тем, что встретившиеся в операционной ране вены сначала лигируют, а затем рассекают. В конкретном случае следует найти зияющие концы сосудов и лигировать их.
P0		Диагноз поставлен верно.
B		Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	При выполнении нижней трахеостомии хирург скальпелем проходит через надгрудинное и претрахеальное клетчаточные пространства, в которых располагаются венозные сплетения..
P2	-	.
P1	-	
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОС(№ 6)
У	-	У больного рак корня языка. Во время радикальной операции началось сильное кровотечение в ране, которое было решено остановить перевязкой язычной артерии на протяжении.
B	-	Укажите, в каких треугольниках шеи можно обнажить и перевязать язычную артерию. Какие ткани необходимо раздвинуть?
Э	-	
P2	-	
P1	-	Перевязка язычной артерии производится в пределах треугольника Пирогова, образованного сухожилиями двубрюшной мышцы и подъязычным нервом. После рассечения мягких тканей разъединяют волокна подъязычно-язычной мышцы, обнажают язычную артерию.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 7)
У	-	У больного с хроническим гнойным мастоидитом справа появилась припухлость в области правой кивательной мышцы, краснота, боль.
B	-	Дать анатомическое объяснение развивающегося осложнения, оперативный доступ?
Э	-	
P2	-	
P1	-	У больного развился абсцесс шеи, локализующийся в клетчаточном пространстве грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Оно расположено в пределах фасциального футляра этой мышцы, образованного за счет поверхностного листка собственной фасции шеи (2фасция). У нижней границы шеи этот футляр доходит до прикрепления мышцы к ключице, грудине и их сочленению. Верхняя граница футляра не доходит до прикрепления мышцы к наружной поверхности сосцевидного отростка, так как на месте перехода мышцы в ее сухожилие фасциальные листки, образующие футляр, прочно сращены с сухожилием их. Футляр грудино-ключично-сосцевидной мышцы замкнут. Для вскрытия абсцесса делают разрез длиной 4-5см по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы в пределах ее верхней трети. После рассечения кожи, поверхностной фасции и передней стенки фасциального футляра мышцы ее оттягивают вперед и тупым инструментом проникают в полость абсцесса.

P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 8)
У	-	Доставлен больной с тяжелой черепно-мозговой травмой, в области нижней челюсти размозженная рана, которая сильно кровоточит.
В	-	Какой сосуд надо перевязать, чтобы уменьшить кровотечение, описать его топографию на шее, отличительные признаки?
Э	-	
P2	-	
P1	-	Хирургу следует перевязать наружную сонную артерию, так как произошло ранение ее ветвей – лицевой артерии. Последняя проходит кзади от шилоподъязычной мышцы и заднего брюшка двубрюшной мышцы, затем проникает в ложе подчелюстной железы, где примыкает к ее заднему концу со стороны ее внутренней поверхности. Далее артерия выходит из ложа железы и направляется на лицо, пересекая край нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы. Наружная сонная артерия обычно располагается более кпереди и медиальнее внутренней. Кроме того, на шее внутренняя сонная артерия ветвей не отдает.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 9)
У	-	У больного с глубокой флегмоной шеи после удаления тампона появилось профузное кровотечение из раны пульсирующей струей алой крови. Хирург заткнул рану пальцем. Больной взят в операционную, рана расширена.
В	-	Тактика хирурга? Коллатеральный путь кровообращения.
Э	-	
P2	-	
P1	-	Хирургу следует перевязать общую сонную артерию, т.к. имеет гнойное расплавление ее стенки. Разрез кожи длиной 6см ведут по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы с таким расчетом, чтобы начало его соответствовало верхнему краю щитовидного хряща. Коллатеральное кровообращение после перевязки общей сонной артерии развивается за счет анастомозов, существующих между ними: 1) системами правой и левой наружных сонных артерий (через лицевую, поверхностную височную, заглоточную, верхнюю щитовидную артерии); 2) системами правой и левой внутренней сонной артерии через виллизев круг; 3) системами подключичной и наружной сонной артерий на стороне операции (анастомозы между глубокой шейной и затылочной артериями, позвоночной и затылочной артериями, верхней и нижней щитовидными артериями); 4) ветвями подключичной и внутренней сонной артерии на основании мозга (виллизиев круг); 5) ветвями глазной артерии (из внутренней сонной артерии) и наружной сонной артерии (из внутренней сонной артерии) и наружной сонной артерии на стороне операции. Расстройства мозгового кровообращения (30%) зависят главным образом от недостатка быстрого развития коллатералей в системе виллизиева круга.
P0	-	Диагноз обоснован верно

