федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**КЛИНИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

**по специальности 31.08.69.Челюстно-лицевая хирургия**

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры одобрена на заседании ученого совета ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 11 от 27.06.2023 г.).

Оренбург

**1.Паспорт фонда оценочных средств**

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

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

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

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема лекции. Анатомические ошибки в хирургии. Обзорная топография мозгового отдела головы.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Значение анатомических знаний в хирургии.

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

3. Топографическая анатомия областей свода головы.

4. Топография внутреннего основания черепа

5. Кровоснабжение головного мозга.

**Тема 1. Топографическая анатомия мозгового отдела головы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос, тесты, ситуационные задачи, проверка умений выполнения препарирования трупного материала.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия лобно-теменно-затылочной области

2. Топографическая анатомия височной области.

3. Топографическая анатомия сосцевидной области.

4. Оболочки головного мозга и межоболочечные пространства.

5. Схема черепно-мозговой топографии Кренлейна-Брюсовой.

6. Способы остановки кровотечений из мягких тканей головы.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование лобно-теменно-затылочной области.
* Препарирование височной области.

**Тестовые задания**

^ Нейрохирург выполняет операцию по поводу проникающего ранения свода черепа. Определите последовательность рассечения мягких тканей:

+Кожа

+Подкожная жировая клетчатка

+Мышечно-апоневротический слой

+Подапоневротическая жировая клетчатка

+Надкостница

+Поднадкостничная рыхлая клетчатка

# Какую особенность своего строения и распространения на своде головы имеет подкожная жировая клетчатка?

Ограничена пределами каждой кости свода черепа

+Разделена соединительнотканными перегородками

Распространяется по всей области

# Какую особенность своего строения и распространения на своде головы имеет подапоневротическая жировая клетчатка?

Ограничена пределами каждой кости свода черепа

Разделена соединительнотканными перегородками

+Распространяется по всей области

# Какую особенность своего строения и распространения на своде головы имеет поднадкостничная рыхлая клетчатка?

+Ограничена пределами каждой кости свода черепа

Разделена соединительнотканными перегородками

Распространяется по всей области

^ Нейрохирург выполняет внутричерепной оперативный доступ в височной области. Определите последовательность рассечения слоев мягких тканей:

+Кожа

+Подкожный жировой слой

+Поверхностная фасция

+Височная фасция, поверхностный листок

+Второй клетчаточный слой

+Височная фасция, глубокий листок

+ Третий клетчаточный слой

+ Височная мышца

+Надкостница

# В больницу доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной в теменной области вследствие отслойки мягких тканей. Определите клетчаточный слой, в котором произошла отслойка:

Подкожная жировая клетчатка

+Подапоневротическая жировая клетчатка

Поднадкостничная рыхлая клетчатка

# Гематома мягких тканей свода черепа занимает область, соответствующую левой теменной кости. Определите слой, в котором она располагается:

Подкожная жировая клетчатка

Подапоневротическая жировая клетчатка

+Поднадкостничная рыхлая клетчатка

# У пострадавшего обнаружена гематома мягких тканей лобно-теменно-затылочной области, распространившаяся по всей поверхности свода черепа. Определите клетчаточный слой, в котором она находится:

Подкожная жировая клетчатка

+Подапоневротическая жировая клетчатка

Поднадкостничная рыхлая клетчатка

# Известно, что раны мягких тканей головы и лица отличаются быстрым заживлением и редкими нагноениями по сравнению с ранами других областей тела, что обусловлено:

Высокими регенераторными способностями эпителия

+Хорошим кровоснабжением тканей

Наличием разнообразных межвенозных анастомозов

Наличием многочисленных скоплений лимфоидной ткани

# При первичной хирургической обработке черепно-мозговой раны свода головы рассечение раны рекомендуется проводить преимущественно:

В любом направлении

В поперечном направлении

+В радиальном направлении

Всегда по форме раны

\* При ранении мягких тканей покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны, что обусловлено двумя ее особенностями из перечисленных:

Наличием крупных кровеносных сосудов в подкожной клетчатке

Множественными источниками кровоснабжения мягких покровов головы

+Формированием сети кровеносных сосудов в подкожной жировой клетчатке

+Сращениями стенки сосудов с соединительнотканными перемычками подкожной жировой клетчатки

Наличием связей поверхностных вен покровов головы с венозными синусами твердой мозговой оболочки.

\* Основным источником артериального кровоснабжения лобно-теменно-затылочной области являются следующие четыре артерии :

Глубокая височная артерия

+Затылочная артерия

Лицевая артерия

+Надблоковая артерия

+Надглазничная артерия

+Поверхностная височная артерия

Средняя височная артерия

Средняя менингеальная артерия

^ В переднем отделе лобно-теменно-затылочной области имеются анастомозы между артериями, принадлежащими системам наружной и внутренней сонных артерий. Определите последовательность анастомотического пути между наружной и внутренней сонными артериями:

+Наружная сонная артерия

+Поверхностная височная артерия

+Лобная ветвь поверхностной височной артерии

+Артериальная сеть

+Надглазничная артерия

+Глазная артерия

+Внутренняя сонная артерия

# Основная масса кровеносных сосудов лобно-теменно-затылочной области располагается в:

Коже

Мышечно-апоневротическом слое

Надкостнице

Подапоневротической клетчатке

+Подкожной клетчатке

Поднадкостничной клетчатке

**Ситуационные задачи**

Вбольницу доставлен пострадавший, у которого в теменной области вследствие отслойки мягких тканей образовалась обширная скальпированная рана.

Назовите слои мягких тканей, входящие в состав отслоившегося лос-

кута. Какие топографоанатомические особенности покровов головы

приводят к образованию скальпированных ран?

*В состав отслоившегося лоскута входят кожа, подкожная жировая клетчатка и мышечно-апоневротический шлем (gala aponeurotica). Такая рана возможна в связи с тем, что кожа и мышечно-апоневротический шлем плотно соединены фиброзными тяжами, пронизывающими подкожную жировую клетчатку, а под шлемом располагается слой рыхлой подапоневротической клетчатки, разделяющей шлем и надкостницу.*

Гематомы мягких тканей свода головы в зависимости от глубины расположения могут быть ограниченными, распространяться по всей поверхности свода или и пределах одной кости свода черепа.   
 Укажите, в каком слое располагается каждый из трех видов гематом.

Дайте анатомическое обоснование различий в их распространен-

ности по площади.

