

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 09.07.2026 15:08:00
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f49980090346b0a2f836

Бюджетное учреждение высшего образования

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

11 июня 2026 г., протокол УМС №5

ПРОГРАММА

**государственной итоговой аттестации
выпускников по специальности**

31.08.16 Детская хирургия

(код, наименование специальности)

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

квалификация - врач детский хирург

(наименование квалификации)

Программу составил(и):

к.м.н., ст. преподаватель Смоленцев М.М..

Рабочая программа

Государственная итоговая аттестация выпускников

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 г. № 1110)

составлена на основании учебного плана:

31.08.16 Детская хирургия

утвержденного:

ученым советом МИ протокол №8 от 28.05.2026 _____ Коваленко Л.В.

учебно-методическим советом МИ протокол № 8 от 23.04.2026 _____ Васильева Е. В.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургических болезней от 02.04.26 протокол №10

Зав. кафедрой Д-р.мед.наук, профессор Дарвин Владимир Васильевич _____

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1. Общие положения

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
 - Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
 - Постановление Правительства Российской Федерации от 05.08.2013 г. №661. «Об утверждении правил разработки, утверждения Федеральных государственных образовательных стандартов и внесения в них изменений»;
 - Письмо Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 №16-2/10/2-3902 «О порядке организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам»;
 - Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 23.04.2009 г. №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;
 - Приказ Министерства здравоохранения от 29.11.2012 №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»;
 - Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранения и медицинские науки»;
 - Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 №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»;
 - Приказ Минобрнауки России от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
 - Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014. № 1058 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
 - Устав БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
 - ПСП-2.13 «Положение о медицинском институте»;
 - СТО-2.1.2 «Образовательная программа высшего образования – программа ординатуры».
- СТО-2.12.2-16 г. «Государственная итоговая аттестация выпускников ординатуры медицинского института».

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) проводится на основе принципа объективности оценки качества подготовки обучающихся для определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы по специальности 31.08.67 Хирургия соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта (далее – ФГОС ВО).

ГИА включает в себя подготовку и проведение государственного междисциплинарного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основных профессиональных образовательных программ высшего образования требованиям ФГОС ВО.

К государственной итоговой аттестации допускаются студенты, завершившие в полном объеме курс теоретического и практического обучения и успешно выполнившие все требования учебного плана.

1.2. Квалификационная характеристика профессиональной деятельности выпускника ординатуры СурГУ по специальности «31.08.16 Детская хирургия»

1.2.1. Область профессиональной деятельности выпускника

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

1.2.2. Объекты профессиональной деятельности выпускника

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки)
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.2.3. Виды профессиональной деятельности выпускника

Специалист по направлению специальности 31.08.16 «Детская хирургия» готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная; психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Программа ординатуры направлена на освоение всех видов профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник.

1.2.4. Задачи профессиональной деятельности выпускника ординатуры и приобретаемые знания, владения, умения

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:
профилактическая деятельность:

- 1) предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- 2) проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- 3) проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- 1) диагностика заболеваний и патологических состояний детей на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- 2) диагностика неотложных состояний у детей;
- 3) проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- 1) оказание специализированной медицинской помощи;
- 2) участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- 3) оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- 1) проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- 1) формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- 1) применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- 2) организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- 3) организация проведения медицинской экспертизы;
- 4) организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам; ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- 5) создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда; соблюдение основных требований информационной безопасности.

1.2.5. Требования к освоениям программы ординатуры

В результате освоения программы ординатуры у выпускника по программе ординатуры должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции:

1. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими 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 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 (УК-3);

2. Выпускник, освоивший программу ординатуры, 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 у детей и подростков, 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-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками (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 детей 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).

2. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен.

1. История развития детской хирургии. Детская хирургия в Российской Федерации. Нормативно-правовое регулирование деятельности врача детского хирурга
2. Организация детской хирургической службы: нормативно-правовая база и стандарты оказания помощи. Юридические аспекты работы: ведение медицинской документации и информированное согласие
3. Особенности диагностики в детской хирургии: алгоритмы обследования и интерпретация результатов. Предоперационная подготовка детей разных возрастных групп: оценка рисков и коррекция состояния
4. Неотложные состояния в детской хирургии: алгоритмы действий при urgentных ситуациях. Принципы работы детского хирурга: взаимодействие с педиатрами, анестезиологами и реаниматологами
5. Пороки развития передней брюшной стенки, заболевания вагинального отростка
6. Паховые грыжи у детей: дифференциальная диагностика, выбор метода герниопластики
7. Пупочные и послеоперационные грыжи: показания к хирургическому лечению, методы пластики
8. Острый аппендицит у детей. Особенности течения у детей, дифференциальная диагностика, осложнения, тактика ведения.
9. Осложненные формы острого аппендицита: перитонит, аппендикулярный инфильтрат и абсцесс, тактика хирургического лечения
10. Меккелев дивертикул: клинические проявления, методы диагностики, хирургическая тактика при осложненных формах
11. Приобретенная кишечная непроходимость, классификация, этиопатогенез. Тактика ведения. Значение рентгенологических методов обследования
12. Кишечная инвагинация у детей: этиопатогенез, клинические проявления, ультразвуковая и рентгенологическая диагностика. Лечебная тактика
13. Спаечная кишечная непроходимость: профилактика спаикообразования, показания к оперативному лечению
14. Динамическая кишечная непроходимость у детей: дифференциальная диагностика, лечебная тактика
15. Болезнь Гиршпрунга: современные методы диагностики, подготовка к операции, хирургические методы коррекции. Гиршпрунгоподобные заболевания
16. Пороки развития и заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.
17. Гипертрофический пилоростеноз: клиническая картина, ультразвуковая диагностика, методика пилоромии
18. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: показания к хирургическому лечению, современные методы антирефлюксных операций
19. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в детском возрасте: осложнения, требующие хирургического вмешательства
20. Желудочно-кишечные кровотечения у детей: диагностический алгоритм, показания к хирургическому вмешательству
21. Заболевания желчевыводящих путей у детей (ЖКБ, холедохоцеле): клиника, диагностика, хирургическая тактика
22. Портальная гипертензия у детей: хирургические методы коррекции, показания к шунтирующим операциям
23. Острый и хронический панкреатит в детском возрасте: осложнения, требующие хирургического вмешательства
24. Заболевания селезенки у детей, требующие хирургического лечения (травмы, кисты, гематологические заболевания)
25. Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, НЯК) в детской хирургической практике
26. Острые кишечные инфекции с хирургическими осложнениями (токсикоз с эксикозом, инвагинация)
27. Хронические запоры у детей: дифференциальная диагностика с хирургической патологией
28. Функциональные заболевания ЖКТ с хирургическими масками
29. Травмы органов брюшной полости у детей: диагностическая тактика, показания к лапаротомии
30. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: клинические проявления, эндоскопические и хирургические методы удаления
31. Кистозные образования брюшной полости у детей (брыжейки, сальника, поджелудочной железы, печени): дифференциальная диагностика, показания к оперативному лечению
32. Перитонит в детском возрасте, этиопатогенез, классификация. Принципы предоперационной подготовки, хирургическая тактика, послеоперационное ведение.
33. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии: профилактика и лечение
34. Современные малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии у детей
35. Заболевания дыхательной системы у детей, требующие хирургического лечения: пороки развития, кистозные образования, свищи, деструктивные пневмонии.
36. Заболевания дыхательных путей: врожденные сужения и приобретенные стенозы гортани, сужения трахеи и бронхов, бронхогенные кисты, трахеопищеводные свищи
37. Заболевания легких: пороки развития легких, бронхоэктазы
38. Заболевания дыхательных путей: врожденные сужения и приобретенные стенозы гортани, сужения трахеи и бронхов, бронхогенные кисты, трахеопищеводные свищи
39. Деструктивные пневмонии, гнойные плевриты. Хирургическая тактика.
40. Заболевания пищевода: ахалазия пищевода, ГЭРБ, ожоги пищевода, приобретенные и врожденные сужения пищевода.
41. Ожог пищевода. Этиопатогенез. Классификация. Тактика лечения. Перфорация пищевода, осложнения, тактика ведения.

42. Диафрагмальные грыжи у детей: врожденные и приобретенные формы, методы хирургической коррекции
43. Неотложные состояния в торакальной хирургии (пневмоторакс, гемоторакс): клиника, диагностика и хирургическая тактика
44. Инородные тела дыхательных путей: клинические проявления, методы диагностики и эндоскопического удаления
45. Опухоли средостения у детей: классификация, методы диагностики и хирургического лечения
46. Сепсис хирургического генеза у детей: диагностика и интенсивная терапия
47. Флегмоны и абсцессы мягких тканей у детей: клиническая картина, дифференциальная диагностика, современные методы хирургического лечения
48. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки (пиодермии, гидраденит): диагностика и хирургическая тактика
49. Хирургическая инфекция кисти и стопы у детей (панариции, флегмоны): особенности лечения
50. Некротизирующие инфекции мягких тканей у детей: клиника, диагностика, хирургическая тактика
51. Ожоговая болезнь у детей: стадии, принципы местного и общего лечения
52. Лимфадениты и аденофлегмоны у детей: клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения
53. Острый гематогенный остеомиелит: современные подходы к диагностике и хирургическому лечению
54. Хронический остеомиелит: методы хирургической санации очагов инфекции
55. Гнойные артриты у детей: клиника, диагностика, хирургическая тактика
56. Абсцессы легких в детском возрасте: этиология, клиническая картина, методы консервативного и хирургического лечения
57. Острая эмпиема плевры: стадийность патологического процесса, современные методы дренирования и лечения
58. Гнойный медиастинит: этиопатогенез, диагностика и тактика ведения в детском возрасте
59. Послеоперационные гнойные осложнения: профилактика и лечение
60. Организация детской онкологической службы в Российской Федерации. Классификация опухолевых и опухолевидных заболеваний. Принципы диагностики, лечения, диспансерного наблюдения
61. Опухоли брюшной полости у детей: нефробластома, нейробластома, гепатобластома и гепатоцеллюлярная карцинома, опухоли надпочечников, дифференциальная диагностика
62. Опухоли мягких тканей у детей: рабдомиосаркома и другие мезенхимальные новообразования
63. Опухоли костей в детском возрасте: остеосаркома и саркома Юинга
64. Опухоли центральной нервной системы в детском возрасте
65. Гемобластозы у детей: хирургические аспекты диагностики и лечения
66. Доброкачественные сосудистые опухоли у детей: гемангиомы, лимфангиомы, сосудистые мальформации
67. Редкие опухоли детского возраста: диагностические и терапевтические подходы
68. Современные методы диагностики в детской онкологии: от УЗИ до ПЭТ-КТ. Биопсия опухолей у детей: показания, методы, осложнения
69. Принципы хирургического лечения опухолей у детей. Неотложные состояния в детской онкологии: синдром лизиса опухоли, компрессия.
70. Организация работы детского хирурга в поликлинике;
71. Диспансеризация и восстановительное лечение детей с хирургическими заболеваниями;
72. Хирургические вмешательства у детей в амбулаторных условиях;
73. Организация акушерско-гинекологической помощи детям и подросткам;
74. Классификация. Этиология и патогенез заболеваний гениталий у девочек;
75. Клиника и диагностика гинекологических заболеваний;
76. Методы обследования девочек-подростков;
77. Нарушения полового развития девочек-подростков;
78. Аномалии развития женских гениталий;
79. Аномальные маточные кровотечения у детей и подростков;
80. Воспалительные заболевания вульвовагинальной зоны и внутренних половых органов;
81. Злокачественные опухоли яичников у девочек и подростков;
82. Патология молочных желёз;
83. Внутривидовая эндоскопия в хирургии и урологии у детей;
84. Торакоскопические операции при заболеваниях и пороках развития органов средостения у детей;
85. Торакоскопические операции при заболеваниях и пороках развития легких у детей;
86. Торакоскопические операции при диафрагмальной грыже у детей;
87. Лапароскопические операции при заболеваниях абдоминального отдела пищевода, желудка и ДПК у детей;
88. Лапароскопические операции при заболеваниях и пороках развития кишечника у детей;
89. Лапароскопические операции при заболеваниях и пороках развития селезенки, печени и желчевыводящих путей у детей;
90. Лапароскопические операции при заболеваниях и пороках развития органов малого таза у девочек;
91. Лапароскопические и ретроперитонеоскопические операции при урологических заболеваниях и пороках развития почек и мочевыводящих путей у детей.
92. Методы обследования детей с урологической патологией;
93. Аномалии положения и формы почек;
94. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
95. Врожденный гидронефроз;
96. Уретерогидронефроз;
97. Инфравезикальная обструкция;
98. Экстрофия мочевого пузыря.
99. Гипоспадия;
100. Киста почки;
101. Мультикистоз почки;
102. Поликистоз почек;
103. Нейрогенный мочевой пузырь;
104. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря;
105. Воспалительные заболевания мочевыводящих путей: пиелонефрит, цистит, уретрит;
106. Уролитиаз;
107. Водянка оболочек яичка;
108. Аномалии развития и опускания яичка у детей;
109. Синдром отечной мошонки;
110. Заболевания крайней плоти у детей.

2.2.Рекомендации ординаторам по подготовке к государственному экзамену

1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, устанавливает выпускающая кафедра по специальности ординатуры.
2. Приказом ректора университета утверждается государственная экзаменационная комиссия, состав которой доводится до сведения ординатора.
3. Допуск каждого ординатора к государственным экзаменам осуществляется приказом проректора по учебно-методической работе.
4. В соответствии с программой государственных экзаменов проводятся консультации.
5. Сроки проведения экзаменов и консультаций отражаются в расписании.
6. ГИА выпускников ординатуры предусматривает оценку теоретической и практической профессиональной подготовленности на основе федеральных государственных образовательных стандартов к минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» .
7. ГИА по специальности осуществляется в три этапа:
 - проверка уровня теоретической подготовленности путем междисциплинарного тестового экзамена на безмашинной или компьютерной основе;
 - проверка уровня освоения практических умений;
 - оценка теоретических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам (проводится при проведении государственного экзамена по специальности).
8. ГИА состоит из трех последовательных этапов проверки, каждый из которых в результате определяется оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Положительная оценка сдачи каждого из этапов является основанием для допуска к следующему этапу аттестации и собеседованию при сдаче государственного экзамена по специальности.
9. При подготовке к ответу в устной форме студенты делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом института.
10. При необходимости студенту после ответа на теоретический вопрос билета задаются дополнительные вопросы.
11. После завершения ответа члены экзаменационной комиссии, с разрешения ее председателя, могут задавать студенту дополнительные вопросы, не выходящие за пределы программы государственного экзамена. На ответ студента по билету и вопросы членов комиссии отводится не более 30 минут.
12. По завершении государственного экзамена экзаменационная комиссия на закрытом заседании обсуждает характер ответов каждого студента и выставляет каждому студенту согласованную итоговую оценку.
13. Итоговая оценка по устному экзамену сообщается студенту в день сдачи экзамена (по письменному экзамену – на следующий день после сдачи экзамена), выставляется в протокол экзамена и зачетную книжку студента. В протоколе экзамена фиксируются номер и вопросы (задания) экзаменационного билета, по которым проводился экзамен. Председатель и секретарь экзаменационной комиссии расписываются в протоколе и в зачетной книжке.
14. Протоколы государственного экзамена утверждаются председателем ГЭК, оформляются в специальном журнале, хранятся в учебном отделе в соответствии с номенклатурой дел. По истечении срока хранения протоколы передаются в архив.
15. Ответ на вопрос билета должен соответствовать основным положениям раздела программы государственного экзамена, предусматривать изложение определений основных понятий.
16. Порядок и последовательность изложения материала определяется самим студентом.
17. Студент имеет право расширить объем содержания ответа на вопрос на основании дополнительной литературы при обязательной ссылке на авторство излагаемой теории.
18. Теоретические положения должны подтверждаться примерами из практической деятельности.
19. Выпускник, не сдавший завершающий этап аттестации, считается не прошедшим ГИА.

3. Критерии оценки результатов сдачи государственных экзаменов

- 3.1. Критерии оценок каждого из этапов аттестационных испытаний утверждаются председателем ГЭК. Уровень знаний обучающихся определяется следующими оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Все оценки заносятся в протоколы квалификационного экзамена и экзаменационную ведомость (СТО-2.12.2-16 г.)
- 3.2. Критерии результатов междисциплинарного аттестационного тестового экзамена (первый этап) определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится – от 90% до 100 % правильных ответов.

Оценка «хорошо» – от 80% до 89,9% правильных ответов.

Оценка «удовлетворительно» – от 70% до 79,9% правильных ответов.

Оценка «неудовлетворительно» – от 0% до 69,9 % правильных ответов.
- 3.3. Критерии второго этапа государственного аттестационного экзамена практические навыки – определяются следующими подходами.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся владеет общепрофессиональными и специальными умениями и навыками; умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный клинический диагноз в соответствии с современной классификацией, не допускает существенных ошибок и неточностей.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основные практические навыки, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в проведении обследования и лечения больного и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие общепрофессиональных и специальных умений и навыков, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не умеет провести обследование, формулировать и обосновывать предварительный диагноз, составить план обследования и лечения больного в соответствии с предварительным диагнозом, не умеет проводить дифференциальную диагностику, формулировать полный

клинический диагноз в соответствии с современной классификацией.

Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

3.4. Критерии результатов государственного экзамена по специальности (третий этап) определяются следующими оценками.

