



**Программа внутривузовской олимпиады по
хирургии.**

Место проведения: кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ВолГМУ Сроки проведения олимпиады: 27 ноября – 13 декабря 2018 г с 17.00

Дата и время	Конкурс	Ответственные студенты	Судейство
12.11.18	Открытие олимпиады. «Хирургическая косичка»* Вязание на установке «Ethicon»* «Шов на планшетке»* «Конкурс хирургических тренажеров»*	Березин Егор Николаевич Маркелов Вадим Владиславович	Омар Масуд Шах – Махмуд Холопова Наталья Сергеевна Мазунов Антон Сергеевич
14.11.18	«Шов сухожилия»	Березин Егор Николаевич Геводян Давид Арманович	Ефимов Александр Эмиль Мамедович Ахундов Мазунов Антон Сергеевич
16.11.18	«Интубация трахеи»* «Сердечно-легочная реанимация»*	Машлыкин Алексей Андреевич Павловская Полина Матвеевна	Мизгина Валентина Дмитриевна Рустанова Асият
19.11.18	«Эндовидеохирургия»	Ян Юйчуань Еременко Андрей Андреевич	Литвина Екатерина Владимировна Холопова Наталья Сергеевна
21.11.18	«Сосудистый шов»	Дудин Роман Сергеевич Игнатов Катерина Юрьевна	Кузьмин Михаил Евгеньевич Литвинова Татьяна Александровна Омар Масуд Шах – Махмуд
23.11.18	«Кишечный шов»*	Омарова Зарема Халимбековна Шуев Магомед Нохчович	Тарасенко Валентина Романовна Снежко Анастасия Игоревна Холопова Наталья Сергеевна Климович Игорь Николаевич
26.11.18	«Конкурс на знание хирургических инструментов»* Награждение Закрытие олимпиады	Березин Егор Николаевич Нурмагомедова Берценой Рамазановна	-

*** Конкурсы, обязательные для всех членов клуба**

Председатель олимпиады: зав. каф. д.м.н., профессор Воробьев Александр Александрович

Заместитель председателя олимпиады: к.м.н., доцент Литвина Екатерина Владимировна

Хирургическая косичка

***конкурс обязателен для всех членов клуба без исключения**

Ответственный за конкурс – Березин Е.Н.

Условия выполнения: требуется связать как можно большее количество узлов из нити на пальце за 30 секунд. Первый узел фиксируется.

Подсчёт длины косички: оценивается только качественно сформированную косичку, т.е. от начала до первой погрешности (дефект, через который проходит предмет диаметром 1 мм).

Способ формирования петель: любой, на усмотрение участника.

Длина нити: возможна регулировка длины каждым участником.

Шов на хирургическом тренажере

***конкурс обязателен для вступивших в клуб в 2018 году**

Ответственный за конкурс – Березин Е.Н.

На хирургическом тренажере для наложения хирургических швов необходимо наложить **10 узловых швов** и **непрерывный шов** длиной 10 см с расстоянием между стежками в 5 мм. Общее время конкурса – 10 минут.

Критерии оценивания:

- Участник успел наложить 10 узловых швов и 10 см непрерывного – 2 балла.
- Участник успел полностью наложить только узловые швы или только непрерывный – 1 балл.
- Сохранены все принципы СПП (симметрично, параллельно, перпендикулярно) максимально - 3 балла.
- Работа с хирургическими инструментами – максимально 2 балла.

Обязательное условие: наличие своей планшетки!

Вязание хирургических узлов на установке Ethicon

*** конкурс обязателен для вступивших в клуб в 2018 году**

Ответственный за конкурс – Березин Е.Н.

Необходимо продемонстрировать навык вязания хирургического узла, на установке фирмы Ethicon в желобке (ручной способ) и на крючке (аподактильно) на скорость (по 30 секунд на конкурс).

Кроме того, учитывается состоятельность первой петли. Если между крючком стойки и петлёй проходит 1 проволока (1 мм диаметром), то снимается 1, ещё одна – ещё минус балл.

Например: сумма длин косичек 10см и расстояние между крючком и петлей 2 мм.

Таким образом, $10 - 2 = 8$ см.

Конкурс хирургических тренажёров

***Конкурс обязателен для вступивших в клуб в 2018 году**

Задание: участникам предлагается выполнить в домашних условиях хирургический тренажёр типа «планшетка» и принести на судейство. Все принесенные тренажёры пополнять фонд кафедры!

Критерии судейства:

1. Функциональность тренажера (возможность имитировать сшивание тканей) от 0 до 5 баллов
2. Необычность (нестандартные материалы или форма) от 0 до 5 баллов
3. Общая прочность от 0 до 5 баллов

Кишечный анастомоз*

Ответственный за конкурс – Омарова З.Х.