*Ограниченная гематома располагается в подкожной жировой клетчатке, имеющей ячеистую структуру за счет фиброзных тяжей, пронизывающих ее и сращенных с кожей и мышечно-апоневротическим шлемом.*

*Гематомы, распространяющиеся по всей поверхности свода, расположены в подапоневротической клетчатке и ограничены линиями прикрепления лобной (спереди) и затылочной (сзади) мышц.*

*В пределах одной кости гематомы располагаются в поднадкостничной клетчатке, так как последняя прикреплена по линиям костных швов, соответственно за пределы этих линий гематомы распространиться не могут.*

Известно, что раны мягких тканей головы и лица отличаются более быстрым заживлением и редкими нагноениями по сравнению с ранами других областей тела.

Какая анатомическая особенность мягких тканей головы и лица содействует этому?

*Мягкие ткани лица и головы хорошо кровоснабжаются за счет большого количества как внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов, что и обеспечивает их хорошее заживление и редкое нагноение.*

При ранении мягких покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны.

Какие анатомические особенности кровеносных сосудов рас-

положенных в подкожной жировой клетчатке лобно-теменно-

затылочной области, обуславливают такое кровотечение?

*Такое кровотечение объясняется двумя причинами. Во-первых, адвентиция сосудов, расположенных в подкожной жировой клетчатке, сращена с фиброзными перемычками, пронизывающими ее, и, соответственно, сосуды не спадаются. Во-вторых, сосуды свода головы широко анастомозируют друг с другом как за счет внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов.*

При первичной хирургической обработке черепно-мозговых ран свода головы рекомендуется, если позволяет их конфигурация, производить рассечение и иссечение краев раны мягких тканей в радиальном направлении.

Дайте анатомическое обоснование этого приема и определите

его клиническую целесообразность?

*Такие рекомендации связаны с тем, что основные сосудистые и нервные стволы расположены на своде черепа в радиальном направлении. Желательно сохранить их целостность, особенно нервов.*

После разреза мягких тканей параллельно надбровной дуге как части доступа к передней черепной ямке у больного возникла трофическая язва в лобной области.

Дайте анатомо-функциональное объяснение возникшего осложнения.

*Такого рода осложнение возможно при пересечении нервов (надблокового и надглазничного) из первой ветви тройничного нерва (глазной нерв).*

**Тема 2. Топографическая анатомия мозгового отдела головы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос, тесты, ситуационные задачи, проверка умений выполнения препарирования трупного материала.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия внутреннего основания черепа.

2. Топография черепных нервов.

3. Кровоснабжение головного мозга и пути оттока из полости черепа.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование внутреннего основания черепа

**Тестовые задания**

# Врач обнаружил у пострадавшего следующие симптомы: экзофтальм, симптом «очков», ликворея из носа. Поставьте предварительный диагноз:

Перелом свода черепа

+Перелом основания черепа в передней черепной ямке

Перелом основания черепа в средней черепной ямке

Перелом основания черепа в задней черепной ямке

# Обонятельные нервы проникают из носовой полости в полость черепа через:

Верхний носовой ход

Клиновидно-небное отверстие

Переднее и заднее решетчатые отверстия

+Решетчатую пластинку

Решетчатые ячейки

\* Через верхнюю глазничную щель проходят четыре нерва из перечисленных:

+Блоковый

Верхнечелюстной

+Глазной

+Глазодвигательный

Зрительный

Лицевой

+Отводящий

# Зрительный нерв проходит в:

Верхней глазничной щели

+Зрительном канале

Надглазничной вырезке (отверстии)

Нижней глазничной щели

# Определите правильный вариант выхождения из черепа 1-й, 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва:

Круглое, овальное, остистое отверстия

Верхняя глазничная щель, круглое и остистое отверстия

+Верхняя глазничная щель, круглое и овальное отверстия

Верхняя глазничная щель, овальное и круглое отверстия

Нижняя глазничная щель, круглое и овальное отверстия

Нижняя глазничная щель, овальное и круглое отверстия

# Лицевой нерв выходит из черепа на его наружном основании через:

Круглое отверстие

Овальное отверстие

Остистое отверстие

Сосцевидное отверстие

+Шилососцевидное отверстие

# Через яремное отверстие из полости черепа выходят:

Блуждающий, добавочный, подъязычный нервы

Языкоглоточный, блуждающий, подъязычный нервы

+Языкоглоточный, блуждающий, добавочный нервы

Языкоглоточный, добавочный, подъязычный нервы

# У больного с правосторонним мозговым инсультом обнаружены нарушения чувствительности и паралич левой половины лица. Определите в бассейне какой артерии развилось кровоизлияние:

Передней мозговой

+Средней мозговой

Задней мозговой

# У больного с кровоизлиянием в полушарии большого мозга одним из ведущих симптомов явилось нарушение зрения, что позволяет предположить локализацию очага в бассейне:

Передней мозговой артерии

Средней мозговой артерии

+Задней мозговой артерии

# В артериальном (виллизиевом) круге задняя соединительная артерия соединяет:

Внутреннюю сонную и базилярную артерии

+Внутреннюю сонную и заднюю мозговую артерии

Внутреннюю сонную и позвоночную артерии

Среднюю мозговую и заднюю мозговую артерии

Среднюю мозговую и позвоночную артерии

\* В зрительном канале располагаются следующие нерв и кровеносный сосуд из перечисленных:

Глазной нерв

Глазодвигательный нерв

+Зрительный нерв

Верхняя глазная вена

+Глазная артерия

Нижняя глазная вена

^ У больного в течение нескольких лет развилось сужение левой внутренней сонной артерии, что не привело к значительным нарушениям кровоснабжения левого полушария большого мозга. Определите, пользуясь номерами в перечне артерий, последовательный путь крови из правой внутренней сонной артерии по передней полуокружности артериального (виллизиевого. круга в сосуды левого полушария

+Правая внутренняя сонная артерия

+Правая передняя мозговая артерия

+Передняя соединительная артерия

+Левая передняя мозговая артерия

+Левая внутренняя сонная артерия

+Левая средняя мозговая артерия

# Верхняя глазная вена выходит из глазницы через:

+Верхнюю глазничную щель

Зрительный канал

Надглазничную вырезку (отверстие)

Нижнюю глазничную щель

Подглазничное отверстие

^ Определите последовательность венозных сосудов и синусов, по которым происходит отток крови от верхнелатеральной поверхности полушарий большого мозга:

