федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института НМФО
_____Н.И.Свиридова
« 29 » _августа_____ 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование: **Итоговая (государственная итоговая) аттестация**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:
31.08.67 Хирургия

Квалификация (степень) выпускника: врач-хирург

Кафедра: **хирургических болезней № 1 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования**

Форма обучения – очная

Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград, 2023

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Веденин Юрий Игоревич	заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО	д.м.н., доцент	кафедра хирургических болезней № 1 Института НМФО
2.	Попова Ирина Степановна	профессор кафедры	д.м.н.	
3.	Шаталов Андрей Александрович	ассистент кафедры	к.м.н.	

Рецензент: Главный внештатный хирург комитета здравоохранения Волгоградской области, к.м.н. Землянская Арина Викторовна

Рабочая программа актуализирована на заседании кафедры протокол № 1 от «28» августа 2023 г.
Заведующий кафедрой хирургических
болезней № 1 Института НМФО,
д.м.н., доцент _____ Ю.И.Веденин

Актуализация рабочей программы согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от «29» августа 2023 г.
Председатель УМК _____ М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики _____ М.Л.Науменко

Актуализация рабочей программы утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО
протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Секретарь
Ученого совета _____ В.Д.Заклякова

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия разработана в соответствии со следующими нормативными документами:

- Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) - Приказ Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1110 «Об утверждении федерального образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), зарегистрирован в Минюсте РФ 23.10.2014 №34417.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования − программам ординатуры»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 г. № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»;
- Профессиональным стандартом врача хирурга (Приказ Минтруда РФ №743н от 26.11.2018, зарегистрирован в Мин. юстиции РФ 11.12.2018 №52864)
- Положением «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от от 13.01.2020 N 06-КО.

1.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация (далее – ИГА) осуществляется итоговой (государственной) экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком.

1.3 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации реализуется в базовой части учебного плана подготовки ординатора по направлению подготовки (специальности) 31.08.67 Хирургия очной формы обучения. Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к Блоку 3 Основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На итоговую (государственную итоговую) аттестацию отводится 108 часов (3 ЗЕ).

1.4 К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план

или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности. 31.08.67 Хирургия

1.5 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценки результатов сдачи итогового (государственного) экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения ординаторов не позднее, чем за шесть месяцев до начала итоговой государственной аттестации.

1.6 Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговый (государственных) аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения итогового (государственного) экзамена и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ИЭК/ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ИЭК/ГЭК.

1.7 Перед итоговым / государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенным в программу экзамена.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Целью итоговой (государственной итоговой) аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия.

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Оценить уровень сформированности у выпускников универсальных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации);
2. Установить уровень готовности выпускника к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями федерального государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности;
3. Определить степень готовности выпускника к осуществлению трудовых действий врача хирурга, уровень овладения необходимыми умениями и знаниями для осуществления трудовых функций врача хирурга.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ, ОЦЕНИВАЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ)

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями:

Универсальные компетенции (УК):

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического 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.

Профессиональные компетенции

Профилактическая деятельность:

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.

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

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

ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность

ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.

ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

Организационно-управленческая деятельность:

ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

ПК-11 Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных

ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен быть готов к исполнению трудовых действий врача хирурга, обладать необходимыми умениями и знаниями для осуществления **трудовых функций:**

А/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

А/02.8 Назначение лечения пациентам с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности;

А/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации инвалидов;

А/04.8; Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболевания;

А/05.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения;

А/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;

А/07.8 Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

В/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза;

В/02.8 Назначение лечения пациентам с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности;

В/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации инвалидов;

В/04.8 Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями;

В/05.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению;

В/06.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонал;

В/07.8 Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме.

3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация включает:

- подготовку к сдаче государственного экзамена
- сдачу государственного экзамена

В соответствии с учебным планом по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.67 - Хирургия. отводится 108 академических часа (3 ЗЕ).

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В 2022-2023 УЧЕБНОМ ГОДУ

4.1 Итоговая (государственная итоговая) аттестация для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования (программе ординатуры) по специальности 31.08.67 Хирургия в 2022-2023 учебном году в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России проводится согласно Положения «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от 13.01.2020 N 06-КО.

4.2 Для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.67 - Хирургия создается государственная экзаменационная комиссия, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии.

4.3 Состав государственной экзаменационной комиссии создается по основным профилям подготовки не позднее, чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации, утверждается приказом ректора университета и действует в течение календарного года.

4.4 Государственная экзаменационная комиссия формируется из профессорско-преподавательского состава и научных работников Университета, а также лиц, приглашаемых из органов управления здравоохранением, работников медицинских организаций.

4.5 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается по представлению ВолгГМУ Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения Государственной итоговой аттестации.

4.6 Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в Университете, имеющих ученую степень доктора наук и (или) ученое звание профессора, либо являющихся руководителем органов управления здравоохранением или медицинских организаций.

4.7. В состав государственной экзаменационной комиссии включается не менее 5 человек, из которых 50% являются ведущими специалистами в области хирургии и (или) представителями органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ВолгГМУ, и (или) иных организаций и (или) научными работниками Университета и (или) иных организаций, имеющими государственное почетное звание.

4.8. Основной формой деятельности комиссии являются заседания. Заседание комиссии правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Решения комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

4.9. Проведение заседания государственной экзаменационной комиссии, решения, принятые комиссией, оформляются протоколами на каждого обучающегося (приложение 1,2,3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии также подписывается секретарем итоговой (государственной) экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Управления подготовки в ординатуре Института НМФО ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

4.10. Основными функциями государственной экзаменационной комиссии являются:

- определение соответствия подготовки ординатора требованиям федерального государственного образовательного стандарта по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия – принятие решения о присвоении квалификации «врач-хирург» по результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации и выдаче ординатору диплома об окончании ординатуры и приложения к нему.

