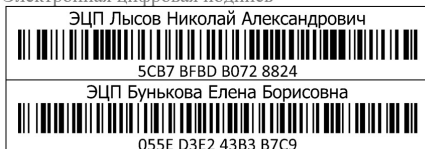


Электронная цифровая подпись



Утверждено 30.05.2019г.
протокол № 5.

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

**РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ**

**БЛОК 1
ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ
ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.66 ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ
Квалификация "Врач – травматолог –ортопед"
Форма обучения: очная**

Срок обучения 2 года, 120 з.е.

В основу методической разработки для самостоятельной работы обучающихся по рабочей программе дисциплины (модуля) «**Топографическая анатомия и оперативная хирургия**» положены:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности **31.08.66 ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ** (подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре) утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1109

Методическая разработка одобрена на заседании кафедры «Морфологии и патологии» от «29» мая 2019 г., Протокол № 10.

Заведующий кафедрой

Морфологии и патологии

к.м.н., доцент _____ А.А. Супильников

Разработчики:

Заведующий кафедрой

Морфологии и патологии

к.м.н., доцент _____ А.А. Супильников

Старший преподаватель кафедры

морфологии и патологии

к.м.н. _____ Е.С. Лопухов

**Информация о языках,
на которых осуществляется образование (обучение) по подготовке кадров высшей
квалификации по ФГОС ВО в ординатуре.**

В Частном учреждении образовательной организации высшего образования «Медицинском университете «РЕАВИЗ» при обучении по подготовке кадров высшей квалификации по ФГОС ВО в ординатуре образовательная деятельность осуществляется на государственном языке Российской Федерации.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Планируемые результаты освоения дисциплины	Задачи обучения по дисциплине
<p>Универсальные компетенции: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</p> <p>Профессиональные компетенции: лечебная деятельность: готовностью к ведению и лечению пациентов с травмами и (или) нуждающихся в оказании ортопедической медицинской помощи (ПК-6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Совершенствовать профессиональные знания, умения, навыки, владения врача по профильным направлениям специалистов с целью самостоятельного ведения пациентов, а также с целью оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. – Совершенствовать знания, умения, навыки по клинической диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умения оценки результатов исследований в диагностике, дифференциальной диагностике, прогнозе заболеваний, выборе адекватного лечения. – Сформировать знания о хирургической анатомии областей, клетчаточных пространств, проекции магистральных сосудов и крупных нервов, внутренних органов, их скелето- и синтопии для выбора рациональных хирургических доступов и видов оперативных вмешательств, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений. – Сформировать умения применять полученные топографо-анатомические знания для обоснования диагноза, объяснения особенностей течения патологических процессов, решения диагностических и оперативно-хирургических задач. – Сформировать знания о хирургических вмешательствах, их этапах, выборе рационального доступа и оперативного приема для практической работы и решения профессиональных задач.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

План внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся

Название этапа	Содержание этапа	Цель этапа
1. Подготовительный	Изучение материала по теме.	Подготовка обучающихся к работе по теме

2. Практический	1. Решение тестовых заданий. 2. Решений ситуационных задач. 3. Ответы на теоретические и практические вопросы по теме.	Проверка готовности обучающихся к занятию.
3. Итоговый	- Определение списка вопросов преподавателю. - Обсуждение вопросов. - Формулирование выводов по теме	Обсуждение вопросов, формулирование выводов. Проверка уровня освоения теоретического материала и развитие навыка самостоятельного использования теоретических знаний.

ТЕМА 1: Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхних конечностей.

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о топографической анатомии и оперативной хирургии верхних конечностей.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений о топографической анатомии и оперативной хирургии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений инфекции. Правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения в изучаемой дисциплине.
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Примеры тестовых заданий

Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхних конечностей

Компетенции: УК-1; ПК-6

Выберите один или несколько вариантов ответа:

1. В каких случаях производится перевязка артерии на протяжении?

- а) при некрозе дистального отдела конечности;
- б) при кровотечении из гнойной раны;
- в) при кровотечении из размозженной раны;
- г) при кровотечении из раны, расположенной в области со сложными топографоанатомическими взаимоотношениями.

Эталон ответа: б,в,г

2. Что такое коллатеральное кровообращение?

- а) уменьшенное кровообращение в конечности после одновременной перевязки артерии и вены;
- б) кровоток по боковым ветвям после прекращения движения крови по магистральному сосуду;
- в) движение крови в восходящем направлении;
- г) восстановленное кровообращение в конечности.

Эталон ответа: б

3. Какие виды анастомозов выделяют при формировании коллатерального кровообращения?

- а) околосоystemные анастомозы;
- б) межsystemные анастомозы;
- в) внутрисystemные анастомозы;
- г) systemные анастомозы.

Эталон ответа: б,в

4. Какой наиболее распространенный способ улучшения коллатерального кровообращения?

- а) параартериальное введение новокаина;
- б) пересечение стенки артерии между двумя лигатурами для снятия спастического действия вазоконстрикторов;
- в) региональная гемоперфузия;
- г) массаж.

Эталон ответа: б

5. Как проводится проекционная линия лучевой артерии?

- а) от середины локтевой ямки к шиловидному отростку локтевой кости;
- б) от середины локтевой ямки к внутреннему краю шиловидного отростка лучевой кости;
- в) от медиального надмыщелка плечевой кости к гороховидной кости;
- г) от середины локтевой ямки к гороховидной кости.

Эталон ответа: б

6. Как проводится проекционная линия плечевой артерии?

- а) от вершины подмышечной впадины к середине расстояния между внутренним надмыщелком плечевой кости и сухожилием двуглавой мышцы плеча;
- б) от клювовидного отростка лопатки к медиальному надмыщелку плеча;
- в) от акромиона к медиальному надмыщелку плечевой кости;
- г) все ранее указанные линии верны.

Эталон ответа: а

7. Как проводится проекционная линия подмышечной артерии?

- а) по переднему краю роста волос;
- б) на границе передней и средней третьей ширины подмышечной впадины;
- в) от клювовидного отростка лопатки вниз;

г) вниз от акромиона.

Эталон ответа: а,в

8. Какой доступ производится к лучевой артерии в нижней трети предплечья?

- а) прямой;
- б) окольный.

Эталон ответа: а

9. Между сухожилиями каких мышц следует искать лучевую артерию в нижней трети предплечья?

- а) m. flexor carpi radialis и m. Brachioradialis;
- б) m. flexor carpi radialis и m. palmaris longus;
- в) m. flexor digitorum superficialis и profundus;
- г) m. flexor carpi radialis и ulnaris.

Эталон ответа: а

10. С какой стороны следует подводить лигатурную иглу при перевязке локтевой артерии?

- а) со стороны локтевого нерва;
- б) с латеральной стороны;
- в) с любой стороны;
- г) «от себя».