Оценка «отлично» ставится, если обучающийся глубоко и прочно усвоил весь программный материал и материал дополнительных источников, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически его излагает, справляется с заданиями без затруднений, правильно обосновывает принятые решения, умеет самостоятельно обобщать и излагать материал, не допуская ошибок и неточностей.

Оценка «хорошо» ставится, если обучающийся твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допускает существенных ошибок и неточностей в ответе на вопрос, может правильно применять теоретические положения и владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении заданий.

Оценка «удовлетворительно» ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильно трактует формулировки, нарушает последовательность в изложении программного материала и испытывает затруднения в выполнении заданий.

Оценка «неудовлетворительно» ставится, если обучающийся демонстрирует отсутствие знаний отдельных разделов основного учебно-программного материала, допускает принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не может правильно применять теоретические положения, не владеет необходимыми умениями и навыками. Кроме того, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся, нарушившему правила поведения при проведении экзамена и удаленного с него.

Итоговая оценка выставляется по совокупности всех оценок за 3 этапа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по экзамену. В зависимости от результатов экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение «Присвоить звание (квалификацию) специалиста «врач-хирург» или «Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста «врач-хирург».

В случае, когда у одного из членов комиссии появится оценка, резко отличающаяся от других, ее надо рассматривать и обсуждать отдельно, так как именно она может быть признана более верной, после заслушивания аргументов, приведенных экспертом, ее поставившим. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

3. Перечень рекомендуемой литературы

1. Список основной литературы

№	Название учебника, автор	Кол-во экз. в фонде		
ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во экз.
1	Исаков Ю.Ф	Детская хирургия: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970472705.html /ISBN 978-5-9704-7270-5.	2
2	Разин М.П.	Детская хирургия: учебник	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2018, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444696.h tml	2

1.1.1 Дополнительная литература

№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во экз.
1	Подкаменев В.В.	Хирургические болезни у детей: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012, ISBN 978-5-9704-2278-6	1
2	Альхимович Е.А.	Детская оперативная хирургия: практическое руководство	Москва: Медицинское информационное агентство, 2011, ISBN 978-5-9986-0051-7	1
3	Андреев И.Д.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста: учебное пособие	Москва : Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2018, ISBN 978-5-9704-4334-7	1
4	Разумовский А.Ю.	Эндоскопическая хирургия в педиатрии: практическое руководство	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016 608 с. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436226.html ISBN 978-5-9704-3622-6	1
5	Пугачев А.Г.	Детская урология: практическое руководство	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2009, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409718.h tml	1
6	Разумовский А. Ю.	Детская хирургия: национальное руководство.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. ISBN 978-5-9704-5785-6. https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457856.html	1
7	Самсыгина Г А	Неонатальный сепсис: руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020, ISBN 978-5-9704-5388-9	1
8	Дарвин В. В. Бубович Е. В. Лысак М. М. Васильев В. В. Меркулова Н. Н.	Трансфузиология в хирургии: учебное пособие.	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015 <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/2803_Трансфузиология в хирургии >.	1

1.1.2 Методические разработки

№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во экз.
1	Холостова В.В.	Клинические нормы. Неотложная абдоминальная хирургия у детей: справочник	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020, ISBN 978-5-9704-5586-9	1
2	Разин М.П., Галкин В.Н., Сухих Н.К.	Детская урология-андрология: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2011, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420645.html	1
3	Ахмадеева Э Н	Клиническое обследование новорожденного и этапы диагностического поиска [Электронный ресурс] : учебное пособие	Уфа: БГМУ, 2019/ https://e.lanbook.com/book/144087	1
4	Коваленко Л. В., Бубович Е В	Водно-электролитный обмен у детей в норме и патологии: методическое пособие.	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2012, https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/98899	1
5	Бубович Е.В. Панфилов С.В. Оськин А Н	<u>Патогенетические подходы к коррекции гиповолемии при критических состояниях: учебное пособие</u>	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2013. <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/111226 >.	1

3.3 Интернет-ресурсы:

● Электронная библиотека диссертаций (<http://diss.rsl.ru/>)

В связи с вступившей с 1 января 2008 года в действие главой 4-й «Гражданского кодекса РФ», изменились условия доступа к «Электронной библиотеке диссертаций» РГБ: просмотреть или распечатать диссертацию можно только в помещении научной библиотеки СурГУ. База данных Российской государственной библиотеки содержит около одного миллиона полных текстов диссертаций и авторефератов диссертаций. С 2007 года состав ЭБД РГБ пополняется всем объемом диссертаций, включая работы по медицине и фармации. Поступление новых диссертаций в базу данных происходит по мере их оцифровки (около 25000 диссертаций в год). Диссертации можно просмотреть по перечню специальностей или воспользоваться поисковой системой. Каталог электронных версий диссертаций открыт для всех пользователей Интернета без пароля с любого компьютера (домашнего, рабочего и т. д.). Просмотр полнотекстовых электронных версий диссертаций возможен только с компьютеров научной библиотеки по логину и паролю. Получить логин и пароль (зарегистрироваться) можно в зале электронных ресурсов научной библиотеки СурГУ.

● **Polpred.com** (<http://polpred.com/>) Обзор СМИ. Архив важных публикаций собирается вручную. База данных с рубрикатором: 53 отрасли / 600 источников / 9 федеральных округов РФ / 235 стран и территорий / главные материалы / статьи и интервью 6000 первых лиц. Ежедневно тысяча новостей, полный текст на русском языке, миллион лучших сюжетов информагентств и деловой прессы за 15 лет. Поиск с настройками. Экспорт в Word сотен статей в один клик. Интернет-сервисы по отраслям и странам. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Существует возможность самостоятельной регистрации пользователей для доступа из дома или с любого устройства. Ссылка "Доступ из дома" в верхнем правом углу polpred.com доступна с ip-адресов библиотеки.

● **АРБИКОН** (<http://www.arbicon.ru/>) Доступ к библиографическим записям (с аннотациями) на статьи из журналов и газет (некоторые записи включают ссылки на полные тексты статей в интернете); к объединенному каталогу, обеспечивающему поиск в электронных каталогах более ста библиотек России одновременно; к полнотекстовым авторефератам диссертаций РНБ за 2004 год. Доступ возможен по логину и паролю с компьютеров научной библиотеки.

● **Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС)** (<http://www.eapatis.com/>) разработана Евразийским патентным ведомством (ЕАПВ) и является информационно-поисковой системой, обеспечивающей доступ к мировым, региональным и национальным фондам патентной документации. Русскоязычный фонд представлен в ЕАПАТИС патентной документацией ЕАПВ, России, национальных патентных ведомств стран евразийского региона, включая документацию стран-участниц Евразийской патентной конвенции. Предусмотрены различные виды патентных поисков. В результате проведения поиска формируются списки найденных патентных документов и предоставляются их реферативно-библиографические описания.

● **Библиотека диссертаций** (<http://disser.h10.ru/about.html>) Доступ к электронным версиям кандидатских и докторских диссертаций по всем отраслям знания. Библиотека формируется в результате добровольного размещения полных текстов диссертаций самими авторами. Поиск возможен по теме, ключевым словам, автору и шифру специальности. Тексты документов в формате MicrosoftWord или pdf.

● **Государственная публичная научно-техническая библиотека Сибирского отделения РАН.** (<http://www.spsl.nsc.ru/>)

Содержит библиографические записи на отечественные авторефераты диссертаций, входящие в фонд ГПНТБ СО РАН с 1992 года.

По содержанию база данных является политематической. Поиск возможен по словам из заглавий и предметных рубрик, а также по фамилии автора. ЭК обновляется еженедельно. Для работы в ЭК требуется бесплатная регистрация

Единое окно доступа к образовательным ресурсам – информационная система (<http://window.edu.ru/window/>) Информационная система "Единое окно доступа к образовательным ресурсам" создана по заказу Федерального агентства по образованию в 2005-2008 гг. Целью создания информационной системы "Единое окно доступа к образовательным ресурсам" (ИС "Единое окно") является обеспечение свободного доступа к интегральному каталогу образовательных интернет-ресурсов, к электронной библиотеке учебно-методических материалов для общего и профессионального образования и к ресурсам системы федеральных образовательных порталов. В разделе Библиотека представлено более 27 000 учебно-методических материалов, разработанных и накопленных в системе федеральных образовательных порталов, а также изданных в университетах, ВУЗах и школах России. Все электронные копии учебно-методических материалов были размещены в "Библиотеке" с согласия университетов, издательств и авторов или перенесены с порталов и сайтов, владельцы которых не возражают против некоммерческого использования их ресурсов. В Каталоге хранится более 54 000 описаний образовательных интернет-ресурсов, систематизированных по дисциплинам профессионального и предметам общего образования, типам ресурсов, уровням образования и целевой аудитории. В ИС "Единое окно" предусмотрена единая система рубрикации, возможен как совместный, так и раздельный поиск по ресурсам "Каталога" и "Библиотеки".

- **КиберЛенинка – научная электронная библиотека** (<http://cyberleninka.ru/>) «КиберЛенинка» – это научная электронная библиотека, основными задачами которой является популяризация науки и научной деятельности, общественный контроль качества научных публикаций, развитие современного института научной рецензии и повышение цитируемости российской науки. КиберЛенинка поддерживает распространение знаний по модели открытого доступа (OpenAccess), обеспечивая бесплатный оперативный доступ к научным публикациям в электронном виде, которые в зависимости от договоренностей с правообладателем размещаются по лицензии Creative Commons Attribution (CC-BY). Для поиска текстов «КиберЛенинка» предлагает каталог научных статей на основе Государственного рубрикатора научно-технической информации (ГРНТИ), а также систему полнотекстового научного поиска, поддерживающую русскую морфологию. С июня 2013 года «КиберЛенинка» полноценно индексируется в системе научного поиска Google Scholar. Пользователям библиотеки предоставляется возможность читать научные работы с экрана планшета, мобильного телефона и других современных мобильных устройств.
- **Российская национальная библиотека** (http://primo.nl.ru/primo_library/libweb/action/search.do?menuitem=2&catalog=true) коллекции Электронных изданий Российской национальной библиотеки.
- **УИС Россия** (<http://www.cir.ru/>; <http://uisrussia.msu.ru/index.jsp>) Университетская информационная система РОССИЯ включает коллекции законодательных и нормативных документов, статистику Госкомстата и Центризбиркома России, издания средств массовой информации, материалы исследовательских центров, научные издания и т. д. Доступ к аннотациям и частично полным текстам документов (свободный доступ) можно получить с любого компьютера. Для этого необходимо зарегистрироваться на сайте и получить пароль.
- **Электронный каталог диссертаций и авторефератов** (<http://www.nbu.gov.ua/db/dis.html>) ЭК содержит библиографические записи на 39 тыс. диссертаций и 51 тыс. авторефератов диссертаций с 1994 года.
- **PubMedCentral (PMC)** (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) База данных обеспечивает свободный доступ к рефератам, полнотекстовым статьям из зарубежных научных журналов по биологии и медицине.
- **Medline** (<http://www.medline.ru>) База MEDLINE Национальной медицинской библиотеки США.
- **База данных ВИНТИ** (<http://www.viniti.ru/>) по естественным, точным и техническим наукам - База данных (БД) ВИНТИ – одна из крупнейших в России баз данных по естественным, точным и техническим наукам. Включает материалы РЖ (Реферативного Журнала) ВИНТИ с 1981 г. по настоящее время. Общий объем БД – более 20 млн. документов. БД формируется по материалам периодических изданий, книг, фирменных изданий, материалов конференций, тезисов, патентов, нормативных документов, депонированных научных работ, 30% которых составляют российские источники. Пополняется ежемесячно. Документы БД ВИНТИ содержат библиографию, ключевые слова, рубрики и реферат первоисточника на русском языке.
- **База данных ВНИИЦ** (<http://www.rntd.citiz.ru/>) Всероссийский научно-технический информационный центр (ФГАНУ «ЦИТИС» – Федеральное государственное автономное научное учреждение «Центр информационных технологий и систем органов исполнительной власти») осуществляет формирование и поддержку национального библиотечно-информационного фонда Российской Федерации в части открытых неопубликованных источников научной и технической информации – отчеты о научно-исследовательских работах и опытно-конструкторских разработках (НИР и ОКР), кандидатские и докторские диссертации, переводы, информационные и регистрационные карты НИР и ОКР, информационные карты диссертаций, информационные карты алгоритмов и программ по всем областям науки и техники. БД содержат рефераты и библиографические описания соответствующих полнотекстовых документов.
- **Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа.** (<http://www.studmedlib.ru/>) Электронно-библиотечная система «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» от издательской группы ГЭОТАР – Медиа содержит учебную литературу и дополнительные материалы, в том числе аудио-, видео-, анимации, тестовые задания, необходимые в учебном процессе студентам и преподавателям медицинских вузов.
- **Сургутский виртуальный университет. Электронная библиотека СурГУ.**

4. Характеристика экзаменационных билетов для ГИА по специальности «31.08.16 Детская хирургия»

1. этап. Междисциплинарный тестовый экзамен (приложение 1);
2. этап. Практические навыки (приложение 2);
3. этап. Государственный экзамен по специальности - итоговое собеседование: решение типовых ситуационных задач для ГИА медицинских ВУЗов по специальности «31.08.16 Детская хирургия» (приложение 3).

5. Материально-техническое оснащение

5.1. Материально-техническое оснащение:

Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами: LAPMENTOR, Simbionix, LAPMENTOREXPRESS, Simbionix, GIBRONCHMENTOR, Simbionix, Тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things, Тренажер для ректального исследования Mk2 Limbs&Things, Тренажер для обучения пальцевому ректальному исследованию M92, KyotoKagaku, Тренажер Труман- Травма, TruCorr, Тренажер для дренирования грудной полости и пневмоторакса, Limbs&ThingsLtd, Тренажер для дренирования и декомпрессии грудной клетки LT 60230, NascoSimmulids, Тренажер для лапароскопии, Limbs&ThingsLtd, Набор

накладных муляжей для имитации ран и кровотечений NascoSimmulids, BodyTorsoSimulator BTS300, Лапароскопический тренажер HelagoProfessorFullHDPProRecord, «KellingInventives.r.o.», NascoLife/formSuturePracticeArm– ModelLF01028U – Each, Интерактивный тренажер Life/form для контроля наложения швов, KyotoKagaku, перевязочные средства; набор шин; медицинские лотки; медицинская мебель; библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований; роли для стандартизированных пациентов; библиотека ситуационных задач; библиотека клинических сценариев; библиотека оценочных листов; расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально.

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами на базе БУ ХМАО-Югры «СОКЦОМид» оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями: Тонометр; Стетоскоп; Фонендоскоп; Термометр; Медицинские весы; Ростмер; Противошоковый набор; Набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий; Электрокардиограф 6 12 канальный Kenz-Cardoci 1210; Электрокардиограф 6 12 канальный Kenz-Cardoci 1211; 12-ти канальный Электрокардиограф MAC 1200; облучатель бактерицидный; Аппарат наркозный Fabius CE с принадлежностями; Дыхательный аппарат "Bird-AVS" с дыхательными контурами; Наркозный аппарат Фабиус с монитором дыхательных параметров Fabius; Аппарат ИВЛ экспертного класса Savina 300 с принадлежностями; Аппарат ИВЛ LTV 1000; Аппарат ИВЛ Bellavista 1000; Докстанция (Автоматизированная инфузионная станция) тип: Спейс (SpaseStation) ; Насос инфузионный роликовый (инфузомат) Инфузомат Спейс П; Инфузомат с программным обеспечением TE 171NW3 Tegumo; Отсос медицинский вакуумный ATMOS Record 555; Палатный хирургический аспиратор HICOVAC 700CH B; Дефибриллятор ZOLL M-Series; Дефибриллятор NK TEC-7721; Дефибриллятор внешний автоматический ДКИ-Н-10 "Аксион"; Операционный стол электро-гидравлический AXIS 500; Стол операционный мобильный многофункциональный электро-механико-гидравлический в комплектации для общей хирургии AXIS 303E; Операционный светильник Sola 700; Светильник операционный, хирургический, бестеновой MediLux-Sindle; Универсальный источник света ксеноновый EvisExtra CLV-160 Olympus Corporation; Малоподвижная однокупольная хирургическая лампа серии Medilux-S-Single D 600mm Mediland; Хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу; Система центрального мониторинга физиологических параметров организма человека InfinityCentralStation; Монитор прикроватный переносной МПР6-03; Монитор пациента СТОРМ 5600; Анализатор дыхательной смеси; Электроэнцефалограф 16-канальный портативный NicoletOne; Электроэнцефалограф 6 12-канальный Kenz-Cardico 1210; Электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА-21/26-"Энцефалан-131-03" модификация 10; Электроэнцефалограф=анализатор ЭЭГА-21/26-"Энцефалан-131-03" модификация 11; Бронховидеоскоп BF-ITI 50; Бронховидеоскоп BF-ITI 80; Бронхоскоп для ригидной бронхоскопии в полной комплектации: набор тубусов, осветитель Karlstorz GmBH Co.KG; Бронхофиброскоп BF-IT60 OLYMPUS Corporation; Видеогастроскоп (эндоскопическое оборудование) EvisExyta Gif2Ti60, Olympus (Япония); Гастровидеоскоп GIF-Q165; Гастровидеоскоп Exera GIF-Q180; Гастровидеоскоп Gif-Q 150, Olympus Medical Systems Corp; Гастрофиброскоп GIF – E3; Гастрофиброскоп GIF – Q40; Гастрофиброскоп GIF-E3 «Олимпус» Гастрофиброскоп GIF – E (производное фирмы Olympus); Гастрофиброскоп GIF – XT30 Olympus Corporation; Гастрофиброскоп GIF 1 T30; Дуоденовидеоскоп TJF-150; Дуоденофиброскоп (Olympus TJF-30); Дуоденофиброскоп JF-1T40 Olympus Corporation; Видеоколоноскоп EvisExtra GF 2T160L, Olympus; Колоновидеоскоп GIF – Q165L; Колоновидеоскоп CF – Q180AL. Колонофиброскоп CF-E3L Plumpus Medical Systems Corp. С источником света эндоскопическим CLK – 4 Olymus Medical Corp.; Автомат для обработки гибких эндоскопов компании ASP Джонсон энд. Джонс; Автомат для обработки эндоскопов с системой фильтрации воды – АЭР «Джонс и Джонсон» АЭР; Автоматическая система для обработки эндоскопов АЭР с принтером АЭР; Лазерная хирургическая система для эндоскопии HOLMIUM; Видеоцентр эндоскопический CV-165; Эндоскопическая система «Olympus»; Система для сушки и хранения эндоскопов с компрессором DRY 300 «Джонсон и Джонс»; Эндоскопическая стойка для видеоколоноскопии «Олимпас Медикал Системе Корпорейшн»; Стойка эндоскопическая аппаратная KARL STORZ GmbH Co.KG; Монитор глубины общей анестезии по назначению BIS-индекса Ф-2000 XP. ASPECT MEDICAL SYSTEMS; Аппарат ЭХВЧ-350-02 Фотек Е363; Аппарат ЭХВЧ с аргононусильной коагуляцией ЭХВЧ-а Фотек; Электрохирургический блок UES-30 Олимпас; Электрохирургическое устройство UES-30; Лапароскопическая стойка KralStorz; Электрохирургическая энергетическая платформа ForceTriad Valleylab; Пульсоксиметр Critikare 503 TX; Аппарат электрохирургический высокочастотный Dixon Alfator Plus 1345; Электрокоагулятор хирургический MegaPower.;

6. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

6.1. Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания (Приложение 4), а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена.