4.11 Не позднее, чем за 30 календарных дней до проведения первого этапа государственного аттестационного испытания, организация утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее - расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

4.12 При формировании расписания устанавливается перерыв между государственными аттестационными испытаниями продолжительностью не менее 7 календарных дней.

4.11 К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший индивидуальный учебный план в соответствии с учебным планом основной профессиональной образовательной программой, разработанной на основе федерального государственного образовательного стандарта (далее - ФГОС).

4.12 Обучающимся и лицам, привлекаемым к итоговой (государственной итоговой) аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

4.13 Не допускается взимание платы с обучающихся за прохождение государственной итоговой аттестации.

4.14 Для обучающихся из числа инвалидов государственная итоговая аттестация проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

4.15 Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации – по программам ординатуры.

4.16 Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки "неудовлетворительно", отчисляются из организации с выдачей справки об обучении, как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

4.17 Лицо, не прошедшее итоговую (государственную итоговую) аттестацию, может повторно пройти итоговую (государственную итоговую) аттестацию не ранее чем через один год и не позднее чем через пять лет после срока проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации, которая не пройдена обучающимся.

4.18 Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для итоговой (государственной итоговой) аттестации по соответствующей образовательной программе.

4.19 Обучающиеся, не прошедшие государственной итоговой аттестации в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения Государственной итоговой аттестации. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

4.20 Ординаторам, не сдавшим итоговую (государственную итоговую) аттестацию, ординатура, по желанию, может быть продлена на компенсационной основе (по договору) с правом повторной сдачи экзамена через 6 месяцев.

4.21 По результатам Государственной итоговой аттестации обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию (далее - Комиссия) письменное заявление об апелляции по вопросам, связанным с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, не позднее следующего рабочего дня после прохождения Государственной итоговой аттестации.

4.22 Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

4.23 Состав Комиссии утверждается приказом ректора Университета. Комиссия формируется в количестве не менее 4 человек из числа профессорско-преподавательского состава медицинского института Университета, не входящих в состав государственной экзаменационной комиссии.

4.24 Председатель Комиссии утверждается приказом ректор Университета из числа лиц, включенных в состав Комиссии.

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

4.26 Апелляция рассматривается на заседании Комиссии с участием не менее половины состава Комиссии. На заседание Комиссии приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

4.27 Для рассмотрения вопросов, связанных с процедурой проведения государственной итоговой аттестации, в Комиссию направляется протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, экзаменационные листы обучающегося.

4.28 Решение Комиссии принимается простым большинством голосов и оформляется протоколом. При равном числе голосов председатель Комиссии обладает правом решающего голоса.

4.29 Оформленное протоколом решение Комиссии, подписанное ее председателем, доводится до сведения подавшего апелляцию обучающегося (под роспись) в течение трех рабочих дней со дня заседания Комиссии.

4.30 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

4.31 Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

4.32 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. ЭТАПЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

5.1 Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры –Хирургия, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

5.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация ординаторов в Университете в 2022-2023 учебном году проводится в форме государственного экзамена в форме трех государственных аттестационных испытаний:

- Тестового контроля (I этап);
- Оценки практических навыков (II этап);
- Заключительного собеседования (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам) (III этап).

5.3 Первый этап итогового (государственного) аттестационного испытания, проводится в тестовой форме, результаты объявляются на следующий рабочий день после дня его проведения, второй и третий этапы итогового (государственного) экзамена, проводятся в устной форме, результаты объявляются в день проведения этапа,

5.4 1 этап – тестовый контроль: используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности 31.08.67 Хирургия; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат 1 этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет», если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет», если ординатор ответил менее, чем на 70% от 100 представленных ему тестов (банк тестовых заданий на сайте www.disttest.ru). Протокол результатов прохождения 1 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

5.5 II этап – оценка практических навыков: оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой:

- общий уровень теоретической и практической подготовки ординатора непосредственно в процессе собеседования);
- умение обследовать больного;
- умение применить специальные инструментальные и лабораторные методы обследования пациента и интерпретировать результаты;
- установление основного и сопутствующего диагноза, осложнений;
- проведение дифференциального диагноза;
- знание методов экстренной и неотложной медицинской помощи, владение методами интенсивной терапии;
- назначение комплексного лечения;
- определение прогноза и дальнейшей тактики ведения больного;

- составление плана диспансерного наблюдения;

5.6 III этап – заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам). Ординатор, не сдавший один из двух первых этапов экзамена, не допускается к третьему этапу. Третий этап представляет проверку целостности профессиональной подготовки ординатора, уровня его компетентности в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

5.7 Результаты 2 и 3 этапов экзамена оцениваются по пятибалльной системе. Протокол результатов прохождения 2, 3 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 2, 3).

5.8 Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

- **«Отлично» –** дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

- **«Хорошо» –** дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

- «**Удовлетворительно» -** дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

- **«Неудовлетворительно»** – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

6. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

6.1 Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой Итоговой (государственной итоговой) аттестации для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки к государственному экзамену необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации и стандарты ведения больных, а также использовать материалы электронной информационно-образовательной среды ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации (программам ординатуры).