Эталон ответа: а

11. Какой доступ используется при обнажении плечевой артерии в средней трети плеча?

- а) прямой;
- б) окольный.

Эталон ответа: а

12. На каком уровне целесообразно накладывать лигатуры на плечевую артерию для лучшего функционирования коллатералей?

- а) на любом уровне;
- б) выше уровня отхождения глубокой артерии плеча;
- в) ниже уровня отхождения глубокой артерии плеча;
- г) в нижней трети плеча.

Эталон ответа: в

13. На каком уровне следует накладывать лигатуры, на подмышечную артерию?

- а) на любом уровне;
- б) выше уровня отхождения а. Subscapularis;
- в) ниже уровня отхождения а. subscapularis;
- г) на уровне нижнего края большой грудной мышцы.

Эталон ответа: б

14. Где чаще происходит разрыв капсулы плечевого сустава при гнойном омартрите?

- а) в надмышечном завороте;
- б) в подмышечном завороте;
- в) в подлопаточном завороте;
- г) в межбугорковом завороте.

Эталон ответа: в,г

15. Где находится передняя точка для прокола плечевого сустава?

- а) под акромионом;
- б) под клювовидным отростком;
- в) в межбугорковой борозде;
- г) по середине переднего края дельтовидной мышцы.

Эталон ответа: б

16. Ветви какого нерва могут быть повреждены при проведении артротомии заднего отдела плечевого сустава?

- а) срединного нерва;
- б) лучевого нерва;
- в) локтевого нерва;
- г) подмышечного нерва.

Эталон ответа: г

17. Где находится «слабое место» локтевого сустава?

- а) в районе лучелоктевого сустава;
- б) в задневерхнем отделе капсулы;
- в) в передневерхнем отделе капсулы;
- г) в переднем отделе капсулы

Эталон ответа: а,б

18. Какую мышцу необходимо раздвинуть тупым путем при оперативном доступе к лучевому нерву (n. radialis) в задней области плеча (reg. humeri posterior)?

- а) двухглавую мышцу плеча (m. biceps brachii)
- б) трехглавую мышцу плеча (m. triceps brachii)
- в) плечевую мышцу (m. brachialis)
- г) локтевую мышцу (m. anconeus)
- д) плечелучевую мышцу (m. brachioradialis)

Эталон ответа: б

19. Какой оперативный доступ применяется для доступа к лучевому нерву (n. radialis) в задней области плеча (reg. humeri posterior)?

- а) проекционный
- б) внепроекционный
- в) внепроекционный по Пирогову
- г) проекционный по Джанелидзе
- д) проекционный по Петровскому

Эталон ответа: а

20. Что необходимо сделать при разрыве лучевого нерва (n. radialis) в задней области плеча (reg. humeri posterior)?

- а) наложить шов нерва
- б) произвести склеивание нерва
- в) ничего не делать (срастется сам)
- г) наложить шов по Кюнэо
- д) наложить шов по Коррелю

Эталон ответа: а

21. Какое вынужденное положение занимает верхняя конечность при разрыве лучевого нерва (n. radialis) в области локтевого сустава (art. cubiti)?

- а) «кисть для поцелуя»

- б) «обезьянья кисть»
- в) «когтистая кисть»
- г) «птичья кисть»
- д) «рука акушера»

Эталон ответа: а

22. Укажите, где следует производить разрез для вскрытия флегмоны латерального клетчаточного пространства ладони:

- а) на 1–2 см параллельно и латерально от складки tenor
- б) по складке thenar
- в) через тыл кисти
- г) на 1–2 см параллельно и медиально от складки thenar
- д) через пространство Пирогова–Парона

Эталон ответа: а

23. Укажите, где производят разрез при вскрытии комиссуральной флегмоны кисти:

- а) продольный разрез между головками пястных костей на ладонной поверхности кисти
- б) П-образный разрез у основания ногтя
- в) дугообразный разрез по Клаппу
- г) крестообразный разрез на ладонной поверхности ногтевой фаланги
- д) разрез по Канавеллу

Эталон ответа: а

24. Укажите, через какие мышечно–фасциальные ложе ладонной поверхности кисти можно попасть в срединное фасциальное ложе при вскрытии флегмоны:

- а) через возвышение большого пальца (thenar)
- б) через возвышение мизинца (hypothetar)
- в) через переднее мышечно– фасциальные ложе предплечья
- г) через заднее мышечно– фасциальные ложе предплечья
- д) разрез по Канавеллу

Эталон ответа: а,б

25. Где производят разрезы на пальцах кисти при тендовагинитах:

- а) на ладонной поверхности кожи пальцев кисти
- б) по передней боковой поверхности проксимальной фаланги (phalanxproximalis) на всю длину
- в) по межфаланговой складке кожи пальцев кисти
- г) дугообразный разрез по Клаппу
- д) разрез по Канавеллу

Эталон ответа: б

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Компетенции: УК-1; ПК-6

Задача № 1

В результате травмы локтевого сустава у пострадавшего возникло кровоизлияние в полость сустава с последующим нагноением. Укажите места пункции и разрезов локтевого сустава для дренирования.

Эталон ответа:

пункция локтевого сустава – вкол между локтевым отростком и наружным надмышечком плеча над головкой лучевой кости. Верхний заворот сустава пунктируют над веруш-

кой локтевого отростка вниз и кпереди. Разрез производят над вершущкой локтевого отростка.

Задача № 2

Больному произведено вскрытие тендовагинита первого пальца. В послеоперационном периоде было обнаружено отсутствие функции противопоставления первого пальца. Какие ошибки допущены во время операции, которые послужили причиной этого осложнения? Опишите «запретную зону кисти».

Эталон ответа:

поврежден срединный нерв, который иннервирует данную мышцу. "Запретная зона" – это место отхождения ветви от срединного нерва к мышцам возвышения первого пальца. Проецируется в медиальной в средней трети возвышения мышц большого пальца.

Задача № 3

У больного глубокая резаная рана передней поверхности запястья. При ревизии раны установлено полное повреждение всех анатомических образований запястного канала. Иннервация, каких мышц будет нарушена

Эталон ответа:

через запястный канал проходит 9 сухожилий сгибателей (4 поверхностных, 4 глубоких сгибателей пальцев и длинный сгибатель первого пальца) и срединный нерв. Нарушена иннервация мышц возвышения первого пальца за исключением приводящей мышцы первого пальца (локтевой нерв).

Задача № 4

Больная И., 68 лет, упала на левый локоть, почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе. При осмотре левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча за его дистальный конец не ощущается костная крепитация, головка плечевой кости движется вместе с дистальным концом плеча, пальпаторно определяется на обычном месте под акромиальным концом лопатки, Больная поддерживает руку за локоть в приведенном положении.