* конкурс обязателен для вступивших в клуб в 2018 году

Задание: Командам предлагается сформировать тонко-тонкокишечный анастомоз по типу конец-в-конец или бок-в-бок согласно жребью. Анастомоз может быть сформирован любой используемой техникой ручного шва с обоснованием методики. Использование механических сшивающих аппаратов исключается.

Моделируемая клиническая ситуация: перфорация тонкой кишки инородным телом. Резекция участка пораженной кишки с восстановлением целостности кишечника с помощью анастомоза конец-в-конец или бок-в-бок.

Требуется:

1. Мобилизовать и сопоставить участки тонкой кишки.
2. Наложить межкишечное соустье.

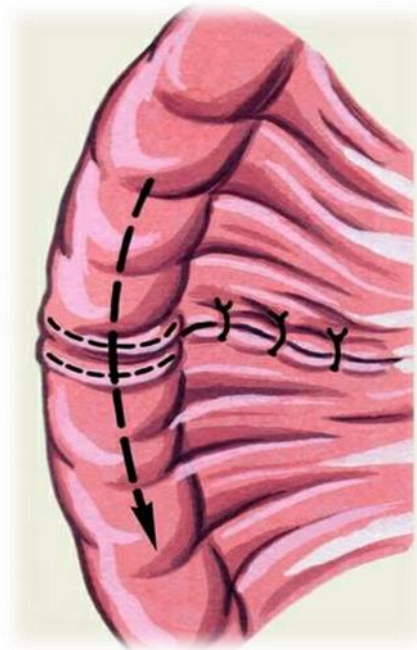
Используемый шовный материал: на усмотрение команд. Настоятельно рекомендуется атравматичный шовный материал Vicryl 4.0.

Команды обеспечивают себя шовным материалом, инструментами, перчатками, пленками самостоятельно. Рекомендуется выступать в шапочке, маске и медицинской одежде.

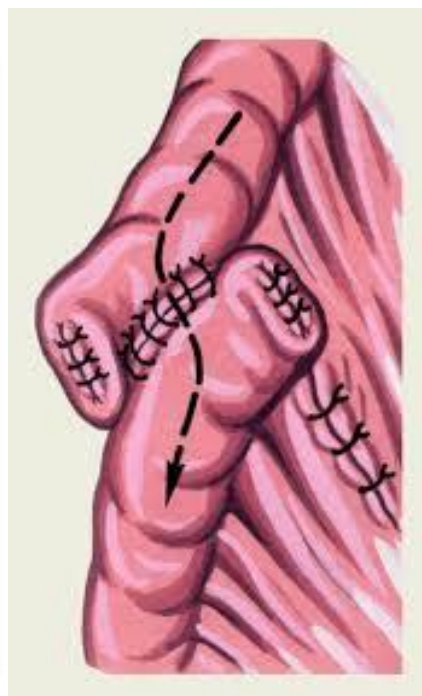
Критерии оценки конкурса	Количество баллов
Эстетичность (равномерность наложения стежков, равномерность затягивания)	3
Герметичность	5
Отсутствие шовного материала в просвете кишки при прорезывании стенки кишки шовным материалом (для экстрамукозных швов)	2
Отсутствие стенозирования просвета кишки	4
Теоретическая подготовка	3
Слаженность работы бригады	1
Правильная работа с инструментами	1
Время выполнения анастомоза (команды, уложившиеся во время конкурса 1 балл, остальные команды 0 баллов)	1
Итого:	20

Время выполнения конкурса - 60 минут.

Схемы операций:



Конец-в-конец



Бок-в-бок

Шов сухожилия

Ответственный Березин Е.Н.

Задание. Предлагается выполнить шов ахиллова сухожилия.

Моделируемая клиническая ситуация: операция по поводу резаного ранения задней области голеностопного сустава (первые сутки с момента ранения).

Требуется:

1. Выполнить шов ахиллова сухожилия (выбор техники на усмотрение бригады с теоретическим обоснованием).

ШОВ СУХОЖИЛИЯ:

1. Инструменты иметь с собой.
2. Шовный материал: **использовать собственный шовный материал**, с обоснованием его использования. Максимальная толщина шовного материала ограничена: USP 1.
3. Примечание: жильность шва (количество нитей, проходящих через просвет сухожилия) ограничена, допускается выполнение не более чем 4-х жильных швов.
4. Шов выполняется в свиной ноге.

Время выполнения – 40 минут.

Критерий	Баллы
Эстетичность	Максимум - 4 балла
Отсутствие разволокнения	Разволокнение отсутствует - 1 балл Есть разволокнение - 0 баллов
Тест нагрузкой 10 кг	Отсутствие диастаза - 3 балла Диастаз до 2 мм - 2 балла Диастаз более 2 мм - 1 балл Разрыв - 0 баллов
Сохранение скользящих свойств сухожилия	Максимум - 3 балла
Обоснование выбранной методики и шовного материала	Максимум - 2 балла
Теоретическая подготовка	Максимум - 5 баллов
Время	До 30 минут - 1 балл Более 30 минут - 0 баллов
Правильная работа с инструментами	Максимум - 1 балл
Всего	20 баллов

Эндовидеохирургический конкурс

Ответственный за конкурс Юйчуань А.

