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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности
_____ О.Н. Барканова
«27» августа 2025 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

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

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности:
31.08.55 Колопроктология

Квалификация (степень) выпускника: врач-колопроктолог

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

Форма обучения – очная

Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград, 2025

Разработчики программы:

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

Рабочая программа «Итоговая государственная аттестация» по специальности 31.08.55 Колопроктология, относится к блоку Б3 базовой части .

Рецензент: А.И.Старовидченко - заведующий колопроктологическим отделением ГКБСМП «25», главный внештатный колопроктолог комитета здравохранения Волгоградской области

Программа государственной итоговой аттестации программа рассмотрена на заседании кафедры хирургических болезней № 1 Института НМФО, протокол № 7 от 27.06.2025 года

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО, д.м.н., доцент Ю.И. Веденин

Программа государственной итоговой аттестации программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от 26.06.2025 года

Председатель УМК Н.И.Свиридова

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

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология разработана в соответствии со следующими нормативными документами:

- Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

- Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) - Приказ Минобрнауки РФ № 1092 от «25» августа 2014г., зарегистрирован в Минюсте РФ № 34466 от «27» октября 2014г.

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»;

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования − программам ординатуры»;

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 г. № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»;

- Профессионального стандарта «Врач –колопроктолог» - Приказ Минтруда РФ от 11.02.2019г. № 69«Об утверждении профессионального стандарта «Врач-колопроктолог», зарегистрирована в Минюсте РФ 06.05.2019г.№ 54566.

- Положением «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от от 13.01.2020 N 06-КО.

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

1.3 Программа итоговой (государственной итоговой) аттестации реализуется в базовой части учебного плана подготовки ординатора по направлению подготовки (специальности) 31.08.55 Колопроктология очной формы обучения. Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к Блоку 3 Основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На итоговую (государственную итоговую) аттестацию отводится 108 часов (3 ЗЕ).

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

или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности. 31.08.55 Колопроктология

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

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

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

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Целью итоговой (государственной итоговой) аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.55 Колопроктология

Задачи государственной итоговой аттестации:

1. Оценить уровень сформированности у выпускников универсальных и профессиональных компетенций, определенных федеральным государственным образовательным стандартом и образовательной программой высшего образования (уровень подготовки кадров высшей квалификации);

2. Установить уровень готовности выпускника к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями федерального государственного образовательного стандарта по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности;

3. Определить степень готовности выпускника к осуществлению трудовых действий врача колопроктолога, уровень овладения необходимыми умениями и знаниями для осуществления трудовых функций врача колопроктологар.

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

Обучающийся, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими компетенциями:

Универсальные компетенции (УК):

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

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

УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в

порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные компетенции

Профилактическая деятельность:

ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

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

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

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

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность

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

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

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

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

ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных

ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

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

A/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишок, промежности и установления диагноза;

A/02.8 Назначение лечения пациентам с состояниями и (или) заболеваниями, прямой и ободочной кишок, промежности и контроль его эффективности и безопасности;

A/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с состояниями и (или) заболеваниями прямой и ободочной кишок, промежности и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации инвалидов;

A/04.8; Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с состояниями и (или) заболевания прямой и ободочной кишок, промежности;

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

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

A/07.8 Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

B/01.8 Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний прямой и ободочной кишок, промежности и установления диагноза;

B/02.8 Назначение лечения пациентам с состояниями и (или) заболеваниями прямой и ободочной кишок, промежности, контроль его эффективности и безопасности;

B/03.8 Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с состояниями и (или) заболеваниями прямой и ободочной кишок, промежности и их последствиями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и реабилитации инвалидов;

B/04.8 Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с состояниями и (или) заболеваниями прямой и ободочной кишок, промежности;

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

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

B/07.8 Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме.

3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

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

Государственная итоговая аттестация включает:

- подготовку к сдаче государственного экзамена
- сдачу государственного экзамена

В соответствии с учебным планом по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.55 - Колопроктология. отводится 108

академических часа (3 ЗЕ).

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В 2024-2025 УЧЕБНОМ ГОДУ

4.1 Итоговая (государственная итоговая) аттестация для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования (программе ординатуры) по специальности 31.08.55 Колопроктология в 2024-2025 учебном году в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России проводится согласно Положения «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от 13.01.2020 N 06-КО.

4.2 Для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.55 - Колопроктология создается государственная экзаменационная комиссия, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии.