1. Назовите вероятный диагноз повреждения.
2. Дополнительные методы обследования?
3. Сроки начала активных движений в плечевом суставе?
4. Какие вероятные повреждения возможны при данном механизме травмы?
5. Способ иммобилизации данного повреждения?
6. Назовите методы консервативного и оперативного лечения переломов плечевой кости.

Эталон ответа:

1. Вколоченный перелом хирургической шейки левого плеча
2. Rg в 2х проекциях (обязательно)
3. ЛФК статического типа начиная со 2 недели, активные движения с 4 недели
4. Вывих плеча, перелом ключицы, перелом головки плечевой кости, сгибательный перелом надмыщелков плеча, необходимо исключать повреждение магистральных сосудов, нервов.
5. Учитывая возраст больной и то, что перелом вколоченный можно рекомендовать косыночную повязку.
6. Консервативные (ручная репозиция, вытяжение на отводящей шине) Оперативное (экстра-, внеочаговый и интрамедулярный о/с)

Задача № 5.

Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуется на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.

1. Назовите диагноз повреждения.
2. Техника репозиции при данном виде повреждения.
3. Какие еще повреждения могут быть при данном механизме травмы?
4. Дайте классификацию повреждений данной области.
5. Показания и способы хирургического лечения при переломах и вывихах костей предплечья и кисти.
6. Назовите возможные осложнения, при переломах костей предплечья, их причины и способы лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытый перелом левой лучевой кости в типичном месте (перелом Колеса)
2. Рука на столе, т. о., чтобы кисть свисала, ассистент фиксирует руку за локтевой сгиб. Врач тянет по оси, придаёт сгибание и небольшое отведение в локтевую сторону. Гипсовая иммобилизация задней лонгетой до $\frac{2}{3}$ предплечья.
3. перелом венечного отростка и задний вывих предплечья
4. Сгибательный, разгибательный, оскольчатый, вколоченный
5. При оскольчатом переломе луча в типичном месте при невозможности удержать отломки консервативным путём – ЧКДО или о/с спицами. При переломах и вывихах костей запястья (также трудно удержать после репозиции) – ЧКДО, при переломах пястных костей и фаланг – о/с спицей
6. Повреждение нервов – с-м Зудека, контрактуры, нагноение – при открытых переломах

Контрольные вопросы по теме:

1. Оперативные вмешательства на верхней конечности: первичная хирургическая обработка ран, обнажение магистральных сосудисто-нервных образований, перевязка сосудов, разрезы при воспалительных процессах ампутации.
2. Манипуляции на верхней конечности: определение пульса, временная остановка кровотечения, измерение артериального давления, венепункции подключичной вены и поверхностных вен локтевой ямки, проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу.

ТЕМА 2: Топографическая анатомия и оперативная хирургия нижних конечностей.

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о топографической анатомии и оперативной хирургии нижних конечностей.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений о топографической анатомии и оперативной хирургии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений инфекции. Правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;

- формирование научного мировоззрения в изучаемой дисциплине.
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Примеры тестовых заданий

Топографическая анатомия и оперативная хирургия нижних конечностей

Компетенции: УК-1; ПК-6

Выберите один или несколько вариантов ответа:

001. Учитывая механизм перелома пяточной кости, назовите нередко сопутствующие повреждения:

- 1) перелом голени
- 2) разрыв связок коленного сустава
- 3) перелом позвоночника
- 4) перелом шейки бедра
- 5) перелом надколенника

Эталон ответа: 3.

002. При пункции полости тазобедренного сустава спереди иглу вводят:

- 1) в точку, находящуюся на середине линии проведенной от верхушки большого вертела бедра к границе между внутренней и средней третями паховой связки
- 2) над верхушкой большого вертела, во фронтальной плоскости при слегка отведенной и медиально ротированной конечности
- 3) под паховой связкой на границе её внутренней трети
- 4) латерально на 2 см от седалищного бугра при слегка отведенной и латерально ротированной конечности
- 5) медиально на 3 см от седалищного бугра при слегка отведенной и латерально ротированной конечности

Эталон ответа: 1,2

003. При ангиографии по Селдингеру пунктируют артерию:

- 1) бедренную (a. femoralis)
- 2) подключичную (a. subclavia)
- 3) почечную (a. renum)
- 4) общую сонную (a. carotis communis)
- 5) плечевую (a. brachialis)

Эталон ответа: 1

004. Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (osteосинтез):

- 1) открытые переломы
- 2) переломы со смещением
- 3) интерпозиция мягких тканей между отломками
- 4) многооскольчатые и раздробленные переломы

5) множественные переломы костей

Эталон ответа: 3

005. Назовите основной признак гемартроза коленного сустава:

- 1) увеличение объема сустава
- 2) кровоизлияние в мягкие ткани
- 3) ограничение движений в суставе
- 4) баллотирование надколенника
- 5) синдром «выдвижного ящика»

Эталон ответа: 4.

006. Выделите определяющий клинический признак вывиха в любом суставе:

- 1) расслабление мышц, окружающих сустав
- 2) напряжение мышц, окружающих сустав
- 3) «пружинящее сопротивление» при попытке пассивных движений
- 4) деформация сустава
- 5) удлинение или укорочение вывихнутого сегмента

Эталон ответа: 3.

007. Назовите основную причину медленного и длительного сращения перелома шейки бедра:

- 1) пожилой возраст
- 2) остеопороз
- 3) сопутствующие заболевания
- 4) отсутствие на шейке бедра надкостницы и нарушение кровоснабжения шейки бедренной кости в момент травмы
- 5) сложность иммобилизации гипсовой повязкой

Эталон ответа: 4

008. Полость коленного сустава (articulatio genus) при гнойном артрите вскрывают:

- 1) двумя вертикальными разрезами по обе стороны от надколенника
- 2) горизонтальным разрезом на 1 см над надколенником
- 3) подковообразным разрезом (дугой вниз) от медиального до латерального мыщелков бедра (condylus femoris)
- 4) по латеральному краю подколенной ямки (fossa poplitea)
- 5) по медиальному краю подколенной ямки (fossa poplitea)

Эталон ответа: 1.

009. Выделите клинические симптомы, абсолютные для перелома кости:

- 1) патологическая подвижность и крепитация костных отломков
- 2) отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
- 3) локальная болезненность и нарушение функции
- 4) деформация конечности
- 5) гиперемия в области перелома

Эталон ответа: 1.

010. Укажите протяженность гипсовой повязки при диафизарных переломах голени:

- 1) от коленного сустава до пальцев стопы
- 2) от верхней трети голени до голеностопного сустава
- 3) от верхней трети бедра до голеностопного сустава
- 4) от верхней трети бедра до основания пальцев
- 5) от коленного сустава до голеностопного сустава

Эталон ответа: 4.