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, которые проводятся по расписанию, утвержденному распорядительным актом Университета, и доводятся до обучающихся не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится предэкзаменационная консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена. Консультирование осуществляют преподаватели, включенные в состав государственной экзаменационной комиссии по специальности 31.08.6 Хирургия, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, имеющие ученое звание и (или) ученую степень. Первый этап государственного аттестационного испытания – тестирование включает ответы на 100 тестовых заданий с одним или несколькими правильными вариантами ответа. Второй этап государственного аттестационного испытания – оценка практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой. Третий этап государственного аттестационного испытания – собеседование, которое включает устные ответы на вопросы экзаменационного билета и решение одной задачи. Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08. 67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации). При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии

6.2 Перечень основных разделов дисциплины:

- Заболевания и травмы органов брюшной полости
-Заболевания органов грудной клетки
-Заболевания и повреждения сосудов
-Хирургическая инфекция
-Колопроктологя
-Хирургическая эндокринология
-Урология

6.3 Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия включает:

- задания в тестовой форме (300)
- вопросы для оценки практических навыков (60)
- вопросы для собеседования (90)
- ситуационные задачи (30)

6.3.1 Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия

1. **Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить**:

а) Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра;

б) В 7-8 межреберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра;

в) В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра;

г) В любом из указанных мест.

Прав. Ответ в)

2. Из-за наличия анастомозов между лимфатическими сосудами червеобразного отростка и других органов, воспалительный процесс при аппендиците может распространяться (несколько вариантов):

а) На правую почку;

б) На желчный пузырь;

в) На желудок;

г) Никуда не распространяется.

Прав. ответ а),б),в)

3. **Наиболее частой причиной портальной гипертонии у взрослых является:**

а) Тромбоз селезеночной или воротной вены;

б) Опухолевые поражения печени;

в) Цирроз печени;

г) Легочная или сердечно-сосудистая недостаточность;

д) Синдром Бадд-Хиари.

Прав. ответ в)

4. **Период травматической болезни, наиболее благоприятный для выполнения отсроченных операции:**

а) период острого нарушения жизненно важных функций

б) период относительной стабилизации жизненно важных функций

в) период максимальной вероятности осложнений

г) период полной стабилизации жизненно важных функций

Прав ответ б).

5. **Показание к применению тактики «контроля повреждений» при политравме:**

а) наличие синдрома системной воспалительной реакции

б) иммуносупрессия

в) частота пульса более 90 в мин.

г) нестабильная гемодинамика с уровнем систолического артериального давления менее 90 мм рт. ст.

Прав. ответ г).

6. **Уровень внутричерепного давления, при котором возможно выполнить остеосинтез бедренной кости при сочетанной черепно-мозговой травме:**

а) менее 10 мм рт. ст.

б) менее 20 мм рт. ст.

в) менее 30 мм рт. ст.

г) менее 40 мм рт. ст.

Прав ответ б).

7. **Хирургическая тактика, применяемая у нестабильных больных с политравмой**:

а) тактика «контроля повреждений» (Damage Control)

б) тактика тотальной немедленной помощи (Early Total Care)

в) хирургическое лечение после полной стабилизации состояния

г) тактика контроля реанимации

Прав. ответ а).

8. **Показание к срочной торакотомии у пострадавших с политравмой** :

а) выделение крови по дренажу из плевральной полости со скоростью 250 мл/ч и более

б) одномоментное поступление более 1200 мл крови по дренажу из плевральной полости
в) ранение и тампонада сердца
г) отрицательная проба Рувилуа – Грегуара
Прав. ответ а).

6.3.2 Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия

1. Диагностическая лапароскопия в неотложной хирургии - показания, техника выполнения, интерпретация полученных результатов, возможные осложнения и их профилактика.
2. Ампутация конечностей - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
3. Аппендэктомия – показания, методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
4. Виды кишечного шва. Техника выполнения. Принципы выбора шовного материала.
5. Геморроидэктомия - показания, методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
6. Грыжесечение при ущемленных грыжах – методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
7. Декомпрессия кишечника: показания, методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
8. Лапароцентез - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
9. Наложение билиодигестивных анастомозов - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
10. Наложение гастро- и еюностом – методы, показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
11. Наложение гастроэнтероанастомоза - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
12. Наложение колостомы - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
13. Наружное дренирование общего желчного протока - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
14. Неотложная помощь при гемотораксе. Торакотомия - показания, техника выполнения.
15. Операция Гартмана – показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
16. Операция Троянова-Тренделенбурга-Дитерихса - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
17. Особенности оперативных вмешательств при ожогах и отморожениях.
18. Особенности хирургического лечения огнестрельной травмы органов брюшной полости и травмы органов грудной клетки.
19. Особенности хирургического лечения при повреждениях мочеточников, мочевого пузыря, уретры.
20. Особенности хирургического лечения синдрома диабетической стопы.
21. Первичная и вторичная хирургическая обработка ран - техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
22. Пилоропластика - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.

23. Резекция желудка при язвенной болезни и раке - показания, методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
24. Резекция тонкой кишки с наложением анастомоза конец-в-конец и бок-в-бок - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
25. Санация и дренирование брюшной полости при перитоните - техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика. Санационные релапаротомии и показания к ним.
26. Спленэктомия - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
27. Стволовая ваготомия - показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
28. Техника грыжесечения при паховых и бедренных грыжах.
29. Техника грыжесечения при пупочных и послеоперационных грыжах.
30. Техника наложения узлового, непрерывного, П-образного и кисетного швов.
31. Техника оперативных вмешательств при газовой гангрене конечностей. Показания к ампутации, особенности выполнения.
32. Техника оперативных вмешательств при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.
33. Техника оперативных вмешательств при остром деструктивном панкреатите и показания к ним.
34. Техника ревизии брюшной полости у больных с открытой и закрытой травмой живота.
35. Техника хирургического лечения открытого, закрытого и клапанного пневмоторакса.
36. Торакоцентез – показания, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
37. Ушивание перфорационного отверстия желудка и кишечника – методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
38. Ушивание ран печени: методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
39. Хирургические вмешательства при острой кишечной непроходимости различной этиологии.
40. Хирургическое лечение гнойных заболеваний мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул): техника выполнения, возможные осложнения.
41. Хирургическое лечение перитонитов различной этиологии. Лапаростомия – показания, техника выполнения.
42. Холедохолитотомия, техника выполнения, методы завершения.
43. Холецистостомия - показания, методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
44. Холецистэктомия - показания, методы, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.
45. Методы хирургического лечения желудочных, кишечных, желчных свищей
46. Принципы патогенетической терапии сочетанной травмы брюшной полости и ЧМТ, профилактика осложнений.
47. Причины исходов шока в зависимости от тяжести травмы. Лечение травматического шока. Особенности течения. Тактика лечения.
48. Закономерность осложнений течения травмы брюшной полости. Показания к оперативному лечению.
49. Хирургические и консервативные методы профилактики осложнений при травмах груди в особенности при доминирующих повреждениях органов грудной клетки.
50. Вакцины в профилактике COVID-19 .