+Поверхностные мозговые вены

+Верхний сагиттальный синус

+Синусный сток

+Поперечный синус

+Сигмовидный синус

+Внутренняя яремная вена

# Верхняя глазная вена впадает в:

Верхний каменистый синус

Верхний сагиттальный синус

Клиновидно-теменной синус

Нижний сагиттальный синус

+Пещеристый синус

\* В синусный сток впадают следующие три синуса из перечисленных:

+Верхний сагиттальный синус

+Затылочный

Левый поперечный

Правый поперечный

+Прямой

\* Из синусного стока венозная кровь оттекает по двум синусам из перечисленных:

Верхнему сагиттальному

Затылочному

+Левому поперечному

+Правому поперечному

Прямому

\* Среди перечисленных венозных синусов твердой мозговой оболочки на внутреннем основании черепа располагаются следующие пять:

+Верхний каменистый

+Затылочный

+Клиновидно-теменной

Нижний сагиттальный

+Нижний каменистый

+Пещеристый

Прямой

\* Синусами, соединяющими пещеристый синус с поперечным и сигмовидным, являются два из перечисленных:

+Верхний каменистый синус

Задний межпещеристый синус

Затылочный синус

Краевой синус

+Нижний каменистый синус

Передний межпещеристый синус

\* Ветвями внутренней сонной артерии являются следующие три из перечисленных:

Базиллярная артерия

+Глазная артерия

Задняя мозговая артерия

+Передняя мозговая артерия

+Средняя мозговая артерия

# Позвоночная артерия каждой стороны проникает в полость черепа через:

+Большое затылочное отверстие

Мыщелковый канал

Рваное отверстие

Яремное отверстие

# Как называется первая ветвь тройничного нерва:

Верхнечелюстной нерв

+Глазной нерв

Нижнечелюстной нерв

# Как называется вторая ветвь тройничного нерва:

+Верхнечелюстной нерв

Глазной нерв

Нижнечелюстной нерв

# Как называется третья ветвь тройничного нерва:

Верхнечелюстной нерв

Глазной нерв

+Нижнечелюстной нерв

**Ситуационные задачи**

У больного с переломом основания черепа наблюдается пульсирующее пучеглазие.

Определите, какая артерия (и в каком ее отделе) повреждена у

этого больного? Чем обусловлены пульсация и выпячивание

глазного яблока?

*Пульсирующее пучеглазие (пульсирующий экзофтальм) характерен для повреждения глазной артерии, расположенной в зрительном канале. Пульсация и выпячивание глазного яблока объясняется формирующейся в ретробульбарном пространстве глазницы гематомы после повреждения этой артерии.*

У пострадавшего с травмой головы среди клинических симптомов обнаружены: кровотечение из левого уха, паралич мимических мышц левой половины лица, потеря слуха слева.

Установите наиболее вероятный характер повреждения и дай-

те анатомическое обоснование наблюдаемым симптомам.

*Наиболее вероятным местом перелома является костей основания черепа является область внутреннего слухового прохода, где располагаются лицевой нерв (с его поражением связан паралич мимических мышц левой половины лица), преддверно-улитковый нерв (с его повреждением связано нарушение слуха), а также артерия лабиринта, которая, как правило, берет начало от нижней передней мозжечковой артерии (бассейн базилярной артерии).*

У больных с расстройствами мозгового кровообращения или подозрениями на патологию сосудов головного мозга, как правило, исследуются сосуды глазного дна.

Почему состояние кровеносных сосудов сетчатки глазного яб-

лока является одним из важных показателей состояния крово-

обращения головного мозга?

*Сосуды глазного дна являются ветвями центральной артерии сетчатки, а она – глазной артерии из бассейна внутренней сонной. Так как последняя участвует в формировании артериального круга (Виллизиева)головного мозга, то ее состояние отражается на выраженности морфологических изменений в более мелких ветвях и, соответственно, на кровоснабжении головного мозга.*

Постепенный тромбоз внутренней сонной артерии у разных больных дает различную клиническую картину - от тяжелых и стойких расстройств мозгового кровообращения до отсутствия каких-либо гемодинамических нарушений деятельности мозга.

Назовите по какимартериям и межсосудистым анастомозам

может в большей или меньшей степени сохраняться или вос-

станавливаться кровоснабжение полушария большого мозга

при тромбозе соответствующей ему внутренней сонной арте-

рии? Индивидуальные различия каких межсосудистых ана-

стомозов прежде всего имеют значение в различных исходах

нарушений кровотока по внутренней сонной артерии?

*Постепенный тромбоз внутренней сонной артерии действительно дает разную клиническую картину.* *Это связано с тем, что артерия участвует в формировании Виллизиева круга. Это «артериальное кольцо», расположенное на основании головного мозга. Оно образовано обеими внутренними сонными артериями, которые выйдя из пещеристого синуса ветвятся на передние мозговые артерии, анастомозирующие друг с другом посредством передней соединительной артерии, средние мозговые и задние соединительные, которые анастомозируют с задними мозговыми артериями, образующимися при ветвлении основной (базилярной) артерии, которая в свою очередь образуется из слияния обеих позвоночных артерий. В ряде случае могут отсутствовать передняя соединительная, одна ли обе задних соединительных артерий. В этих случаях артериальный круг становится разомкнутым и не возможно полноценное коллатеральное кровообращение для компенсации тромбоза одной из внутренних сонных артерий.*

**Тема 3. Операции на мозговом отделе головы**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Первичная хирургическая обработка ран мозгового отдела головы.

2. Понятие о резекционной, костно-пластических и декомпрессивной трепанаций черепа.

3. Виды костно-пластических трепанаций черепа.

4.Техника выполнения трепанации по Вагнеру-Вольфу.

5.Техника выполнения трепанации по Оливекрону.

6. Обезболивание приоперациях на мозговом отделе головы.

7. Способы остановки кровотечений при ранении кровеносных сосудов.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Выполнение первичной хирургической обработки раны мозгового отдела головы на трупе.