6.3. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося

**Резолюция председателя апелляционной комиссии
СурГУ:**

В апелляционную комиссию
СурГУ

заявитель
проживающий
по
адресу

(Ф.И.О. _____)

«___» _____ 20__ г.

Телефон _____
Электронная почта _____

6.4. Апелляционная комиссия при рассмотрении апелляции о нарушении установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат ГИА;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат ГИА.

В последнем случае результат проведения ГИА подлежит аннулированию, в связи с чем, протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения комиссии.

6.5. Обучающемуся предоставляется возможность пройти ГИА в дополнительные сроки, установленные СурГУ.

6.6. При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

6.7. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

6.8. Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения обучающегося, подавшего апелляцию.

6.9. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Приложение 1

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу пересмотреть в порядке апелляции результат итогового аттестационного испытания (государственного экзамена/защиты выпускной квалификационной работы), в связи с
(ненужное зачеркнуть)

(указывается на нарушение установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и/или несогласия с результатами государственного экзамена)

«___» _____ 20__ г.

(подпись)

/ _____ /
(Ф.И.О. заявителя)

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Приложение к рабочей программе по дисциплине

**Государственная итоговая аттестация
выпускников ординатуры**

Специальность:

31.08.16 Детская хирургия

(наименование специальности с шифром)

ХИРУРГИЯ

Специальность:

31.08.16 Детская хирургия

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач детский хирург

Форма обучения:

очная

(очная, заочная)

БУ ВО ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ТЕСТОВЫЙ ЭКЗАМЕН (ПЕРВЫЙ ЭТАП)

Программа по специальности 31.08.67 «Хирургия»

1. Дисциплины: Хирургия, Физиотерапия, Обезболивание и интенсивная терапия, Неотложная помощь в урологии, Хирургическая инфекция, Торакальная хирургия, Основы онкологии, Бариатрическая хирургия, Колопроктология.

Компетенция	Значение компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Номера тестов: 1-72
УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Номера тестов: 1-72
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	Номера тестов: 1-72
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 у детей и подростков, 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	Номера тестов: 1-72
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	Номера тестов: 1-72
ПК-3	готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Номера тестов: 1-72
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	Номера тестов: 1-72
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	Номера тестов: 1-72
ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	Номера тестов: 1-72
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Номера тестов: 1-72
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Номера тестов: 1-72
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и	Номера тестов: 1-72

	здоровья окружающих	
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Номера тестов: 1-72
НК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Номера тестов: 1-72
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	Номера тестов: 1-72

2.

Тестовые задания по дисциплинам:

Результаты тестов верны при наличии одного или нескольких правильных ответов.

- Правильным определением социальной гигиены как науки является:**
 - социальная гигиена - наука об общественном здоровье и здравоохранении;
 - социальная гигиена - наука о социальных проблемах медицины и здравоохранения
 - социальная гигиена - система мероприятий по охране здоровья населения.
- В определение общественного здоровья, принятого в ВОЗ, входят элементы:**
 - физическое, социальное и психологическое благополучие;
 - возможность трудовой деятельности;
 - наличие или отсутствие болезней;
 - наличие благоустроенного жилища.
- Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме:**
 - уровня культуры населения; б) экологических факторов среды;
 - качества и доступности медицинской помощи; г) безопасных условий труда; д) сбалансированности питания.
- Субъектами обязательного медицинского страхования являются все из перечисленных, кроме:**
 - фонда медицинского страхования;
 - страховой организации;
 - органа управления здравоохранением;
 - медицинского учреждения;
 - гражданина.
- Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы:**
 - закон РФ "О медицинском страховании граждан";
 - дополнения и изменения к "Закону о медицинском страховании";
 - "закон о санитарно-экономическом благополучии населения";
 - основы законодательства об охране здоровья граждан.
- В базовую программу обязательного медицинского страхования входят все положения, кроме:** а) перечня, видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС;
- б) стоимости различных видов медицинской помощи;
- в) организаций добровольного медицинского страхования; г) видов платных медицинских услуг;
- д) дифференциации подушевой стоимости медицинской помощи; в зависимости от пола и возраста.
- Основными задачами поликлиники являются все, кроме:**
 - медицинской помощи больным на дому;
 - лечебно-диагностического обслуживания населения;
 - организации работ по пропаганде здорового образа жизни;
 - профилактической работы;
 - экспертизы временной нетрудоспособности.
- Структура больничных учреждений РФ включает типы больниц, кроме:**
 - республиканской, областной больницы; б) больницы восстановительного лечения; в) центральной районной больницы;
 - городской многопрофильной больницы; д) сельской участковой больницы.
- Организация работы стационара включает в себя следующие показатели:**
 - среднее число дней работы койки; б) среднее число занятых и свободных коек; в) оборот койки;
 - средние сроки пребывания больного в стационаре; д) все вышеназванные показатели.
- Показателем, рекомендованным к вычислению для общей характеристики амбулаторно-поликлинического учреждения, является:**
 - обеспеченность населения врачами;
 - обеспеченность средним медицинским персоналом;
 - показатель укомплектованности (врачами, средним, младшим медицинским персоналом);

- г) коэффициент совместительства;
- д) все вышеперечисленные показатели.

12. Отметьте основного возбудителя флегмоны новорожденных:

- А. вирус
- Б. простейшие
- В. стафилококк - пр
- В. сапрофитная флора новорожденных
- Г. кишечная палочка

13. Назовите основную причину возникновения паховой грыжи у детей

- А. широкое поверхностное паховое кольцо.
- Б. "слабость" мышечно-апоневротических образований паховой области.
- В. незавершенность облитерации влагалищного отростка брюшины. -
- Г. повышение внутрибрюшного давления.
- Д. частые респираторные заболевания.

14. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания:

- а) эритроциты;
- б) донорской крови;
- в) кристаллоидных растворов;
- г) коллоидных растворов;
- д) правильно в) и г).

15. Переливание несовместимой крови ведет к развитию:

- 1) гемолитический шок;
- 2) отек легких;
- 3) гемолиз;
- 4) острой почечной недостаточности;
- 5) геморрагического синдрома;
- а) верны все ответы; б) верны 1, 2, 3;
- в) верны 1, 3, 4;
- г) верны 2, 3, 4;
- д) верны 1, 2, 4.

16. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся:

- 1) групповая совместимость;
- 2) индивидуальная совместимость;
- 3) биологическая проба;
- 4) определение резус-совместимости;
- 5) определение резус-фактора.
- а) верны все ответы; б) верны 1, 2;
- в) верны 2, 3;
- г) верны 1, 3;
- д) верны 2, 4.

17. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

- а) плазмой реципиента и кровью донора;
- б) плазмой донора и кровью реципиента;
- в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора;
- г) форменными элементами крови донора и кровью реципиента;
- д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента.

18. Для лечения гиповолемии вначале используют:

- а) вазопрессоры;
- б) кардиотонические средства;
- в) плазмозаменители;
- г) эритроциты;
- д) донорскую кровь.

19. Фентанил является:

- а) мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут; б) анальгетиком короткого действия (2-3 минуты); в) нейролептиком;
- г) препаратом выраженного психотропного действия; д) антидепрессантом.

20. Для стрессовой реакции характерно все нижеперечисленное, кроме:

- а) задержки натрия и хлора; б) олигурии;
- в) полиурии;
- г) эозинофилии; д) лейкоцитоза.

21. При олигурии производят:

- а) адекватную гидратацию;
- б) измерение относительной плотности мочи; в) внутривенное введение маннитола;

г) коррекцию водно-электролитного баланса; д) все перечисленное.

22. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является:

- 1) отсутствие пульса и АД;
- 2) остановка дыхания;
- 3) отсутствие сознания;
- 4) акроцианоз;
- 5) отсутствие сердечных тонов;
- а) верно все перечисленное;
- б) верно 1, 2, 3;
- в) верно 2, 3, 4;
- г) верно 1, 2, 5;
- д) верно 3, 4, 5.

23. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме:

- а) внутривенного введения дыхательных analeптиков;
- б) санации трахео-бронхиального дерева, пеногашения;
- в) кислородотерапии, искусственной вентиляции легких;
- г) введения мочегонных и гормонов;
- д) при необходимости – ганглиолитики.

24. Назовите характерные клинические признаки атрезии пищевода

- А. рвота при рождении.
Б. пенистое отделяемое изо рта, нарушение дыхания при кормлении..
В. кровотечение из пищевода.
Г. запавший "ладьевидный" живот.
Д. срыгивание створоженным молоком.

25. Инфекционно-токсический шок может развиваться:

- 1) при перитоните;
- 2) при пневмонии;
- 3) при эндометрите;
- 4) при менингите;
- 5) при инфекционном эндокардите;
- 6) при пиелонефрите;
- а) верно все перечисленное; б) верно все, кроме 1, 2;
- в) верно все, кроме 3, 4;
- г) верно все, кроме 5, 6;
- д) верно 5, 6.

26. Для терминальной фазы перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно:

- 1) токсическое поражение ЦНС;
- 2) развитие функциональной кишечной непроходимости;
- 3) развитие ДВС-синдрома;
- 4) развитие печеночно-почечной недостаточности;
- 5) 5) иммунодефицит;
- а) верно все;
- б) верно все, кроме 2; в) верно все, кроме 3; г) верно все, кроме 4; д) верно все, кроме 5.

27. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются:

- а) пневмотомия;
- б) клиновидная резекция легкого;
- в) пневмоэктомия;
- г) лобэктомия; д) торакопластика.

28. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:

- а) верхние доли обоих легких; б) базальные сегменты нижних долей;
- в) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого;
- г) среднюю долю;
- д) отдельные сегменты обоих легких.

29. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться:

- а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха; б) с широкой торакотомии;
- в) с динамического наблюдения;
- г) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией.

30. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

- а) с противовоспалительного лечения;
- б) с ваго-симпатической блокады;
- в) с плевральной пункции;
- г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости; д) с торакотомии.

31. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести:
- а) внутриплевральное кровотечение;
 - б) воздушная эмболия головного мозга;
 - в) анафилактический шок;
 - г) плевропульмональный шок;
 - д) правильно б) и в).
32. Достоверным признаком легочного кровотечения является:
- а) выделение крови изо рта;
 - б) кашель с выделением алой пенистой крови;
 - в) наличие затемнения в легком;
 - г) наличие экссудата в плевральной полости;
 - д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии.
33. При тампонаде сердца наблюдаются: а) снижение артериального давления; б) цианоз лица; в) расширение границ сердца; г) глухость тонов; д) все перечисленное.
34. Ушивание раны легкого должно производиться:
- а) непрерывными узловыми швами;
 - б) отдельными узловыми швами;
 - в) кисетным швом;
 - г) Z-образным швом;
 - д) всеми перечисленными способами.
35. Каков принцип экстренного хирургического лечения при лобарной эмфиземе легкого?
- А. плевральная пункция
Б. дренирование плевральной полости
В. дренирование легкого по Мональди
Г. интубация трахеи с продленной ИВЛ
Д. торакотомия с резекцией легкого
36. У ребенка в возрасте 8 месяцев инвагинация кишечника. Давность заболевания - 12 часов. Ваша тактика.
- А. операция в плановом порядке
Б. консервативное расправление инвагината - В. пальпация живота под наркозом
Г. срочная операция
Д. наблюдение
37. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:
- а) сроком с момента прободения;
 - б) степенью воспалительных изменений брюшины;
 - в) величиной перфоративного отверстия;
 - г) локализацией перфоративного отверстия;
 - д) возрастом больного.
38. Какой метод диагностики используется при инвагинации кишечника в настоящее время?
- А. УЗИ
Б. Ректороманоскопия
В. Лапароскопия
Г. Пневмоирригоскопия
Д. Рентгенконтрастное исследование толстого кишечника
39. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме:
- а) перфорации;
 - б) кровотечения, не останавливаемого консервативными методами;
 - в) малигнизации;
 - г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании;
 - д) декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка.
40. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме:
- а) острого начала;
 - б) неврастимости грыжи;
 - в) болезненности грыжевого выпячивания;
 - г) резкой боли;
 - д) высокой температуры.
41. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является:

- а) гигантский размер грыжи;
- б) беременность во второй ее половине;
- в) флегмона грыжевого мешка;
- г) недавно перенесенный инфаркт миокарда;
- д) ни один из перечисленных.

42. Каково содержимое брюшной полости при первичном криптогенном перитоните у девочек?

- А. фибринозно-гнойное содержимое с множеством межкишечных абсцессов
- Б. каловое содержимое
- В. транссудат
- Г. кровь
- Д. моча
- Е. липкий мутный выпот, покрывающий петли кишечника

43. По глубине (классификация) ожогового поражения кожного покрова выделяют

- А. 3 степени
- Б. 4 степени
- В. 5 степеней
- Г. 2 степени

44. Какие заболевания развиваются на фоне нарушения нормального вращения кишечника:

- А. Пупочная грыжа
- Б. Заворот средней кишки
- В. Забрюшинное расположение червеобразного отростка
- Г. Синдром Ледда
- Д. Мезентериальная грыжа
- Е. Атрезия ДПК

45. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

- а) эвентрация;
- б) образование кишечных свищей; в) тромбоэмболия легочной артерии;
- г) формирование гнойников брюшной полости; д) пневмония.

46. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме:

- а) массы тела больного; б) характера микрофлоры;
- в) степени выраженности интоксикации; г) гиповолемии;
- д) степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия.

47. Отметьте предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза:

- А. 0,5 см
- Б. 1,0 см
- В. 1,5 см
- Г. 2,0 см
- Д. 2,5 см

48. Наиболее частой причиной недержания мочи у детей является мочевого пузыря:

- А. Гиперрефлекторный адаптированный.
- Б. Гипорефлекторный неадаптированный.
- В. Гиперрефлекторный неадаптированный.
- Г. Гипорефлекторный адаптированный.
- Д. Все перечисленное

49. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:

- а) диетическое;
- б) медикаментозное;
- в) хирургическое;
- г) санаторно-курортное;
- д) лечение минеральными водами.

50. Фиброз печени относится к:

- А. Внепеченочной формой портальной гипертензии;
- Б. Внутрпеченочной (синусоидной) формой портальной гипертензии;
- В. Внутрпеченочной (пресинусоидной) формой портальной гипертензии;
- Г. Надпеченочной (надсинусоидной) формой портальной гипертензии.

51. Синдром Бадда-Киари это:

- А. Внепеченочной формой портальной гипертензии;

- Б. Внутривенечной (синусоидной) формой портальной гипертензии;
- В. Внутривенечной (пресинусоидной) формой портальной гипертензии;
- Г. Надвечной (надсинусоидной) формой портальной гипертензии.

52. Что определяется при проведении гистохимической диагностики при болезни Гиршпрунга?

А) уровень адреналина и норадреналина в тканях (повышен);

- Б. уровень адреналина и норадреналина в тканях (снижен);
- В. уровень тканевой ацетилхолинэстеразы (повышена);
- Г. уровень тканевой ацетилхолинэстеразы (снижена).

53. Рубцовая стриктура внепеченечных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме:

- а) развития желчной гипертензии; б) застоя желчи;
- в) образования конкрементов и замазки; г) развития обтурационной желтухи; д) дуоденостаза.

54. Желчные камни чаще всего состоят:

- а) из холестерина; б) из цистина; в) из оксалатов;
- г) из солей желчных кислот; д) из мочевой кислоты.

55. К группе острых заболеваний яичка относят все, кроме:

- А) Аллергический отек мошонки;
- Б) Перекрут гидатиды яичка;
- В) Перекрут яичка;
- Г) Острый орхоэпидимит;
- Д) Травма яичка.