011. Укажите наиболее вероятную причину несращения перелома кости:

- 1) кратковременность иммобилизации
- 2) частые смены гипсовой повязки
- 3) наличие интерпозиции мягких тканей между отломками
- 4) перерастяжение отломков на скелетном вытяжении
- 5) сохраняющееся смещение между отломками

Эталон ответа: 3.

012. Вид лечения, который целесообразно применять при вальгусной деформации 1-го пальца стопы:

- 1) консервативный – корригирующие гипсовые повязки
- 2) оперативный
- 3) ЛФК, физиотерапия, массаж
- 4) санаторно-курортное лечение
- 5) ношение ортопедической обуви

Эталон ответа: 2.

013. Укажите наиболее часто встречающуюся деформацию стопы:

- 1) вальгусная деформация 1-го пальца стопы
- 2) полая стопа
- 3) пяточная стопа
- 4) «конская» стопа
- 5) варусная деформация стопы

Эталон ответа: 1.

014. Какие данные в отношении перелома позволяет получить рентгенологическое исследование в стандартных проекциях?

- 1) вид и степень укорочения конечности
- 2) патологическая подвижность костных отломков и нарушение функции конечности
- 3) наличие перелома, его локализация, вид смещения отломков
- 4) повреждение магистральных сосудов и нервов
- 5) открытый или закрытый перелом

Эталон ответа: 4.

015. Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяются

- а) курортное лечение
- б) физиотерапия
- в) лечебная гимнастика
- г) массаж
- д) водные процедуры

Эталон ответа: в.

016. Оперативные методы лечения врожденного вывиха бедра делятся

- а) на внутрисуставные и внесуставные
- б) на костях таза
- в) на проксимальном отделе бедра
- г) в сочетании с артропластикой сустава

Эталон ответа: а.

017. Осложнениями после внутрисуставных операций при врожденном вывихе бедра являются

- а) релюксация
- б) асептический некроз головки бедра
- в) анкилоз
- г) контрактуры
- д) ограничение движений в суставе

Эталон ответа: б.

018. По снятии гипсовой повязки после оперативного лечения врожденного вывиха бедра применяются

- а) пассивные физические упражнения
- б) активные физические упражнения
- в) грязелечение
- г) водные процедуры

Эталон ответа: а.

019. Нагрузка на оперативную конечность при врожденном вывихе бедра разрешается

- а) через 2 месяца
- б) через 3 месяца
- в) через 6 месяцев
- г) через 1 год

Эталон ответа: г.

020. Вывих надколенника чаще бывает

- а) односторонний
- б) левосторонний
- в) правосторонний
- г) двусторонний

Эталон ответа: б.

021. Этиология врожденного вывиха надколенника

- а) прямая травма
- б) порок развития
- в) анатомические дефекты области коленного сустава
- г) дисплазии
- д) наследственная передача

Эталон ответа: г.

022. Чаще встречаются следующие виды смещения коленной чашечки

- а) латеральные
- б) медиальные
- в) горизонтальные
- г) ротационные

Эталон ответа: а.

023. Встречаются вывихи надколенника

- а) привычные
- б) рецидивирующие
- в) постоянно существующие
- г) все перечисленное

Эталон ответа: г.

024. При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития

- а) плоско-вальгусные стопы
- б) косолапость
- в) вальгусная деформация шейки бедра
- г) незаращение дужек позвонков
- д) гипертрихоз

Эталон ответа: г.

025. Результаты консервативного лечения (массаж, ЛФК, ношение тьютора, электростимуляция мышц) врожденного вывиха надколенника следует оценить

- а) как без существенного улучшения
- б) как улучшение (большое)
- в) как ухудшение
- г) как полученные осложнения

Эталон ответа: г.

Ситуационные задачи
Компетенции: УК-1; ПК-6

Задача № 1.

Больной С., 20 лет, спускаясь на лыжах с горы, неожиданно увидел на своем пути большой камень. Резко повернул на лыжах влево и почувствовал сильную боль в правом коленном суставе. Коленный сустав стал быстро увеличиваться в объеме. При поступлении в больницу выявлено, что коленный сустав согнут под углом 20 - 30 градусов, при попытке активного сгибания голени боли резко усиливаются, активные движения в коленном суставе невозможны из-за болей.

1. Сформулируйте диагноз повреждения.
2. Какие возможные повреждения коленного сустава при этом могут выявиться ?
3. Классификация повреждений коленного сустава.
4. Перечислите лечебные мероприятия.

Эталон ответа:

1. Гемартроз правого коленного сустава
2. Повреждение связок (передней крестообразной, ЗКС, латеральных), внутрисуставные переломы.
3. Ушиб, гемартроз, травматический синовит, повреждение связок, менисков, внутрисуставные переломы
4. Под м/а пункция коленного сустава. Гипсовая иммобилизация гипсовой лонгетой в положении разгибания на 10-14 дней. Холод местно. Повязка с бубликом. Обезболивающая терапия

Задача № 2.

Во время операции по поводу бедренной грыжи хирург, выделяя грыжевой мешок из окружающих тканей для последующего его удаления, внимательно следит за своими действиями, особенно с наружной стороны мешка. Почему с этой стороны манипуляции особенно ответственны?

Эталон ответа:

бедренная грыжа проходит через бедренный канал, наружной стенкой которого является бедренная вена, значит снаружи, к стенке грыжевого мешка, прилежит эта вена, ранение которой очень опасно

Задача № 3.

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия при данном виде травмы.
4. Осложнения при переломах таза.
5. Проблемы и осложнения консервативных методов лечения переломов таза.

Эталон ответа:

1. Перелом лобковых костей? Повреждение уретры.
2. Rg в 2х проекциях, уретрография
3. оперативное лечение – пункция мочевого пузыря, пластика уретры, остеосинтез костей таза (при переломе), катетеризация мочевого пузыря
4. Переломы вертлужной впадины: - отрыв заднего края;- перелом дна;- центральный вывих бедра. Повреждение тазовых органов, шок, кровопотеря, остеомиелит тазовых костей
5. При консервативном лечении – длительная иммобилизация → вторичные заболевания (н-р, пневмонии), у женщин может быть нарушение родовой функции (м/б сужение тазового кольца). Оперативное лечение – о/с пластинами и стержневыми аппаратами

Задача № 4.

Больной М., 18 лет, во время игры в волейбол подвернул правую стопу кнутри, почувствовал сразу резкую боль в голеностопном суставе и хруст. При осмотре область правого голеностопного сустава резко отечна, при пальпации лодыжек возникает сильная боль, стопа находится в варусном положении.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия и их очередность.
4. Назовите классификацию повреждений данной области.
5. Показания и способы хирургического лечения переломов костей голени, образующих голеностопный сустав и костей стопы.
6. Перечислите возможные осложнения переломов костей голени, стопы, отметьте пути их профилактики и методы лечения.