51. Маршрутизация пациентов и больных или лиц с подозрением на острую хирургическую патологию и COVID-19.
52. Техника забора материала на инфекцию, вызванную SARS-CoV-2 у больных с острой хирургической патологией.
53. Комплекс профилактических мероприятий при выявлении больного коронавирусной инфекцией, вызванной SARS-CoV-2 у больных с острой хирургической патологией.
54. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID-19 у больных с хирургической патологией
55. Составление плана лечения пациента с COVID-19 и острой хирургической патологией
56. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции COVID-19 и острой хирургической патологией.
57. Биологические препараты в лечении COVID-19 у хирургических больных.
58. Основные принципы терапии неотложных состояний у хирургических больных с COVID-19
59. Показания для инвазивной искусственной вентиляции легких у хирургических больных.
60. Экстракорпоральная мембранная оксигенация при COVID-19.

6.3.3 Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.67 Хирургия

1. Острая кишечная непроходимость. Особенности клиники, диагностики и лечения тонкокишечной непроходимости. Понятия о кишечной гипертензии и энтеральной недостаточности. Выбор метода операции.
2. Желтухи. Дифференциальная диагностика. Клинико-диагностическая программа при механической желтухе. Хирургическое лечение
3. Острое геморроидальное кровотечение, способы гемостаза. Малоинвазивные методики лечения хронического геморроя, показания.
4. Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки: дивертикулит, перфорация, кровотечение. Диагностика, тактика, лечение.
5. Варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, диф. диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
6. Принципы диагностики и лечения пострадавших с сочетанными и множественными повреждениями опорно-двигательного аппарата. Реанимация и интенсивная терапия при тяжёлой сочетанной травме.
7. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии.
8. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностическая программа. Оценка тяжести кровопотери. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операций.
9. Торакоабдоминальные повреждения. Диагностика. Клиника. Принципы оперативного лечения.
10. Болезни оперированного желудка. Классификация. Клиника, диагностика. Методы консервативной терапии. Показания к операции. Выбор метода хирургического лечения.
11. Открытая травма живота. Клиника, диагностика. Хирургическая тактика и техника операций при повреждении полых органов желудочно-кишечного тракта
12. Особенности острого аппендицита у детей и пожилых. Диагностика. Лечебная тактика.

13. Острый парапроктит. Этиология, патогенез. Криптогландулярная теория развития. Классификация. Клиника. Диагностика.
14. Острые холецистопанкреатиты. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативной терапии. Показания к хирургическому вмешательству
15. Острый аппендицит и беременность. Особенности клиники и оперативного вмешательства в зависимости от сроков беременности.
16. Выпадение прямой кишки. Стадии выпадения. Осложнения. Методика вправления. Ретропексия (операция Кюммеля-Зеренина, латеральная ленточная ретропексия).
17. Острый панкреатит. Классификация. Осложнения. Клиника. Диагностика. Прогностические критерии тяжести и исхода заболевания. Комплексное лечение.
18. Хронический геморрой. Анатомические предпосылки развития. Патогенез (сосудистая и механическая теории). Классификация по стадиям. Методы диагностики. Хирургическое лечение
19. Послеоперационные вентральные грыжи. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы операций
20. Нагноительные заболевания лёгких и плевры: абсцесс, гангрена лёгкого, стафилококковая деструкция лёгких. Клиника. Диагностика. Лечение
21. Пупочные грыжи. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.
22. Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативная терапия. Показания к операции. Методы операций.
23. Деструктивный панкреатит и его осложнения. Клиника. Диагностика. Лечение. Консервативная терапия. Показания и способы дренирования сальниковой сумки.
24. Рак прямой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы оперативного лечения. Паллиативные и радикальные операции
25. Артериальные тромбозы и эмболии верхних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
26. Рак ободочной кишки. Классификация. Клиника. Методы ранней диагностики. Принципы оперативных вмешательств с локализацией в правой и левой половине, поперечно-ободочной и сигмовидной кишке.
27. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Консервативное лечение и хирургическая тактика.
28. Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Современные представления о причинах и механизмах. Клиника. Стадии развития и клинические формы. Трудности диагностики. Диф. диагноз. Показания к хирургическому лечению. Способы оперативных вмешательств.
29. Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Лечение. Показания к наружному дренированию желчных путей и его варианты
30. Опухоли молочной железы. Мастопатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
31. Странгуляционная кишечная непроходимость. Завороты. Узлообразования. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. Хирургическое лечение.