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

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

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

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

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

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

Решения комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель

обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

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

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

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

4.10. Основными функциями государственной экзаменационной комиссии являются:

- определение соответствия подготовки ординатора требованиям федерального государственного образовательного стандарта по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология – принятие решения о присвоении квалификации «врач-колопроктолог» по результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации и выдаче ординатору диплома об окончании ординатуры и приложения к нему.

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

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

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

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

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

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

4.15 Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о

квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации – по программам ординатуры.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.30 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

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

4.32 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

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

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

5.2 Итоговая (государственная итоговая) аттестация ординаторов в Университете в 2024-2025 учебном году проводится в форме государственного экзамена в форме трех государственных аттестационных испытаний:

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

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

5.4 1 этап – тестовый контроль: используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности 31.08.55 Колопроктология; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат 1 этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет», если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет», если ординатор ответил менее, чем на 70% от 100 представленных ему тестов (банк тестовых заданий на сайте www.disttest.ru). Протокол результатов прохождения 1 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

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

- общий уровень теоретической и практической подготовки ординатора непосредственно в процессе собеседования);
- умение обследовать больного;
- умение применить специальные инструментальные и лабораторные методы обследования пациента и интерпретировать результаты;
- установление основного и сопутствующего диагноза, осложнений;
- проведение дифференциального диагноза;

- знание методов экстренной и неотложной медицинской помощи, владение методами интенсивной терапии;
- назначение комплексного лечения;
- определение прогноза и дальнейшей тактики ведения больного;
- составление плана диспансерного наблюдения;

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

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

5.8 Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

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

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

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

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

6. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

6.1 Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой Итоговой (государственной итоговой) аттестации для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе ординатуры по специальности 31.08.55 Колопроктология по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки к государственному экзамену необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации и стандарты ведения больных, а также использовать материалы

электронной информационно-образовательной среды ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации (программам ординатуры).

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

Перед государственным экзаменом проводится предэкзаменационная консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена. Консультирование осуществляют преподаватели, включенные в состав государственной экзаменационной комиссии по специальности 31.08.55 Колопроктология, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, имеющие ученое звание и (или) ученую степень. Первый этап государственного аттестационного испытания – тестирование включает ответы на 100 тестовых заданий с одним или несколькими правильными вариантами ответа. Второй этап государственного аттестационного испытания – оценка практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой. Третий этап государственного аттестационного испытания – собеседование, которое включает устные ответы на вопросы экзаменационного билета и решение одной задачи. Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08. 55 Колопроктология (уровень подготовки кадров высшей квалификации). При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии

6.2 Перечень основных разделов дисциплины:

-Клиническая анатомия толстой кишки. Семиотика и методы диагностики в копроктологии. Клиническая и оперативная колопроктология

-Воспалительные и функциональные заболеваний толстой кишки

-Неопухолевые заболевания ободочной, прямой кишки, крестцовокопчиковой области.

-Онкопроктология

-Врожденные заболеваний толстой кишки, анального канала и промежности

6.3 Фонд оценочных средств к итоговой (государственной итоговой аттестации)

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология включает:

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

6.3.1 Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология

01. Криптитом называется воспаление:
А)в морганиевых синусах
Б) в анальных сосочках
В)в морганиевых криптах
Г) перианальной кожи
Д) слизистой оболочки нижнеампулярного отдела прямой кишки

02. Хирургическое лечение при криптите показано при:
А)распространении процесса на слизистую оболочку в области морганиева синуса
Б) абсцедировании крипты и развитии острого парапроктита
В)выделении фибрина из прямой кишки
Г) гиперемии крипты
Д) при болезненных ощущениях во время акта дефекации

03. Анальный папиллит — это:
А)спавшиеся внутренние геморроидальне узлы
Б) тромбированные внутренние геморроидальные узлы
В)воспаление анальных сосочков на уровне аноректальной линии
Г) воспаление "сторожевого" бугорка при хронической трещине
Д) кондиломатозные разрастания кожи промежности

04. Анальный папиллит обычно не бывает обусловлен наличием:
А) криптита
Б)геморроя
В)острого парапроктита
Г)остроконечных перианальных кондилом
Д)неполного внутреннего свища

05. Основным отличием анального сосочка от аденомы является:
А)расположение на уровне аноректальной линии
Б)расположение выше уровня аноректальной линии
В)выпадение из анального канала
Г)гистологическое строение
Д)отсутствие выраженной ножки

