

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

УТВЕРЖДАЮ

Зам. директора по научно-
организационной работе ФИЦ
КНЦ СО РАН,
директор НИИ МПС,
д.м.н., профессор

Э.В. Каспаров

«06» декабря 2017г.



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ВЫПУСКНИКОВ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ,
ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67
ХИРУРГИЯ**

Блок 3. «Государственная итоговая аттестация»

Базовая часть – трудоемкость 3 зачетные единицы (108 академических часов)

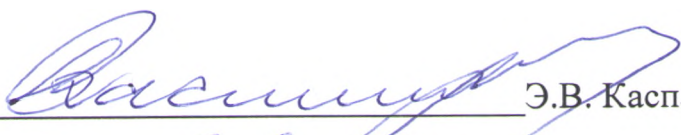
Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования, программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия обсуждена и одобрена на заседании Ученого совета НИИ МПС «07» ноября 2017 года Протокол № 9

Председатель Ученого совета НИИ МПС
д.м.н., профессор  Э.В. Каспаров

Согласовано:

Начальник отдела образования
к.м.н.  А.Н. Латышева

Разработчики:

д.м.н., профессор  Э.В. Каспаров

к.м.н.  Р.Н. Лавров

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования, программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия разработана на основании:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании Российской Федерации (с изменениями и дополнениями)».

2. Приказ Министерства образования и науки РФ № 1110 от 26.08.2014г. «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

3. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 19.11.13 N1258 г. Москва "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры";

4. Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно – педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассисентуры – стажировки»;

5. Устав ФИЦ КНЦ СО РАН;

6. Локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. «Государственная итоговая аттестация» - и завершается присвоением квалификации Врач – хирург.

В Блок 3. «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной аттестации выпускника основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия составляет 3 зачетные единицы.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования, программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия должна выявить теоретическую и

практическую подготовку врача – хирурга в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности хирургия.

Обучающийся, не прошедший государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляется из ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН с выдачей справки об обучении как не выполнивший обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнения учебного плана.

Обучающийся, не прошедший государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, или в других случаях (перечень устанавливается ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН самостоятельно), вправе пройти её в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из трех аттестационных испытаний: 1) междисциплинарного тестирования; 2) сдачи практических навыков; 3) собеседование по экзаменационным билетам. Третий этап ГИА может проходить как в устной, так и в письменной форме.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием, программы подготовки кадров высшей квалификации и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации врач – хирург.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу программы ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия, должен обладать универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее

профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

- 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 обитания (ПК-1);

- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и

их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Первый этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным материалам фонда оценочных средств (ФОС), разработанных в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.67 Хирургия. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий. Процедура проведения междисциплинарного тестирования осуществляется в компьютерном классе.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры

Инструкция: выберите один правильный ответ

Наиболее достоверным рентгенологическим признаком водянки желчного пузыря может быть:

- а) Слабая рентгеноконтрастная тень желчного пузыря
 - б) Сокращающаяся на дачу желчегонного завтрака тень желчного пузыря
 - в) "Отключенный" желчный пузырь
 - г) Подозрение на тени конкрементов в желчном пузыре при сокращении его на 1/3 после дачи желчегонного завтрака
 - д) Ничего из вышеперечисленного
- Ответ: В

Наиболее достоверным методом установления причины механической желтухи является:

- а) Лапароскопия
 - б) Радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия
 - в) Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков
 - г) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
 - д) Лапароскопическая холецистография
- Ответ: Г

При флегмоне грыжевого мешка показано:

- а) Консервативное лечение с антибиотиками
- б) Вскрытие флегмоны

- в) Дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией
- г) Интубация кишечника зондом Миллер-Эбота
- д) Операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника

Ответ: Д

Клиническим проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

- а) Дисфагия
- б) Частая рвота желудочным содержимым
- в) Частые изжоги
- г) Похудание
- д) Ничего из названного

Ответ: В

У больных сепсисом и сопутствующими явлениями почечной недостаточности показано всё перечисленное, кроме:

- а) Введение антибиотиков
- б) Вливания глюкозы
- в) Переливания крови
- г) Введение витаминов
- д) переливания плазмы

Ответ: В

Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

- а) Эндоскопия
- б) Инородное тело
- в) Трахеостомия
- г) Интубация трахеи при наркозе
- д) Спонтанный разрыв

Ответ: Б

Тактика при сохранении напряжённого пневмоторакса и эмфиземы средостения, при активно функционирующем дренаже, к 3-5 дням после травмы:

- а) Дренирование подводным дренажем
- б) Продолжить активную аспирацию
- в) Аспирировать содержимое пункциями
- г) Чередовать пассивное дренирование с активной аспирацией
- д) показана торакотомия

Ответ: Д

Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима:

- а) Лапаротомия и резекция желудка
- б) Наложение гастростомы
- в) Применение гастростомы
- г) Продолжать консервативную терапию, включая применение диеты
- д) Мейленграхта
- е) Лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание

кровооточающего сосуда

Ответ: А

Абсцесс от инфильтрата отличается наличием:

- а) Боли
- б) Гипертермии
- в) Флюктуации
- г) Гиперемии кожи
- д) Лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

Ответ: В

Клиническая классификация сепсиса включает все следующие формы, кроме:

- а) Послеоперационного
- б) Рецидивирующего
- в) Хронического
- г) Острого
- д) Молниеносного

Ответ: А

Признаками травмы почки при ультразвуковом исследовании являются все перечисленные, исключая:

- а) Округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке
- б) Дилатацию чашечно-лоханочной системы
- в) Эхонегативное образование в паранефрии
- г) Прерывистость контура почки
- д) Ограничение подвижности почки

Ответ: А

Больной 39 лет поступил с диагнозом камень нижней трети правого мочеточника, гнойный пиелонефрит. На экскреторных урограммах функция правой почки отсутствует в течение полутора часов наблюдения. Больному следует рекомендовать:

- а) Чрескожную пункционную нефростомию
- б) Катетеризацию мочеточника
- в) Антибактериальную, дезинтоксикационную терапию
- г) Ревизию почки, нефростомию
- д) Уретеролитотомию

Ответ: Г

Второй этап. Выполнение практических навыков

Выполнение практических навыков является одним из этапов государственного экзамена. Проводится с целью выявить степень владения ординатором мануальными навыками, уровень клинического мышления и определить умение экзаменуемым принимать решения в различных ситуациях. Проводится на клинических базах и/или в аудиториях, оборудованных фантомной и симуляционной техникой.

Третий этап. Собеседование по образовательной программе, результаты освоения которого, имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Собеседование (устное или письменное) является одной из форм проведения государственного экзамена. Основой для собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

1. Два контрольных вопроса, выявляющих теоретическую подготовку выпускника.

2. Клиническую ситуационную задачу, выявляющую сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия.

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника

1. Показания к холедохотомии. Варианты завершения холедохотомии.
2. Что является наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей?
3. Выбор операции при больших сроках ущемления грыжи и флегмоне грыжевого мешка.
4. При облитерирующем тромбангите что наиболее часто поражается?
5. Релапаротомия при гнойном перитоните. Показания. Техника выполнения.
6. При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы, что необходимо?
7. Показания к релапаротомии при лечении острых заболеваний органов брюшной полости.
8. Какая операция проводится при синдроме Лериша?
9. Лечение разлитого гнойного перитонита.
10. Какие ангиографические признаки тромбоза?
11. Повреждения холедоха. Диагностика и тактика.
12. Какие операции применяются при варикозной болезни нижних конечностей с целью устранения вено-венозного сбора через перфорантные вены голени?
13. Хирургические операции при травмах и ранениях печени.
14. Какое заболевание не является наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения?
15. Тактика при ложных кистах поджелудочной железы.