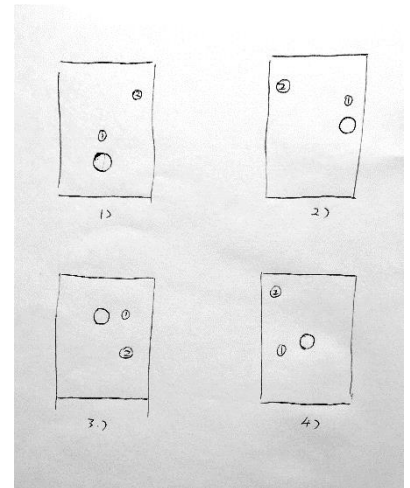
1 этап

На первом этапе участникам будет предложено выполнить на коробочных тренажерах 2 задания:

1. Наложение бусинок на штырьки по цветам.

Время выполнения: **2 минуты.**

Задание: участникам будет предложена коробка, в которой установлены 2 штырька и цветные бусинки, находящиеся в резервуаре. Расположение перечисленных элементов до конкурса определяются по жеребьевке из 4 вариантов (см. фото). Участникам из резервуара нужно выбрать бусинки по цветам мишени, наложить его на штырьки, используя предоставленный инструмент и лапароскоп.



Критерии оценки:

1. За каждую наложенную бусинку на штырек номер 1 - 1 балл
2. За каждую наложенную бусинку на штырек номер 2 - 2 балла
3. За каждую оброненную бусинку - минус 3 балла
4. За отсутствие бусинок на любом штырьке - минус 3 балла

Также участникам будет предложен тест, состоящий из 3 вопросов, каждый правильный ответ будет оцениваться в 1 балл.

2. завязывание хирургических узлов

Время выполнения: **60 секунд.**

Задание: с помощью лапароскопических инструментов и фиксированной камеры, участникам сформировать “косичку” из нити длиной 30 см. Длина “активной” и “пассивной” нитей определяются участником самостоятельно. Первый узел формируется до начала отсчета времени.

Шовный материал: плетеный капрон, предоставляется организатором.

Инструменты: иглодержатель, диссектор (зажим).

Критерии оценки задания:

1. Каждый связанный узел оценивается в 2 балла.
2. За каждый дефект - минус 5 баллов.

2 этап

Шов двухслойной перчатки

Время выполнения: **10 минут**

Задание: Командам наложить 4 узловых шва на верхний слой «двухслойной перчатки», не повредив внутренний слой. Наружный слой представляет собой прорезиненную тканевую перчатку с продольным разрезом длиной 3 см, а внутренний слой – латексную перчатку, заполненную воздухом.

Количество участников: 2 человека.

Шовный материал: Монофиламентный нейлон, предоставляется организатором.

Инструменты: иглодержатель, диссектор, эндоножницы.

Критерии оценки:

1. Отсутствие повреждений латексной перчатки:

- перчатка повреждена, весь воздух вышел – 0 баллов;
- перчатка не повреждена – 5 баллов.

2. Точность манипуляций, оценивается владение мануальными навыками эндоскопической хирургии, техника владения инструментами, отсутствие лишних движений:

– от 0 до 3 баллов.

3. Точность сопоставления краев

– от 0 до 3 баллов.

4. Прочность:

за каждый дотянутый шов: 1 балл

за каждый правильно завязанный шов: 1 балл

5. Эстетичность, оценивается шаг шва, равноудаленность вколов и выколов от линии разреза:

– от 0 до 3 баллов.

6. Теоретическая подготовка: 3 вопроса, за каждый начисляется 1 балл.

- 1 вопрос – история эндовидеохирургии
- 2 вопрос – основы эндовидеохирургии
- 3 вопрос – клинико-лабораторная картина и тактика лечения хирургических заболеваний.

Интубация трахеи

Ответственный за конкурс Машлыкин А.А.

Задание: Участникам конкурса необходимо выполнить оротрахеальную интубацию. Выполнение конкурса будет проходить на манекене с использованием стандартной интубационной трубки типа Мэгилл. Использование проводника - обязательно.

Критерии оценки конкурса	Количество баллов
Время (не более 10 секунд)	1 балл
Правильность интубации (манжета интубационной трубки расположена ниже голосовых связок, равномерно вентилируются оба легких).	1 балл
Отсутствие травматизации зубов, ротовой полости, травмоопасных движений при проведении интубационной трубки.	1 балл
Теоретические задания по обеспечению проходимости дыхательных путей.	1 балл
<u>Итого:</u>	<u>4 балла</u>

Сердечно - легочная реанимация.

Ответственный за конкурс Машлыкин А.А.

