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 31.08.59.Офтальмология**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.19 «Педиатрия», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 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. Клиническая анатомия глаза.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Обзорная топография глазницы.

2. Клиническая анатомия глаза: клиническая анатомия переднего отдела глаза .

**3.** Фиброзная оболочка (роговица, склера).

4. Сосудистая оболочка (радужка, ресничное тело, большой артериальный круг радужки, кровеносное русло ресничного тела).

5. Камеры глаза.

6. Дренажный аппарат (трабекулярная сеточка, венозный синус склеры, отводящие сосуды, хрусталик).

7. Клиническая анатомия заднего отдела глаза .

**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.

7. Топографическая анатомия внутреннего основания черепа.

8. Топография черепных нервов.

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

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование лобно-теменно-затылочной области.
* Препарирование височной области.
* Препарирование внутреннего основания черепа

**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

# 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

# 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**

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).*

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).*

**Тема 2.**  **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 3.**  **Топография глазницы**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Строение век.

2. Стенки глазницы.

3. Мышцы глазницы.

4. Кровеносные сосуды и нервы глазницы.

5. Операции при гнойных заболеваниях 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 4.** **Клиническая анатомия глаза.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Оболочки глазного яблока (фиброзная оболочка, роговица, склера, сосудистая оболочка, радужка, ресничное тело).

2. Хрусталик.

3. Камеры глаза и внутриглазная жидкость.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Препарирование оболочек глазного яблока
* Препарирование камер глазного яблока

**Тестовые задания**

\* 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

**Ситуационные задачи**

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 5.** Основы микрохирургической техники оперирования

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Офтальмологический операционный микроскоп и микрохирургический инструментарий.

2.Подготовка микрохирургической операции.

3.Анестезия в офтальмохирургии.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

* Подготовка рабочего места и операционного микроскопа к работе.

**Тема 6.** **Основы микрохирургической техники оперирования**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Микрохирургическая техника оперирования.

2. Отсепаровка тканей.

3. Техника наложения швов.

**Практические задания для демонстрации практических навыков**

1. Отсепаровка тканей.

3. Выполнение наложения швов.

**Тема 7.** **Микрохирургическая техника экстракапсулярной экстракции катаракты и глубокой субсклеральной склерэктомии.**

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Микрохирургическая техника экстракапсулярной экстракции катаракты.

2. Микрохирургическая техника глубокой субсклеральной склерэктомии **Практические задания для демонстрации практических навыков**

1. Выполнение экстракапсулярной экстракции катаракты на трупном глазном яблоке свиньи.

2. Выполнение глубокой субсклеральной склерэктомии на трупном глазном яблоке свиньи.

**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 "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. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| С 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. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| С 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. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| Не зачтено | 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. Перевязка кровеносных сосудов в ране и на протяжении

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. Топография глазницы

10. Строение век. Мышцы глазницы

11. Кровеносные сосуды и нервы глазницы

12. Оболочки глазного яблока (фиброзная оболочка, роговица, склера, сосудистая оболочка, радужка, ресничное тело).Хрусталик.

13. Камеры глаза и внутриглазная жидкость

14. Офтальмологический операционный микроскоп

15. Микрохирургический инструментарий

16. Подготовка микрохирургической операции

17. Анестезия в офтальмохирургии

18. Микрохирургическая техника оперирования. Отсепаровка тканей. Техника наложения швов

19. Техника экстракапсулярной экстракции катаракты

20. Техника глубокой субсклеральной склерэктомии

**Перечень практических навыков, освоенных в процессе обучения**

* Препарирование оболочек глазного яблока
* Препарирование камер глазного яблока
* Подготовка рабочего места и операционного микроскопа к работе.
* Отсепаровка тканей.
* Выполнение наложения швов.
* Выполнение экстракапсулярной экстракции катаракты на трупном глазном яблоке свиньи.
* Выполнение глубокой субсклеральной склерэктомии на трупном глазном яблоке свиньи.

**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**

**по специальности 31.08.59.Офтальмология**

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

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

1. Кровеносные сосуды и нервы глазницы

2. Техника экстракапсулярной экстракции катаракты

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 - Границы и области передней брюшной стенки. Проекция органов брюшной полости. Топографическая анатомия боковой, пупочной, подвздошно-паховой и надлобковой областей. Анатомическая характеристика брюшных грыж. Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Верхняя, средняя и нижняя срединные лапаратомии. Поперечные лапаратомии. 2. Топография брюшины нижнего этажа брюшной полости (каналы, синусы, карманы, большой сальник). Хирургическая анатомия тонкой и толстой кишки. Кишечный шов, межкишечные анастомозы. 3. Топографическая анатомия поясничной области и забрюшинного пространства. Хирургическая анатомия почек и мочеточников. 5. Топографическая анатомия малого таза. Границы, стенки, дно, фасции и клетчаточные пространства. Хирургическая анатомия мочевого пузыря, матки и прямой кишки. Топографическая анатомия промежности. | вопросы №№1-21 |
| Уметь - выполнить срединную лапаратомию 2• выполнить резекцию тонкой кишки и межкишечный анастомоз | вопросы №№1-21  практические навыки, освоенных в процессе обучения №№1-3 |
| 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. | вопросы №№1-21  практические навыки, освоенных в процессе обучения №№1-3 |