06. Радикальным лечением анального папиллита может быть:
А)иссечение анального сосочка
Б)электрокоагуляция анального сосочка
В)иссечение сосочка вместе с соседней криптой
Г)ежедневное прижигание сосочка ляписом
Д)микроклизмы с 0,3% раствором колларгола

07. Хронические парапроктиты с формированием свища являются, чаще всего, следствием:
А) злокачественного процесса
Б) перианальных кондилом
В)острого парапроктита
Г) анальной трещины
Д) геморроя

08. Внутреннее отверстие свища прямой кишки чаще всего располагается:

А)в морганиевой крипте
Б) на линии Хилтона
В)в нижнеампулярном отделе прямой кишки
Г) в верхнеампулярном отделе прямой кишки
Д) в среднеампулярном отделе прямой кишки

09. Обязательным признаком для свищей прямой кишки является:
А)зуд в области промежности
Б) боль в прямой кишке пульсирующего характера
В)кровотечение во время дефекации
Г) наличие на коже промежности рубцов
Д) наличие свищевого отверстия в анальном канале и на промежности

10. При обследования больного со свищом прямой кишки необязательно выполнять:
А)наружный осмотр и пальпацию перианадьной области
Б) пальцевое исследование прямой кишки
В)прокрашивание свищевого хода и зондирование
Г) колоноскопию
Д) ректороманоскопию

11.Локализация свищевого хода при хроническом парапроките оценивается по отношению:
А)к внутреннему сфинктеру
Б) наружному сфинктеру заднего прохода
В)к морганиевой крипте
Г) клетчаточному пространству
Д) к лонному сочленению

12. Причинами первичного анального зуда могут быть:
А)воспалительные заболевания толстой кишки и анального канала
Б)сахарный диабет
В)глистная инвазия
Г)гепатит и пиэлонефрит
Д)все ответы верны

13. Течение хронического парапроктита может осложниться:
А)возникновением гнойника при закупорке наружного свищевого отверстия
Б)распространением воспалительного процесса
Г)развитием недостаточности анального сфинктера
Д)все ответы верны

14. При подозрении на озлокачествление свища необходимо выполнить
А)посев отделяемого свища для определения микрофлоры
Б) посев кала на дисбактериоз
В)цитологическое или гистологическое исследование
Г) сфинктерометрию
Д) рентгенографию крестцового отдела позвоночника

15. Для свища прямой кишки наиболее характерным осложнением является
А)кишечная непроходимость
Б) кровотечение
В)обострение воспаления

Г) малигнизация
Д) анальный зуд

16. Наиболее сложно дифференцировать свищ прямой кишки и:
А)рак прямой кишки
Б) кисту параректальной клетчатки, дренирующуюся в просвет прямой кишки
В)эпителиальный копчиковый ход
Г) остеомиелит копчика
Д) свищевую форму пиодермии

Выберите правильный ответ по схеме:
А)— если правильные ответы 1,2 и 3;
Б) — если правильные ответы 1 и 3;
В)— если правильные ответы 2 и 4;
Г) — если правильный ответ 4;
Д) — если правильные ответы 1,2,3,4 и 5.

17. Экстрасфинктерный свищ прямой кишки первой степени сложности характеризуется тем, что:
1)свищевой ход огибает глубокую порцию наружного сфинктера
2)свищевой ход без затеков
3)отсутствуют рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища
4)свищевой ход извилистый, есть дополнительные свищевые ходы
5)есть воспалительные изменения в запирательном аппарате прямой кишки

18. Вторая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется :
1)широким внутренним отверстием в одной из крипт
2)рубцовыми изменениями в стенке анального канала
3)рубцовыми изменениями в области внутреннего отверстия свиша
4)затеками в параректальной клетчатке
5)воспалительными изменениями в соседних криптах

19. Третья степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется:
1)широким внутренним отверстием с рубцовой деформацией
2)внутренним отверстием без рубцовой деформации
3)свищевым ходом без затёков и полостей
4)наличием затёков в клетчаточном пространстве
5)прямым свищевым ходом

20. Четвёртая степень сложности экстрасфинктерных свищей прямой кишки характеризуется тем, что:
А)свищевой ход всегда прямой
Б)свищевой ход идёт экстрасфинктерно без затёков в параректальной клетчатке
В)внутреннее отверстие маленькое без рубцовой деформации
Г)внутреннее отверстие крипт широкое с рубцовой деформацией
слизистой, по ходу свища в параректальной клетчатке образуются глубокие, иногда множественные затёки
Д) всегда есть инфильтрация стенки анального канала
ОТВЕТЫ