16. Какие мероприятия используются для профилактики венозных тромбозов в послеоперационном периоде?
17. Ранние осложнения послеоперационной резекции желудка.
18. Какая наиболее частая причина декомпенсированной обтурационной толстокишечной непроходимости?
19. Диагностика и хирургическое лечение повреждений ДПК.
20. Чем обусловлено варикозное расширение вен нижних конечностей?
21. Тактика при аппендикулярном инфильтрате.
22. Что является наиболее опасным осложнением тромбоза глубоких вен нижних конечностей?
23. Выбор объема хирургических вмешательств у больных с панкреонекрозом.
24. Что является основным методом лечения венозной гангрены конечностей?
25. Тактика острой опухолевой толстокишечной непроходимости.
26. Какие методы исследования позволяют подтвердить диагноз болезни Гришпрунга?
27. Дифференциальная диагностика у больных с механической желтухой.
28. Какой метод исследования является наиболее достоверным при диагностике полипов ободочной кишки?
29. Хирургическая тактика при остром холецистите у пожилых больных.
30. Какой объем диагностических мероприятий необходим при выявлении полипа прямой кишки?
31. Классификация острого панкреатита.
32. Какая тактика является наиболее оптимальной при лечении строго заворота сигмовидной кишки?
33. Варианты пластики грыжевых ворот при больших и гигантских вентральных грыжах.
34. Какие варианты оперативного лечения возможны при завороте сигмовидной кишки?
35. Тактика при несформированных тонкокишечных свищах.
36. Назовите наиболее известные низкомолекулярные гепарины.
37. Диагностика и выбор операции при «скользящей» грыже.
38. Какие мероприятия проводятся при лечении трофических язв венозной этиологии.
39. Операция при травме ободочной кишки.
40. Почему для выбора объема операции при болезни Гришпрунга необходима трансанальная биопсия слизистой и подслизистой прямой кишки на разных уровнях?
41. Перитонит. Этиология, классификация, клиника, диагностика.

Примеры ситуационных задач, выявляющих сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры

Задача

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38°C .

Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят.

В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t о. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

Вопросы к ситуационной задаче

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?
5. Тактика лечения данного заболевания?
6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае? Послеоперационное ведение больной?

Продемонстрировать первичную хирургическую обработку раны

Ответ к ситуационной задаче

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.

3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное. Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)

4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости

5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.

6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

Задача

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны.

Объективно : состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании — следы кала обычной окраски.

Вопросы к задаче

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
5. Каков объем консервативных лечебных мероприятий необходимых для данного больного?
6. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств?

7. Мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания

Продемонстрировать технику удаления инородных тел из мягких тканей:

Ответы к задаче

1. Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей.

2. В комплексе первичного обследования обязательны обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование.

3. Основной этиологический фактор в данном случае – механическое препятствие, вызвавшее илеус, следствием которого является частичная или полная остановка кишечного пассажа и, выраженное в той или иной степени, нарушение кровоснабжения вовлеченной в процесс кишечной петли. В патогенетическом плане среди многообразных нарушений гомеостаза наибольшее клиническое значение имеют развивающиеся водно-электролитные нарушения, изменение проницаемости кишечной стенки, некроз стенки кишки, кишечная недостаточность, эндотоксикоз, вторичный перитонит.

4. Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений.

5. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френогерниопластика или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансназальная интубация тонкой кишки (по показаниям).

6. Тщательное соблюдение принципов оперативной техники, бережное отношение к тканям, интубация тонкой кишки, надежная герниопластика, наложение гидроперитонеума, раннее восстановление перистальтики, назначение в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Примеры экзаменационных билетов для собеседования

Билет

1. Опишите тактику хирурга при аппендикулярном инфильтрате.

2. Опишите тактику и хирургическое лечение при структурах внепеченочных желчных путей.

3. Задача

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту.

Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, дышит. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Несколько увеличена печень. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических расстройств нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров и жидкостью в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.