32. Инородные тела и повреждения пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Наиболее важные оперативные вмешательства при повреждениях пищевода.
33. Острый гнойный плеврит. Эмпиема плевры. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, диф. диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.
34. Гнойный холангит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, диф. диагноз. Лечение. Профилактика и лечение печёночно-почечной недостаточности
35. Гемоторакс. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Показания к оперативному лечению. Методы операции.
36. Артериальные тромбозы и эмболии нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Принципы консервативной терапии. Показания к оперативному лечению. Методы операции.
37. Механическая желтуха. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Эфферентная терапия. Методы операций
38. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Дифференциальная диагностика. Осложнения язвенной болезни (пенетрация, малигнизация). Хирургическая тактика. Методы операций
39. Илеофеморальный венозный тромбоз. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
40. Острый холецистит. Осложнения. Клиника. Диагностика. Особенности хирургической тактики. Лечение.
41. Пневмоторакс. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Острый тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Методы операций.
43. Постхолецистэктомический синдром. Понятие. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение. Опасности при повторных операциях на желчных путях.
44. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
45. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
46. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы операций.
47. Тиреотоксический зоб. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Показания к операции. Методы хирургического лечения. Осложнени
48. Острый геморрой. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к операции. Методы хирургического лечения
49. Травматический остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к операции. Методы хирургического лечения.
50. Закрытая травма живота. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
51. Бедренные грыжи. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Способы лечения. Ошибки и опасности при операции.

52. Гемолитический шок. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
53. Ущемлённые грыжи. Этиология. Патогенез. Виды ущемления. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Общие принципы операций. Особенности хирургической тактики и методика операций с сомнительной жизнеспособностью ущемлённых органов. Признаки жизнеспособности кишки.
54. Рак пищевода. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Хирургическое лечение.
55. Наружные кишечные свищи. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Консервативные мероприятия. Оперативное лечение.
56. Торакоабдоминальные ранения. Диагностика. Тактика. Хирургическое лечение
57. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложнённая стенозом. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операций.
58. Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей. Диагностика. Диф. диагностика. Особенности лечения.
59. Трещины заднего прохода. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
60. Портальная гипертензия. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Варикозное расширение вен пищевода. Показания к оперативному лечению. Методы хирургического лечения.
61. Геморрагический шок. Интенсивная терапия. Реинфузия крови. Показания. Методика.
62. Паховые грыжи. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Осложнения. Способы лечения. Особенности техники грыжесечения при врождённых грыжах. Пластика по Лихтенштейну.
63. Посттромбофлебитическая болезнь. Этиология. Патогенез. Диагностика. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению. Методы хирургического лечения.
64. Химические ожоги и рубцовые стриктуры пищевода. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение
65. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Показания к хирургическому лечению. Выбор метода операции.
66. Острый перитонит. Фазы перитонита. Особенности клинических проявлений. Диагностика. Лечение. Методы дренирования брюшной полости. Послеоперационное ведение больных.
67. Отморожения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
68. Острая послеоперационная спаечная кишечная непроходимость. Особенности клиники. Диагностика. Лечение.
69. Острый гнойный лактационный мастит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. Показания к подавлению лактации
70. Синдром длительного сдавления. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение
71. Острая кишечная непроходимость. Патогенез водно-электролитных нарушений в зависимости от начала заболевания. Методы коррекции. Хирургическое лечение. Показания к двух- и трёхэтапным операциям.
72. Тиреоидиты и струмиты. Аутоиммунный тиреоидит Хашимото. Зоб Риделя. Этиология. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение.

73. Перелом костей таза. Внутри- и внебрюшинные повреждения мочевого пузыря и прямой кишки. Клиника Диагностика. Принципы лечение. Методы дренирования мочевых затёков.
74. Острый аппендицит. Атипичные формы. Дифференциальная диагностика. Диагностические и тактические ошибки.
75. Острый аппендицит. Осложнения. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение.
76. Прободная гастродуоденальная язва. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Понятие о прикрытых перфорациях. Выбор метода операции.
77. Кишечные свищи. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к резекции кишечника, наложению обходных анастомозов
78. Структура осложнений травм груди и их классификация
79. Хирургические и консервативные методы профилактики осложнений при травмах груди.
80. Основополагающие принципы профилактики осложнений при травме живота. Возможности ранней диагностики осложнений.
81. Эфферентная терапия у пострадавших с травмой живота.
82. Полноценная и эффективная эфферентная терапия пострадавших с травмой живота на фоне сочетанной травмы. Методы и возможности гемокоррекции.
83. Структура осложнений черепно-мозговой травмы. Патогенез. Клиника. Диагностика.
84. Структура черепно-мозговой травмы. Частота и классификация. Причины исходов шока в зависимости от тяжести ЧМТ. Особенности течения. Тактика лечения.
85. Критерии оценки осложнений в зависимости от прогноза тяжести течения травматического шока. Классификация. Общие принципы профилактики.
86. Особенности маршрутизации больных с хирургической патологией и COVID-19. Методы специфической диагностики инфекции, вызванной SARS-CoV-2 у хирургических больных.
87. Дифференциальная диагностика новой коронавирусной инфекцией у больных с хирургической патологией.
88. Принципы терапии неотложных состояний при COVID-19 у больной с хирургической патологией.
89. Лечение коронавирусной инфекции у пациентов, наиболее уязвимых в отношении жизнеугрожающего течения COVID-19 у больных с хирургической патологией (возраст более 65 лет, наличие коморбидных заболеваний).
90. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности у больных с хирургической патологией.

6.3.4 Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.67 Хирургия

ЗАДАЧА № 1

В приемное отделение доставлена 35-летняя женщина с жалобами на постоянные интенсивные боли в надлобковой и правой подвздошной областях, тошноту, учащенное болезненное мочеиспускание и субфебрильную температуру тела.