1) Участникам надо будет ответить на 2 теоретических вопроса.

2) Затем провести сердечно-легочную реанимацию на манекене

После звукового сигнала запускается секундомер и начинается конкурс. Участники начинают проведение реанимационных мероприятий по схеме 30/2, 3 раза (30 компрессий, затем 2 вдоха).

При равном количестве баллов, победитель определяется по наименьшему затраченному времени!

Максимально 10 баллов

	Критерий выполнения	Выполнено 2 балла	Частично выполнено 1 балл	Не выполнено 0 баллов
1	Своевременность и правильность оценки наличия: 1. сознания 2. адекватного спонтанного дыхания 3. сердечной деятельности	верно выполнены все 3 пункта	верно выполнены 2 пункта	Верно выполнены менее 2 пунктов / неверно выполнено/ не выполнено
2	Правильность выполнения НМС, расположения рук и тд.	Все верно	Частично правильно	Не правильно
3	Правильность выполнения ИВЛ	80-100%	60-80%	Менее 60%
4	Время выполнения	До 80 сек	80-90 сек	90 и более
5	Теоретическая часть	Полностью отвечены 2 вопроса	Неполный ответ	Оба ответа неверны

Сосудистый шов.

Ответственный за конкурс – Дудин Р.С.

Моделирование клинической ситуации (Клинический случай):

Пациент А., 24 года, поступил в отделение кардиологии 10 октября 2012 года с жалобами на периодическое повышение АД максимально до 240 и 120 мм рт. ст., которое сопровождалось:

- сильной головной болью в затылочной области;
- сердцебиением;
- ощущением пульсации в голове и по всему телу;
- общей слабостью, плохим самочувствием.

Обычное АД у пациента 160 и 100 мм рт. ст., при этих показателях АД пациент чувствовал себя хорошо. Из анамнеза заболевания известно, что пациент считал себя больным с 2002 года (14 лет), когда впервые было измерено АД, которое на тот момент составило 160 и 100 мм рт. ст. С этого времени периодически измерял АД, которое никогда не опускалось ниже 160 и 100 мм рт. ст., с периодическими повышениями максимально до 240 и 120 мм рт. ст. При уровне систолического АД более 200 мм рт. ст. пациент испытывал сильную головную боль в затылочной области, сердцебиение, ощущение пульсации в голове и по всему телу, общую слабость, плохое самочувствие. Неоднократно обследовался в различных лечебных учреждениях с диагнозом «гипертоническая болезнь». Пробовал принимать препараты четырех основных классов антигипертензивных средств (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, бета-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов, диуретики) без отчетливого эффекта. Поступил в клинику для обследования и определения лечебной тактики.

Из анамнеза жизни известно, что в детстве пациент рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников ни в чем не отставал. Занимался спортом, а именно — спортивными бальными танцами и боксом. К моменту госпитализации также вел активную жизнь. Однако образ жизни пациента нельзя назвать здоровым. Он курил с 15 лет по 1 пачке сигарет в день (индекс пачка-лет, ИПЛ = 9 пачек/лет; индекс курящего человека, ИКЧ = 240), злоупотреблял алкоголем; наркотическими веществами не злоупотреблял. По профессии пациент — инженер. Женат.

В январе 2012 года у пациента был отмечен эпизод повышения АД до 230 и 130 мм рт. ст., сопровождавшийся выраженной одышкой, сердцебиением, тремором верхних конечностей, сильным страхом смерти. Состояние было успешно купировано бригадой скорой медицинской помощи. После этого эпизода пациент принял решение вести здоровый образ жизни, бросил курить и перестал употреблять алкогольные напитки, однако вопреки его ожиданиям к нормализации АД эти меры не привели.

Объективное обследование при поступлении в клинику: Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Т = 36,6°C. Индекс массы тела = 24,9 кг/м² (рост — 190 см, вес — 90 кг). Телосложение нормостеническое. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Общее развитие мышечной системы хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Костные деформации не выявлены. Грудная клетка конической формы, без деформаций. Частота дыхательных движений — 16 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. При аускультации над легкими дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого — отрицательный с обеих сторон.

При осмотре сосудов шеи отмечалась усиленная пульсация сонных артерий, пульсация дуги аорты в яремной ямке. Границы относительной тупости сердца перкуторно не были изменены. Тоны сердца

ясные, ритмичные. Акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений = 86 в минуту. Во II-IV межреберьях по левому краю грудины и в межлопаточной области выслушивался систолический шум. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряженный. Пульсация на бедренных и подколенных артериях была ослаблена, на задних большеберцовых артериях и артериях тыла стопы не определялась. Запаздывание пульсовой волны на бедренной артерии по сравнению с лучевой с обеих сторон. Пульсация межреберных артерий не была видна и не определялась при пальпации. АД на руках = 180 и 100 мм рт. ст. АД на ногах = 110 и 70 мм рт. ст. Разница АД на руках и ногах = 70 мм рт. ст.