Вопросы к ситуационной задаче

1. Какой основной диагноз заболевания?
2. О каком осложнении основного заболевания можно думать?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
4. Какие основные направления лечения основного заболевания?
5. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
6. Какое оперативное лечение показано больному?
7. Сроки его выполнения?
8. Исход данного осложнения?
9. Прогноз?
10. Ваши рекомендации при выписке?
11. Продемонстрировать остановку кровотечений при повреждениях магистральных сосудов

Ответ к ситуационной задаче

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.

Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.

3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций; воздействие на местный патологический очаг;

4. Уменьшение эндоинтоксикации;
5. Коррекция тромбогеморрагического синдрома;
6. Иммунокоррекция;
7. Нутритивная поддержка;
8. Энерготропная терапия;
9. Оперативное лечение по показаниям.
10. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
11. Малоинвазивное вмешательство.
12. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

- с оценкой «отлично» при 90-100% правильных ответов;
- с оценкой «хорошо» при 80-90% правильных ответов;
- с оценкой «удовлетворительно» при 70-80% правильных ответов;
- с оценкой «неудовлетворительно» при доле правильных ответов менее 70%.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при выполнении практических навыков и собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно- следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе специальности хирургия и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию выпускника.</p> <p>Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий сформированы, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному</p>	отлично
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность</p>	хорошо

<p>раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p>Практические работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание курса освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному.</p>	
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов.</p> <p>Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Практические работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично. Оценка практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки.</p> <p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания.</p>	удовлетворительно
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях.</p> <p>Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная.</p>	неудовлетворительно

<p>Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p> <p>Практические работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя, возможно повышение качества выполнения учебных заданий</p>	
--	--

4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Степень уровня освоения компетенций	Критерии оценки результатов обучения
<p>Высокий (системный, продвинутый)</p>	<p>Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями. Свободно владеет практическим навыком. Владеет информацией полностью, четко отвечает на поставленные вопросы. Успешное и систематическое применение навыков. Показывает отличное владение данными основной и дополнительной литературы, рекомендованной программой специальности. Добросовестное отношение к учебе за время обучения в ординатуре, участие в научной работе</p>
<p>Повышенный (углубленный, междисциплинарный)</p>	<p>Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при не типичности профессиональной задачи. Владеет навыком, но выполняет его не уверенно, ждет одобрения преподавателя. Некоторые пробелы в умении использовать знания.</p>

	Успешное, но содержащее некоторые пробелы в применении навыков. Достаточное усвоение основной литературы, рекомендованной в разделах программы по специальности. Усвоение материала и изложения имеются недостатки, не носящие принципиального характера.
Пороговый (низкий, предметный)	<p>Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия. Неуверенно выполняет навык, нарушает алгоритм действия. Ошибается при ответе, требуются наводящие вопросы преподавателя.</p> <p>Усвоена основная литература, рекомендуемая программой по определенным разделам специальности.</p>

4.4.Порядок апелляции результатов государственной итоговой аттестации

1. По результатам государственной итоговой аттестации обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменное заявление об апелляции по вопросам, связанным с процедурой проведения аттестации, не позднее следующего рабочего дня после прохождения аттестации.

2. Состав апелляционной комиссии формируется в количестве не менее пяти человек из числа профессорско-преподавательского состава, не входящих в состав государственной экзаменационной комиссии под председательством директора НИИ МПС и утверждается приказом.

3. Апелляция подлежит рассмотрению не позднее двух рабочих дней со дня ее подачи.

4. Апелляция рассматривается на заседании апелляционной комиссии с участие не менее половины ее состава. На заседание приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

5. В апелляционную комиссию направляется протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, экзаменационные листы обучающегося.

6. Решение апелляционной комиссии принимается простым большинством голосов и оформляется протоколом. При равном числе голосов председатель апелляционной комиссии обладает правом решающего голоса.

7. Оформленное протоколом решение апелляционной комиссии, подписанное ее председателем, доводится под роспись до сведения подавшего апелляцию в течение трех рабочих дней со дня заседания.

8. По решению апелляционной комиссии может быть назначено повторное проведение аттестации.

9. Повторное прохождение аттестации проводится в присутствии одного из членов апелляционной комиссии.