	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 10)
У	-	В хирургическое отделение поступил больной с геморрагическим панкреатитом. Решено произвести дренирование грудного лимфатического протока.
В	-	Укажите место разреза на шее и дайте топографическое описание взаимоотношений протока с сосудами и органами шеи.
Э	-	
P2	-	
P1	-	Грудной лимфатический проток находится на левой стороне шеи. Вначале он поднимается по задней стенке пищевода, а затем проходит между внутренней яремной веной спереди и позвоночной веной сзади. У наружного края внутренней яремной вены проток образует дугу, в которую впадают левый яремный и левый подключичный лимфатические протоки. Затем нисходящая часть грудного лимфатического протока идет кпереди от подключичной артерии и, разделившись на 2-3 стволика, впадает в Пироговский венозный угол сзади. Доступ для перевязки и дренирования грудного лимфатического протока в области шеи осуществляют следующим образом. Разрез поперечный по верхнему краю ключицы, начиная от середины яремной вырезки до края левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Для обнажения венозного угла, как правило, рассекают ножку этой мышцы или проникают между ножками. При выделении грудного протока левую общую сонную артерию с левым блуждающим нервом крючком отводят медиально. Других анатомических образований в этом участке нет.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 11)
У	-	В основу операции при злокачественных опухолях положен абластический принцип.
В	-	Объясните сущность этого принципа. Какие способы разъединения тканей в большей степени удовлетворяют требованиям абластичности операции?
Э	-	
P2	-	
P1	-	Абластичность операции – это комплекс мер по профилактике диссеминации опухолевых клеток в процессе операции. Он включает удаление органа, пораженного опухолью, с регионарными лимфоузлами. Для достижения абластичности применяют разъединение органов электроножом, лазерным и плазменным скальпелем, производят частую смену перчаток, хирургических инструментов, тампонов, предварительную перевязку кровеносных сосудов на протяжении, минимально травмируют опухоль.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 12)
У	-	Хирург выполняет операцию под местным обезболиванием методом «тугого ползучего инфильтрата».
В	-	Почему при завершении операции возникает необходимость контроля

		качества гемостаза?
Э	-	
P2	-	
P1	-	При использовании местного обезболивания методом «тугого ползучего инфильтрата» происходит сдавление мелких вен и остановка кровотечения. К завершению операции раствор анестетика резорбируется, обуславливая возможность возникновения кровотечения, а также соскальзывания лигатуры с культи перевязанного сосуда.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 13)
У	-	На поликлинический прием к хирургу обратился М.,41года, по профессии паркетчик. После обследования пациента хирург поставил диагноз «Хронический бурсит правой подкожной синовиальной преднадколенниковой сумки».
В	-	Объясните причину возникновения бурсита у пациента М. Какие сумки, кроме этой, относятся к преднадколенниковым?
Э	-	
P2	-	
P1	-	Хроническое воспаление синовиальных (слизистых) сумок является следствием длительной механической травмы. Кпереди от надколенника находится подкожная (между поверхностной и собственной фасциями), подфасциальная (между собственной фасцией и сухожилием четырехглавой мышцы бедра) и подсухожильная (между сухожилием четырехглавой мышцы бедра и надкостницей) синовиальные сумки.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 14)
У	-	В приемный покой скорой помощи доставлен больной. В 4-м межреберье слева имеется колото-резанная рана 1 – 1,5 см. Состояние больного тяжелое, дыхание поверхностное.
В	-	Ранение каких органов можно предполагать, доступ и оперативный прием?
Э	-	
P2	-	
P1	-	Выполняют стандартную торакотомию в 5-6 межреберье. Осматривают плевральную полость, удаляют сгустки крови, останавливают кровотечение из поврежденных сосудов. Обращают внимание на целостность перикарда. При обнаружении раны легкого – ушивают. Плевральную полость дренируют в 8-9 межреберье по задней подмышечной линии. Послойно ушивают операционную рану грудной стенки. После этого приступают к хирургической обработке колото-резанной раны, проникающей в плевральную полость. Края раны иссекают. Края сломанных ребер резецируют. Затем приступают к ушиванию раны. Первый ряд швов накладывают на плевру, внутригрудную фасцию, надкостницу и межреберные мышцы. Второй ряд швов накладывают на поверхностные мышцы, третий ряд - на кожу