Эталон ответа:

1. Закрытый 2х лодыжечный перелом костей правой голени с подвывихом стопы кнутри (Мальгени)
2. Rg в 2х проекциях
3. на догоспитальном этапе – иммобилизация, на госпитальном - под м/а репозиция, фиксация U-образной лонгетой, при неудачной репозиции оперативное лечение
4. Открытые, закрытые, изолированные повреждения лодыжек, разрыв дистального синдесмоза, перлом обеих лодыжек (с подвывихом стопы кнаружи, кнутри), с повреждением заднего и переднего края б/б кости (Пота, Десто), повреждения связочного аппарата.
5. Интерпозиция, неудачная ручная репозиция, после нескольких попыток, открытый перелом, если чистая рана – о/с спицами, шурупами
6. Нагноение (АБ), контрактуры, ДОА г/с сустава

Задача № 5.

У ребенка 3-х месяцев диагностирован врожденный вывих правого бедра - выявлены клинические признаки заболевания и рентгенологические симптомы.

1. Каковы ранние клинические признаки врожденного вывиха бедра?

2. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра после 1 года.
3. Назовите основные причины возникновения врожденного вывиха бедра.
4. Рентгенологические симптомы врожденного вывиха бедра.
5. Дополнительные методы обследования применяемые для диагностики врожденного вывиха бедра.
6. Показания и способы консервативного лечения.
7. Показания и способы хирургического лечения.

Эталон ответа:

1. С-м соскальзывания (вправление вывиха – исчезает к 10 – му дню), с-м ограниченного отведения до 7 дня, асимметрия кожных складок, укорочение конечности. Признаки учитывают в комплексе, необходимо установить Ds до 3х месяцев.
2. Неустойчивая походка, утиная, раскачивающаяся походка, хромота, асимметрия кожных складок.
3. Наследственность, воздействие токсических факторов во время беременности, инфекция → дисплазия т/б сустава (недоразвитие хрящей, растяжения связочного аппарата)
4. Схема Хильгенрейнера, Рейнберга, дуги Калве, Шентона
5. МРТ, контрастная Rg, Rg
6. Консервативное – шины, распорки, широкое пеленание, ЛФК – до года
7. Вывихи > 2,5 лет, остаточные явления после консервативного лечения (подвывих)
 - а) на суставе (моделирование вертлужной впадины)
 - б) внесуставные (ротационная остеотомия, реконструкция). Операции на подвздошной кости, н-р, костный навес по Кёнигу)

Контрольные вопросы по теме:

1. Оперативные вмешательства на нижней конечности: обнажение магистральных сосудисто-нервных образований, перевязка сосудов, разрезы при воспалительных процессах, ампутации.
2. Манипуляции на нижней конечности: внутримышечные инъекции, определение пульса, временная остановка кровотечения, венепункция бедренной и большой скрытой вены, пункция коленного сустава.

ТЕМА 3: Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди и поясничной области.

Цель и задачи:

Цель: Уяснить основные положения о топографической анатомии и оперативной хирургии груди и поясничной области.

Задачи:

Обучающая:

- расширение образовательного пространства в области современных представлений о топографической анатомии и оперативной хирургии.
- формирование профессиональных умений и навыков по определению, обработке и анализу сведений инфекции. Правильная интерпретация и анализ полученных результатов.

Развивающая:

- способствовать развитию познавательного интереса по предложенной теме;
- создание условий для актуализации и применения знаний по предмету в профессиональной деятельности;
- развитие навыка логического мышления и аргументации самостоятельных решений и выводов;

Воспитательная:

- формирование потребности и способности к последующему самообразованию в профессиональном плане;
- формирование научного мировоззрения в изучаемой дисциплине.
- формирование роли медицинского работника в ряду других сфер деятельности.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди и поясничной области.

Примеры тестовых заданий

Компетенции: УК-1; ПК-6

Выберите один или несколько вариантов ответа:

1. Основная причина спонтанного пневмоторакса:

- 1) буллезные изменения альвеол и кисты легкого
- 2) парапневмонический абсцесс легкого
- 3) рак легкого
- 4) бронхоэктазы
- 5) туберкулез легких

Эталон ответа:1.

2. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

- 1) трахеостомии
- 2) пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости
- 3) блокады межреберных нервов
- 4) обездвижения грудной клетки
- 5) блокады диафрагмального нерва

Эталон ответа:2.

3. Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V–VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит. Состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз?

- 1) посттравматическая пневмония справа
- 2) перелом V–VII ребер справа
- 3) контузия правого легкого
- 4) перелом V–VII ребер справа, травматический пневмоторакс
- 5) гематома грудной стенки в области V–VII ребер

Эталон ответа:4.

4. Клинико-рентгенологически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует последова-

тельно применять? а) курс санационной бронхоскопии; б) плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков; в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого; г) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия; д) срочная операция плеврэктомия с декортикацией легкого. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, в, г
- 2) б, в, д
- 3) в, г, д
- 4) б, в, г
- 5) а, в, д

Эталон ответа:4.

5. Органы брюшной полости, которые могут быть повреждены при переломах нижних ребер:

- 1) печень
- 2) слезёночный угол толстой кишки
- 3) печёночный угол толстой кишки
- 4) селезенка
- 5) почки
- 6) надпочечники

Эталон ответа: 1,4

6. Паренхиматозные органы забрюшинного пространства, которые могут быть повреждены при переломах нижних ребер: 1)...., 2)...

- 1) Почка
- 2) Надпочечник
- 3) Печень
- 4) Селезёнка
- 5) поджелудочная железа

Эталон ответа: 1,2

7. Назовите фасцию груди, которая образует капсулу молочной железы:

- 1) собственная фасция грудной клетки
- 2) ключично-грудная фасция (fasciaclavipectoralis)
- 3) поверхностная фасция
- 4) внутренностная фасция
- 5) внутригрудная фасция

Эталон ответа: 3

8. Как называется утолщение пучков поверхностной фасции груди, направленных к ключице, по автору?

- 1) Связка Жерди
- 2) Связка Пирогова
- 3) Связка Купера
- 4) Связка Крымова
- 5) Связка Микулича

Эталон ответа: 3

9. Чем образованы междольковые перегородки молочной железы:

- 1) отрогами фасции:
- 2) отрогами собственной фасции
- 3) отрогами поверхностной фасции
- 4) отрогами внутригрудной фасции

Эталон ответа: 1,3

10. Какое значение имеют междольковые перегородки молочной железы при гнойном мастите?