56. С какой нозологической формы начинается дифф. диагностика островозникшей кисты семенного канатика?

- 1. Ущемленная паховая грыжа.
- 2. Крипторхизм.
- 3. Паховый лимфаденит.
- 4. Острый аппендицит.

57. Назовите основную причину возникновения водянки оболочек яичка и семенного канатика у детей старше 1,5 лет.

А) Травма.

Б) Нарушение облитерации вагинального отростка брюшины.

В) Снижение функции кремастерной мышцы.

Г) Нарушение водно-солевого баланса в организме.

Д) Инфекция.

58. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме:

- а) порто-гастро-эзофагокавального анастомоза;
- б) портокавального анастомоза через умбиликальные вены;
- в) портокавального анастомоза через геморроидальные вены;
- г) портокавального анастомоза через вены забрюшинного пространства;
- д) портокавального анастомоза через париетальную плевру.

59. Зонд для остановки кровотечения из варикозно измененных вен пищевода можно оставлять:

- а) на 6-10 часов;
- б) на 12-18 часов;
- в) на 1-8 суток;
- г) на 9-12 суток;
- д) на 13-15 суток.

60. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая:

- а) перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей;
- б) изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма;
- в) изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза;
- г) "ситус висцерус инверзус";
- д) внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления.

61. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения:

- а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке;
- б) уменьшение объема циркулирующей крови;
- в) развитие тканевой гипоксии;
- г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы;
- д) все перечисленное.

62. **Длина анального канала соответствует:**
а) 1-2 см;
б) 2-3 см;
в) 3-4 см;
г) 4-5 см;
д) 5-6 см.
63. **Анальная трещина чаще расположена на:**
а) задней полукружности анального канала;
б) правой полукружности анального канала;
в) левой полукружности анального канала;
г) передней полукружности анального канала;
д) передней и задней полукружности анального канала.
64. **Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно:**
а) пальцевого исследования прямой кишки;
б) колоноскопии;
в) аноскопии;
г) ирригоскопии;
д) ректороманоскопии.
65. **При поступлении девочки с ущемленной паховой грыжей в сроке до 12 часов от начала заболевания рекомендуют:**
А. Экстренное оперативное вмешательство;
Б. Плановое оперативное вмешательство;
В. Комплекс консервативных мероприятий направленных на разрешение ущемления с последующим оперативным лечением в экстренно-отсроченном порядке;
Г. Консервативная терапия.
66. **При поступлении мальчика с ущемленной паховой грыжей в сроке до 12 часов от начала заболевания рекомендуют:**
А. Экстренное оперативное вмешательство;
Б. Плановое оперативное вмешательство;
В. Комплекс консервативных мероприятий направленных на разрешение ущемления с последующим
Г. оперативным лечением в экстренно-отсроченном порядке;
Д. Консервативная терапия.
67. **Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является:**
а) систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками;
б) вскрытие и дренирование полости абсцесса;
в) вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода;
г) общая антибиотикотерапия.
68. **При остром ишиоректальном парапроктите показаны:**
а) пункция гнойника и введение антибиотиков; б) вскрытие гнойника через просвет кишки;
в) вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки; г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале;
д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости.
69. **Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны:**
а) ирригоскопия; б) колоноскопия;
в) аноскопия и фистулография; г) пассаж бария по кишечнику.
70. **Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются:**
а) кровотечение из прямой кишки; б) поносы;
в) склонность к запорам;
г) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление; д) дефект слизистой прямой кишки.
71. **При хирургическом лечении хронического гематогенного остеомиелита предпочтение следует отдать:**
а) выскабливанию свищевого хода;
б) остеотомии и дренированию костной полости;
в) остеотомии с удалением секвестра и тампонадой жировой клетчаткой;
г) широкой остеотомии с удалением секвестра, тампонадой полости мышечным лоскутом на ножке и утоosteопластикой
72. **Абсцесс от инфильтрата отличается наличием:**
а) боли;
б) гипертермии; в) флюктуации;
г) гиперемии кожи;

д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево;

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

001 - а	002 - а, б, в	003 - а
004 - в	005 - а, б, г	006 - в
007 - в	008 - б	009 - д
010 - д	011 - а	012 - в
013 - в	014 - в	015 - а
016 - а	017 - в	018 - а
019 - в	020 - д	021 - г
022 - а	023 - в	024 - б
025 - а	026 - в	027 - в
028 - а	029 - в	030 - д
031 - д	032 - д	033 - д
034 - а	035 - д	036 - б
037 - д	038 - а,в,г	039 - д
040 - д	041 - в	042 - е
043 - б	044 - б, в, г, д	045 - а
046 - д	047 - в	048 - д
049 - г	050 - в	051 - г
052 - в	053 - а	054 - д
055 - а	056 - а	057 - б
058 - д	059 - г	060 - д
061 - в	062 - а	063 - в
064 - д	065 - а	066 - в
067 - в	068 - г	069 - в
070 - г	071 - г	072 - в

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1; УК-2; УК-3	Номера тестов: 1-10
ПК-4	Номера тестов: 3, 10
ПК-10; ПК-11;	Номерв тестов: 1-10

Тесты:

1. Укажите правильное определение общественного здоровья и здравоохранения как науки:

- А) общественное здоровье и здравоохранение - здоровье и здравоохранении
- В) общественное здоровье и здравоохранение – наука о социальных проблемах медицины
- С) общественное здоровье и здравоохранение-система мероприятий по охране и здоровья населения

2. Общественное здоровье и здравоохранение – это:

- А) гигиеническая наука
- В) клиническая наука
- С) интегративная наука
- Д) общественная наука

3. При проведении медико-социальных исследований применяются следующие методы:

- A) исторический
- B) статистический
- C) экспериментальный
- D) экономический
- E) социологический
- F) все вышеперечисленные.

4. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются, кроме:

- A) генетические
- B) природно-климатические
- C) уровень и образ жизни населения
- D) уровень, качество и доступность медицинской помощи
- E) все вышеперечисленное

5. Основными задачами здравоохранения на этапе кризисного развития экономики являются, кроме:

- A) недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- B) использование финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- C) сохранение общественного сектора здравоохранения
- D) увеличение кадрового потенциала
- E) переход на медицинское страхование

6. Программа государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи должна содержать:

- A) перечень соответствующих видов медицинской помощи
- B) объемы медицинской помощи
- C) базовую программу ОМС
- D) подушевой норматив финансирования ЗО
- E) все перечисленное

7. Лекарственное, в том числе льготное, обеспечение населения при оказании медицинской помощи в рамках программ государственных гарантий включает все, кроме:

- A) упорядочения и обеспечения адресного предоставления льгот
- B) формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для льготного обеспечения
- C) формирование перечней и объемов лекарственных средств и изделий медицинского назначения для лечения социально значимых заболеваний
- D) распределения перечня категорий граждан и социально значимых заболеваний для льготного обеспечения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения

8. В целях обеспечения доступности и адекватности лекарственной помощи необходимо:

- A) совершенствовать механизмы государственного регулирования лекарственного обеспечения
- B) обеспечить государственную поддержку отечественных производителей лекарственных средств
- C) совершенствовать организацию обеспечения лекарственными средствами и управление фармацевтической деятельностью
- D) все вышеперечисленное

9. Социальной базой здравоохранения не являются:

- A) органы и учреждения здравоохранения
- B) непрофессиональные общественные организации
- C) профессиональные медицинские и фармацевтические ассоциации
- D) отдельные граждане

10. Корреляционной решеткой называется:

- A) таблица, содержащая данные о величинах двух признаков
- B) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков
- C) таблица, содержащая данные о частотах различных сочетаний величин двух признаков, при построении которой произведена группировка членов совокупности по величине этих признаков.

Правильные ответы:

1 A	2 D	3 F	4 E	5 D	6 E	7 D	8 D	9 A	10 A
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

3. Дисциплина: Педагогика

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1	Номера тестов: 1, 2
УК-3	Номера тестов: 1, 2

Тесты:

1. Педагогика – это...

- A. наука о целенаправленном процессе передачи человеческого опыта и подготовки подрастающего поколения к жизнедеятельности
- B. наука о педагогическом процессе
- C. наука о воспитании
- D. наука об обучении и воспитании человека
- E. наука о методах и формах обучения

2. Образование – это...

- A. целенаправленный процесс обучения и воспитания;
- B. процесс передачи накопленных поколениями знаний и культурных ценностей
- C. передача исторического и культурного опыта

Правильные ответы:

Д	А
1	2

4. Дисциплина: Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-3, ПК-7, ПК-10, ПК-12	Номера тестов: 9, 10
ПК-5, ПК-6	Номера тестов: 2-8, 10

1. В каких случаях переливают кровь при оказании первой медицинской помощи?

- А) при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении;
- В) при острой кровопотере в результате повреждения бедренной артерии после наложения на нее жжима;
- С) при продолжающемся внутриплевральном кровотечении;
- Д) гемотрансфузии при оказании первой медицинской помощи вообще не производятся.

2. Компенсация острой кровопотери при оказании первой медицинской помощи проводится с использованием следующих инфузионно-трансфузионных сред:

- А) только кристаллоидных растворов;
- В) только коллоидных растворов;
- С) и коллоидных, и кристаллоидных растворов;
- Д) основной объем вливаний составляют кровь и ее препараты.

3. При какой степени ишемии конечности могут отсутствовать пассивные движения в суставах?

- А) при компенсированной
- В) при декомпенсированной
- С) при необратимой

4. При какой степени ишемии конечности отсутствуют показания к экстренному восстановлению поврежденного магистрального сосуда?

- А) при компенсированной
- В) при декомпенсированной
- С) при необратимой

5. Временное шунтирование сосуда впервые может быть применено при оказании:

- А) первой медицинской
- В) квалифицированной
- С) специализированной.

6. Какая анестезия может быть применена пострадавшему с повреждением грудной клетки при оказании первой медицинской помощи?

- А) вагосимпатическая блокада;
- В) паравerteбральная блокада;
- С) блокада по Школьникову;
- Д) футлярная блокада;
- Е) эндотрахеальный наркоз.

7. Какая анестезия может быть применена при первичной хирургической обработке огнестрельной раны верхней трети бедра?

- А) внутритазовая блокада по Школьникову;
- В) футлярная блокада;
- С) блокада бедренного нерва;
- Д) наркоз;
- Е) блокада седалищного нерва; эпидуральная анестезия.

8. При оказании какого вида помощи может быть выполнена внутрикостная анестезия?

- А) доврачебной помощи;
- В) первой медицинской помощи;
- С) квалифицированной помощи;
- Д) специализированной помощи.

9. Укажите меры профилактики анаэробной инфекции на этапах медицинской эвакуации.

- А) транспортная иммобилизация;
- В) первичная хирургическая обработка раны;
- С) отказ от наложения первичных швов;
- Д) адекватная анестезия;

10. Укажите действия медицинского работника при оказании им доврачебной помощи, направленные на уменьшение болевого синдрома у пострадавшего с переломом бедра.

- А) анестезия области перелома;
- В) введение наркотических анальгетиков;
- С) блокада седалищного нерва;
- Д) транспортная иммобилизация.

Правильные ответы:

1 Д	2 С	3 С	4 С	5 В	6 А, В	7 Д	8 Д	9 В	10 В, Д
--------	--------	--------	--------	--------	-----------	--------	--------	--------	------------

5. Дисциплина – Микробиология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
ПК-1	Номера тестов: 1-11
ПК-6	Номера тестов: 6, 8, 10, 11

Тесты

1. Кто первым увидел и описал микроорганизмы?

- A) Гиппократ.
- B) Фракастро.
- C) Левенгук.
- D) Л. Пастер.
- E) Р. Кох.

2. Кто впервые доказал причину брожения и гниения?

- A) Левенгук.
- B) Л. Пастер.
- C) Р. Кох.
- D) Э. Ру.
- E) Иерсен.

3. Кто впервые создал теорию фагоцитоза?

- A) Л. Пастер.
- B) Р. Кох.
- C) С. Виноградский.
- D) И. Мечников.
- E) Н. Гамалея.

4. Кто впервые открыл вирусы.

- A) Р. Кох.
- B) И. Мечников.
- C) Л. Пастер.
- D) Э. Ру
- E) Д. Ивановский.

5. Микробиология — наука, которая изучает:

- A) физиологию растений.
- B) генетику животных.
- C) экологию природы.
- D) морфологию почвы.
- E) морфологию, физиологию, генетику, экологию микробов.

6. Впервые ввел в микробиологическую практику плотные питательные среды:

- A) Л. Пастер.
- B) Р. Кох.
- C) С. Виноградский
- D) И. Мечников.
- E) Н. Гамалея.

7. Основоположник почвенной микробиологии:

- A) Л. Пастер.
- B) Р. Кох.
- C) С. Виноградский.
- D) И. Мечников.
- E) Н. Гамалея.

8. Чтобы увидеть микробы используют:

- A) микроскоп.
- B) телескоп.
- C) фонендоскоп.
- D) зонд.
- E) зеркало.

9. Основная задача бактериологической лаборатории:

- A) изучение эпизоотической ситуации.
- B) лечение животных.
- C) разработка плановых мероприятий.
- D) анализ статистических данных.
- E) диагностика болезней сельскохозяйственных животных.

10. Какие отделы имеются в бактериологической лаборатории:

- A) эпизоотический.
- B) терапевтический.
- C) бактериологический, серологический, вирусологический.
- D) оперативный.
- E) клинический.

Правильные ответы:

1 С	2 В	3 Е	4 Е	5 Е	6 В	7 С	8 А	9 Е	10 С
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

6. Дисциплина – Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции:
УК-1; ПК-6;	1-10

1. В основе проблемы избирательности действия лекарственных средств лежит понятие тропности (направленности).**Какой из ниже перечисленных терминов Вы считаете ошибочным:**

- А. “орган-мишень”
- В. “клетка-мишень”
- С. “молекула-мишень”

2. Укажите основной компонент структуры рецептора к лекарственному средству:

- А. белки
- В. сиаловые кислоты
- С. липиды
- Д. ионы
- Е. нуклеотиды

3. Обозначьте специфические транспортные системы лекарственных веществ:

- А. сывороточный альбумин
- В. лейкоциты
- С. тромбоциты

4. Укажите необходимый этап в механизме регуляции стероидами генетической активности клеток-мишеней:

- А. связывание стероидов с цитозольными рецепторами
- В. связывание стероида с поверхностью плазматических мембран
- С. связывание стероида с комплексом Гольджи

5. При каких типах гиперлипидемии показано назначение статинов (ловастатина, флувастатина, правастатина)?

- А. III
- В. IIА и Б
- С. V
- Д. гипо-альфа-холестеринемия

6. При каких типах дислипидемии эффективно назначение фибратов (гевилон, липантила 200М, ципрофибрат, безафибрат)?

- А. II Б
- В. III
- С. IV, V
- Д. гипо-альфа-холестеринемия
- Е. при всех

7. Представители каких классов гиполипидемических препаратов наиболее эффективно повышают ХС ЛВП (на 15-25%)?

- А. статины и смолы-секвестранты желчных кислот
- В. статины и пробукол
- С. пробукол
- Д. никотиновая кислота и ее производные, фибраты
- Е. все вышеперечисленные препараты

8. Возможно ли развитие осложнений после внезапного прекращения длительного применения гиполипидемических средств (синдрома отмены)?

- А. нет
- В. нет, если применять курсами по 2-3 месяца
- С. нет, если применять курсами по 6 месяцев
- Д. да
- Е. как правило, нет, однако возможно при IV и V типах с очень высоким уровнем ТГ (больше 1000 мг/дл до лечения).

9. Абсолютные противопоказания к применению нитратов:

- А. нестабильная стенокардия
- В. глаукома
- С. острый инфаркт миокарда правого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения, кардиогенный шок
- Д. острый инфаркт миокарда левого желудочка
- Е. недостаточность кровообращения II ст.

10. Какие препараты, являющиеся донаторами SH-групп, способствуют восстановлению чувствительности к нитратами?

- А. эналаприла малеат
- В. каптоприл, N-цистеин, метионин
- С. нифедипин, верапамил
- Д. корватон
- Е. валсартан, ренитек

Правильные ответы:

1 А	2 А	3 А	4 В	5 В	6 Е	7 Д	8 Е	9 С	10 В
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

7. Дисциплина – Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9.	1-13

1. Группы, на которые ориентируются люди в своих интересах, симпатиях и антипатиях называются:

- а) референтными;
- б) формальными;
- в) условными.

2. Высшая форма объединения людей, создающая наиболее благоприятные условия для совместной деятельности, это:

- а) ассоциация;
- б) коллектив;
- в) корпорация.

3. Автором стратометрической концепции групповой активности является:

- а) Б.Д. Парыгин;
- б) А.Петровский;**
- в) Л.И.Уманский.

4. Двусторонний процесс, включающий в себя, с одной стороны, усвоение индивидом социального опыта путем вхождения в социальную среду, с другой стороны, процесс активного воспроизводства индивидом системы социальных связей за счет его активной деятельности — это:

- а) развитие;
- б) образование;
- в) социализация.

5. Функция, нормативно одобренный образец поведения, ожидаемая от каждого, занимающего данную позицию — это:

- а) статус;
- б) социальная роль;
- в) позиция

Коммуникация —

это:

- а) обмен информацией между общающимися индивидами;
- б) организация взаимодействия между общающимися индивидами;
- в) процесс восприятия и познания друг друга партнерами по общению.