01.-В 02.-Б 03.-В 04.-Г
05.-Г 06.-АБВ 07.-В
08.-А 09.-Д 10.-Г
11.-Б 12.-Д 13-Д
14.-В 15.-В 16.-Б
17.-А 18.-А 19.-В
20.-Г

6.3.2 Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.55 Колопроктология

1. Типы колостомий, техника выполнения.
2. . Пресакральная новокаин-спиртовая блокада: показания, техника выполнения.
3. Пути лимфогенного метастазирования при злокачественных опухолях толстой кишки.
45. Сфинктеропластика: виды, техника выполнения.
6. Долихосигма: этиология, патогенез, лечение.
7. Электроэксцизия полипов прямой и толстой кишки-показания, особенности выполнения, возможные осложнения.
8. Анальный зуд: этиология, патогенез, лечение.
9. Латеральная ленточная ректопексия (операция Малышева): показания, техника выполнения.
10. Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки: клиника, диагностика.
11. Однорядный шов на толстой кишке: преимущества, показания.
12. Колпроктэктомия: показания, техника выполнения.
13. Кровоснабжение и иннервация толстой кишки; анатомические варианты кровоснабжения сигмовидной кишки.
14. Травматические повреждения толстой и прямой кишки (классификация по этиологическому и анатомическому принципу).
15. Лигатурный способ лечения хронического парапроктита: показания, техника.
16. Болезнь Гиршпрунга: этиология, патогенез, клиника, лечение.
17. Объем и методы исследования колопроктологических больных.
18. Дивертикулез сигмовидной кишки: этиология, патогенез, лечение.
19. Обследование колопроктологического больного; особенности сбора анамнеза.
20. Международная классификация злокачественных опухолей толстой кишки.
21. Хроническая анальная трещина: этиология, патогенез, клиника, лечение.
22. Ректороманоскопия: показания, техника, возможные осложнения.
23. Ректовагинальный свищ: этиология, патогенез, клиника, лечение.
24. Неспецифический язвенный колит: консервативная терапия.
25. Диспансерное наблюдение колопроктологических больных: категории, нозологические формы.
26. Хирургическое лечение геморроя: способы малоинвазивного лечения.
27. Неспецифический язвенный колит: этиология, патогенез, патоморфология.
28. Структура колопроктологической помощи населению в России.
29. Строение и кровоснабжение геморроидальных узлов.
30. Оперативное лечение нижнеампулярного рака: виды, техника брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.
31. Поликлиническая колопроктологическая служба: структура, объем помощи.
32. Клиническая анатомия органов малого таза.
33. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита: виды вмешательств, показания.

34. История развития колопроктологии в России.
35. Анатомия и кровоснабжение диафрагмы таза.
36. Анокопчиковый болевой синдром: этиология, патогенез, клиника, лечение.
37. Этика и деонтология в колопроктологии.
38. Анатомическое строение анального канала.
39. Болезнь Крона: этиология, патогенез, патоморфология, лечение.
40. Оказание колопроктологической помощи на догоспитальном этапе.
41. Анатомические отличия строения анального канала мужчин и женщин (клиническое значение).
42. Острый парапроктит: диагностика, клиника, лечение.
43. Неотложная колопроктология: объем и методы оказания помощи.
44. Портокавальные анастомозы: симптоматические геморроидальные кровотечения.
45. Операции при выпадении прямой кишки (групповая классификация).
46. Кровоснабжение прямой кишки.
47. Операции типа Гартмана: диапазон применения, техника.
48. Выпадение прямой кишки: грыжевая и инвагинационная теории, стадии выпадения.
49. Морфологические обоснования левосторонней гемиколэктомии при раке нисходящей кишки.
50. Ирригоскопия: возможности и недостатки.
51. Эпителиальный копчиковый ход: этиология, патогенез, лечение.
52. Инконтиненция: этиология, патогенез, классификация.
53. Оперативные методы лечения геморроя.
54. Брюшно-анальная резекция прямой кишки: показания, техника.
55. Крипто-гляндуральная теория развития острого парапроктита.
56. Склерозирующая терапия хронического геморроя: показания, препараты, техника.
57. Резекция сигмовидной кишки: показания, техника.
58. Огнестрельные ранения толстой кишки: особенности, тактика.
59. Реконструктивно-восстановительные операции на толстой кишке: показания, сроки выполнения.
60.Оперативные доступы при флегмонах промежности