- 1) способствуют распространению гноя
- 2) способствует ограничению затеков при гнойно-воспалительных процессах в железе
- 3) способствуют сохранению формы молочной железы при гнойном воспалении

Эталон ответа: 2

11. Слой, находящийся кзади от молочной железы между фасциальной капсулой этого органа и собственной фасцией груди:

- 1) субареолярная клетчатка
- 2) подкожно-жировая клетчатка
- 3) ретромаммарная клетчатка
- 4) рыхлая клетчатка
- 5) собственная клетчатка груди

Эталон ответа: 3

12. Мышцы грудной стенки на уровне III межреберья по средней ключичной линии:

- 1) большая грудная мышца
- 2) передняя лестничная мышца
- 3) передняя зубчатая мышца
- 4) малая грудная мышца
- 5) наружные межреберные мышцы
- 6) внутренние межреберные мышцы

Эталон ответа: 4,5,6

13. Какие артерии грудной стенки принимают участие в коллатеральном кровообращении при окклюзии брюшной части аорты:

- 1) верхняя надчревная артерия
- 2) нижняя надчревная
- 3) межреберные артерии
- 4) подключичная артерия
- 5) нижняя надчревная

Эталон ответа: 1

14. Фасция, ограничивающую полость груди:

- 1) собственная фасция груди
- 2) внутригрудная фасция
- 3) поперечная фасция
- 4) поверхностная фасция

Эталон ответа: 2

15. Слабые места диафрагмы:

- 1) треугольники Бриана
- 2) треугольники Морганьи
- 3) треугольники Бохдалека
- 4) треугольники Пти

Эталон ответа: 2,3

16. Серозные полости груди:

- 1) позадипищеводное пространство
- 2) плевральные полости (правая, левая)

- 3) позадигрудинное пространство
- 4) полость перикарда
- 5) полости бронхов

Эталон ответа: 2,4

17. Какие крупные сосуды могут быть повреждены при мобилизации верхушек легкого:

- 1) плечеголовной ствол
- 2) щитошейный ствол
- 3) подключичная артерия
- 4) подключичная вена

Эталон ответа: 3,4

18. Для создания противоестественного заднего прохода наиболее часто используют

- 1) прямую кишку
- 2) сигмовидную кишку
- 3) нисходящую кишку
- 4) поперечную ободочную кишку
- 5) слепую кишку

Эталон ответа: 2

19. В ходе операции по поводу нагноения клетчатки околоматочного пространства было обнаружено скопление гноя в предбрюшинной клетчатке передней брюшной стенки у глубокого отверстия пахового канала) определите, по ходу какого анатомического образования

распространялся нагноительный процесс

- 1) по ходу круглой связки матки
- 2) по ходу нижней надчревной артерии
- 3) по олопузырному и позадилобковому пространствам
- 4) по ходу широкой связки матки

Эталон ответа: 1

20. При дренировании предкрестцового клетчаточного пространства послойно пересекают

- 1) кожу
- 2) подкожную жировую клетчатку
- 3) заднепроходно-копчиковое тело
- 4) прямокишечно-маточную связку
- 5) седалищно-копчиковую мышцу
- 6) мочеполовую диафрагму

Эталон ответа: 1, 2, 3, 5

21. При нефрэктомии перевязку и пересечение элементов почечной ножки производят в следующей последовательности

- 1) почечная артерия, почечная вена, мочеточник
- 2) почечная вена, почечная артерия, мочеточник
- 3) мочеточник, почечная вена, почечная артерия

Эталон ответа: 1

22. Доступ к почке по Бергману-Израэлю характеризуются тем, что

- 1) это внебрюшинный доступ
- 2) это чрезбрюшинный доступ

- 3) требует обязательного вскрытия плевральной полости
- 4) обязательно сопровождается резекцией 12 ребра
- 5) это переменный доступ

Эталон ответа: 1

23. При паранефральной блокаде раствор новокаина вводится

- 1) в забрюшинный клетчаточный слой
- 2) в жировую капсулу почки
- 3) в область ворот почки

Эталон ответа: 2

24. По ходу операции наложения противоестественного заднего прохода париетальную брюшину соединяют с кожей

- 1) чтобы изолировать полость брюшины
- 2) чтобы изолировать слои клетчатки брюшной стенки и предотвратить их инфицирование
- 3) для фиксации
- 4) для промывания полости брюшины
- 5) чтобы предотвратить развитие спаечной болезни

Эталон ответа: 2

25. Для определения источников кровотечения в брюшной полости при ревизии органов производится

- 1) осмотр последовательно в направлении сверху вниз
- 2) последовательно осматривается правая околоободочная кишечная борозда, левая околоободочная кишечная борозда, левая брыжеечная пазуха, правая брыжеечная пазуха
- 3) осмотр начинается с места наибольшего скопления крови
- 4) для определения источника кровотечения последовательно пережимается брюшная аорта
- 5) в первую очередь следует осмотреть паренхиматозные органы

Эталон ответа: 5

Ситуационные задачи

Компетенции: УК-1; ПК-6

Задача № 1.

Водитель легкового автомобиля резко затормозил перед близко идущим пешеходом. В результате он сильно ударился грудной клеткой о рулевое колесо. Обратился в травматологическое отделение больницы. Пострадавший жалуется на сильные боли в месте травмы, возрастающие при глубоком вдохе, кашле и ощупывании. Пациент сидит в вынужденной позе неподвижно, наклонив туловище вперед, сутулится, часто и поверхностно дышит. Грудина болезненная, имеет ступенчатую деформацию (тело грудины смещено назад), особенно заметную при пальпации.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Как будет производиться анестезия?
4. Какова тактика лечения?
5. Длительность иммобилизации

Эталон ответа:

1. Перелом грудины со смещением.
2. Сделать рентгенографию грудины.
3. В область перелома ввести 15-20 мл 1 % раствора новокаина.

4. Для вправления отломков необходимо осуществить реклинацию. Больного уложить на спину на жесткую кровать, между лопаток подложить валик. В результате длительного переразгибания костные отломки самостоятельно вправятся. Спустя несколько дней, когда боли стихнут, пациенту назначить дыхательную гимнастику.

5. Постельный режим с реклинатором выдержать 3 недели. Затем сделать контрольный рентгеновский снимок, и больному можно разрешить вставать.

Задача № 2.

При ущемленной грыже показана срочная операция, включающая в качестве необходимого элемента рассечение ущемляющего кольца. Вовремя его рассечения при операции по поводу косой паховой грыжи возникло артериальное кровотечение.

Чем оно вызвано, какую ошибку допустил хирург, как избежать подобных осложнений?

Эталон ответа:

Артериальное кровотечение вызвано повреждением нижней надчревной артерии при рассечении ущемляющего кольца внутри. Чтобы избежать подобной ошибки, следует при косой паховой грыже рассекать ущемляющее кольцо снаружи по ходу пахового канала

Задача 3.

У больного при проникающем ранении живота после ревизии органов брюшной полости обнаружена рана нисходящего отдела толстой кишки размером 2 см.

Как следует восстановить целостность кишечной стенки?