Таким образом, уже на этапе физикального обследования были обнаружены характерные симптомы коарктации аорты. *Был сформулирован предварительный диагноз: коарктация аорты, вторичная АГ 3-й степени, очень высокий риск.*

Дальнейшие дополнительные инструментальные методы обследования были направлены на подтверждение диагноза.

В клиническом анализе крови, коагулограмме, биохимическом анализе крови, общем анализе мочи отклонений от нормы выявлено не было.

По результатам лабораторного обследования были исключены: гиперальдостеронизм, гиперкортицизм, феохромоцитома, гипертиреоз.

На электрокардиограмме — признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ), что указывает на II стадию АГ.

При эхокардиографии: конечный диастолический размер ЛЖ 4,9 см (норма 3,5-5,9), конечный систолический размер ЛЖ 3,1 см (2,5-4,1), конечный диастолический объем ЛЖ 114 мл (60-190), конечный систолический объем ЛЖ 47 мл (30-65), фракция изгнания ЛЖ 59 % (52-75), межжелудочковая перегородка 1,2 см (0,6-1,0), задняя стенка ЛЖ 1,2 см (0,6-1,0), конечный диастолический объем правого желудочка 1,9 см (1,2-2,9), масса миокарда ЛЖ 226 г (88-224), левое предсердие 3,7 см (1,9-3,9), диаметр корня аорты 4,2 см (2,5-3,9), восходящая аорта 3,1 см (до 3,6), правое предсердие 4,4 x 3,8 см (не более 5,3 x 4,4). Полости сердца не расширены. Сократительная функция ЛЖ не нарушена. Поток в нисходящей аорте ускорен до 2,3 м/с (что может указывать на наличие коарктации аорты). Три створки аортального клапана (необходимо помнить, что коарктация аорты зачастую сочетается с другими пороками сердца, в частности, с двустворчатым аортальным клапаном). Аортальная регургитация 0 ст. Пролабирование передней створки митрального клапана на 5,5 мм. Митральная регургитация 0-1 ст. Трикуспидальная регургитация 0-1 ст. Давление в легочной артерии в пределах нормы. Индекс относительной толщины = 0,49. Индекс массы миокарда ЛЖ = 104 г/м² (49-115). Таким образом, у пациента имеет место концентрическое ремоделирование — прямое следствие длительно существующей АГ.

При рентгенографии органов грудной клетки: В легких очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. Легочный рисунок соответствует возрасту. Корни не расширены, структурны. Жидкости в плевральных полостях не выявлено. Диафрагма четкая. Сердце широко прилежит к диафрагме. Аорта не изменена.

При дуплексном сканировании почечных артерий: Ультразвуковых признаков гемодинамически значимой патологии не выявлено (исключен стеноз почечных артерий как причина АГ у пациента).

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, небольшой осадок в желчном пузыре, единичные микролиты почек.

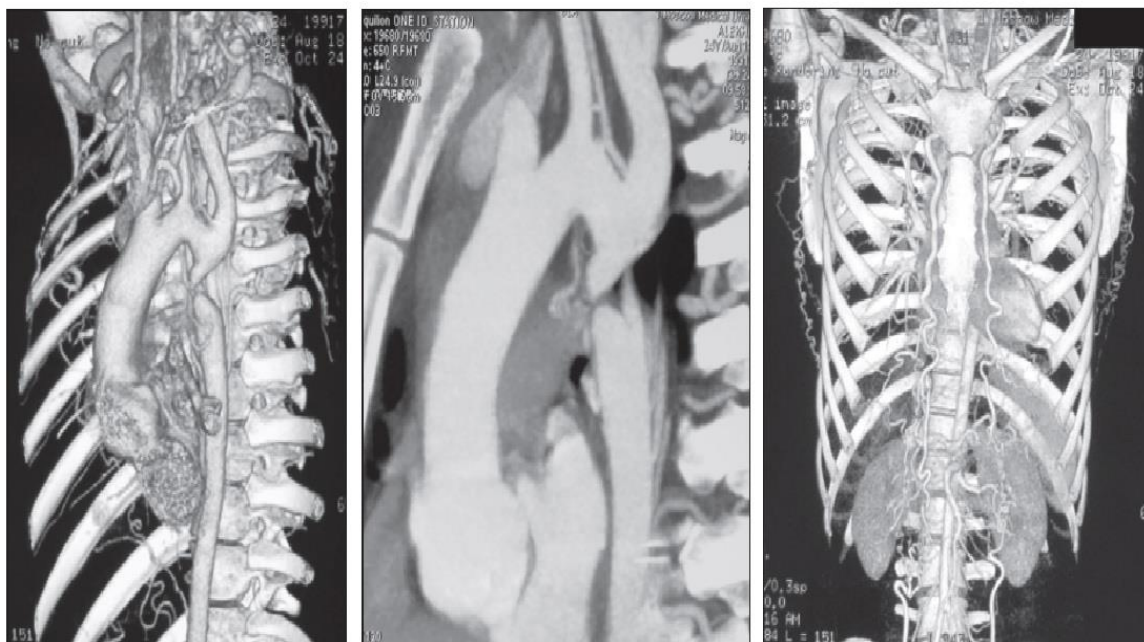
При выполнении суточного мониторирования АД: стабильная систолодиастолическая АГ на протяжении всего исследования.