**Тестовые задания**

^ Нейрохирург выполняет внутричерепной оперативный доступ в височной области. Определите последовательность рассечения слоев мягких тканей:

+Кожа

+Подкожный жировой слой

+Поверхностная фасция

+Височная фасция, поверхностный листок

+Второй клетчаточный слой

+Височная фасция, глубокий листок

+ Третий клетчаточный слой

+ Височная мышца

+Надкостница

# В больницу доставлен пострадавший с обширной скальпированной раной в теменной области вследствие отслойки мягких тканей. Определите клетчаточный слой, в котором произошла отслойка:

Подкожная жировая клетчатка

+Подапоневротическая жировая клетчатка

Поднадкостничная рыхлая клетчатка

# При первичной хирургической обработке черепно-мозговой раны свода головы рассечение раны рекомендуется проводить преимущественно:

В любом направлении

В поперечном направлении

+В радиальном направлении

Всегда по форме раны

\* При ранении мягких тканей покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны, что обусловлено двумя ее особенностями из перечисленных:

Наличием крупных кровеносных сосудов в подкожной клетчатке

Множественными источниками кровоснабжения мягких покровов головы

+Формированием сети кровеносных сосудов в подкожной жировой клетчатке

+Сращениями стенки сосудов с соединительнотканными перемычками подкожной жировой клетчатки

Наличием связей поверхностных вен покровов головы с венозными синусами твердой мозговой оболочки.

# При выполнении костно-пластической трепанации в затылочной области нейрохирург выкраивает кожно-апоневротический лоскут основанием, обращенным:

Вверх

+Вниз

Вправо

Влево

\* Для остановки кровотечения из ран или разрезов мягких тканей головы применяются следующие два способа из перечисленных:

Клипирование

+Лигирование

Наложение шва

Тампонада

+Электрокоагуляция

\* Для остановки кровотечения из венозных синусов твердой мозговой оболочки применяются три способа из перечисленных:

Втирание пасты

Клипирование

+Наложение шва

+Перевязка

+Тампонада

Электрокоагуляция

**Ситуационные задачи**

При ранении мягких покровов головы обычно наблюдается сильное и длительное кровотечение по всей окружности раны.

Какие анатомические особенности кровеносных сосудов рас-

положенных в подкожной жировой клетчатке лобно-теменно-

затылочной области, обуславливают такое кровотечение?

*Такое кровотечение объясняется двумя причинами. Во-первых, адвентиция сосудов, расположенных в подкожной жировой клетчатке, сращена с фиброзными перемычками, пронизывающими ее, и, соответственно, сосуды не спадаются. Во-вторых, сосуды свода головы широко анастомозируют друг с другом как за счет внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов.*

При первичной хирургической обработке черепно-мозговых ран свода головы рекомендуется, если позволяет их конфигурация, производить рассечение и иссечение краев раны мягких тканей в радиальном направлении.

Дайте анатомическое обоснование этого приема и определите

его клиническую целесообразность?

*Такие рекомендации связаны с тем, что основные сосудистые и нервные стволы расположены на своде черепа в радиальном направлении. Желательно сохранить их целостность, особенно нервов.*

После разреза мягких тканей параллельно надбровной дуге как части доступа к передней черепной ямке у больного возникла трофическая язва в лобной области.

Дайте анатомо-функциональное объяснение возникшего осложнения.

*Такого рода осложнение возможно при пересечении нервов (надблокового и надглазничного) из первой ветви тройничного нерва (глазной нерв).*

Первым этапом костно-пластической трепанации чере-   
па является выкраивание кожно-апоневротического лоскута на широкой ножке.

В какую сторону и почему должна быть обращена ножка такого лос

кута?

*В большинстве случаев кожно-апоневротический лоскут должен быть направлен своим основанием к основанию черепа. Связано это с тем, что именно так располагаются основные сосудисто-нервные пучки, кровоснабжающие и иннервирующие эту область.*

**Тема 4.**  **Топографическая анатомия лицевого отдела головы**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Границы, области, внешние ориентиры лицевого отдела головы.

2. Фасции о клетчаточные пространства лица.

3. Топографическая анатомия областей глазницы, носа, рта, подглазничной, скуловой, боковой областей.

4.Хирургическая анатомия околоносовых пазух, глотки.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование околоушно-жевательной области лица.
* Препарирование щечной области лица.

**Тестовые задания**

# У больного после переохлаждения развился паралич мимических мышц половины лица, что указывает на воспаление:

Верхнечелюстного нерва

+Лицевого нерва

Нижнечелюстного нерва

Подглазничного нерва

Тройничного нерва

# Жевательные мышцы иннервируются:

Верхнечелюстным нервом

Добавочным нервом

Лицевым нервом

+Нижнечелюстным нервом

# Важной топографической особенностью околоушной слюнной железы является расположение в ней одного из перечисленных нервов:

Верхнечелюстного

+Лицевого

Нижнечелюстного

Тройничного

Ушно-височного

# У ребенка, больного паротитом, врач обнаружил неплотное смыкание глазной щели и опущение угла рта, что свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс:

Верхнечелюстного нерва

+ Лицевого нерва

Нижнечелюстного нерва

Подглазничного нерва

# К хирургу поликлиники обратился больной с жалобами на припухлость, уплотнение и болезненность в левой околоушно-жевательной области. У переднего края ушной раковины небольшой фурункул. Врач диагностировал гнойный паротит. В развитии такого осложнений основное значение имеет:

Близость расположения околоушной железы

Связи венозного русла железы и наружного уха

+Наличие в околоушной железе лимфоузлов.

# Проекционная линия выводного протока околоушной слюнной железы проводится:

По середине тела нижней челюсти

+ От основания козелка уха до угла рта

Параллельно нижнему краю глазницы, отступя книзу на 5 мм

От основания козелка уха к крылу носа

От угла челюсти к углу рта

# Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится

На 1 см ниже козелка уха

На 0,5-1,0 см ниже середины нижнего края глазницы

Позади угла нижней челюсти

+На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы

На 1 см ниже середины скуловой дуги

**Ситуационные задачи**

Известно, что раны мягких тканей головы и лица отличаются более быстрым заживлением и редкими нагноениями по сравнению с ранами других областей тела.

Какая анатомическая особенность мягких тканей головы и лица содействует этому?

*Мягкие ткани лица и головы хорошо кровоснабжаются за счет большого количества как внутрисистемных, так и межсистемных анастомозов, что и обеспечивает их хорошее заживление и редкое нагноение.*

Врач-анестезиолог, проводя во время операции масочный эфирный наркоз, удерживает руками наркозную маску и выдвигает вперед нижнюю челюсть больного, предупреждая западение языка. Одновременно он следит за пульсом, не убирая рук от головы больного.

Укажите наиболее удобные точки определения пульса на голове и

лице и назовите расположенные в них артерии.