6.3.3 Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.55 Колопроктология

1. Геморрой. Малоинвазивные методы лечения.
2. Ректовагинальные свищи. Хирургическая тактика.
3. Рак ободочной кишки. Послеоперационная химиотерапия.
4. Болезнь Крона. Эпидемиология, этиология, патогенез.
5. Транссфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
6. Пресакральные кисты. Классификация. Особенности клинических проявлений. Хирургическое лечение.
7. Рак анального канала. Лечебная тактика.
8. Дивертикулярная болезнь. Острый дивертикулит. Диагностика. Консервативное лечение.
9. Экстрасфинктерные свищи. Диагностика. Варианты хирургического лечения.
10. Выпадение прямой кишки. Этиология, патогенез. Классификация.
11. Лечебная тактика при кишечной непроходимости опухолевой этиологии.
12. Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.
13. Анальная трещина. Патогенез. Выбор способа лечения.
14. Ректоцеле. Диагностические критерии.

15. Метастазы рака прямой кишки в печень. Классификация. Варианты лечебной тактики.

16. Дивертикулярная болезнь. Мочепузырно-кишечный свищ. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
17. Трещина анального канала - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
18. Острый парапроктит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
19. Параректальные свищи (свищи прямой кишки) - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
20. Ректовагинальные свищи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
21. Эпителиальный копчиковый ход - этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, лечение.
22. Криптит - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
23. Кондиломы анального канала и перианальной кожи - этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения, лечение.
24. Выпадение прямой кишки - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
25. Ректоцеле - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
26. Недостаточность анального сфинктера - этиология, патогенез, клиника, диагностика, классификация, осложнения, лечение.
27. Классификация опухоли ободочной кишки. Опухоли прямой кишки. Классификация по стадиям. Классификация DukesC.E.
28. TNM - классификация злокачественных опухолей (ободочная кишка и прямая кишка).
29. TNM - классификация рака анального канала и перианальной кожи
30. Хирургическое лечение рака ободочной кишки. Виды операций.
31. Хирургическое лечение рака прямой кишки. Виды операций. Границы резекции. Лимфодиссекция.
32. Лучевая терапия рака прямой кишки
33. Системная химиотерапия при колоректальном раке.
34. Рак анального канала. Редкие опухоли анального канала. Опухоли перианальной кожи
35. Анатомо - физиологические сведения о прямой кишке
36. Анатомо - физиологические сведения ободочной кишки
37. Кровоснабжение ободочной кишки. Риоланова дуга
38. Кровоснабжение прямой кишки
39. Методы обследования пациентов с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности
40. Неопластические полипы и ворсинчатые аденомы толстой кишки. Этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение.
41. Семейный аденоматоз толстой кишки - этиология, патогенез, киника, классификация, диагностика, лечение
42. Полипозные синдромы. Десмоидные опухоли. Ювенильный полипоз.
43. Неэпителиальные опухоли.
44. Дивертикулярная болезнь ободочной кишки
45. Болезнь Гиршпрунга у взрослых
46. Параректальныетератоидные кисты
47. Язвенный колит. Показания к хирургическому лечению.
48. Болезнь Крона. Клиника. Осложнения. Хирурггическое лечение.