Из анамнеза заболевания выяснено, что впервые боли появились в эпигастрии 12 часов назад, затем через 4-5 часов локализовались в правой подвздошной и надлобковой областях, сопровождаясь болезненным мочеиспусканием частотой до 6-7 раз в сутки. При ходьбе боли усиливались, иррадиировали в правую ногу и область

анального отверстия. Последняя менструация была 8 дней назад, в срок. Воспалительные заболевания половой сферы отрицает. Беременностей и родов не было.

При обследовании дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/70 мм. рт.ст. Язык подсыхает, обложен грязно-белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, несколько напряжен. При пальпации болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях, где определяется гиперестезия кожи и сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Образцова, Ровзинга и Ситковского. Перкуторно: притупление в нижних отделах живота. Аускультативно: перистальтика ослаблена.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие диагностические исследования необходимо назначить больной для верификации диагноза?
4. Лечебная тактика.
5. Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания?
6. Какова летальность при данной болезни?
7. Какие осложнения встречаются при данном заболевании?
8. Какие осложнения возможны после операции по поводу данной патологии и их профилактика?

ОТВЕТ № 1:

1. Диагноз: Острый аппендицит (Тазовое расположение червеобразного отростка).
2. Боли в правой подвздошной и надлобковой областях, учащенное мочеиспускание, тошнота и субфебрилитет возможны при остром аппендиците с тазовым расположением червеобразного отростка (тазовый аппендицит), остром цистите, аднексите, апоплексии яичника, инфекции половых органов, мочекамееной болезни.
3. Для уточнения диагноза следует провести ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, что позволит исключить тазовый острый аппендицит и выяснить состояние придатков матки. При ректальном исследовании возможно определение болезненности передней стенки прямой кишки справа. При влагалищном исследовании задний свод может выбухать. Общий анализ крови позволяет определить умеренный лейкоцитоз с преобладанием нейтрофилов. СОЭ повышено. Общий анализ мочи позволит исключить патологию мочевыводящих путей и почек. На данный момент наилучшим методом диагностики (в т.ч. и дифференциальной) является лапароскопия.
4. Данный диагноз является показанием к экстренному оперативному вмешательству. В настоящее время применяют открытую и лапароскопическую аппенэктомию. При открытой используют косой переменный доступ по Волковичу-Дьяконову, продольный – Ленандера, поперечный – Шпренгеля. Возможно антеградное и ретроградное удаление отростка. Культя обрабатывается погружным или лигатурным способом. В данной ситуации следует удалить червеобразный отросток через нижний срединный лапаротомический доступ, позволяющий провести хорошую ревизию, а при необходимости санировать и адекватно дренировать малый таз. Возможна и лапароскопическая аппендэктомия, но риск недостаточного дренирования с последующим образованием абсцессов выше.
5. Острый аппендицит – это полиэтиологическое заболевание. Единой общепризнанной теории развития острого аппендицита не существует. Бесспорным является полимикробный характер поражения, особенно на фоне обтурации просвета червеобразного отростка (гиперплазия лимфоидных фолликулов, каловые камни) /инфекционная и механическая теориии/. Согласно нервно-сосудистой теории, многообразные патологические влияния, нейрогенным путем могут вызывать

мышечный и сосудистый спазм червеобразного отростка. По аллергической теории, аллергия в качестве патогенного фактора проявляется первоначально как местная сосудистая реакция, на фоне которой затем возникают дистрофические расстройства. Под влиянием перечисленных факторов начинается серозное воспаление. При этом еще больше нарушается микроциркуляция, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов. Повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате серозное воспаление сменяется деструктивными формами и развиваются осложнения.

6. Летальность при остром аппендиците на протяжении последних лет стабильна и составляет 0,11-0,3%. При наличии осложнений эти цифры возрастают.
7. При остром аппендиците возможны следующие осложнения: аппендикулярный инфильтрат, локальные абсцессы брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), распространенный и местный перитонит, пилефлебит.
8. После аппендэктомии возможны следующие осложнения: перитонит вследствие запущенного острого аппендицита на догоспитальном этапе или возникший в результате несостоятельности швов культи червеобразного отростка; абсцессы и гнойники брюшной полости чаще вследствие перитонита; кишечные свищи; кровотечение, как в зоне операции, так и в брюшную полость; острая послеоперационная кишечная непроходимость; раневые осложнения (нагноение раны, эвентрация, серома, инфильтрат, лигатурный свищ). Соответственно, своевременное выявление патологии и ее диагностика, бережное манипулирование с тканями, адекватная антимикробная терапия спосюбствует уменьшению количества послеоперационных осложнений.

ЗАДАЧА № 2

Больной 48 лет был прооперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция прошла без особенностей. Послеоперационная рана ушита наглухо. В первые сутки после операции у больного появилась слабость, головокружение, однократная рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Пульс - 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Артериальное давление - 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серо-белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, вздут, болезненный в области послеоперационной раны. При перкуссии в отлогих местах определяется укорочение перкуторного звука. Аускультативно выслушивается ослабленные кишечные шумы. Положительный симптом Куленкампфа.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,9x10^{12}$/л. Гемоглобин - 72 г/л. Гематокрит – 32%.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назовите возможные причины возникновения данного осложнения у больного?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
5. Алгоритм лечения данного осложнения?
6. Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

ОТВЕТ № 2:

1. По-видимому, произошло внутрибрюшное кровотечение в раннем послеоперационном периоде.
2. Это подтверждает клиническая и лабораторная картина. Можно провести УЗИ-исследование брюшной полости на предмет наличия свободной жидкости (крови).
3. Причиной кровотечения может быть соскочившая лигатура с брыжейки червеобразного отростка, неадекватный гемостаз, технические погрешности операции (небрежное, травматичное обращение с тканями).
4. Дифференциальную диагностику следует проводить с различными осложнениями раннего послеоперационного периода (гематома со стороны послеоперационной раны, инфильтрат последней, кровотечение из раны брюшной стенки, кровотечения в свободную брюшную полость (не из брыжейки червеобразного отростка).
5. Следует в экстренном порядке провести релапаротомию. После релапаротомии и ревизии органов брюшной полости, поиск источника кровотечения с дальнейшим адекватным гемостазом и ушиванием раны.
6. В послеоперационном периоде следует проводить динамическое наблюдение за пациентом с коррекцией нарушений функций организма на фоне кровопотери.