*Наиболее удобными точка для определения пульса в описываемой ситуации являются:*

*1. кпереди от козелка ушной раковины расположена поверхностная височная артерия;*

*2. у переднего края жевательной мышцы через край нижней челюсти перекидывается лицевая артерия.*

В больницу поступил юноша 18 лет с клинической картиной флегмоны глазницы. Вдоль носо-губной складки припухлость, покраснение, прощупывается шнуровидное уплотненное образование. За два дня до поступления больной выдавил «прыщик» у крыла носа.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого

осложнения.

*Шнуровидное уплотнение – вероятнее всего тромбированная лицевая вена. Известно, что отток крови от области носогубного треугольника осуществляется в лицевую вену. Наличие инфекции и механическое воздействие на ее очаг приводит, в ряде случаев, к флебиту лицевой вены с последующим ее тромбозом. Так как в этом сосуде отсутствуют клапаны, то кровоток может осуществляться и ретроградно, через вену медиального угла глаза в вены глазницы. Их тромбоз может привести к формированию флегмоны глазницы.*

В поликлинику обратился больной с фурункулом верхней губы. Ему было назначено лечение и дано освобождение от работы на 3 дня. Через 3 дня больной поступил в стационар в тяжелом состоянии с клинической картиной тромбоза пещеристого синуса.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого

осложнения. Что следовало врачу поликлиники предпринять,

чтобы, по возможности, предупредить развитие такого ослож-

нения?

*Тромбоз пещеристого синуса явился осложнением фурункула верхней губы. Такое осложнение возможно по нескольким причинам.*

*Во-первых, анатомической основой для распространения инфекции в пещеристый синус является возможность кровотока по лицевой вене (в связи с отсутствием клапанного аппарата) ретроградно, через вену медиального угла глаза и далее верхнюю глазную вену в пещеристый синус.*

*Во-вторых, причиной может служить нарушение больным щадящего режима питания (использование жидкой пищи) и молчания. Таких больных желательно госпитализировать с тем, чтобы они находились под постоянным наблюдением.*

*При наличии явлений абсцедирования фурункул должен быть вскрыт и дренирован.*

У больного периодонтит в области нижнего большого коренного зуба осложнилось флегмоной ложа поднижнечелюстной железы.

Опишите наиболее вероятный путь развития такого осложнения.

*Флегмона ложа поднижнечелюстной слюнной железы возникла в связи с тем, что в клетчатке поднижнечелюстного треугольника расположена группа поднижнечелюстных лимфатических узлов, в которые и происходит отток лимфы от больших нижних коренных зубов.*

У больного после переохлаждения развился паралич мимических мышц левой половинылица со следующими симптомами на стороне поражения: сглаживание лобных складок, расширение глазной щели, дряблость щеки, опущение угла рта, невозможность плотного смыкания губ.

Поражение какого нерва и каких его ветвей обусловило появление

такого симптомокомплекса? Паралич каких мимических мышц обу

словил появление каждого из указанных симптомов?

*Указанный симптомокомплекс связан с поражением лицевого нерва, который привел к параличу мимических мышц – лобного брюшка затылочно-лобной мышцы, круговой мышцы глаза, щечной мышцы, мышцы, поднимающей верхнюю губу, большой и малой скуловых мышц, круговой мышцы рта.*

**Тема 5.**  **Оперативная хирургия лицевого отдела головы.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Хирургическая обработка челюстно-лицевых ран.

2. Операции при гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. 3. 3. Операции при врожденных пороках лица.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Разрезы при гнойных заболеваниях лица

**Тестовые задания**

\* Разрезы при гнойном паротите проводятся в двух направлениях из перечисленных:

В любом через точку наибольшей флюктуации

+Радиально от козелка уха

Вертикально, отступя кпереди на 1 см от козелка уха

Дугообразно по краю околоушной слюнной железы

+Дугообразно от козелка уха, огибая угол челюсти

\* Разрезы в щечной области, например, при абсцессах «собачьей ямки», следует проводить двумя способами из перечисленных:

+Параллельно нижнему краю глазницы

+Со стороны преддверия рта вдоль переходной складки верхнего свода

По линии от основания мочки уха к углу рта

По носогубной складке

По носогубной складке, огибая крыло носа

# Для закрытия краев раны с отслоением значительной толщины следует выбрать:

Горизонтальный матрацный шов

Вертикальный матрацный шов

Угловой адаптирующий шов

Интрадермальный шов

+Пластиночный шов

\* Поверхностные раны на лице можно зашивать тремя видами швов из перечисленных:

+Простыми узловыми швами

+Адаптирующими узловыми швами

Однорядными непрерывными интрадермальными швами

+Пластиночными швами

Двухрядными непрерывными швами

\* Для закрытия глубоких ран на лице можно использовать следующие три вида швов из перечисленных:

+Простые узловые

+Узловые адаптирующие

Непрерывные однорядные

+Пластиночные

Двухрядные непрерывные

\* Преимущество пластиночных швов при ранениях на лице заключается в том, что они:

+Позволяют обеспечить сопоставление краев раны

Выполняются очень быстро

+Позволяют постепенно сблизить края раны по мере ее заживления

Не требуют дополнительного инструментария и шовного материала

Верны все перечисленные ответы

# После ранения в челюстно-лицевой области первичная хирургическая обработка дает наилучшие результаты:

+В первые 12 часов после ранения

В первые 2-е суток после ранения

В первые 3-е суток после ранения

В первые 5-6 суток после ранения

\* Определите 5 целей первичной хирургической обработки раны:

Очищение раны от загрязнения

+Иссечение загрязненных и нежизнеспособных тканей

Иссечение кровоточащих тканей

+Окончательная остановка кровотечения

Превращение инфицированной раны в рану стерильную

+Удаление инородных тел, лежащих в ране

+Удаление свободных костных отломков

+Рассечение раневого канала

\* Укажите три особенности первичной хирургической обработки ран на лице:

Используется широкое рассечение и иссечение раны

+Иссечение должно быть экономным, рассечение умеренным

После завершения обработки раны швы не накладываются

+После завершения обработки рана может быть ушита наглухо

+При проникающих ранениях лица необходима изоляция полостей от раны мягких тканей

\* Укажите три фактора, которые следует учитывать при проведении первичной хирургической обработки раны в области лица:

+Повышенную сопротивляемость тканей к инфекции

Пониженную сопротивляемость тканей к инфекции

+Хорошее кровоснабжение

Отсутствие клапанов в венах

+Необходимость получения удовлетворительного косметического результата

**Ситуационные задачи**

В больницу поступил юноша 18 лет с клинической картиной флегмоны глазницы. Вдоль носо-губной складки припухлость, покраснение, прощупывается шнуровидное уплотненное образование. За два дня до поступления больной выдавил «прыщик» у крыла носа.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого

осложнения.