10. Повторное прохождение аттестации должно быть проведено в срок не позднее семи дней со дня принятия положительного решения апелляционной комиссии.

11. Апелляция на повторное прохождение аттестации не принимается.

V. РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

№ п/п	Наименование, вид издания	Автор(-ы) составитель(-ли) редактор(-ры)	Место издания, издательство, год издания
1	Хирургические болезни: учебник: в 2 т.	Н.В. Мерзликин [и др.]	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015
2	Хирургические болезни. Учебник: в 2 т.	ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
3	Клиническая хирургия: национальное руководство в 3-х Т.	ред. В.С. Савельев (и др.)	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
4	Атлас хирургических операций	Р.М. Золлингер	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
5	Атлас торакальной хирургии	М.К. Фергюсон ред пер М.И. Перельман	М.: ГЭТАР-Медиа, 2009
6	Атлас сосудистой хирургии	К.К. Зоринш	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
7	Атлас региональной анестезии	Д.Л. Браун	М.: Рид Элсивер, 2009
8	Атлас оперативной гастроэнтерологии	Дж.Л. Камерон, К. Сэндон	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
9	Атлас амбулаторной хирургии	ред. В.Е. Томас, Г.С. Сенниджер	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009
10	Атлас анатомии таза и гинекологической хирургии	М. Баггиш, М.М. Каррам	М.: Логосфера, 2009
11	Онкология: национальное руководство	гл. ред. В.М. Чиссов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010
12	Хирургические болезни: учебное пособие	А.Ф. Кириенко (и др.)	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010
13	Неотложная хирургия: руководство для хирургов общей практики	В. Х. Грасиас, П. М. Рейли [и др.] пер. с англ. А. А. Митрохин	М.: Изд-во Панфилов, 2010

14	Хирургия катастроф: учебник	ред. Г.М. Кавалерский [и др.]	М.: Академия, 2008
15	Эндоскопия. Базовый курс лекций : учебное пособие	В. В. Хрячков, Ю. Н. Федосов, А. И. Давыдов [и др.].	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014
16	Эндоскопическая хирургия: рук-во	И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е Славин	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008
17	Травматология: национальное руководство	ред. Г.П.Котельников	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011
18	Диагностика острых заболеваний живота. Руководство	А.П. Власов (и др.)	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014
19	Руководство по амбулаторной хирургической помощи	под ред. П.Н. Олейникова	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2014
20	Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка. Руководство	З.А. Лемешко, З.М. Османова	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009
21	Колопроктология	В.Л. Ривкин (и др.)	М.: ГЭОТАР- Медиа,2011
23	Руководство по скорой неотложной помощи	ред. С.Ф. Багненко	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009
24	Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии	Ч. Мел, М. Уилкокс (и др.)	М.: Практич. Медицина,2010
26	Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания	Н.Е. Черняховская, Г.Г. Федченко (и др.)	М.: МЕДпресс- информ,2011
27	Легочные кровотечения	Н.Е. Черняховская, И.Ю. Коржева (и др.)	М.: МЕДпресс- информ,2011
28	Лапароскопическая хирургия. Атлас	Т. Паппас	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2012
29	Фармакология: учебник	под ред. Р.Н. Аляутдинова	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015
30	Колоноскопия. Иллюстрированное руководство	под ред. Д.Г. Адлера; пер. с англ. И. С. Козловой; под ред. В. В. Веселова.	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016
31	Сосудистая хирургия [Электронный ресурс]: национальное руководство	гл. ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2015
32	Микробиология вирусология иммунология:	ред. В.Н. Царев	М.: Практ. медицина, 2010

	учебник		
33	Патофизиология: учебник	ред. П.Ф. Литвицкий	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
34	Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2-х Т.	под общ. ред. Ю.М. Лопухина	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014
35	Медицина катастроф. Курс лекций.	И.П. Левчук, Н.В. Трекьяков	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011
36	Педагогика: Учебное пособие	И.П. Подласый	М.: Юрайт, 2011
37	Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство	Щепкин О.П, Стародубцев	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014