Эталон ответа:

Ране необходимо придать поперечное направление. Зашить рану. Первый ряд – сквозной шов, поверх него два ряда серозно-мышечных швов(Ламбер)

Задача 4.

Между фиброзной и фасциальной капсулами почки располагается паранефральная клетчатка, в которой локализуются паранефральные гнойники – паранефрит. У больного после вскрытия паранефрального абсцесса в области левой почки вновь с ознобом поднялась температура, ухудшилось общее состояние, появились боли в левой половине груди.

Какое осложнение (заболевание) следует предположить и каков механизм его возникновения?

Эталон ответа:

Почка прилежит к слабому месту диафрагмы – пояснично-реберному треугольнику, лишенному мышечных волокон. Боли в левой половине груди, подъем температуры, ухудшение состояния позволяют предположить развитие левостороннего плеврита.

Задача 5.

При калькулезном холецистите камни могут быть не только в желчном пузыре, но и в общем желчном протоке, поэтому после удаления желчного пузыря необходимо установить, нет ли в общем желчном протоке конкрементов. Где и как выполняется такое исследование?

Эталон ответа:

Общий желчный проток расположен в печеночно-двенадцатиперстной связке справа от воротной вены и печеночной артерии и здесь доступен пальпации. Поскольку эта связка является передней стенкой сальникового отверстия, один палец хирург вводит в это отверстие, вторым ощупывает переднюю поверхность этой связки. При подозрении на камень в желчном протоке необходимо сделать операционную холангиографию и исследовать печеночным зондом проток до 12-перстной кишки

Контрольные вопросы по теме:

1. Оперативные вмешательства и манипуляции, выполняемые на груди, первичная хирургическая обработка ран, резекция ребра, плевральная пункция.
2. Оперативные вмешательства и манипуляции, выполняемые в поясничной области, первичная хирургическая обработка ран, паранефральная блокада, люмбальная пункция.
3. Оперативные вмешательства на грудном и поясничном отделах позвоночника, передний и задний спондилодез, ламинэктомия.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность обучающихся по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине

В процессе самостоятельной работы обучающийся приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

2. Методические рекомендации для обучающихся по отдельным формам самостоятельной работы.

Правила самостоятельной работы с литературой.

Самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;

2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;

3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;

4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;

5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для обучающихся является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от обучающегося целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях обучающийся не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если обучающийся видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно обучающемуся рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у обучающегося возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах обучающийся должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, обучающийся ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене обучающийся демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом обучающихся познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у обучающегося должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).

- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.

- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для обучающегося работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если обучающийся самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.

- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему обучающемуся лучше демонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).

- Сначала обучающийся должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

3. Самостоятельная работа обучающихся по дисциплине

ТЕМА 1: Топографическая анатомия и оперативная хирургия верхних конечностей.

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- Внешние и внутренние региональные ориентиры верхней конечности, послойную анатомию, фасции и клетчаточные пространства, синтопию наиболее важных сосудисто-нервных пучков и его элементов; визуализация поперечных (Пироговских) срезов
- Анатомические особенности детского возраста;
- Общий принцип послойного строения человеческого тела;
- Коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов;
- Зоны двигательной и чувствительной иннервации крупными нервами;
- Возрастные особенности строения, формы и положения органов;
- Наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции;
- Показания, технику выполнения основных хирургических вмешательств и приёмов.

Обучающийся должен уметь:

- Обосновать выбор метода оперативного лечения для выполнения хирургических вмешательств на органах и тканях пациентов, с учетом особенностей проведения операций у детей;
- Определять проекционные линии магистральных сосудов и нервов верхней конечности
- Использовать полученные знания для определения тактики хирургического лечения пациентов;
- Обеспечить выбор рационального доступа, оперативного приема и оперативной техники для практической работы с учетом возможных осложнений.
- Использовать знания по топографической анатомии: для обоснования диагноза, выбора рационального доступа, определения способа хирургического вмешательства, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографо-анатомическими особенностями области;
- Пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием
- Выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.
- Осуществить диагностику болезней, особенно ранних форм, в том числе: в условиях амбулаторного приема выяснить основные жалобы, собрать анамнез и провести полное объективное обследование пациента по всем органам и системам;
- На основании указанных клинических данных с учетом пола, возраста, профессии поставить предварительный диагноз, оценить степень остроты и тяжести заболевания, а также необходимости травматологической и ортопедической неотложной помощи;
- Определить тактику ведения больного: самостоятельное обследование, наблюдение и лечение; направление на консультацию или передача больного другому специалисту (при непрофильном заболевании); направление на госпитализацию, срочную или плановую; необходимость срочного хирургического вмешательства;
- Составить план обследования и выдать пациенту соответствующее направление;
- Оформить медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- Техникou выполнения оперативных доступов к сосудам и нервам верхней конечности
- Методикou оказания медицинской помощи больным травматологическими и ортопедическими заболеваниями в рамках: скорой медицинской помощи (в том числе специализированной санитарно-авиационной); первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.

- Методикой консультативной помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, в случае подозрения на наличие травматологического заболевания врачом терапевтом-участковым, врачом общей практики (семейным врачом) и врачами других специальностей.
- Методикой оказания медицинской помощи больным травматологическими заболеваниями как при непосредственном обращении больного к врачу-травматологу-ортопеду, так и по направлениям врачей терапевтов - участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей других специальностей.
- Методикой отбора пациента при подозрении на наличие или выявлении онкологического заболевания для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения в первичный онкологический кабинет.
- Методикой обезболивания в случае, если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи или проведением диагностических исследований больным травматологическими и ортопедическими заболеваниями, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента,
- Методикой получения перед проведением медицинского вмешательства от пациента информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

1. Оперативные вмешательства на верхней конечности: первичная хирургическая обработка ран, обнажение магистральных сосудисто-нервных образований, перевязка сосудов, разрезы при воспалительных процессах ампутации.
2. Манипуляции на верхней конечности: определение пульса, временная остановка кровотечения, измерение артериального давления, венепункции подключичной вены и поверхностных вен локтевой ямки, проводниковая анестезия по Оберсту-Лукашевичу.

ТЕМА 2: Топографическая анатомия и оперативная хирургия нижних конечностей.

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- послойное строение человеческого тела и топографическую анатомию нижних конечностей областей;
- клиническую анатомию внутренних органов, мышечно-фасциальных лож, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных пучков, костей и суставов
- коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов;
- зоны чувствительной и двигательной иннервации крупными нервными стволами;
- возрастные особенности строения, формы и положения органов и систем для обоснования диагноза, патогенеза заболевания, выбора рациональных доступов и оперативных вмешательств, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, с позиций обусловленных особенностями топографической анатомии областей, органов или систем;
- Анатомические особенности детского возраста;

- Общий принцип послойного строения человеческого тела;
- Наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции;
- Показания, технику выполнения основных хирургических вмешательств и приёмов.