6. Оптико-кинетическая система знаков включает в себя:

- а) жесты, мимику, пантомимику;
- б) качество голоса, его диапазон, тональность;
- в) организация пространства и времени общения.

7. Один из самых простых способов понимания другого человека, уподобление ему, отождествление с ним себя — это:

- а) идентификация;
- б) эмпатия;
- в) рефлексия.

8. В качестве больших социальных групп не рассматривают:

- а) этносы;
- б) социальные классы;
- в) контактные группы.

9. Эффект возрастающей сенсорной стимуляции, когда на продуктивность деятельности индивида оказывает влияние сам вид и «звучание» других людей — это:

- а) социальная фасилитация;
- б) социальная ингибция;
- в) социальная фрустрация.

Правильные ответы:

1 А	2 Б	3 Б	4 В	5 Б	6 А	7 А	8 А	9 В	10 А
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

БУ ВО ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ (ВТОРОЙ ЭТАП)

1. Дисциплины: Хирургия, Физиотерапия, Обезболивание и интенсивная терапия, Неотложная помощь в урологии, Хирургическая инфекция, Торакальная хирургия, Основы онкологии, Бариатрическая хирургия, Колопроктология.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2	1-2
ПК-4	1-2
ПК-1, ПК-2, ПК-5	1-2
ПК-6, ПК-8	1-2

2.

1. Перечень практических навыков по дисциплинам: Хирургия, Физиотерапия, Обезболивание и интенсивная терапия, Неотложная помощь в урологии, Хирургическая инфекция, Торакальная хирургия, Основы онкологии, Бариатрическая хирургия, Колопроктология.

1. Общеврачебные, диагностические и лечебные манипуляций
 - подкожные и внутримышечные инъекции,
 - взятие крови из вены,
 - определение группы крови, резус-фактора,
 - переливание крови и её компонентов,
 - промывание желудка через зонд,
 - дуоденальное зондирование,
 - катетеризация мочевого пузыря,
 - плевральная пункция,
 - абдоминальная пункция,
 - клизмы (очистительная, лечебная),
 - закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких,
 - передняя тампонада носа,
 - пальцевое исследование прямой кишки,
 - методы экстракорпоральной детоксикации крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез).
2. Специализированные навыки
 - Обработка рук перед выполнением операций и использование средств индивидуальной защиты
 - Обработка операционного поля
 - Первичной и вторичной хирургической обработки ран
 - Выполнение перевязки чистых и гнойных ран
 - Назначить лечебное питание с учетом диагноза, сроков послеоперационного периода и возможных осложнений
 - Обоснование рациональной хирургической тактики ведения пациента с учетом индивидуальных факторов риска
 - Оценка тяжести состояния больного
 - Составить дифференцированный план обследования больного, проводить его коррекцию в динамике.
 - Интерпретировать и анализировать результаты клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования
 - Организация госпитализации в соответствии с состоянием пациента
 - Составить план лечения больного, проводить его коррекцию в динамике.
 - Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции.
 - Выполнение перевязок, снятие швов,
 - Оказание срочной помощи при неотложных состояниях
 - Ассистировать на операциях
 - Методы местной анестезии
 - Алгоритм обследования и подготовки пациента к наркозу
 - Оформить добровольное информированное согласие (отказ) пациента на гемотрансфузию.

1. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
-------------	--

УК-1, УК-3	1-12
ПК-4, ПК-11	1-12

Перечень практических навыков

1. Методы расчета и анализа показателей смертности.
2. Расчет показателя материнской смертности.
3. Расчет показателя младенческой смертности.
4. Расчет показателя перинатальной смертности.
5. Естественный прирост населения. Расчет и интерпретация.
6. Расчет показателей рождаемости.
7. Показатели работы амбулаторно-поликлинической службы в акушерстве и гинекологии.
8. Расчет мертворождаемости.
9. Расчет показателей ранней и поздней неонатальной смертности.
10. Расчет показателя фетоинfantильных потерь.
11. Расчет необходимого количества коек.
12. Выписка листка нетрудоспособности (дородовый и послеродовый декретный отпуск).

2. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-10
УК-3	2-10

3.

Творческое задание

1. Проанализируйте имеющиеся международные документы по проблемам образования, выделите актуальные социально-педагогические проблемы современного высшего образования, предложите варианты их решения.
2. Проанализируйте педагогические технологии, которые используются в личностно ориентированном обучении. Приведите соответствующие примеры.
3. На основе анализа психолого-педагогических теорий составьте таблицу возможных подходов к разработке проектов обучения в высшей школе.
4. Подготовьте статью по проблемам индивидуализации обучения в высшей школе, приведите примеры эффективного решения данной проблемы.
5. Педагогическое общение и основы коммуникационной культуры преподавателя высшей школы.
6. Проанализируйте имеющиеся в психологии и дидактике подходы к диагностике учебных достижений. Разработайте вариант оценки достижений студентов в учебном процессе.
7. Подготовьте и опишите индивидуальный стиль педагогической деятельности преподавателя.
8. Разработайте план проведения учебно-просветительского занятия.
9. Покажите влияние особенностей самоутверждения личности специалиста на его профессиональную деятельность. Какие этапы выделяются в процессе самоутверждения личности? Раскройте их содержание. Как взаимосвязаны такие явления, как самоопределение и самоутверждение личности?
10. Какие личностные особенности оказывают заметное влияние на содержание и успешность самоутверждения специалиста? Обоснуйте показатели успешности профессионального самоутверждения специалиста.

3. Дисциплина: Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-3	1-5
ПК-10	1, 3
ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	1-12

Перечень практических навыков

1. Приемы медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях.
2. Способы оказания первой, доврачебной и первой врачебной помощи при неотложных состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.
3. Приемы и способы эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.
4. Приемы и способы использования индивидуальных средств защиты.
5. Применение антидотных и радиозащитных средств в объеме первой врачебной помощи.
6. Оказание первой врачебной помощи при огнестрельных ранениях.
7. Выполнение этапов хирургической обработки огнестрельной раны.
8. Осуществление временной остановки наружного кровотечения с помощью: пальцевого прижатия, давящей повязки, кровоостанавливающего жгута.
9. Выполнение противошоковых мероприятий при ранениях груди, живота, таза, конечностей при оказании первой врачебной помощи.

10. Выполнение неотложных мероприятий первой медицинской помощи при комбинированных поражениях.
11. Выполнение неотложных мероприятий первой медицинской помощи при термических поражениях различной локализации.
12. Выполнение неотложных мероприятий первой медицинской помощи при синдроме длительного сдавления.

4. Дисциплина: Микробиология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-1	1-36
ПК-6	1-36

Перечень практических навыков

1. Основные правила поведения в бактериологической лаборатории
2. Правила забора материала для микробиологического исследования (кровь, кал, моча, слизь из носоглотки, ликвор, мокрота)
3. Правила забора материала, хранения и транспортировке при ООИ
4. Составить направление на микробиологическое исследование
5. Дезинфекция в микробиологической лаборатории: рук, рабочего места, выделений больного, предметных и покровных стекол
6. Стерилизация лабораторной посуды, подготовка к стерилизации
7. Этапы приготовления мазка для иммерсионной микроскопии
8. Основные правила микроскопии (микроскопия готовых препаратов)
9. Метод Грамма (назначение, основная окраска, протравка, обесцвечивающий фактор, дополнительная окраска, механизм)
10. Окраска по Циль-Нильсену (назначение, основная окраска, протравка, обесцвечивающий фактор, дополнительная окраска, механизм)
11. Определение подвижности микроорганизмов методом «раздавленной капли» и «висячей капли»
12. Методы культивирования анаэробов (методы создания анаэробных условий)
13. Механические и биологические методы выделения чистых культур анаэробных и факультативно-анаэробных бактерий
14. Метод Дригальского, назначение, этапы: I, II, III, IV
15. Выделение чистых культур анаэробов (I, II, III, IV этапы).
16. Заражение куриного эмбриона. Цель. Способы заражения. Этапы заражения в аллантоисную полость
17. РГА (реакция гемагглютинации) назначение, компоненты, механизм
18. Реакция фаголизиса (идентификация *Sh. sonnei*)
19. Определение фаготипа *St. aureus*, назначение, принцип
20. Определение чувствительности микробов к антибиотикам методом «бумажных дисков»
21. РА на стекле (серологическая идентификация *S. typhi*, компоненты, механизм)
22. РА Видаля (назначение, компоненты, механизм и недостатки)
23. РА Вейгеля (назначение, компоненты, механизм и недостатки)
24. РПГА (определение напряженности противодифтерийного антитоксического поствакцинационного иммунитета), компоненты, механизм
25. РП по Асколи (назначение, компоненты, механизм, недостатки)
26. РН токсина анатоксином по Оухтерлони (назначение, компоненты, механизм и недостатки)
27. Определение титра и рабочей дозы комплемента
28. РСК по Борде-Жангу (назначение, компоненты, механизм)
29. Опсонофагоцитарная реакция с целью серологической диагностики бруцеллеза (*in vitro*). Компоненты, механизм
30. Реакция флоккуляции (титрование противодифтерийной антитоксической сыворотки и определение активности дифтерийного анатоксина). Компоненты, механизм
31. РН на мышцах с целью установления экзотоксина *Cl. perfringens*. Компоненты, механизм
32. РН на мышцах с целью идентификации вируса клещевого энцефалита, компоненты, способы их получения, механизм
33. РТГА (определение серотипа вируса гриппа А). Компоненты, механизм
34. ИФА (серологическая диагностика СПИДа и определение HBs-АГ вируса гепатита В). Компоненты, механизм, учет реакции
35. РИФ (экспресс-диагностика и серологическая диагностика гриппа А). Компоненты, механизм, учет реакции
36. ПЦР. Назначение, принцип, этапы, достоинство метода

5. Дисциплина: Клиническая фармакология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-16
ПК-6	3-12

Перечень практических навыков

1. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при нормальном течении беременности.
2. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при осложненном течении беременности.
3. Рациональная комбинация антибактериальных препаратов при эндометрите.
4. Эффекты глюкокортикоидов. Профилактика РДС-синдрома плода.

5. Назначение нестероидных противовоспалительных средств в акушерстве и гинекологии.
6. Назначить лечение преэклампсии.
7. Назначить лечение эклампсии.
8. Назначить лечение угрозы преждевременных родов.
9. Назначить лечение угрозы самопроизвольного выкидыша.
10. Назначить лечение железодефицитной анемии во время беременности.
11. Рассчитать и назначить инфузионно-трансфузионную терапию при кровопотере.
12. Назначить кровоостанавливающую терапию при аномальных маточных кровотечениях.
13. Назначить гормональный контрацептивный препарат.
14. Препараты для лечения пациентки с ожирением, синдромом поликистозных яичников.
15. Выписать рецепт.
16. Заполнить лист врачебных назначений.

6. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9.	1-13

Умения и практические навыки:

1. Чем отличается общение врач-больной от партнерского общения?
 2. Во врачебной практике встречаются явления отрицательного контрпереноса и отрицательного переноса. Какой может быть продуктивная тактика врача в таком случае? Может быть это неважные явления? Обоснуйте свою точку зрения.
 3. Ролевая игра «Пациент на приеме у врача». Проведите беседу с пациентом таким образом, чтобы ему стало легче.
 4. Какие модели врачебной деятельности Вы знаете? Обсудите в группе – чем в каждом конкретном случае должна определяться избираемая модель взаимодействия с пациентом?
 5. На основе чего в общественном сознании строятся стереотипы врачей различных специальностей?
 6. Каковы специфические особенности общения с разными группами больных?
- Какой может быть врачебная тактика при встрече с такими «сложными типичными пациентами»: «Неприятные» пациенты - вызывающие раздражение и неприязнь у врача.
- * Истероидные личности, ипохондрики. Для пациента каждый визит к врачу - доказательство окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться.
 - * Медлительный пациент.
 - * Обстоятельный и дотошный пациент.
 - * Словоохотливый пациент, который особенно может раздражать врача при нехватке у него времени.
 - * При повторных визитах пациент заявляет, что ему не становится легче, при этом, что бы врач ни делал, он видит на лице больного унылое выражение лица и слышит жалобы, хотя речь идет не о неизлечимом заболевании, а таком, которое обычно поддается терапии. Капризный пациент, претендующий на особое внимание и отношение к себе, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения.
 - * Пациент, у которого стремление избавиться от болезни любой ценой, становится сверхценной идеей, он ходит к разным врачам, увлекается нетрадиционными методами лечения (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога, уринотерапия и т.п.).
 - * Озлобленный, грубый, агрессивный пациент.
 - * Пациент, сопротивляющийся выписке из стационара.
7. Ролевая игра «Больной на приеме у врача». Продолжить закрепление эффективных способов общения с пациентами.
 8. Ролевая игра «Отказ от госпитализации».
 9. Приведите свои примеры на каждую из разновидностей групп.
 10. В чем принципиальное психологическое различие между большой и малой группой?
 11. Имеет ли практическое значение для врача знание о наличии внутри коллектива, в котором он работает, неформальных групп? Если не имеет значения, то почему? Если имеет значение, то в чем оно заключается?
 12. В группе обычно есть лидер, который может быть официальным руководителем, а может и не быть. Чем он психологически отличается от назначенного или даже избранного группой официального руководителя?
 13. Чем отличаются формальные и неформальные групповые нормы?

БУ ВО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ (ТРЕТИЙ ЭТАП)

1. **Дисциплины:** детская хирургия, эндоскопическая хирургия в детской хирургии, детская урология-андрология, хирургия новорожденных, поликлиническая детская хирургия, интенсивная терапия в детской хирургии, гинекология детского возраста

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-10
ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	1-10

Ситуационные задачи по хирургии

Задача 1

Девочка, 17 лет. Жалобы : на боли в животе, тошноту, рвоту 2 раза, Со слов больна около 2 часов, тому назад. Самостоятельно не лечилась. Доставлена БСМП. Объективно: Т-36,5 С. ЧДД-19 в 1 минуту. Перкуторно легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС: 94 уд/мин. Язык: влажный, слегка обложен белым налетом. Печень: край ровный, эластичный, по краю реберной дуги. Почки: не пальпируются, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание безболезненное, свободное. Селезенка не пальпируется. Стул 06.07.2025 самостоятельный, оформленный, без патологических примесей, газы отходили. Диурез - достаточный, дизурия, моча светло-желтой окраски. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный в правых отделах, над лоном, дефанса нет, симптомы раздражения брюшины отрицательные, кишечник урчит при пальпации.

Беременна, срок беременности 17 недель.

ОАК: WBC Лейкоциты 13.7 * 109/л
HGB Гемоглобин 112 г/л
RBC Эритроциты 3.4 * 1012/л
HCT Гематокрит 31.7 * %
PLT Тромбоциты 324 * 109/л

Лейкоцитарная формула (микроскопия)

Эозинофилы 0 % 0 - 5
Нейтрофилы П/Я 4 % 0 - 6
Нейтрофилы С/Я 70 % 45 - 72
Лимфоциты 24 % 19 - 37
Моноциты 2 * % 3 - 11

С-реактивный белок 3.70 мг/л

1. Ваша дальнейшая тактика.
2. Предположительный диагноз.
3. До какого срока беременности возможна эндоскопическая аппендэктомия?

Задача 2

Мальчик, 13 лет. Жалобы : на локальный отек, боли в области правого голеностопного сустава

Анамнез заболевания : в течении 1 года отмечает периодические боли в правом голеностопном суставе, 21.06.2025 подвернул правый голеностоп. далее в течении суток боли усилились. присоединилась гипертермия до 38,5С. Катаральных явлений не наблюдается. Обратились в Травматологическую больницу, госпитализирован 27.06.2025. Получал стационарное лечение: а/б терапию Цефазолин 1,0 гр * 2 р/сут, ибупрофен, бифидумбактерин. 30.06.2025 наросли отек, гиперемия и боли в области правого голеностопа. Выполнена пункция голеностопного сустава 30.06.2025 - эвакуировано около 10 мл темно-розовой густой жидкости с нитями фибрина, взят бакпосев. Направлен 3.07.2025 в приемное отделение. МРТ от 30.06.2025 - заключение: правый голеностопный сустав: Кости, образующие ГСС. имеют обычную конфигурации расположены правильно. Определяется выраженное, разлитое повышение сигнала на Spair ИП от бугра пяточной кости. Выраженные отечные изменения пареоосиальных мягких тканей. В преакиллерной сумке скопление жидкостного содержимого, стенки утолщены, от стенок повышение сигнала. Суставная полость подтаранного сустава расширена за счет скопления жидкостного содержимого. Суставные поверхности четкие, ровные, признаков деструкции не выявлено.

Локально: в области правого голеностопного сустава отечность мягких тканей, в центре симптом флюктуации отрицательный, при движении в суставе умеренная болезненность. При пальпации, перкуссии - в покое боли не беспокоят. Осевая проба отрицательная.

WBC Лейкоциты 4.8 10^9/л
С-реактивный белок 8.70 * мг/л

Заключение УЗИ: Подозрение на патологию: Да; Ультразвуковые признаки (гнояного?) пяточного бурсита. Синозит голеностопного сустава. Ультразвуковые признаки отека подкожно-жировой клетчатки в проекции правого голеностопного сустава

КТ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КТ-картина наиболее соответствует таковой при остеомиелите правой пяточной кости. КТ-картина ретрокальканеального бурсита справа.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования
3. Тактика ведения.