*Шнуровидное уплотнение – вероятнее всего тромбированная лицевая вена. Известно, что отток крови от области носогубного треугольника осуществляется в лицевую вену. Наличие инфекции и механическое воздействие на ее очаг приводит, в ряде случаев, к флебиту лицевой вены с последующим ее тромбозом. Так как в этом сосуде отсутствуют клапаны, то кровоток может осуществляться и ретроградно, через вену медиального угла глаза в вены глазницы. Их тромбоз может привести к формированию флегмоны глазницы.*

В поликлинику обратился больной с фурункулом верхней губы. Ему было назначено лечение и дано освобождение от работы на 3 дня. Через 3 дня больной поступил в стационар в тяжелом состоянии с клинической картиной тромбоза пещеристого синуса.

Проведите анатомический анализ механизма развития этого

осложнения. Что следовало врачу поликлиники предпринять,

чтобы, по возможности, предупредить развитие такого ослож-

нения?

*Тромбоз пещеристого синуса явился осложнением фурункула верхней губы. Такое осложнение возможно по нескольким причинам.*

*Во-первых, анатомической основой для распространения инфекции в пещеристый синус является возможность кровотока по лицевой вене (в связи с отсутствием клапанного аппарата) ретроградно, через вену медиального угла глаза и далее верхнюю глазную вену в пещеристый синус.*

*Во-вторых, причиной может служить нарушение больным щадящего режима питания (использование жидкой пищи) и молчания. Таких больных желательно госпитализировать с тем, чтобы они находились под постоянным наблюдением.*

*При наличии явлений абсцедирования фурункул должен быть вскрыт и дренирован.*

У больного периодонтит в области нижнего большого коренного зуба осложнилось флегмоной ложа поднижнечелюстной железы.

Опишите наиболее вероятный путь развития такого осложнения.

*Флегмона ложа поднижнечелюстной слюнной железы возникла в связи с тем, что в клетчатке поднижнечелюстного треугольника расположена группа поднижнечелюстных лимфатических узлов, в которые и происходит отток лимфы от больших нижних коренных зубов.*

Разрезы в боковой области лица проводят в радиальных направлениях от наружного слухового прохода веерообразно в следующих направлениях: вверх - к височной области, вперед к углу глаза, к крылу носа, к углу рта, вниз- к углу нижней челюсти, и понижнему краю ее.

Дайте анатомическое обоснование указанным разрезам.

*Указанные разрезы выполняются соответственно расположению ветвей лицевого нерва – париетальной, височной, глазничной, скуловой, щечной, краевой.*

**Тема 6.** **Топографическая анатомия шеи.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия поднижнечелюстного, сонного, лопаточно-трахейного и латерального треугольников шеи.

2.Фасции и клетчаточные пространства шеи.

3.Топография сосудисто-нервных пучков.

4.Хирургическая анатомия гортани, трахеи глотки, пищевода, щитовидной железы. **Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование поднижнечелюстного треугольника шеи
* Препарирование сонного треугольника шеи

**Тестовые задания**

\* В состав передней области шеи входят три следующих парных треугольника из перечисленных:

Лопаточно-ключичный

+Лопаточно-трахейный

Лопаточно-трапециевидный

+Поднижнечелюстной

+Сонный

\* В состав латеральной области шеи входят два следующих треугольника из перечисленных:

+Лопаточно-ключичный

Лопаточно-трахейный

+Лопаточно-трапециевидный

Поднижнечелюстной

Сонный

\* В пределах поднижнечелюстного треугольника имеются следующие две фасции из перечисленных:

+Поверхностная фасция

+Собственная фасция

Лопаточно-ключичная фасция

Внутришейная фасция

Предпозвоночная фасция

\* В пределах сонного треугольника имеются следующие четыре фасции из +Поверхностная фасция

+Собственная фасция

Лопаточно-ключичная фасция

+Париетальный листок внутришейной фасции

Висцеральный листок внутришейной фасции

Предпозвоночная фасция

# Анестезиолог, проводя во время операции масочный эфирный наркоз, удерживает руками наркозную маску и выдвигает вперед нижнюю челюсть больного, предупреждая западение языка. Одновременно он имеет возможность следить за пульсом больного, используя наиболее удобную пульсовую точку:

В медиальной части лица выше надглазничной вырезки

В носощечной складке у медиального угла глаза

+Впереди козелка ушной раковины над скуловой дугой

У переднего края собственно жевательной мышцы

# Точка пальцевого прижатия лицевой артерии находится

На 1 см ниже козелка уха

На 0,5-1,0 см ниже середины нижнего края глазницы

Позади угла нижней челюсти

+На середине тела нижней челюсти у переднего края жевательной мышцы

На 1 см ниже середины скуловой дуги

# У пострадавшего сильное кровотечение из глубоких отделов шеи. С целью перевязки наружной сонной артерии хирург обнажил в сонном треугольнике место деления общей сонной артерии на наружную и внутреннюю. Определите главный признак, по которому можно отличить эти артерии друг от друга:

Внутренняя сонная артерия крупнее наружной

Начало внутренней сонной артерии располагается глубже и кнаружи начала наружной

+От наружной сонной артерии отходят боковые ветви

# Точка вкола иглы при проведении вагосимпатической блокады по А.В. Вишневскому находится:

У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины

+У заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы в месте его пересечения с наружной яремной веной

У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне его середины

У переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы на уровне верхнего края щитовидного хряща

# У больного раком нижней губы обнаружен метастаз в поднижнечелюстной слюнной железе, что явилось следствием метастазирования раковых клеток:

По выводному протоку железы

По притокам лицевой вены, в которую оттекает венозная кровь и от нижней губы, и от железы

По лимфатическим сосудам железы через лимфоузлы, расположенные около железы

+По лимфатическим сосудам в лимфоузлы, расположенные в веществе железы

# При удалении поднижнечелюстной слюнной железы возможно осложнение в виде сильного кровотечения вследствие повреждения прилежащей к железе артерии:

Восходящей глоточной

+Лицевой

Подподбородочной

Язычной

**Ситуационные задачи**

При выборе вида трахеостомии определенное значение имеют индивидуальные и возрастные различия длины шеи, топографоанатомических взаимоотношений гортани, трахеи и щитовидной железы.