С целью подтверждения предварительного диагноза пациенту была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (КТ) грудного и брюшного отделов аорты с

контрастированием. *Грудной отдел аорты:* корень аорты расширен до 41 мм, восходящая аорта 31-30 мм, аорта в области дуги 24-20 мм, в области перешейка определяется ее выраженное сужение на протяжении 6 мм, просвет менее 1 мм, стенка в этой зоне утолщена до 2-3 мм. Визуализируются множественные извитые расширенные межреберные (до 8 мм) и бронхиальные артерии. Маммарные артерии диаметром 8-9 мм, извитые. *Брюшной отдел аорты:* Почечные артерии отходят в типичных местах, заполняются контрастным препаратом без признаков стенозирования. *Заключение:* КТ-картина коарктации аорты.

С учетом полученных результатов лабораторного и инструментального обследования был сформулирован клинический диагноз: **коарктация аорты I типа по Покровскому, в периоде адаптации; вторичная АГ II стадии, 3-й степени, очень высокий риск.**

Пациент получал комбинированную антигипертензивную терапию, однако, как и ожидалось, стойкой нормализации АД достичь не удалось. Единственным эффективным методом лечения коарктации аорты является хирургическое вмешательство. Пациент был направлен на хирургическое



лечение.

КТ-ангиография Пациента А.

Задание: Командам предлагается выполнить наложение анастомоза между двумя частями аорты за 15 минут. Команды, которые не укладываются в отведенное время, теряют 1 балл. Команды, уложившиеся в 10 минут, получают бонусный балл.

Шовный материал: Prolene 4-0 с одной иглой, возможно использовать любой атравматический материал 4-0.

Инструменты, перчатки, пленку иметь свои собственные.

Оценка складывается из следующих показателей:

Критерии оценки конкурса	Количество баллов (суммируются)
Эстетичность стежков.	Отлично – 3 Хорошо – 2 Удовлетворительно – 1 Не эстетично – 0
Герметичность шва.	Герметично – 2 Видимое пропитывание – 1 Струя – 0

Прочность шва (проба на тракцию)	Не распустился – 1 Распустился – 0
Отсутствие прорезывания.	Нет – 1 Есть – 0
Отсутствие провисания и перекрещивания стежков в просвете сосуда.	Нет – 2 Есть единичное – 1 Сильное или множественное – 0
Наличие других гемодинамически значимых дефектов.	Нет – 3 Есть 1 – 2 Есть 2 – 1 Есть 3 и более – 0
Правильная работа с инструментами.	Правильная работа – 1 Не правильная – 0
Время.	До 10 мин включительно – 2 До 15 включительно – 1 Свыше 15:01 мин – 0
Теоретическая подготовка по сердечно-сосудистой хирургии.	3 вопроса, за каждый – 1 балл. При неполном ответе можно поставить 0,5 балла
Итого:	Максимально – 18 баллов

*При наборе одинакового количества баллов победитель определяется по правильным ответам на дополнительные теоретические вопросы по сердечно-сосудистой хирургии.

Хирургические инструменты

* конкурс обязателен для вступивших в клуб в 2018 году

Ответственный за конкурс Березин Е.Н.

Необходимо назвать инструмент так, как он представлен в списке. Каждому участнику по жребию достается три инструмента. За каждый правильный ответ – 1 балл. Максимальное количество баллов в конкурсе 3 балла.

Список инструментов

1. Жом раздавливающий Пайера
2. Жом кишечный эластический
3. Пинцет хирургический
4. Пинцет лапчатый
5. Зонд желобоватый пуговчатый
6. Пинцет анатомический
7. Цапка бельевая
8. Зажим кровоостанавливающий Микулича
9. Зажим кровоостанавливающий Бильрот
10. Зажим кровоостанавливающий Холстеда (москит) изогнутый
11. Языкодержатель
12. Зажим окончатый Люэра
13. Трахеостомическая конюля Люэра
14. Трахерасширитель Труссо
15. Зеркало печеночное
16. Крючок однозубый остроконечный Шассеньяка
17. Ранорасширитель Фарабефа
18. Щипцы маточные Мюзо
19. Щипцы пулевые Шрёдера
20. Скальпель брюшистый
21. Скальпель остроконечный
22. Игла лигатурная Дешана
23. Распатор Фарабефа изогнутый
24. Распатор реберный Дуайена
25. Ложка Брунса
26. Кусачки Дальгрена
27. Кусачки Люэра
28. Ножницы Купера
29. Ножницы Листера
30. Игла колющая
31. Игла режущая
32. Троакар
33. Иглодержатель Гегара
34. Английский крючок Ричардсона-Истмана
35. Зеркало влагалищное двустворчатое Куско
36. Влагалищное зеркало-подъемник Симсона
37. Ранорасширитель Янсена
38. Ранорасширитель нейрохирургический Адсона
39. Реберные ножницы Штилля-Гирца
40. Ручки-держалки Оливекрона
41. Делятатор Табса
42. Зажим сосудистый Гепфнера
43. Крючок двузубый острый Фолькмана
44. Пила Джигли