Задача 3

Мальчик, 17 лет. Жалобы : на отечность мягких тканей в области левого коленного сустава, наличие раны в области надколенника
Анамнез заболевания :

14.04.2025 оперирован в НИИ Турнера, выполнена диагностическая артроскопия левого коленного сустава, при скопии выявлены воспалительные изменения синовиальной оболочки в области верхнего заворота, при осмотре феморо-пателлярного сочленения выявлена латерализация надколенника. Хрящевой покров надколенника визуально и мануально изменен по типу хондромалиции 2-3 ст. Латеральный ретинакулум утолщен. Латеральный и медиальный мениски не изменены. Выполнен латеральный релиз, лаваж сустава. Выполнены разрезы в проекции медиального края надколенника, тупо и остро мобилизован медиальный край надколенника. Тупо и остро сформирована зона прикрепления аутооттрансплантата и якорная фиксация. На границе верхней и средней 1/3 правого надколенника установлен фиксатор osteoraptor. Сформирован аутооттрансплантант медиальной надколенно-бедренной связки и фиксирован к медиальной краю надколенника нитями. Проксимальная часть трансплантата проведена через сухожилие прямой мышцы бедра. Во внутреннем мыщелке сформирован костный канал d7 мм, длиной 2,5 см. Аутооттрансплантат проведен в костный канал и фиксирован винтом Milagro 7*23 мм (биodeградируемым), надколенник вправлен, центрирован.

12.05.2025 сняты швы.

С 29.05.2025 появились отечность и болезненность в области левого коленного сустава. С 30.05.2025 повысилась температура тела до 39С, наросли отек мягких тканей и гиперемия кожи в области левого коленного сустава. Обратились в СКТБ, выполнена пункция коленного сустава. Назначен ципролет, ибупрофен.

с 31.05.2025 со слов матери, гипертермии больше не было. Отек мягких тканей и гиперемия в области п/о вмешательства уменьшился.

04.06.2025 обратились повторно к ортопеду, рекомендована консультация детского хирурга. 04.06.2025 Самостоятельно обратились в ДПО 2 СОКЦОМид. Госпитализирован в ДХО 3 СОКЦОМид. Проведена артротомия: выделилось около 5-7 мл сливкообразного содержимого бурого цвета с хлопьями, взят бакпосев, выполнена ревизия полости гнойника, санация раствором перекиси, через контрапертурный разрез выполнено сквозное дренирование полости гнойника выпускником из перчаточной резины, санация раствором перекиси. Повязка с мазью Левосин.

Далее получал антибактериальную терапию по чувствительности бакпосева, перевязки. Рана очистилась, заживала вторично. Выписан из ДХО 3 - 13.06.2025.

На контрольной явке к детскому хирургу КЦД СОКЦОМид 16.06.2025 состояние раны удовлетворительное, заживает вторичным натяжением. Направлен для лечения по м/ж. Выполнялись перевязки у хирурга поликлиники.

03.07.2025 Хирургом поликлиники направлен в СКТБ с подозрением на отторжение импланта? Ортопедом СКТБ выполнено КТ левого коленного сустава 03.07.2025 – Описание: Состояние после оперативного вмешательства лечебно-диагностической артроскопии левого коленного сустава путем медиальной пателлофemorальной связки. Определяются участки резорбции костной ткани медиальных отделов метафиза левой большеберцовой кости (по ходу шурупа) с неровностями, “зазубренными контурами”, шириной до 6 мм, с реактивными изменениями прилежащей костной ткани, с наличием единичных мелких костных фрагментов в мягких тканях в области оперативного доступа. Аналогичные участки резорбции костной ткани медиальных отделов надколенника (по ходу шурупа), толщиной до 5 мм, с мелкими костными фрагментами в области оперативного доступа, с наличием по передне-медиальной поверхности надколенника свищевого хода. Свищевой ход с сообщением с подкожно- жировой клетчаткой. В полости левого коленного сустава определяется избыточное патологическое количество жидкости. Отечные изменения параартикулярных мягких тканей.

Заключение КТ левого коленного сустава 03.07.2025: Состояние после оперативного вмешательства лечебно-диагностической артроскопии коленного сустава путем аутопластики медиальной пателлофemorальной связки. КТ – картина воспалительного процесса левого коленного сустава (остеомиелит) с наличием свищевого хода по передне-медиальной поверхности надколенника. Синовиит.

Направлен в приемное отделение.

1. Диагноз
2. План обследования
3. Тактика ведения.

Задача 4

Девочка, 9 лет доставлена 02.02.2025 г. в 15:15 в детское приемное отделение бригадой скорой помощи в сопровождении матери с диагнозом «Острый аппендицит».

Жалобы при поступлении на боли в животе, рвоту. Из анамнеза заболевания: со слов мамы, боли в животе беспокоили в течение 5 часов, отмечена рвота до 3 раз. Лечение на догоспитальном этапе не проводилась.

При осмотре: Температура тела 36,0°C. Лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких на симметричных участках, ЧДД 24 в 1 минуту. Перкуторно легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 88 уд/мин, АД 110/66 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Печень: край ровный, эластичный, по краю реберной дуги. Почки: не пальпируются, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание безболезненное, свободное. Селезенка не пальпируется. Стул после клизмы. Диурез достаточный, дизурия, моча светло-желтой окраски. ОАК Лейкоциты $14,1 \times 10^9/\text{л}$. Нейтрофилы 78%.

С-реактивный белок - 0,30.

Амилаза мочи - 702.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза - Ультразвуковых признаков патологии не выявлено.

Оказанная помощь: Очистительная клизма. От инъекции платифиллина получен отказ.

На момент осмотра острая хирургическая патология исключена, ребенок передан дежурному педиатру.

Пациентка осмотрена дежурным педиатром Выставлен диагноз: Основной: Болезнь поджелудочной железы неуточненная.

Сопутствующий: Бактериальная кишечная инфекция. В связи с подозрением на кишечную инфекцию, предложена транспортировка бригадой скорой помощи в ДИО СОКБ. От транспортировки получен отказ, оформлен документально.

02.02.2025 г. в 22:25 пациентка повторно доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение детского корпуса БУ

«СОКЦОМид». Согласно имеющимся сведениям, 02.02.2025 г. в 20:00 пациентка самостоятельно обратилась в приемное отделение ДИО СОКБ, была осмотрена врачом-инфекционистом, назначен ОАК - Лейкоциты $18,73 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 17,34%. Заключение:

Убедительных данных за острую кишечную инфекции нет. Врачом-инфекционистом пациентка направлена в детское приемное отделение №2 с диагнозом «Болезнь поджелудочной железы». Однако сотрудниками бригады скорой помощи был выставлен диагноз «Реактивный панкреатит» и принято решение транспортировать ребенка в приемное отделение детского корпуса.

При поступлении ребенок осмотрен педиатром. Жалобы при поступлении на боли в животе (ВАШ 8 б), рвоту 3-кратно. Объективно: состояние на момент осмотра средней степени тяжести. Температура 36,5°C. ЧСС 89 в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. При осмотре живот округлой формы, симметричный, не вздут, видимой пульсации, перистальтики нет. При поверхностной

пальпации живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю правой реберной дуги, край эластичный, безболезненный. При пальпации селезенка не определяется. Стул 1 раз оформленный, без патологических примесей.

Оказана помощь: инфузионная терапия - натрия хлорид 0,9% 500 мл, метоклопрамид 1 мл в/в.

Детским хирургом при повторном обращении не осмотрена.

Заключение дежурного педиатра: Учитывая данные анамнеза жизни, анамнеза заболевания и объективного осмотра, ребенок не нуждается в экстренной госпитализации. Диагноз: Основной A09.9 Гастроэнтерит и колит неуточненного происхождения.

Сопутствующий K86.9 Болезнь поджелудочной железы неуточненная.

Даны рекомендации, пациентка направлена на амбулаторное лечение.

03.02.2025 г. пациентка повторно доставлена в ДПО №2 БУ «СОКЦОМид» с диагнозом: K35.8 Острый аппендицит.

Осмотрена дежурным детским хирургом. Жалобы при поступлении на боли в животе (отмечено усиление болей в динамике), повышение температуры тела до 38,3°C. Принимала Нурофен, Но-шпу, после чего отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома.

Объективно: Температура тела 39,0°C. Общее состояние средней степени тяжести, стабильное; самочувствие умеренно страдает. ЧДД 20 в 1 минуту. ЧСС 94 уд/мин. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, над лоном, дефанс нет, симптомы раздражения брюшины сомнительные, кишечник урчит при пальпации. Ректально: Тонус сфинктеров сохранен, в ампуле прямой кишки пусто, на перчатке следы каловых масс светло-коричневой окраски, без патологических примесей.

ОАК - лейкоциты $24,2 \times 10^9/\text{л}$. С-реактивный белок – 81,2.

1. Диагноз
2. Дальнейшая тактика

Задача 5

Девочка 2г 3 мес. Поступила 8.07.2025

Жалобы : на рвоту 1хкратно (коричневого цвета по типу кофейной гущи, на гипертермию до 38-39 С), разжиженный стул черного цвета 1хкратно.

Анамнез заболевания : со слов матери, заболела с вечера 05.07.2025. с подъема температуры до 38-39С, снижения аппетита, слабости и вялости ребенка, мать навала жаропонижающие препараты (цефекон, ибуклин сироп), со слов с интервалом около 6 часов в течении этих дней, однократно вызвали бригаду СМП поставлена инъекция от температуры, далее со слов матери температура не снижалась, она повторно давала жаропонижающие. Сегодня ночью с 07.07.2025 на 08.07.2025, мать отмечает однократно рвоту коричневого цвета, далее утром отмечался эпизод разжиженного стула черного цвета. Вызвали БСМП доставлены в приемное отделение. Последний прием пищи 11:00.

ОАК: HGB Гемоглобин 97 * г/л
RBC Эритроциты $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$
PLT Тромбоциты $126 \times 10^9/\text{л}$
Тромбоциты по Фонио 133 * $10^9/\text{л}$

Заключение ЭФГДС: Язва антрального отдела желудка (пре пилорическая часть), осложнённая продолжающимся диапедезным кровотечением F1b.

1. Ваша дальнейшая тактика.
2. Диагноз

Задача 6

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребёнок 15 лет с жалобами на боли в животе, тошноту, однократную рвоту съеденной пищей, вялость.

Анамнез заболевания: со слов мамы, около 3 часов назад у ребенка появились боли в правом боку и правой подвздошной области. Спустя 1 час появилась тошнота, была однократная рвота съеденной пищей без патологических примесей.

Объективный статус: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом, интоксикационным синдромом. Температура тела 37,2 С. Ребёнок лежит на правом боку, при повороте на левый бок боль усиливается. При ходьбе – щадит правую половину туловища. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 100/мин, АД 110/65 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Моча жёлто-красная. Диурез не нарушен.

Локальный статус: Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно - мягкий, умеренно болезненный в правых отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” положительный справа, отрицательный слева.

Ректально: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $338 \times 10^9/\text{л}$.

С-реактивный белок – 31 мг/л.

ОАМ: цвет желто-красный, прозрачная, pH – 5,0, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты сплошь.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

Задача 7

В приёмное отделение больницы бригадой СМП доставлена девочка 16 лет

Жалобы при поступлении на сильные боли в животе, слабость, однократную рвоту съеденной пищей

Anamnesis morbi: со слов ребёнка, боли появились внезапно, около 3 часов назад. Появление болей ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечилась. Половой жизнью живёт с 15 лет.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом. Температура тела 36,9 С. Кожный покров бледноватый, слизистые оболочки физиологического цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД- 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 88/мин, АД 116/72 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области

При проведении гинекологического обследования, в полости малого таза справа определяется тугоэластичное болезненное образование.

Боль усиливается при движении данного образования.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты 8×10^9 /л, гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 360×10^9 /л. ОАМ: цвет желтый, прозрачная, рН – 6,6, относительная плотность - 1022, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

Задача 8

В поликлинику обратилась мама с девочкой 6 лет. Жалобы со стороны мамы в отношении ребёнка на запоры, боли в области ануса, которые появляются после акта дефекации. Маме периодически видит прожилки крови в стуле. Жалобы беспокоят на протяжении 7 месяцев.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Дифференциальный диагноз

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза

Тактика ведения пациента

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; ПК-4; ПК-10; ПК-11	1-5

Ситуационные задачи

№ 1

В 20 гор. больницу г. Ростова обратился гр-н К., житель города Майкопа Краснодарского края, в связи с приступом почечнокаменной болезни. Дежурный врач, изучив его документы (паспорт, страховое свидетельство и справку больницы г. Майкопа), с учетом удовлетворительного состояния гр-на К. и отсутствия экстренных показаний, отказал в оказании медицинской помощи на том основании, что он не является жителем г. Ростова и страховое свидетельство выдано по его месту жительства. Однако ночью состояние больного резко ухудшилось, и вызванная скорая помощь, после оказания первой помощи, увезла его в БСМП-2, где он был прооперирован.

Как можно квалифицировать с правовой точки зрения действия врача 20 больницы?

Ответ: В соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, с законом РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" и Положении об обеспечении прав граждан, застрахованных в РФ по обязательному медицинскому страхованию врач 20 больницы обязан был оказать помощь, так как больно́й является гражданином России и имеет свидетельство об ОМС. Действия врача противоправны и могут расцениваться как преступление по статье 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", а в случае причинения среднего или тяжкого вреда по статье 118 УК РФ "Причинение среднего или тяжкого вреда по неосторожности". Гр-н может также подать гражданский иск на возмещение причиненного ему материального и морального вреда в соответствии с Гражданским кодексом РФ.

№ 2

Ассистент кафедры хирургии медицинского университета, кандидат медицинских наук, находясь в отпуске, с семьей ехал на собственной машине на черноморское побережье. При выезде из города он остановился, так как дорога была перекрыта из-за аварии. Выйдя из машины, он увидел травмированного, лежащего на обочине дороги мужчину в тяжелом состоянии, заметил открытый перелом правой бедренной кости с кровотечением, слышал, как автоинспектор вызывал скорую помощь. Но тут дорогу открыли, и он продолжил путь.

Имеется ли какое-либо нарушение в поведении врача и какое?

Ответ: Врач, увидев травмированного, который нуждался в остановке кровотечения и иммобилизации конечности, понимал, что неоказание медицинской помощи может повлечь ухудшение здоровья и даже смерть от кровопотери. Тем не менее, помощь он не оказал, считая, что он находится в отпуске и не обязан этого делать. Во-первых, он нарушил нравственные нормы профессии, изложенные в "Клятве врача", предусмотренной ст. 60 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Во-вторых, он совершил преступление по ст. 124 УК РФ "Неоказание помощи больному", так как по жизненным показаниям он должен оказывать первую медицинскую помощь в любом месте и в нерабочее время (в том числе находясь в отпуске).

№ 3

В детскую городскую больницу поступил двенадцатилетний ребенок, доставленный после падения с балкона 3 этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Требовалось срочное переливание крови, однако родители, мусульмане по вероисповеданию, не дали согласие врачам на переливание крови. Врачи, после информации о последствиях их отказа не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери.

Ответствен ли медицинский персонал за смерть мальчика?

Ответ: Несмотря на статью 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан о праве граждан на отказ от медицинской помощи (в этом случае при отказе родителей несовершеннолетнего ребенка до 15 лет), необходимой для спасения его жизни, руководство больницы или отделения (либо дежурный врач), после информации и попытки убедить родителей, должны обратиться в суд для защиты интересов ребенка.

№4

Женщина 47 лет в экстренном порядке поступила в урологическое отделение ГКБ№6 г. Красноярск с камнем мочеточника. Полостную операцию врачи предложили сделать бесплатно, а эндоскопическую за 12000 руб. Кроме того в отделении предлагают больным приобретать за свой счет одноразовые шприцы.

1. Входит ли эндоскопическая операция на мочеточнике и обеспечение одноразовыми шприцами в Программу ОМС?

2. На какой территории РФ действителен полис ОМС

Ответ:

1. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению Красноярского края бесплатной медицинской помощи, раздел 1, п.1.2. заболевания мочеполовой системы входят в Перечень заболеваний, при возникновении которых гражданам предоставляется бесплатная медицинская помощь, в т.ч. – эндоскопические операции. Одноразовые шприцы оплачиваются больницам из средств обязательного медицинского страхования и должны предоставляться бесплатно.

2. Полис обязательного медицинского страхования действует на всей территории Российской Федерации.

№5

Пенсионер, временно проживающий по улице Батурина г. Красноярск, постоянная прописка в г. Екатеринбурге, имеет полис ОМС, выданный в г. Екатеринбурге. При обращении в поликлинику по поводу заболевания пенсионеру предложили в регистратуре прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен.

1. Правомерно ли поступает поликлиника?

2. Куда обращаться при нарушении прав на оказание бесплатной медицинской помощи

Ответ:

1. Нет, неправомерно. Согласно статье 5 раздела 2 Закона РФ от 28 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», страховой медицинский полис, выданный пенсионеру по месту жительства в г. Екатеринбурге, действителен на всей территории Российской Федерации.

2. Для решения вопроса о лечении в поликлинике, необходимо обратиться к заведующему отделением поликлиники или главному врачу больницы, при отсутствии результата – в отдел организации защиты прав застрахованных граждан краевого фонда ОМС.

3. Дисциплина: Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-3, ПК-5; ПК-7, ПК-12	1-6

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание отсутствует. Пульс на лучевой и сонной артериях не определяется. Действуйте!

Ситуационная задача №2

Пострадавший неподвижен, на оклик не реагирует. Видимое дыхание и пульс на лучевой артерии отсутствуют. Пульс на сонной артерии едва определяется. Правая голень оторвана на уровне верхней трети. Видимого кровотечения нет. Одежда обильно пропитана кровью. Местность холмистая, температура воздуха +30°C. Действуйте!