Дайте топографоанатомическое обоснование с этих позиций рекомендации производить верхнюю трахеостомию у людей с длинной шеей и нижнюю - у людей с короткой шеей? Почему у детей рекомендуется применять преимущественно нижнюю трахеостомию?

*По отношению к перешейку щитовидной железы разрезы при выполнении трахеостомии подразделяются на верхний, нижний и средний. Верхний выполняется выше перешейка – между ним и перстневидным хрящом гортани, нижний – ниже перешейка, а средний – с пересечением последнего.*

*У людей брахиморфного типа телосложения и у детей рекомендуется выполнение нижней трахеостомии, так как трахея более доступна именно ниже перешейка железы. У взрослых людей долихоморфного и мезоморфного типов телосложения рекомендуется выполнение верхней трахеостомии, так как именно на этом уровне трахея наиболее доступна.*

Для правильного введения иглы при вагосимпатической блокаде хирург надавливает указательным пальцем тотчас над перекрестом заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы с наружной яремной веной и вводит иглу по направлению давления верхушки пальца к передней поверхности позвоночника.

В какую сторону при этом сдвигается сосудисто-нервный пучок

шеи? Под какие фасции шеи и почему вводится раствор новокаина?

*Сосудисто-нервный пучок сдвигается кнутри, а новокаин вводится под париетальный листок внутришейной фасции шеи.*

У больного рак нижней губы. Вподнижнечелюстном треугольнике шеи прощупываются увеличенные и плотные лимфатические узлы. Вовремя операции удалены не только увеличенные лимфатические узлы, но и вся поднижнечелюстная слюнная железа.

Почему необходимо удалять железу при такой операции? Ранение

какой артерии, прилежащей сзади к поднижнечелюстной железе,

может вызвать сильное кровотечение во время операции?

*Удаление поднижнечелюстной слюнной железы связано с особенностями расположения поднижнечелюстных лимфатических узлов. Они расположены не только в клетчатке, окружающей железу, но и в ее паренхиме. В связи с этим, для большей абластичности целесообразно удаление железы. В ходе операции возможно повреждение лицевой артерии, располагающейся, как правило, позади железы.*

Флегмона поднижнечелюстного треугольника шеи распространилась на клетчатку надключичной ямки.

Опишите возможные анатомические пути распространения

инфекции.

*Флегмона поднижнечелюстного треугольника может распространиться на область надключичной ямки в связи с расположением второй фасции шеи. Вверху она прикрепляется к краю нижней челюсти, а внизу – к передней поверхности рукоятки грудины и ключиц. По ее поверхности и происходит распространение флегмоны.*

У больного флегмоной шеи развился гнойный медиастинит (воспаление средостенной клетчатки).

Флегмоны каких межфасциальных клетчаточных пространств

шеи опасны развитием этого осложнения? Опишите анатоми-

ческие пути распространения инфекции при таком развитии

заболевания.

*Медиастинит может располагаться как в переднем, так и в заднем средостении. Для воспаления клетчатки переднего отдела средостения характерно распространение нагноительного процесса из превисцерального, а для клетчатки заднего отдела средостения – из ретровисцерального и заглоточного клетчаточных пространств шеи.*

Вобластную больницу доставлен тяжелый больной, у которого диагностирован гнойный медиастинит как осложнение заглоточного абсцесса. Вскрытие гнойника было произведено несвоевременно из-за позднего обращения больного.

Опишите анатомический путь распространения инфекции в

средостение.

*Заглоточный абсцесс располагается в заглоточном пространстве, расположенном под предпозвоночной фасцией шеи. Возможно распространение нагноительного процесса через эту фасцию в позадиорганное (ретровисцеральное) клетчаточное пространство шеи и далее вниз в клетчатку заднего отдела средостения по ходу пищевода.*

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

Какие топографоанатомические особенности пищевода и трахеи спо-

собствовали развитию этого осложнения?

*Трахеопищеводный свищ при описанной травме может возникнуть в связи с тем, что к задней стенке трахеи достаточно близко прилегает передняя стенка пищевода. Формирование подобного осложнения может в дальнейшем привести к аспирационной пневмонии за счет попадания пищевых масс из пищевода в трахею.*

**Тема 7.** **Операции на шее**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Техника верхней трахеостомии

2. Техника нижней трахеостомии

3. Коникотомия

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Трахеостомия на животных.

**Тестовые задания**

\* Для остановки кровотечения из ран или разрезов мягких тканей головы применяются следующие два способа из перечисленных:

Клипирование

+Лигирование

Наложение шва

Тампонада

+Электрокоагуляция

# Выполняя нижнюю трахеостомию, хирург, проходя надгрудинное межапоневротическое пространство, должен остерегаться повреждения:

Артериальных сосудов

+Венозных сосудов

Блуждающего нерва

Диафрагмального нерва

Пищевода

^ Определите последовательность действий хирурга, выполняющего верхнюю трахеостомию, после рассечения по срединной линии кожи с подкожной клетчаткой и поверхностной фасцией:

+Рассечение белой линии шеи

+Раздвигание грудино-подъязычных и грудино-щитовидных мышц

+Рассечение париетального листка внутришейной фасции

+Отделение тупым путем и сдвигание книзу перешейка щитовидной железы

+Фиксация гортани

+Рассечение стенки трахеи

**Ситуационные задачи**

При выборе вида трахеостомии определенное значение имеют индивидуальные и возрастные различия длины шеи, топографоанатомических взаимоотношений гортани, трахеи и щитовидной железы.

Дайте топографоанатомическое обоснование с этих позиций рекомендации производить верхнюю трахеостомию у людей с длинной шеей и нижнюю - у людей с короткой шеей? Почему у детей рекомендуется применять преимущественно нижнюю трахеостомию?

*По отношению к перешейку щитовидной железы разрезы при выполнении трахеостомии подразделяются на верхний, нижний и средний. Верхний выполняется выше перешейка – между ним и перстневидным хрящом гортани, нижний – ниже перешейка, а средний – с пересечением последнего.*

*У людей брахиморфного типа телосложения и у детей рекомендуется выполнение нижней трахеостомии, так как трахея более доступна именно ниже перешейка железы. У взрослых людей долихоморфного и мезоморфного типов телосложения рекомендуется выполнение верхней трахеостомии, так как именно на этом уровне трахея наиболее доступна.*

Для правильного введения иглы при вагосимпатической блокаде хирург надавливает указательным пальцем тотчас над перекрестом заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы с наружной яремной веной и вводит иглу по направлению давления верхушки пальца к передней поверхности позвоночника.