ЗАДАЧА № 3

Больной 35-ти лет поступил в хирургическое отделение с травматическим разрывом селезенки. Была выполнена спленэктомия. Проводилась экстренная гемотрансфузия в количестве 500 мл во время операции. Группа крови А (II).

Через 15 часов после экстренной гемотрансфузии стал жаловаться на чувство стеснения в груди, сердцебиение, озноб, жар, интенсивную боль в поясничной области.

При осмотре больной возбужден. Кожные покровы и склеры иктеричные, влажные, холодные на ощупь. Отмечается гиперемия лица и шеи.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление - 80/50 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений - 130 ударов в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения.

Дыхание жесткое. Аускультативно выслушиваются разнокалиберные хрипы в легких. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту.

Живот правильной формы, мягкий, участвует в акте дыхания. При исследовании печени пальпируется её болезненный нижний край на 2 поперечных пальца ниже реберной дуги. Отмечается болезненность в поясничных областях; симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. За сутки выделилось 100 мл мочи цвета «мясных помоев». Кал светло-коричневого цвета.

1. Ваш диагноз?
2. Что необходимо предпринять для подтверждения и уточнения Вашего диагноза?
3. Почему возникла данное заболевание?
4. Объясните патогенез данного состояния?
5. Какой симптом данного осложнения является патогномоничным?
6. Алгоритм неотложной помощи при данном состоянии?
7. Что следует предпринять при неэффективности консервативного лечения?
8. Назовите меры профилактики данного осложнения?

ОТВЕТ № 3:

1. В данном случае мы, скорее всего, имеем дело с гемотрансфузионной реакцией, связанной с переливанием несовместимой крови. Как показывает практика, наиболее частой причиной посттрансфузионных осложнений (около 90%) является переливание

крови, несовместимой по системе АВО и Rh-фактору. Эти ошибки совершаются главным образом в хирургических и акушерско-гинекологических отделениях.

2. Для абсолютной диагностики данного вида осложнения остаток донорской крови, образец крови и мочи реципиента отправляют в лабораторию для повторного типирования и перекрестного теста.

3. Данное осложнение, вероятнее всего, возникло в связи с тем, что переливание несовместимой крови проводилось пациенту под наркозом (реактивные проявления и симптомы шока чаще всего отступают по времени и бывают выражены незначительно). В этих случаях ориентируются на изменение АД (гипотонию), ЧСС (тахикардию) и окраску кожных покровов лица и шеи.

4. Причиной такого осложнения в подавляющем большинстве случаев является невыполнение или нарушение правил по технике переливания крови, по методике определения групп крови и проведения пробы на групповую совместимость по системе АВО. В патогенезе посттрансфузионных осложнений, вызванных непереносимостью крови донора и реципиента по системе АВО, ведущую роль играет разрушение (гемолиз) эритроцитов донора антителами, в результате чего в крови реципиента появляется свободный гемоглобин, биогенные амины, тромбопластин и другие биологически активные вещества. На основании нервно-рефлекторной теории гемотрансфузионного шока считается, что под влиянием стрессового воздействия и высоких концентраций биологически активных веществ сначала происходит раздражение интерорецепторов, а затем, если воздействие не прекращается, развивается запредельное торможение. Клинически наблюдаются нарушения гемодинамики и поражение почек по типу острой циркуляторной нефропатии. Свободный гемоглобин, обладая наибольшей нефротоксичностью, превращается в почечных канальцах в солянокислый гематин. Накопление его в просвете почечных канальцев вместе с остатками разрушенных эритроцитов приводит к спазму почечных сосудов, снижению почечного кровотока и клубочковой фильтрации, что наряду с некробиотическими изменениями эпителия канальцев является причиной олигоанурии. В патогенезе поражения легких, печени, эндокринных желез и других внутренних органов первостепенная роль принадлежит ДВС-синдрому. Пусковым моментом его развития является массивное поступление в кровоток тромбопластина из разрушенных эритроцитов (кровяной тромбопластин). Данное осложнение может быть вызвано переливанием 30-50 мл крови или значительно реже после переливания флакона крови (наш случай).

5. Субъективные расстройства, выражаются в ухудшении самочувствия, стеснении в груди, сердцебиении, ознобе, появлении жара во всем теле, головных и абдоминальных болях, как правило, довольно сильно выраженных. Последний симптом считается патогномоничным для данного вида осложнения.

6. Следует прекратить переливание несовместимой крови (если реакция возникла во время гемотрансфузии, что происходит чаще) и начать инфузионную терапию. Вводят 0,9% NaCl, р-р Рингера с лактатом, реополиглюкин с такой скоростью, чтобы диурез составлял как минимум 100 мл/час. Кристаллоидные препараты - важный компонент лечения. Так же показаны малые дозы дофамина. После восстановления ОЦК можно осторожно применять петлевые диуретики (лазикс, маннитол). С целью предотвращения осаждения свободного гемоглобина в почечных канальцах применяют ощелачивание мочи бикарбонатом натрия. Необходимо ввести мочевой катетер. В качестве сердечнососудистых средств применяют сердечные гликозиды (строфантин, коргликон); при низком давлении - норадреналин. Полезно использовать антигистаминные препараты и глюкокортикоиды. Для снятия спазма почечных сосудов срочно проводят двухстороннюю поясничную новокаиновую блокаду. Для облегчения дыхания больному дают увлажненный кислород.