Ситуационная задача №3

Раненый без сознания. Двигательное возбуждение. Вдох затруднен, сопровождается втяжением надключичных ямок. Цианоз губ. На одежды следы рвотных масс. В правой лоб-но-височной области ссадина и ограниченная припухлость мягких тканей. Пульс редкий. Действие в городе, дождь. Действуйте!

Ситуационная задача №4

Лицо залито кровью. Нижняя челюсть деформирована и смещена кзади. Сознание отсутствует. Вдох судорожный. Пульс частый. Местность лесисто-болотистая. Температура воздуха +15°C. Действуйте!

Ситуационная задача №5

Раненый в сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно кровоточащая рана 3х2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Поле. Температура воздуха -5°C. Действуйте!

Ситуационная

задача

№6

Во время теракта подорвался на фугасе. Сознание спутано, стонет. Правая нижняя конечность висит на кожном лоскуте на уровне верхней трети голени. Рана культи умеренно кровоточит. На переднебоковой поверхности шеи слева рана 6х3 см с обильным кровотечением. Левая стопа разрушена, не кровоточит. Город. Температура воздуха +3 °C.

Ответы на ситуационные задачи

- Отсутствие дыхания и кровообращения свидетельствует о том, что раненый мертв.
- Отсутствие дыхания при сохраненном, хотя и ослабленном кровообращении (наличие пульса на сонной артерии) свидетельствует о том, что пострадавший находится в терминальном состоянии, обусловленном разрушением голени, массивной кровопотери и обезвоживанием пострадавшего (температура +30°C). Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания. Первая медицинская помощь:
 - ИВЛ
 - В случае восстановления самостоятельного дыхания - обезболить и наложить жгут выше раны
 - Повязка на рану
 - Транспортная мобилизация прибинтовыванием поврежденной конечности к здоровой
 - под жгут записка с указанием даты и времени его наложения.
 - Обильно напоить раненого, если сохранен акт глотания.
 - Оттащить раненого в укрытие (обратный скат холма) и придать устойчивое положение на боку для предупреждения западения языка.
 - Накрыть накидкой медицинской для предупреждения общего перегревания.
 - Подлежит первоочередному выносу с очага.
 - Если самостоятельное дыхание не восстанавливается в течении пяти минут или исчезнет пульс, раненый мертв. Реанимацию прекратить. Преступить к оказанию медицинской помощи другим пораженным.
- Наличие ссадины и припухлости в правой височной области, отсутствие сознания и следы рвотных масс свидетельствуют о том, что пострадавший получил закрытую тяжелую травму черепа. Удушье, по-видимому, обусловлено аспирацией рвотных масс и западением языка. Первая медицинская помощь:
 - Подложить валик под плечи.
 - Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.
 - Очистить пальцем ротоглотку от рвотных масс.
 - Ввести воздуховод.
 - Оттащить раненого в положении на боку или на животе в здание вблизи от проезжей части улицы и придать устойчивое положение на боку.
 - Подлежит первоочередному вывозу.
- Деформация и смещение нижней челюсти кзади свидетельствует о ее переломе. Удушье обусловлено западением языка и, по-видимому, аспирацией крови (лицо залито кровью). Первая медицинская помощь:
 - Подложить под плечи валик.

- Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.
- Очистить пальцем ротоглотку от сгустков крови.
- Ввести воздуховод.
- Иммобилизовать нижнюю челюсть пращевидной повязкой.
- Оттащить раненого в укрытие и придать устойчивое положение на боку.
- Подлежит первоочередному вывозу.

5. Жалобы на удушье и наличие раны в левой подлопаточной области с выраженной подкожной эмфиземой туловища свидетельствуют о наличии у раненого прогрессирующего напряженного левостороннего пневмоторакса, угрожающего жизни из-за резкого повышения внутриплеврального давления и смещения средостения.

Первая медицинская помощь:

- Наложить окклюзионную повязку с клапаном на рану груди.
- Обезболивание.
- Придать раненому положение полусидя.
- Укутать накидкой медицинской для профилактики общего переохлаждения.

6. У раненого множественные повреждения: обильно кровоточащая рана на переднебоковой поверхности шеи слева, отрыв правой голени с умеренным кровотечением из раны и некровоточащая обширная рана левой стопы.

Первая медицинская помощь:

- Остановить кровотечение из раны шеи пальцевым прижатием левой сонной артерии к позвоночнику, после чего наложить давящую повязку с пелотом, проводя туры бинта справа через поднятую вверх правую руку.
- Наложить жгуты на правую голень тотчас выше раны и на нижнюю треть левой голени.
- Обезболить.
- Наложить повязки на раны.
- Иммобилизовать нижние конечности.
- Обильно напоить раненого.
- Записка с указанием даты и времени наложения жгутов.
- Подлежит первоочередному вывозу.

4. Дисциплина: Педагогика.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	1-12
УК-3	2-12

Ситуационные задачи

Задача 1

При ответе на вопрос студент не согласился с оценкой преподавателя (70 баллов, три), считая ее заниженной, настаивая на оценке 86 баллов (четыре). Ответ действительно содержал недочеты, однако учащийся их не усмотрел. Каковы Ваши действия в данной ситуации?

Задача 2

На занятии студент систематически отказывается отвечать на вопросы преподавателя, не выполняет задания, обосновывая это тем, что ему не интересно, этот предмет «лишний» для изучения. Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 3

Студенты регулярно опаздывают на Ваше занятие, тем самым нарушая его ход, мешая другим учащимся, создавая нерабочую обстановку в учебном коллективе.

Каковы Ваши действия в данной ситуации? Как, на Ваш взгляд, можно решить проблему с опозданиями учащихся?

Задача 4

Педагог на уроках физкультуры, зная, что Сидоров тяготеет к фитнесу, весь семестр не разрешает ему пойти в тренажерный зал, и, зная, что Попов склонен к бегу – не разрешает ему бегать кросс, дает всем единое задание, чем снижает интерес этих учащихся к физкультуре. Какие принципы и подходы не учел педагог?

Задача 5

На занятии по социальной педагогике преподаватель вначале сообщает общее положение, закон, а затем постепенно начинает выводить частные случаи, более конкретные задачи.

- Определите метод обучения в соответствии с логикой раскрытия содержания темы.
- Укажите его преимущества.

Задача 6

На лекции преподаватель дает студентам задание: слушать внимательно лекцию, находить и записывать неточности и возникающие ошибки, которые преподаватель допускает намеренно. В конце лекции преподаватель обсуждает со студентами все зафиксированные ими ошибки.

- Определите метод обучения.
- К какой группе методов он относится?

Задача 7

На занятии по социальной педагогике учащиеся воспринимают учебную информацию, усваивают наиболее важные моменты в обобщенном виде, закрепляют изученное путем повторения нового материала, применяют изученное в ходе выполнения упражнений или анализа жизненных ситуаций.

1. Определите метод обучения, использованный преподавателем.
2. В каких случаях этот метод наиболее эффективен?

Задача 8

Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на отсутствие учебников в библиотеке и т.д. Каковы Ваши действия в данной ситуации? Необходимо ли, на Ваш взгляд, ставить неудовлетворительные оценки в данном случае?

Задача 9

Заведующий кафедрой предложил преподавателям составить портфолио достижений на некоторых способных студентов, активно участвующих в общественной и научной жизни университета.

Как Вы считаете, какие виды портфолио можно составить? Что может войти в данное портфолио достижений студента?

Задача 10

Если бы Вам поручили разработать сборник кейсов по дисциплине, то какие случаи из практической деятельности специалиста могли бы послужить основой для кейса?

Задача 11

При ответе на вопрос студент сильно заикается из-за волнения и индивидуальных особенностей речи. В результате Вы плохо понимаете, о чем ведёт речь студент, не можете оценить его ответ.

Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 12

Преподавателю при приеме на работу дали ознакомиться с тремя образовательными программами (рекомендованной Минобразованием РФ; инновационной, опубликованной в печати; утвержденной образовательным учреждением).

Какую из представленных программ учитель должен считать обязательной основой для своей деятельности?

5. Дисциплина: Микробиология

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
ПК-1; ПК-6.	1-10

Ситуационные задачи

Задача № 1

У пациента, 55 лет, с термическим ожогом 2-3 степени, с поражением 25% площади тела, на 7 сутки, несмотря на интенсивную терапию, на фоне гранулирующей ткани усилилось количество гнойного отделяемого, имеющего зеленый цвет. В раневом отделяемом при микроскопии обнаружены грамотрицательные палочки, короткие, подвижные.

Задание.

1. Назовите возможные пути заражения данной инфекцией.
2. Назовите основной метод лабораторной диагностики данной инфекции, опишите его.
3. Вырабатывает данный микроорганизм в процессе своей жизнедеятельности пигменты?
4. Какие факторы патогенности характеризуют данный микроорганизм? Какого типа токсин вырабатывает возбудитель, каков молекулярный механизм его действия?
5. Установите таксономическое положение возбудителя.
6. Какие сведения должен получить врач о возбудителе для назначения антибиотикотерапии?

Задача № 2

26 лет мужчина с проникающим ранением в брюшную полость был доставлен в больницу. Во время операции обнаружено повреждение толстого кишечника. Было произведено ушивание раны. На 7 сутки резко повысилась температура до 40°C, и появились симптомы выраженной интоксикации. При микроскопии окрашенного по Граму содержимого абсцесса были обнаружены грамотрицательные полиморфные неспорообразующие палочки. В результате бактериоскопического исследования и клинической картины был поставлен предварительный диагноз: послеоперационный абсцесс бактериальной этиологии.

Задание.

1. Какой материал надо взять, чтобы выделить чистую культуру микроорганизма? Как проводят забор и транспорт исследуемого материала?
2. Какие методы лабораторной диагностики необходимо использовать?
3. Перечислите факторы патогенности данного микроорганизма. Какова роль каждого из них в патогенезе данного заболевания?
4. Назовите источники и факторы, предрасполагающие к развитию подобной инфекции.
5. Этот возбудитель часто вызывает инфекционный процесс в ассоциации с какими микроорганизмами, почему?
6. Какие сведения о возбудителе помогут врачу-хирургу назначить рациональную антибиотикотерапию?

Задача № 3

В городскую инфекционную больницу поступила больная К., 34 лет, с жалобами на частый стул, тенезмы, боли в животе, рвоту, температуру 37,5° С. На основании клинического обследования был поставлен диагноз: дизентерия. Врач отправил материал от больной в бактериологическую лабораторию. Однако при исследовании материала шигеллы не были обнаружены.

Задание.

1. Как нужно правильно взять материал на исследование и его транспортировать?

2. Чем можно объяснить отсутствие шигелл в исследуемом материале?
3. Перечислите методы диагностики дизентерии, укажите основной метод.
4. Сколько раз нужно провести исследование для подтверждения отрицательного результата, и каким образом?
5. Перечислите методы диагностики дизентерии и укажите основной метод.
6. Определите таксономическое положение возбудителей (сем., род, виды).
7. Перечислите факторы патогенности шигелл.
8. Объясните патогенез дизентерии.
9. Какие сведения о возбудителе необходимо знать врачу для проведения лечения заболевания?

Задача № 4

Несколько рабочих одного совхоза после приема в пищу мясного салата, который они купили в столовой, были госпитализированы в инспекционное отделение районной больницы. Все заболели остро, повысилась температура, появилась тошнота, рвота, боли в животе и жидкий стул. Диагноз: «острый гастрит»?

Задание.

1. Какие микроорганизмы могут быть причиной этого заболевания (указать семейства, роды)?
2. Какой материал надо направить в бактериологическую лабораторию на исследование, и с какой целью?
3. Выберите метод лабораторной диагностики и составьте схему исследования.
4. Объясните патогенез пищевой токсикоинфекции, вызванной сальмонеллами, роль энтеротоксина в патогенезе.
5. Как могло произойти инфицирование рабочих?
6. Возможно ли установить источник инфекции и как?
7. При отрицательном ответе из лаборатории, какие другие методы исследования можно применить?

Задача № 5

В инфекционное отделение поступило несколько школьников, учащихся одного класса. У всех при поступлении состояние тяжелое, выраженный менингеальный синдром, температура 40° С. Врач заподозрил вспышку эпидемического менингита. Необходимо лабораторное подтверждение клинического диагноза.

Задание.

1. Назовите возбудителя эпидемического менингита, укажите его таксономическое положение.
2. Объясните роль факторов патогенности менингококков в патогенезе заболевания.
3. Какой материал необходимо взять для исследования?
3. Выберите метод лабораторной диагностики. Укажите цель исследования.
4. Возможно ли применение методов экспресс-диагностики?
5. Какой метод экспресс-диагностики Вы выберете?
6. С учетом каких данных о возбудителе врач будет определять тактику лечения больного?
7. Охарактеризуйте биопрепарат для специфической профилактики менингококковой инфекции.

Задача № 6

Будучи в командировке, больной А. имел случайное половое сношение с женщиной, после чего появились гнойные выделения из уретры, рези во время мочеиспускания.

Задание.

1. Какое заболевание заподозрил врач у больного?
2. Какие микроорганизмы, кроме гонококка, могли быть причиной возникновения заболевания?
3. Какой исследуемый материал нужно направить в бактериологическую лабораторию, и с какой целью?
4. Какое исследование надо провести в первую очередь?
5. Приготовьте препарат из материала больного, окрасьте, проведите микроскопию. Что характерно для возбудителя гонореи в этом мазке-препарате?
6. Укажите таксономическое положение гонококка и перечислите его патогенные свойства.
7. Установите источник и пути передач заболевания.
8. Какие препараты можно назначить больному с лечебной целью?

Задача № 7

У больного С., возвратившегося из районов, эндемичных по чуме, внезапно началась лихорадка с ознобом, сопровождающаяся головной и мышечной болью и шатающейся походкой. В подмышечной области и в области шеи обнаружены бубоны, спаянные друг с другом и с окружающей подкожной клетчаткой, плотные, болезненные. Кожа над бубонами сглажена, синюшна. Диагноз: бубонная чума? Врач направил материал от больного на исследование.

Задание.

1. Какой материал и с какой целью был направлен в лабораторию?
2. Какие методы лабораторной диагностики целесообразно провести?
3. Составьте схему выбранного метода диагностики.
4. Возможно ли применение методов экспресс-диагностики, и каких?
5. Опишите таксономическое положение возбудителя чумы и перечислите его факторы патогенности.
6. Объясните патогенез чумы. Какие клинические формы чумы Вы можете назвать?
7. К какой группе инфекций относится чума, на основании каких признаков?
8. Каким препаратом проводят специфическую профилактику чумы?

Задача № 8

Ветфельдшер животноводческой фермы болен около месяца. Жалобы на боли в суставах, лихорадку, потливость. Врач заподозрил бруцеллез. В поселке, где живет больной и где находится районная больница, нет лаборатории для диагностики особо опасных инфекций.

Задание.

1. Какой материал, и с какой целью нужно взять у больного при отсутствии лаборатории для особо опасных инфекций?
2. Какой метод лабораторной диагностики здесь уместен?

3. Возможно ли применение ускоренных методов диагностики?
4. К какой группе инфекций Вы отнесете данное заболевание и почему?
5. Укажите таксономическое положение возбудителей, опишите его биологические свойства.
6. Опишите патогенез бруцеллеза.
7. Укажите

биопрепарат,	
применяемый	для
специфической	
профилактики	бруцеллеза.

Задача № 9

Среди отдыхающих турбазы, расположенной на берегу водохранилища, есть случаи заболевания, сопровождающиеся резким повышением температуры, желтухой, увеличением лимфоузлов. Водохранилище заполняется водой из небольших рек, на берегах которых находятся животноводческие фермы, неблагополучные по заболеванию лептоспирозом.

Задание.

1. Укажите таксономическое положение возбудителя и его биологические свойства.
2. Объясните патогенез лептоспироза.
3. Какие методы лабораторной диагностики можно применить в разные сроки заболевания?
4. Назовите природные источники и пути передачи инфекции.
5. Охарактеризуйте препараты, применяемые для специфической профилактики и лечения данного заболевания.

Задача №10

Больной с хронической пневмонией длительно лечился антибиотиками широкого спектра действия. На слизистой оболочке ротовой полости появились участки белого налета.

Задание.

1. Какова возможная причина возникновения данного заболевания?
2. Какой материал необходимо взять для направления в бактериологическую лабораторию, и с какой целью?
3. Какие микробиологические методы исследования Вы проведете?
4. Приготовьте нативный препарат и опишите микроскопическую картину.
5. К какой группе микроорганизмов относится возбудитель появившегося осложнения заболевания?
6. Можно ли только на основании микроскопического исследования поставить окончательный диагноз?

1. Дисциплина: Клиническая фармакология.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1; ПК-6.	1-5

Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной А., 42 лет, госпитализирован с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК II, АГ 2 степени, очень высокого риска. Постоянно принимал пропранолол в дозе 120 мг в сутки. После перенесенной ОРВИ появилась экспираторная одышка, уменьшающаяся после приема 2 доз сальбутамола. Самостоятельно отменил пропранолол, прочитав в аннотации к препарату о его способности вызывать бронхообструкцию. Через 24 часа после отмены появились сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, тахикардия, повышение АД. ЭКГ: предсердная экстрасистолия, депрессия сегмента ST в V5, V6 до 1 мм, гипертрофия левого желудочка. Пациент связывает ухудшение состояния с приемом сальбутамола.

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

Задача 2.