В какую сторону при этом сдвигается сосудисто-нервный пучок

шеи? Под какие фасции шеи и почему вводится раствор новокаина?

*Сосудисто-нервный пучок сдвигается кнутри, а новокаин вводится под париетальный листок внутришейной фасции шеи.*

Для правильного введения иглы при вагосимпатической блокаде хирург надавливает указательным пальцем тотчас над перекрестом заднего края грудино-ключично-сосковой мышцы с наружной яремной веной и вводит иглу по направлению давления верхушки пальца к передней поверхности позвоночника.

В какую сторону при этом сдвигается сосудисто-нервный пучок

шеи? Под какие фасции шеи и почему вводится раствор новокаина?

*Сосудисто-нервный пучок сдвигается кнутри, а новокаин вводится под париетальный листок внутришейной фасции шеи.*

Показателем правильно произведенной вагосимпатической блокады является синдром Горнера (сужение зрачка и глазной щели, западение глазного яблока), гиперемия лица и белочной оболочки глаза.

Дайте анатомофункциональное объяснение появления этих

симптомов после ваго-симпатической блокады.

*Указанные в условии задачи симптомы характерны о блокаде симпатического ствола на шее. Необходимо помнить о том, что шейный отдел симпатического ствола принимает участие в иннервации мышцы, дилататора зрачка, мышц век и глазницы. Введение новокаина приводит к десимпатизации сосудов лица, чем и объясняется гиперемия кожи инъекции сосудов склеры.*

При выполнении вагосимпатической блокады по А.В.Вишневскому в момент введения раствора новокаина у больного появились сильные боли в области шейного отдела позвоночника.

Чем вызваны эти боли и какой дефект в технике выполнения

вагосимпатической блокады обусловил их появление? Что

следует делать с иглой после введения ее в ткани, чтобы избе-

жать такого осложнения?

*Боли в ходе выполнения ваго-симпатической блокады могут возникнуть при введении новокаина под предпозвоночную фасцию. При достижении иглой поверхности позвонка, необходимо ее несколько отвести от кости.*

Хирург, обнажая блуждающий нерв на шее, рассек переднюю стенку влагалища грудино-ключично-сосцевидной мышцы, оттянул мышцу кнаружи и обнажил влагалище сосудисто-нервного пучка шеи.

Опишите, какие действия должен выполнить хирург после вскрытия

влагалища сосудисто-нервного пучка, чтобы правильно обнажить

блуждающий нерв, основываясь на его топографии.

*Блуждающий нерв расположен кзади от внутренней яремной вены и общей сонной артерии. Имеет собственное фиброзное влагалище, сформированное париетальным листком внутришейной фасции. Для обнажения нерва необходимо пройти между артерией и веной, вскрыв общее для этих анатомических структур* *фасциальный футляр.*

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

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

**Оценочные материалы ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ обучающихся.**

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

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

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

В**опросы для ЗАЧЕТА по дисциплине**

1. Роль анатомической изменчивости в течении хирургической патологии и ее
2. Топография боковой области лица
3. Топография области носа
4. Топография ротовой области
5. Топография лобно-теменно-затылочной области
6. Топография височной области
7. Топография внутреннего основания черепа
8. Кровоснабжение головного мозга и пути венозного оттока из полости черепа
9. Первичная хирургическая обработка ранений головы
10. Трепанации черепа (резекционная, костно-пластическая, декомпрессивная)
11. Операции при гнойных заболеваниях лица
12. Операции при врожденных пороках лица
13. Топографическая анатомия срединной области шеи
14. Хирургическая анатомия щитовидной железы, гортани, шейного отдела трахеи и пищевода
15. Хирургическая анатомия щитовидной железы
16. Хирургическая анатомия гортани
17. Хирургическая анатомия шейного отдела трахеи и пищевода
18. Коникотомия
19. Верхняя, средняя и нижняя трахеостомия
20. Операции при гнойных заболеваниях шеи

**Перечень ЗАДАЧ по проверке практических навыков,**

**освоенных в процессе обучения**

1. Препарирование лобно-теменно-затылочной области.
2. Препарирование боковой области лица
3. Выполнение первичной хирургической обработки раны головы на трупе.
4. Выполнение трепанации по Вагнеру-Вольфу на трупе.
5. Выполнение трепанации по Оливекрону на трупе.
6. Выполнение трахеостомии на животных в эксперименте.
7. Продемонстрировать навыки изучения топографической анатомии, принципами гуманизма и милосердия, уважительного и бережного отношения к изучаемому объекту – органам человеческого тела, к трупу;
8. Показать навыки общехирургической техники выполнения оперативных вмешательств.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

**31.08.69.Челюстно-лицевая хирургия**

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

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Топография ротовой области.

2. Трахеостомия (показания, виды, техника, осложнения).

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

Декан факультета подготовки

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-1 | Знать - Роль анатомической изменчивости в течении хирургической патологии и ее  Топография боковой области лица  Топография области носа  Топография ротовой области  Топография лобно-теменно-затылочной области  Топография височной области  Топография внутреннего основания черепа  Кровоснабжение головного мозга и пути венозного оттока из полости черепа  Первичная хирургическая обработка ранений головы  Трепанации черепа (резекционная, костно-пластическая, декомпрессивная)  Операции при гнойных заболеваниях лица  Операции при врожденных пороках лица  Топографическая анатомия срединной области шеи  Хирургическая анатомия щитовидной железы, гортани, шейного отдела трахеи и пищевода  Хирургическая анатомия щитовидной железы  Хирургическая анатомия гортани  Хирургическая анатомия шейного отдела трахеи и пищевода  Коникотомия  Верхняя, средняя и нижняя трахеостомия  Операции при гнойных заболеваниях шеи. | вопросы №№1-20 |
| Уметь - Препарирование лобно-теменно-затылочной области.  Препарирование боковой области лица  Выполнение первичной хирургической обработки раны головы на трупе.  Выполнение трепанации по Вагнеру-Вольфу на трупе.  Выполнение трепанации по Оливекрону на трупе.  Выполнение трахеостомии на животных в эксперименте. | Задачи по проверке практических навыков №№1-6 |
| Владеть - навыками изучения топографической анатомии, принципами гуманизма и милосердия, уважительного и бережного отношения к изучаемому объекту – органам человеческого тела, к трупу; • навыками общехирургической техники выполнения оперативных вмешательств. | Задачи по проверке практических навыков №№7-8 |