49. Диффернциальный диагноз болезни Крона и ЯК
50. Кишечные стомы. Виды кишечных стом. Виды операций с формированием кишечных стом.
51. Осложнения кишечных стом.
52. Операции ликвидации кишечных стом
53. Колит отключенной кишки
54. Общие принципы ухода за кишечными стомами.
55. Консервативное лечение перистомальных осложнений
56. Принципы работы колопроктологического кабинета
57. Особенности амбулаторного лечения колопроктолонических пациентов
58. Принципы ведения больных с кишечной непроходимостью
59. Тактика при кишечном кровотечении
60. Особенности ведения пациентов с отрым аэробном и анаэробным парапроктитами
61. Особенности ведения пациентов с травмами и повреждениями толстой кишки
62. Долихоколон. Особенности ведения пациентов.Современные направления первичной и вторичной профилактики рака
63. Тактика врача общей практики при подозрении на злокачественную опухоль толстой кишки
64. Реальные возможности совершенствования диагностики злокачественных новообразований толстой кишки
65. Значение молекулярно-генетических методов исследования в онкологии
66. История развития хирургического метода лечения злокачественных опухолей прямой и ободочной кишки
67. Современные технологии в лучевой терапии новообразований прямой и ободочной кишки, возможности интервенционной радиологии
68. Перспективные лекарственные методы лечения злокачественных опухолей
69. Применение биотерапии в лечении злокачественных опухолей толстой и прямой кишки
70. Состояние проблемы комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований толстой и прямой кишки
71. Паллиативная помощь больным с распространенными формами злокачественных опухолей толстой и прямой кишки. Роль хосписов
72. Тактика при остром гнойном переднем интрасфинктерном парапроктите у женщины
73. Выбор антибактериальной терапии при остром гнойном парапроктите
74. Осложнения антибактериальной терапии в колопроктологии
75. Флегмоны промежности
76. Сочетанные ранения промежности и ранения брюшной полости
77. Особенности исследования нижних отделов желудочно-кишечного тракта у больных с политравмой.
78. Исследование желудочно-кишечного тракта у пациентов с подозрением и установленным диагнозом COVID-19.
79. Объем экстренной и плановой колопроктологической помощи в поликлинике.
80. Операции по поводу недостаточности анального сфинктера. Показания и противопоказания. Особенности послеоперационного периода.
81. Перспективы развития колопроктологической службы. Врачебная тайна.
82. Остроконечные кондиломы перианальной области. Визуальные отличительные признаки от сифилитических кондилом. Тактика лечения.
83. Особенности клиники и течения острого анаэробного парапроктита. Диагностика и особенности оперативного лечения.
84. Дивертикулярная болезнь толстой кишки, осложненная толстокишечными

свищами. Виды, варианты локализации, диагностика, лечение.
85. Сфинктеропластика, сфинктеролеваторопластика, сфинктероглютеопластика. Этапы операций.
86. Околопрямокишечные тератоидные образования. Классификация. Показания, виды и техника оперативных вмешательств.
87. Энтероцеле. Виды, классификация, виды хирургической коррекции
88. Проктальгия, кокцигодиния. Причины, диагностика, лечение.
89. Синдром обструктивной дефекации.Классификация.Диагностика.Лечение
90. Сочетанные проблемы тазового дна у женщин и мужчин

6.3.4 Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.55 Колопроктология

ЗАДАЧА 1.

У больного 43 лет при ректороманоскопии обнаружен полип на ножке размерами 2х3 см в ректосигмоидном отделе толстой кишки.

1. Какова должна быть лечебная тактика?
2. Необходимо ли выполнение биопсии?
3. Как зависит лечебная тактика от результатов биопсии?

ЗАДАЧА 2.

У больного 66 лет, оперированного по поводу рака сигмовидной кишки (операция была закончена резекцией кишки и анастомозом «конец в конец»), на 6-е сутки после операции появились сильные боли в животе, последний вздут, резко болезненный при пальпации, ниже пупка определяется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,5 о, пульс – 110 в 1 минуту.

1. О каком послеоперационном осложнении идет речь?
2. Предложите оптимальный план лечения.

ЗАДАЧА 3.

В течение нескольких лет больной 60 лет страдает запорами. Последний месяц стал отмечать появление сильных болей в прямой кишке после акта дефекации. Периодически отмечает незначительную примесь крови в кале.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Какова тактика лечения в зависимости от результатов обследования?

ЗАДАЧА 4.

Больной 47 лет поступил в клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой (до 39,00). При осмотре – слева от ануса имеется покраснение, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 5.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на выпадение прямой кишки во время кашля, чихания, натуживания. Самостоятельно кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиною до 6-7 см.

1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 6.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия, полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель.

Наиболее вероятная причина анемии у пациентки:

А) миома матки;

Б) кровоточащий геморрой;

В) полип желудка;

Г) синдром раздраженной толстой кишки

Д) злокачественная опухоль прямой кишки.

ЗАДАЧА 7.

В поликлинику обратилась женщина 45 лет с жалобами на слабость, головокружение, ежедневные выделения алой крови при дефекации в течение последних двух месяцев. При обследовании выявлены гипохромная анемия средней степени с падением гемоглобина до72 г/л., полип желудка 0,3 см в диаметре, миома матки узловая 5-6 недель. Этой пациентке целесообразно:

А) начать амбулаторное лечение противоанемическими средствами;

Б) амбулаторно провести лигирование геморроидальных узлов;

В) направить под наблюдение гинеколога;

Г) госпитализировать в хирургический стационар для обследования и лечения по поводу геморроя;

Д) амбулаторно провести колоноскопию и после этого решить вопрос о лечении.