7. Неэффективность лекарственной терапии острой почечной недостаточности, прогрессирование уремии служит показанием к гемодиализу, гемосорбции, плазмаферезу.
8. Профилактика этого вида осложнений сводится к правильному определению групповой принадлежности крови больного и донора.

7. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.067 ХИРУРГИЯ

7.1. Основная литература

1. **Национальные клинические рекомендации по хирургии РОХ** https://book.surgeons.ru/clinical-guidelines

7.2. Дополнительная литература.

1. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. рук. Т. 1 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 864, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).
2. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. рук. Т. 2 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 825, [3] с. : ил., 6 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).
3. **Клиническая хирургия** [Текст] : нац. руководство. Т. 3 / Рос. о-во хирургов, Ассоциация мед. о-в по качеству ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 1002, [4] с. : ил., 5 л. цв. ил. + 1CD-ROM. - (Национальные руководства).
4. **Общая и неотложная хирургия** [Текст] : руководство / под ред. С. Патерсон-Брауна ; пер. с англ. под ред. В. К. Гостищева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 379 с. : ил., цв. ил. - (Руководства для специалистов хирургической практики).
5. **Гостищев В. К.** Общая хирургия [Текст] : учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Анестезиология" / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 728 с. : ил., 8 л. цв. ил.
6. **Хирургические болезни** [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 2 / В. С. Савельев [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 398, [2] с. : ил. + 1 CD-ROM (к Т. 1-2).
7. **Хирургические болезни** [Текст] : учебник : в 2 т. Т. 1 / М. М. Абакумов [и др.] ; под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 603, [3] с. : ил. + 1CD-ROM (к Т. 1-2).
8. **Хирургические болезни** [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирург. болезни" / А. Ф. Черноусов [и др.] ; под ред. А. Ф. Черноусова ; Минобрнауки РФ. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с. : ил., цв. ил. + 1 CD-ROM.
9. **Петров С. В.** Общая хирургия [Текст] : учебник для вузов по спец. 060101.65 "Леч. дело" и 060105.65 "Мед.-профил. дело" по дисциплине "Общая хирургия. Лучевая диагностика" / С. В. Петров ; Минобрнауки РФ. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 832 с. : ил.
10. **Ривкин В. Л.** Колопроктология [Текст] : [рук. для врачей] / В. Л. Ривкин, Л. Л. Капуллер, Е. А. Белоусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с. : ил., 6 л. цв. ил.

11. **Эндокринная хирургия** [Текст] : [рук. для врачей] / С. С. Харнас [и др.] ; под ред. С. С. Харнаса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 490, [4] с. : ил., цв. ил. - (Библиотека врача-специалиста. Хирургия. Эндокринология).
12. **Травматология** [Текст] : национальное руководство / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 808с. – (Национальные руководства).
13. **Урология** [Текст] : национальное руководство / под ред. Н.А.Лопаткина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1024с. – (Национальные руководства).
14. **Российское общество хирургов (РОХ)** - www.общество-хирургов.рф (электронный ресурс)

7.3. Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

1. Электронно-библиотечная система "Консультант студента"– http://www.studmedlib.ru/

2. Электронно-библиотечная система "Консультант врача" - http://www.rosmedlib.ru/

3. База данных "MedlineWithFulltext" на платформе EBSCOHOSThttp://www.search.ebscohost.com/

4. Электронно-библиотечная система «Book-up» - http://www.books-up.ru/

5. Электронно-библиотечная система издательства «Лань» - http://www.e.lanbook.com/

6. Электронно-библиотечная система «Айбукс» -http://www.ibooks.ru/

7. Справочно-библиографическая база данных «Аналитическая роспись российских медицинских журналов «MedArt» http://www.medart.komlog.ru/

8. Интернет-сайты, рекомендованные для непрерывного медицинского образования: • Портал непрерывного и медицинского образования врачей https://edu.rosminzdrav.ru/ • Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования http://www.sovetnmo.ru/

10. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации» – http://gpfm.ru/

11. Всероссийская Образовательная Интернет-Программа для Врачей – http://internist.ru/

12. Международный медицинский портал для врачей http://www.univadis.ru/

13. Медицинский видеопорталhttp://www.med-edu.ru/ 20. Медицинский информационно-образовательный портал для врачей https://mirvracha.ru/

Приложение 1

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

_____
_
(наименование специальности)

«____»_____20____г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: /ФИО/

Члены государственной экзаменационной комиссии: /ФИО/

Секретарь подкомиссии: /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного тестирования - ____

Оценка _____

Постановили:

Признать, что ординатор_____
сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/_____ /

Секретарь ГЭК _____/ _____ /

Приложение 2

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему государственного экзамена по специальности подготовки
(II этап ГИА - практические навыки)

_____
_
(наименование специальности)

«____»_____20____г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: /ФИО/.

Члены государственной экзаменационной комиссии: ……./ФИО/

Секретарь подкомиссии: ……./ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:

1._____
_____

2._____
_____

3._____
_____

Постановили:

Признать, что ординатор_____

сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/ _____ /

Секретарь ГЭК _____/ _____ /

Приложение 3

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему государственного экзамена по специальности подготовки
(III этап ГИА – устное собеседование)

_____
_
(наименование специальности)

«____»_____20____г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: /ФИО/

Члены государственной экзаменационной комиссии: /ФИО/

Секретарь подкомиссии: /ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:

1._____
_____

2._____
_____

3._____
_____

Постановили:

Признать, что ординатор_____

сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/ _____ /

Секретарь ГЭК _____/ _____ /