P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 15)
У	-	Обратилась больная 18 лет, кормящая грудью. Беспокоят боли в области верхнего наружного квадранта правой молочной железы, высокая температура. При осмотре в области верхнего наружного квадранта имеется краснота, болезненность при пальпации, припухлость, в центре очаг флюктуации, на соске выделяется гной. Какое заболевание у больной? К поражению каких анатомических образований оно приводит? Тактика хирурга?
В	-	Какое заболевание у больной? К поражению каких анатомических образований оно приводит? Тактика хирурга?
Э	-	
P2	-	
P1	-	У больной интрамаммарный абсцесс (мастит). Для вскрытия гнойника на месте наибольшей флюктуации делают разрез кожи и подкожной клетчатки длиной 7—10 см вдоль выводных протоков железы, т. е. в радиальном направлении, и заканчивают его в 2—3 см от соска (не заходя за границу пигментного поля, чтобы не повредить выводных протоков и молочных синусов. По вскрытию гнойника полость его исследуют пальцем и, обнаружив дополнительные гнойники, соединяют их между собой. При повреждении выводных протоков или их анастомозов формируются упорно не заживающие молочные свищи.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 16)
У	-	Больная в течение нескольких дней лечится по поводу пневмонии; в последнее время состояние стало ухудшаться, на контрольной рентгенограмме определяется уровень жидкости в плевральной полости.
В	-	Какое осложнение можно предполагать у больной? В каких анатомических образованиях возможно скопление жидкости? Лечебная тактика.
Э	-	
P2	-	
P1	-	У больной развился экссудативный плеврит. Экссудат скапливается в плевральных синусах, которые находятся в местах перехода одного отдела париетальной плевры в другой. Самым большим из них является реберно-диафрагмальный. Причем на уровне средней подмышечной линии протяженность его составляет от VII до X ребер (включительно). Другие две пазухи значительно менее глубоки по сравнению с реберно-диафрагмальными. Из них диафрагмально-медиастинальный находится в месте перехода медиастинальной плевры в диафрагмальную и обычно целиком выполняется легким при вдохе, Реберно-медиастинальный синус образуется в месте перехода реберной плевры в средостенную. Различают два реберно-медиастинальных синуса, передний и задний. Задняя пазуха и справа и слева выражена слабо. Передняя пазуха на правой стороне выражена слабо, на левой значительно сильнее. Обычно пункцию производят в положении больного

		сидя на столе. Классическим местом для пункции является VII или VIII межреберье между средней подмышечной и лопаточной линиями. Место пункции следует уточнять перкуссией и особенно рентгеноскопией. Точка прокола грудной стенки должна соответствовать верхнему краю ребра во избежание повреждения межреберных сосудов и нерва, расположенных вдоль нижнего края. Направление иглы — перпендикулярно к коже.
P0	-	Диагноз обоснован верно
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ(№ 17)
У	-	При выполнении хирургического вмешательства следует руководствоваться общими правилами пользования хирургическими инструментами.
В	-	Назовите их.
Э	-	
P2	-	
P1	-	1) используются только исправные инструменты; 2) каждый инструмент имеет свое назначение; 3) хирург должен чувствовать рукой не рукоятку, а рабочую часть инструмента; 4) манипуляции инструментами в ране выполняются плавными, ритмичными движениями, без каких либо усилий;
P0	-	Диагноз обоснован верно

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-5, ПК-8	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-5, ПК-8	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики,	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные

	умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	сти в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий
--	---	---	---	---

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.