45. Корнцанг
46. Роторасширитель
47. Зажим кровоостанавливающий Кохера
48. Кусачки Листона
49. Долото костное
50. Уретральный катетер металлический женский
51. Кюретка гинекологическая
52. Коловорот с фрезой
53. Проводник Поленова

Перечни вопросов по секциям для участников внутривузовской олимпиады по технике оперативных вмешательств.

Вопросы по сосудистой хирургии

Топографическая анатомия:

1. Строение артериальной стенки.
2. Топография аорты по отделам (восходящая аорта, дуга аорты, нисходящая аорта).
3. Топография плечевого ствола, правой и левой общих сонных артерий.
4. Артерии и вены нижних конечностей.
5. Кровоснабжение сердца. Коронарные артерии и их ветви. Венозная система сердца.
6. Большой и малый круг кровообращения
7. Хирургические доступы к артериям:
 - к сонным артериям;
 - к подключичным артериям;
 - к дуге аорты;
 - к грудной аорте;
 - к брюшной аорте;
 - к подвздошным артериям;
 - к бифуркации общей бедренной артерии;
 - к подколенной артерии (выше и ниже щели коленного сустава);
 - к большеберцовым артериям

Клиническая ангиология:

8. Атерогенез (факторы риска, роль липопротеинов, стадии, принципы медикаментозного и хирургического лечения)
9. Триада Вирхова
10. Варианты реконструктивных операций на сосудах
11. Основоположники сосудистого шва.
12. Основные виды сосудистого шва (Карреля, Полянцева, Морозовой, Мешалкина, Жабулея).
Преимущества и недостатки каждого вида.
13. Принципы наложения сосудистого шва
14. Виды сосудистых анастомозов, их применение в хирургии сосудов
15. Способы преодоления несоответствия сшиваемых концов сосудов (по Добровольской, Зайденбергу, Коваленко)
16. Способы вязания узлов и их количество при законченном анастомозе.
17. Последовательность снятия зажимов с артерий нижних конечностей при законченном анастомозе.
18. Шовный материал в сосудистой хирургии (предъявляемые требования, свойства)
19. Инструментарий, используемый в сосудистой хирургии (иглодержатели, пинцеты, ножницы, лезвия скальпелей, сосудистые зажимы, оптика)
20. Шунтирование и протезирование – в чем разница.
21. Клиническая картина облитерирующего атеросклероза н/конечностей. Классификация Покровского-Фонтейна.
22. Эндартерэктомия. Принципы, клиническое значение, осложнения.
23. Инструментальная диагностика сосудистых заболеваний.

Вопросы по абдоминальной хирургии:

1. Отличие тонкого от толстого
2. Кровоснабжение толстого кишечника, тонкого кишечника, желудка.
3. Дуга Риолана, артерия Драммонда.
4. Топография желчных путей.

5. Фасция Тольда.
6. Апоневроз Денонвиллье.
7. Фасция Вальдейлера.
8. Виды продольных лапаротомий
9. Виды резекций желудка (по уровню резекции, по типу гастроэнтероанастомоза)
10. Показания к резекции кишечника
11. Протяженность резекции отводящей и приводящей петли кишечника при ОКН
12. Как определить жизнеспособность кишки?
13. Функциональная нагрузка каждого слоя кишечной стенки в кишечном шве
14. Обосновать технику кишечного шва
15. Охарактеризовать применяемый шовный материал
16. Правила установки дренажей после операций на брюшной полости
17. Ведение послеоперационного периода после операций на брюшной полости
18. Виды кишечной непроходимости
19. Стадии кишечной непроходимости
20. Диагностика кишечной непроходимости
21. Виды кишечных анастомозов, основная характеристика
22. Перечислить основные виды кишечных швов. Их применение в желудочно-кишечной хирургии.
23. Когда и кем разработан первый кишечный шов?
24. Слабые места брюшной стенки.
25. Виды ущемлений грыж передней брюшной стенки, тактика врача
26. Что представляет собой грыжа Рихтера, Литтре?
27. Какие специальные методики обследования позволяют с наибольшей достоверностью определять нарушение кровотока в кишке во время операции?
28. Виды кишечных стом.
29. С каких анатомических структур начинаются некротические изменения стенке ущемленной кишки?
30. Как можно разграничить послеоперационный парез тонкой кишки от послеоперационном тонкокишечной непроходимости?
31. Что можно обнаружить на обзорной рентенограмма живота у пациента с острой толстокишечной непроходимостью?
32. Виды кишечных свищей?
33. Что такое острая мезентеральная непроходимость?
34. Виды перитонита.
35. Острый аппендицит- диагностика.
36. Доступы при аппендэктомии