Больному С., 62 года, обратился с жалобами на выраженные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникшие после физической нагрузки. Боли беспокоят в течение 1 часа. ЧСС –85 в мин., АД 140/80 мм.рт.ст.(максимальное АД – 190/100мм.рт.ст.). На ЭКГ: зубец Q отсутствует, подъем сегмента ST на 2 мм в I,II,AVL, V5-V6 отведениях –изоэлектрическая кривая. Депрессия ST в III, AVF.

Какие лекарственные препараты должен назначить врач скорой помощи (перечислить группы)?

Задача 3.

Больная, 40 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие подъёмы АД до 210-230/150 мм рт. ст., которые сопровождаются сильной головной болью, потливостью, сердцебиением, ощущением страха. Кризы провоцируются наклоном или резким поворотом туловища, похудение. Считает себя больной в течение 5 лет. Лечилась амбулаторно - без особого эффекта. В анамнезе жизни - операция по поводу медуллярной опухоли щитовидной железы. Объективно: состояние удовлетворительное, астенический тип телосложения, m тела 65 кг, рост 162 см. Область сердца не изменена. ВТ пальпируется в V м/р по 1. medioclaviculares sinistra, PS 98 в Г, АД 150/100. При пальпации живота женщина побледнела, покрылась холодным потом, расшатались зрачки, в глазах - страх. PS 130, АД 220/110 мм рт. ст. На ЭКГ - картина субэндокардиальной ишемии. После в/в введения фентоламина АД снизилось до 140/80 мм рт. ст., картина субэндокардиальной ишемии на ЭКГ купировалась. ОАК, БАК без особенностей. Ваши диагнозы, дальнейшая тактика и лечение.

Задача 4.

Вызов СМП. Больная, 36 лет, возбуждена, кожные покровы гиперемированы, влажные. Жалуется на давящие боли в области сердца, головную боль, преимущественно в затылочной и височной областях. АД 180/100 мм рт. ст. Диагноз? Тактика?

Задача 5.

Больной К., 22 года поступил с жалобами на боли в эпигастриальной области, купируемые приемом альмагеля. Из анамнеза: 2 года страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки; имеется аллергическая реакция на пенициллин, проявляющаяся отеком Квинке. При ФГДС выявлена язва (0,7 см. в диаметре) в ампуле двенадцатиперстной кишки. При исследовании биоптатов слизистой двенадцатиперстной кишки обнаружен *Helicobacter pylori*. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение.

Вопросы:

2. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

3. Назовите антисекреторный препарат, назначаемый после эрадикации, укажите длительность его назначения.
4. Через какое время после окончания курса антихеликобактерной терапии должна осуществляться диагностика эрадикации Нр.

7. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-2; ПК-9	1-4

Решите следующие задачи:

- 1) 12 бурлаков молча тянут баржу. Общение это или нет?
- 2) Мать баюкает месячного младенца. Общение это или нет?
- 3) Человек смотрит по телевизору балет. Общение это или нет? Если да, то где обмен информацией?
- 4) Лектор произносит монолог, а аудитория не задает ни вопроса, не подает ни одной реплики, не записывает, но слушает, а слышит ли, понимает ли – сказать трудно. Можно ли это считать общением между лектором и аудиторией?

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК- 12	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме, логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:**Критерии оценки результатов тестирования**

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК- 12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11 ПК-12	отлично	14-15
		хорошо	12-13
		удовлетворительно	9-11
		неудовлетворительно	6-8

Вывод: в результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-7 ПК-8 ПК- 9 ПК-10 ПК-11 ПК- 12.

Девочка, 17 лет. Жалобы : на боли в животе, тошноту, рвоту 2 раза, Со слов больна около 2 часов, тому назад. Самостоятельно не лечилась. Доставлена БСМП. Объективно: Т-36,5 С. ЧДД-19 в 1 минуту. Перкуторно легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС: 94 уд/мин. Язык: влажный, слегка обложен белым налетом. Печень: край ровный, эластичный, по краю реберной дуги. Почки: не пальпируются, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание безболезненное, свободное. Селезенка не пальпируется. Стул 06.07.2025 самостоятельный, оформленный, без патологических примесей, газы отходили. Диурез - достаточный, дизурия, моча светло-желтой окраски. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный в правых отделах, над лоном, дефанса нет, симптомы раздражения брюшины отрицательные, кишечник урчит при пальпации.

Беременна, срок беременности 17 недель.

ОАК: WBC Лейкоциты 13.7 * 10⁹/л

HGB Гемоглобин 112 г/л

RBC Эритроциты 3.4 * 10¹²/л

HCT Гематокрит 31.7 * %

PLT Тромбоциты 324 * 10⁹/л

Лейкоцитарная формула (микроскопия)

Эозинофилы	0	%	0 - 5
------------	---	---	-------

Нейтрофилы П/Я	4	%	0 - 6
----------------	---	---	-------

Нейтрофилы С/Я	70	%	45 - 72
----------------	----	---	---------

Лимфоциты	24	%	19 - 37
-----------	----	---	---------

Моноциты	2	%	3 - 11
----------	---	---	--------

С-реактивный белок 3.70 мг/л

1. Ваша дальнейшая тактика.
2. Предположительный диагноз.
3. До какого срока беременности возможна эндоскопическая аппендэктомия?

11981/с2025

Мальчик, 13 лет. Жалобы : на локальный отек, боли в области правого голеностопного сустава

Анамнез заболевания : в течении 1 года отмечает периодические боли в правом голеностопном суставе, 21.06.2025 подвернул правый голеностоп. далее в течении суток боли усилились. присоединилась гипертермия до 38,5С. Катаральных явлений не наблюдается. Обратились в Травматологическую больницу, госпитализирован 27.06.2025. Получал стационарное лечение: а/б терапию Цефазолин 1,0 гр * 2 р/сут, ибупрофен, бифидумбактерин. 30.06.2025 наросли отек, гиперемия и боли в области правого голеностопа. Выполнена пункция голеностопного сустава 30.06.2025 - эвакуировано около 10 мл темно-розовой густой жидкости с нитями фибрина, взят бакпосев. Направлен 3.07.2025 в приемное отделение. МРТ от 30.06.2025 - заключение: правый голеностопный сустав: Кости, образующие ГСС. имеют обычную конфигурации расположены правильно. Определяется выраженное, разлитое повышение сигнала на Spair ИП от бугра пяточной кости. Выраженные отечные изменения пареоосиальных мягких тканей. В преакиллярной сумке скопление жидкостного содержимого, стенки утолщены, от стенок повышение сигнала. Суставная полость подтаранного сустава расширена за счет скопления жидкостного содержимого. Суставные поверхности четкие, ровные, признаков деструкции не выявлено.

Локально: в области правого голеностопного сустава отечность мягких тканей, в центре симптом флюктуации отрицательный, при движении в суставе умеренная болезненность. При пальпации, перкуссии - в покое боли не беспокоят. Осевая проба отрицательная.

WBC Лейкоциты 4.8 10^9 /л

С-реактивный белок 8.70 * мг/л

Заключение УЗИ: Подозрение на патологию: Да; Ультразвуковые признаки (гнойного?) пяточного бурсита. Синовит голеностопного сустава. Ультразвуковые признаки отека подкожно-жировой клетчатки в проекции правого голеностопного сустава

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования
3. Тактика ведения.

КТ: ЗАКЛЮЧЕНИЕ: КТ-картина наиболее соответствует таковой при остеомиелите правой пяточной кости. КТ-картина ретрокальканеального бурсита справа.

12013/c2025

Мальчик, 17 лет. Жалобы : на отечность мягких тканей в области левого коленного сустава, наличие раны в области надколенника

Анамнез заболевания :

14.04.2025 оперирован в НИИ Турнера, выполнена диагностическая артроскопия левого коленного сустава, при скопии выявлены воспалительные изменения синовиальной оболочки в области верхнего заворота, при осмотре феморо-пателлярного сочленения выявлена латерализация надколенника. Хрящевой покров надколенника визуально и мануально изменен по типу хондромалиции 2-3 ст. Латеральный ретинакулум утолщен. Латеральный и медиальный мениски не изменены. Выполнен латеральный релиз, лаваж сустава. Выполнены разрезы в проекции медиального края надколенника, тупо и остро мобилизован медиальный край надколенника. Тупо и остро сформирована зона прикрепления аутооттрансплантата и якорная фиксация. На границе верхней и средней 1/3 право надколенника установлен фиксатор osteoraptor. Сформирован аутооттрансплантант медиальной надколенно-бедренной связки и фиксирован к медиальной краю надколенника нитями. Проксимальная часть трансплантата проведена через сухожилие прямой мышцы бедра. Во внутреннем мыщелке сформирован костный канал d7 мм, длиной 2,5 см. Аутооттрансплантант проведен в костный канал и фиксирован винтом Milagro 7*23 мм (биodeградируемым), надколенник вправлен, центрирован.

12.05.2025 сняты швы.

С 29.05.2025 появились отечность и болезненность в области левого коленного сустава. С 30.05.2025 повысилась температура тела до 39С, выросли отек мягких тканей и гиперемия кожи в области левого коленного сустава. Обратились в СКТБ, выполнена пункция коленного сустава. Назначен ципролет, ибупрофен.

с 31.05.2025 со слов матери, гипертермии больше не было. Отек мягких тканей и гиперемия в области п/о вмешательства уменьшился.

04.06.2025 обратились повторно к ортопеду, рекомендована консультация детского хирурга. 04.06.2025 Самостоятельно обратились в ДПО 2 СОКЦОМид. Госпитализирован в ДХО 3 СОКЦОМид. Проведена артротомия: выделилось около 5-7 мл сливкообразного содержимого бурого цвета с хлопьями, взят бакпосев, выполнена ревизия полости гнойника, санация раствором перекиси, через контрапертурный разрез выполнено сквозное дренирование полости гнойника выпускником из перчаточной резины, санация раствором перекиси. Повязка с мазью Левосин.

Далее получал антибактериальную терапию по чувствительности бакпосева, перевязки. Рана очистилась, заживала вторично. Выписан из ДХО 3 - 13.06.2025.

На контрольной явке к детскому хирургу КЦД СОКЦОМид 16.06.2025 состояние раны удовлетворительное, заживает вторичным натяжением. Направлен для лечения по м/ж. Выполнялись перевязки у хирурга поликлиники.

03.07.2025 Хирургом поликлиники направлен в СКТБ с подозрением на отторжение импланта? Ортопедом СКТБ выполнено КТ левого коленного

сустава 03.07.2025 – Описание: Состояние после оперативного вмешательства лечебно-диагностической артроскопии левого коленного сустава путем медиальной пателлофemorальной связки. Определяются участки резорбции костной ткани медиальных отделов метафиза левой большеберцовой кости (по ходу шурупа) с неровностями, “зазубренными контурами”, шириной до 6 мм, с реактивными изменениями прилежащей костной ткани, с наличием единичных мелких костных фрагментов в мягких тканях в области оперативного доступа. Аналогичные участки резорбции костной ткани медиальных отделов надколенника (по ходу шурупа), толщиной до 5 мм, с мелкими костными фрагментами в области оперативного доступа, с наличием по передне-медиальной поверхности надколенника свищевого хода. Свищевой ход с сообщением с подкожно- жировой клетчаткой. В полости левого коленного сустава определяется избыточное патологическое количество жидкости. Отечные изменения параартикулярных мягких тканей.

Заключение КТ левого коленного сустава 03.07.2025: Состояние после оперативного вмешательства лечебно-диагностической артроскопии коленного сустава путем аутопластики медиальной пателлофemorальной связки. КТ – картина воспалительного процесса левого коленного сустава (остеомиелит) с наличием свищевого хода по передне-медиальной поверхности надколенника. Синовиит.

Направлен в приемное отделение.

1. Диагноз
2. План обследования
3. Тактика ведения.

Девочка, 9 лет доставлена 02.02.2025 г. в 15:15 в детское приемное отделение бригадой скорой помощи в сопровождении матери с диагнозом «Острый аппендицит».

Жалобы при поступлении на боли в животе, рвоту. Из анамнеза заболевания: со слов мамы, боли в животе беспокоили в течение 5 часов, отмечена рвота до 3 раз. Лечение на догоспитальном этапе не проводилась.

При осмотре: Температура тела 36,0°C. Лимфатические узлы не пальпируются. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких на симметричных участках, ЧДД 24 в 1 минуту. Перкуторно легочный звук. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 88 уд/мин, АД 110/66 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Печень: край ровный, эластичный, по краю реберной дуги. Почки: не пальпируются, симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон, мочеиспускание безболезненное, свободное. Селезенка не пальпируется. Стул после клизмы. Диурез достаточный, дизурия, моча светло-желтой окраски.

ОАК Лейкоциты $14,1 \times 10^9/\text{л}$. Нейтрофилы 78%.

С-реактивный белок - 0,30.

Амилаза мочи - 702.

УЗИ органов брюшной полости и малого таза - Ультразвуковых признаков патологии не выявлено.

Оказанная помощь: Очистительная клизма. От инъекции платифиллина получен отказ.

На момент осмотра острая хирургическая патология исключена, ребенок передан дежурному педиатру.

Пациентка осмотрена дежурным педиатром. Выставлен диагноз: Основной: Болезнь поджелудочной железы неуточненная. Сопутствующий: Бактериальная кишечная инфекция. В связи с подозрением на кишечную инфекцию, предложена транспортировка бригадой скорой помощи в ДИО СОКБ. От транспортировки получен отказ, оформлен документально.

02.02.2025 г. в 22:25 пациентка повторно доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение детского корпуса БУ «СОКЦОМид». Согласно имеющимся сведениям, 02.02.2025 г. в 20:00 пациентка самостоятельно обратилась в приемное отделение ДИО СОКБ, была осмотрена врачом-инфекционистом, назначен ОАК - Лейкоциты $18,73 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы 17,34%. Заключение: Убедительных данных за острую кишечную инфекции нет. Врачом-инфекционистом пациентка направлена в детское приемное отделение №2 с диагнозом «Болезнь поджелудочной железы». Однако сотрудниками бригады скорой помощи был выставлен диагноз «Реактивный панкреатит» и принято решение транспортировать ребенка в приемное отделение детского корпуса.

При поступлении ребенок осмотрен педиатром. Жалобы при поступлении на боли в животе (ВАШ 8 б), рвоту 3-кратно. Объективно: состояние на момент осмотра средней степени тяжести. Температура 36,5°C. ЧСС 89 в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. При осмотре живот округлой формы, симметричный, не вздут, видимой пульсации, перистальтики нет. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в левой подвздошной

области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю правой реберной дуги, край эластичный, безболезненный. При пальпации селезенка не определяется. Стул 1 раз оформленный, без патологических примесей.

Оказана помощь: инфузионная терапия - натрия хлорид 0,9% 500 мл, метоклопрамид 1 мл в/в.

Детским хирургом при повторном обращении не осмотрена.

Заключение дежурного педиатра: Учитывая данные анамнеза жизни, анамнеза заболевания и объективного осмотра, ребенок не нуждается в экстренной госпитализации. Диагноз: Основной A09.9 Гастроэнтерит и колит неуточненного происхождения. Сопутствующий K86.9 Болезнь поджелудочной железы неуточненная.

Даны рекомендации, пациентка направлена на амбулаторное лечение.

03.02.2025 г. пациентка повторно доставлена в ДПО №2 БУ «СОКЦОМид» с диагнозом: K35.8 Острый аппендицит.

Осмотрена дежурным детским хирургом. Жалобы при поступлении на боли в животе (отмечено усиление болей в динамике), повышение температуры тела до 38,3°C. Принимала Нурофен, Но-шпу, после чего отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома.

Объективно: Температура тела 39,0°C. Общее состояние средней степени тяжести, стабильное; самочувствие умеренно страдает. ЧДД 20 в 1 минуту. ЧСС 94 уд/мин. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, над лоном, дефанса нет, симптомы раздражения брюшины сомнительные, кишечник урчит при пальпации. Ректально: Тонус сфинктеров сохранен, в ампуле прямой кишки пусто, на перчатке следы каловых масс светло-коричневой окраски, без патологических примесей.

ОАК - лейкоциты $24,2 \times 10^9/\text{л}$. С-реактивный белок - 81,2.

1. Диагноз
2. Дальнейшая тактика

12252/c2025

Девочка 2г 3 мес. Поступила 8.07.2025

Жалобы : на рвоту 1хкратно (коричневого цвета по типу кофейной гущи, на гипертермию до 38-39 С),разжиженный стул черного цвета 1хкратно.

Анамнез заболевания : со слов матери, заболела с вечера 05.07.2025. с подъема температуры до 38-39С, снижения аппетита, слабости и вялости ребенка, мать навала жаропонижающие препараты (цефекон, ибуклин сироп), со слов с интервалом около 6 часов в течении этих дней, однократно вызывали бригаду СМП поставлена инъекция от температуры, далее со слов матери температура не снижалась, она повторно давала жаропонижающие. Сегодня ночью с 07.07.2025 на 08.07.2025, мать отмечает однократно рвоту коричневого цвета, далее утром отмечался эпизод разжиженного стула черного цвета. Вызвали БСМП доставлены в приемное отделение. Последний прием пищи 11:00.

ОАК: HGB Гемоглобин 97 * г/л

RBC Эритроциты 3.4 * $10^{12}/л$

PLT Тромбоциты 126 * $10^9/л$

Тромбоциты по Фонио 133 * $10^9/л$

Заключение ЭФГДС: Язва антрального отдела желудка (пре пилорическая часть), осложнённая продолжающимся диапедезным кровотечением F1b.

1. Ваша дальнейшая тактика.
2. Диагноз