Обучающийся должен уметь:

- Обосновать выбор метода оперативного лечения для выполнения хирургических вмешательств на органах и тканях пациентов, с учетом особенностей проведения операций у детей;
- Использовать полученные знания для определения тактики хирургического лечения пациентов;
- Обеспечить выбор рационального доступа, оперативного приема и оперативной техники для практической работы с учетом возможных осложнений.
- Использовать знания по топографической анатомии: для обоснования диагноза, выбора рационального доступа, определения способа хирургического вмешательства, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографо-анатомическими особенностями области;
- Пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием
- Выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.
- Осуществить диагностику болезней, особенно ранних форм, в том числе: в условиях амбулаторного приема выяснить основные жалобы, собрать анамнез и провести полное объективное обследование пациента по всем органам и системам;
- На основании указанных клинических данных с учетом пола, возраста, профессии поставить предварительный диагноз, оценить степень остроты и тяжести заболевания, а также необходимости травматологической и ортопедической неотложной помощи;
- Определить тактику ведения больного: самостоятельное обследование, наблюдение и лечение; направление на консультацию или передача больного другому специалисту (при непрофильном заболевании); направление на госпитализацию, срочную или плановую; необходимость срочного хирургического вмешательства;
- Составить план обследования и выдать пациенту соответствующее направление;
- Оформить медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- Методикой оказания медицинской помощи больным травматологическими и ортопедическими заболеваниями в рамках: скорой медицинской помощи (в том числе специализированной санитарно-авиационной); первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.
- Методикой консультативной помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, в случае подозрения на наличие травматологического заболевания врачом терапевтом-участковым, врачом общей практики (семейным врачом) и врачами других специальностей.
- Методикой оказания медицинской помощи больным травматологическими заболеваниями как при непосредственном обращении больного к врачу-травматологу-ортопеду, так и по направлениям врачей терапевтов - участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей других специальностей.
- Методикой отбора пациента при подозрении на наличие или выявлении онкологического заболевания для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения в первичный онкологический кабинет.
- Методикой обезболивания в случае, если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи или проведением диагностических исследований больным травматологическими и ортопедическими заболеваниями, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента,

- Методикой получения перед проведением медицинского вмешательства от пациента информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

1. Оперативные вмешательства на нижней конечности: обнажение магистральных сосудисто-нервных образований, перевязка сосудов, разрезы при воспалительных процессах, ампутации.
2. Манипуляции на нижней конечности: внутримышечные инъекции, определение пульса, временная остановка кровотечения, венепункция бедренной и большой скрытой вены, пункция коленного сустава.

ТЕМА 3: Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди и поясничной области.

В результате освоения темы

Обучающийся должен знать:

- послойное строение человеческого тела и топографической анатомии груди и поясничной области;
- клиническую анатомию внутренних органов, мышечно-фасциальных лож, клетчаточных пространств, сосудисто-нервных пучков, слабых мест и грыж живота;
- коллатеральное кровообращение при нарушении проходимости магистральных кровеносных сосудов;
- зоны чувствительной и двигательной иннервации крупными нервными стволами;
- возрастные особенности строения, формы и положения органов и систем для обоснования диагноза, патогенеза заболевания, выбора рациональных доступов и оперативных вмешательств, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, с позиций обусловленных особенностями топографической анатомии областей, органов или систем;
- Анатомические особенности детского возраста;
- Общий принцип послойного строения человеческого тела;
- Наиболее частые встречаемые пороки развития – их сущность и принципы хирургической коррекции;
- Показания, технику выполнения основных хирургических вмешательств и приёмов.

Обучающийся должен уметь:

- Обосновать выбор метода оперативного лечения для выполнения хирургических вмешательств на органах и тканях пациентов, с учетом особенностей проведения операций у детей;
- Использовать полученные знания для определения тактики хирургического лечения пациентов;
- Обеспечить выбор рационального доступа, оперативного приема и оперативной техники для практической работы с учетом возможных осложнений.
- Использовать знания по топографической анатомии: для обоснования диагноза, выбора рационального доступа, определения способа хирургического вмешательства, предупреждения интраоперационных ошибок и осложнений, обусловленных возрастными и топографо-анатомическими особенностями области;

- Пользоваться общим и некоторым специальным хирургическим инструментарием
- Выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.
- Осуществить диагностику болезней, особенно ранних форм, в том числе: в условиях амбулаторного приема выяснить основные жалобы, собрать анамнез и провести полное объективное обследование пациента по всем органам и системам;
- На основании указанных клинических данных с учетом пола, возраста, профессии поставить предварительный диагноз, оценить степень остроты и тяжести заболевания, а также необходимости травматологической и ортопедической неотложной помощи;
- Определить тактику ведения больного: самостоятельное обследование, наблюдение и лечение; направление на консультацию или передача больного другому специалисту (при непрофильном заболевании); направление на госпитализацию, срочную или плановую; необходимость срочного хирургического вмешательства;
- Составить план обследования и выдать пациенту соответствующее направление;
- Оформить медицинскую документацию.

Обучающийся должен владеть:

- Методикой оказания медицинской помощи больным травматологическими и ортопедическими заболеваниями в рамках: скорой медицинской помощи (в том числе специализированной санитарно-авиационной); первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи.
- Методикой консультативной помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, в случае подозрения на наличие травматологического заболевания врачом терапевтом-участковым, врачом общей практики (семейным врачом) и врачами других специальностей.
- Методикой оказания медицинской помощи больным травматологическими заболеваниями как при непосредственном обращении больного к врачу-травматологу-ортопеду, так и по направлениям врачей терапевтов - участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей других специальностей.
- Методикой отбора пациента при подозрении на наличие или выявлении онкологического заболевания для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения в первичный онкологический кабинет.
- Методикой обезболивания в случае, если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи или проведением диагностических исследований больным травматологическими и ортопедическими заболеваниями, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента,
- Методикой получения перед проведением медицинского вмешательства от пациента информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Оснащение занятия: мультимедийный комплекс.

Место проведения: учебная комната (аудитория).

Время проведения внеаудиторной работы обучающихся: 12 часов.

Виды самостоятельной работы обучающихся:

1. Решение тестовых заданий
2. Подготовка презентаций на тему
3. Решение ситуационных задач

Контрольные вопросы по теме:

1. Оперативные вмешательства и манипуляции, выполняемые на груди, первичная хирургическая обработка ран, резекция ребра, плевральная пункция.

2. Оперативные вмешательства и манипуляции, выполняемые в поясничной области, первичная хирургическая обработка ран, паранефральная блокада, люмбальная пункция.
3. Оперативные вмешательства на грудном и поясничном отделах позвоночника, передний и задний спондилодез, ламинэктомия.