Вопросы по эндовидеохирургии:

1. Определение ЭВХ.
2. Оборудование, используемое при ЭВХ.
3. Эндовидеохирургические инструменты (назвать более 5 шт, можно указать классификации)
4. Кто является «отцом» малоинвазивных вмешательств.
5. Направление оси зрения лапароскопа.
6. Какой газ используется для пневмоперитонеума
7. Обозначить границы приемлемого давления, создаваемого в брюшной полости при ЭВХ операциях
8. Противопоказания ЭВХ операций

9. Каким инструментом производится эвакуация и подача жидкости
10. Преимущества ЭВХ
11. SILS (single incision laparoscopic surgery) что это?
12. В каком году провели первую лапароскопическую аппендэктомию?
13. В каком году впервые провели в России лапароскопическую холецистэктомию?
14. Места расположения троакаров
15. Точка Кера
16. Для чего необходима игла Вереша?
17. Основные расположения пациента при ЭВХ операциях
18. Что такое принцип триангуляции?
19. Какую артерию можно повредить при проведении первого троакара?
20. Что проходит в треугольнике Кало?

Вопросы по сухожильному конкурсу:

1. Топографическая анатомия пяточного (ахиллова) сухожилия.
2. Особенности кровоснабжения и иннервации ахиллова сухожилия.
3. Основные патоморфологические аспекты нарушения целостности пяточного сухожилия.
4. Факторы, приводящие к разрыву ахиллова сухожилия. Роль микротравматизации.
5. Классификация разрывов ахиллова сухожилия
6. Клиническая картина при разрыве ахиллова сухожилия.
7. Диагностические тесты, применяемые при диагностике разрыва ахиллова сухожилия.
8. Оперативные доступы, используемые при операциях по поводу разрыва ахиллова сухожилия, исходя из особенностей кровоснабжения и иннервации нижней трети задней поверхности голени.
9. Тенолиз сухожилия. Методика выполнения. Показания.
10. Ведение послеоперационного периода у пациентов, оперированных по поводу травмы ахиллова сухожилия.
11. Консервативное лечение разрыва ахиллова сухожилия.
12. Основные причины развития послеоперационных осложнений. Реруптура. Профилактика послеоперационных осложнений.
13. Топография большеберцового нерва. Зоны иннервации.
14. Клиническая картина поражения большеберцового нерва на различных уровнях.
15. Что такое невролиз.
16. Что такое неврома и невринома.

Вопросы по конкурсу «Хирургическая косичка» и «Шов на установке «ЭТИКОН»:

- 1) Разница между лигатурой и швом.
- 2) Что такое петля? Что такое узел?
- 3) Требования к идеальному шовному материалу.
- 4) Правила наложения кожных швов?
- 5) Описание, принцип наложения, показания женского узла
- 6) Описание, принцип наложения, показания хирургического узла
- 7) Описание, принцип наложения, показания морского узла
- 8) Классификация основных инструментов (+ для чего используют)
- 9) Классификация швов
- 10) Какие ткани сшивают Узловыми швами, обвивными, П образными
- 11) Преимущества шва по Донати.
- 12) Что такое первичная хирургическая обработка раны.

- 13) Временная и окончательная остановка кровотечения.
- 14) Правила снятия узловых кожных швов.
- 15) Классификации игл и их назначение.
- 16) Виды шовного материала и область применения.
- 17) Этапы хирургического вмешательства.
- 18) Классификация операций.
- 19) Оперативная хирургия- это.
- 20) Принцип СПП.

Вопросы к конкурсу «Интубация трахеи»:

- 1) Мышцы и хрящи гортани;
- 2) Кровоснабжение и иннервация гортани, ближайших структур;
- 3) Треугольники шеи;
- 4) Показания к интубации трахеи (абсолютные и относительные);
- 5) Преимущества интубации. Альтернативные способы обеспечения проходимости ДП;
- 6) Разновидности ларингоскопов. Классификация ЭТТ;
- 7) Виды интубации, их преимущества и недостатки;
- 8) Признаки успешной/неудачной интубации;
- 9) Осложнения интубации;
- 10) Определение "Трудные дыхательные пути". Что в него входит?
- 11) Прогностические шкалы и тесты ТДП;
- 12) Экстубация, основные принципы. Осложнения;

Вопросы к конкурсу «СЛР»:

Контактная информация:

<https://vk.com/operativa> - группа Вконтакте

Дудин Роман Сергеевич – президент клуба - 89375327803