ЗАДАЧА 8

Больная, оперированная в гинекологическом отделении по поводу кисты задней стенки влагалища, на 2 сутки после операции, после выполненной очистительной клизмы, отметила выделение жидкого кала и газов через влагалище. На 4 сутки у больной 37 повысилась температура, появились боли внизу живота, в промежности, нарастающие явления интоксикации.

1. Наиболее вероятный дигноз:

А) острый геморрой;

Б) передний свищ прямой кишки;

В) ректовагинальный свищ;

Г) флегмона таза, ректовагинальный свищ.

2. Дополнительное обследование?
3. Тактика дальнейшего лечения?

ЗАДАЧА 9

У больной 39 лет диагносцирована тератоидная киста больших размеров, которая локализуется в ректовагинальной перегородке и достигает своим верхним полюсом тазовой брюшины.

1. Какое лечение показано данной больной и в чем заключаются его особенности?

ЗАДАЧА 10.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия.

В первую очередь следует исключить:

А) псевдомембранозный колит;

Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;

В) изменение микрофлоры раны;

Г) пельвиоректальный абсцесс

Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 11.

Мужчина 60 лет обратился с жалобами на выделение крови при дефекации, выпадение кровоточащий геморрой с выпадением узлов.

Ваша тактика:

А) срочно госпитализировать больного с диагнозом “геморрой” для операции;

Б) провести амбулаторное обследование, включающее узлов из заднего прохода при натуживании, упорные запоры в последние два года. Общее состояние удовлетворительное, снижение гемоглобина до 102 г/ л. При осмотре выявлен исследование толстой кишки, начать консервативное лечение анемии;

В) назначить больному диету, свечи;

Г) посоветовать применять свечи и наладить стул;

Д) провести обследование в стационаре.

ЗАДАЧА 12.

При осмотре больного в приёмном отделении выявлен острый подкожный парапроктит. Инфильтрат около 5 см в диаметре, кожа гиперемирована, флюктуации нет. Температура тела 37.3.

Ваша тактика:

А) госпитализировать больного, начать противовоспалительную терапию, при появлении флюктуации оперировать;

Б) сделать в приёмном отделении пункцию инфильтрата, при получении гноя госпитализировать больного и оперировать;

В) госпитализировать больного и выполнить операцию в неотложном порядке;

Г) назначить ванночки, мазевые повязки и отпустить больного домой;

Д) госпитализировать больного, оперировать при повышении температуры тела и ухудшении общего состояния.

ЗАДАЧА 13.

Больному произведено вскрытие и дренирование острого иширектального парапроктита. Однако, после временного облегчения у него вновь отмечены симптомы воспаления, гипертермия.

В первую очередь следует исключить:

А) псевдомембранозный колит;

Б) воспалительные заболевания верхних дыхательных путей;

В) изменение микрофлоры раны;

Г) пельвиоректальный абсцесс;

Д) анаэробный парапроктит.

ЗАДАЧА 14

После иссечения неосложнённого эпителиального копчикового хода рана ушита швами Донати. На 4 день после операции у больного высокая лихорадка, умеренные боли в области послеоперационной раны, есть небольшая инфильтрация краёв раны.

Больному необходимо:

А) не снимая швов, ввести между ними резиновые выпускники;

Б) снять сразу все швы;

В) назначить антибиотики широкого спектра действия, швы не трогать;

Г) снять несколько швов, при ревизии раны установить распространённость воспалительного процесса, при необходимости снять остальные швы;

Д) провести курс гипербарической оксигенации.

ЗАДАЧА 15.

Через несколько месяцев после операции по поводу неосложнённого эпителиального копчикового хода возник воспалительный процесс в крестцово-копчиковой области. Рана во время операции была ушита наглухо, в нижний угол раны вводился резиновый выпускник. При осмотре выявлен абсцесс по ходу послеоперационного рубца и первичное отверстие ниже рубца в межъягодичной складке вблизи заднего прохода.

Наиболее вероятной причиной рецидива воспалительного процесса является:

Наиболее вероятная причина рецидива воспалительного процесса:

А) оставление первичного отверстия;

Б) несоблюдение гигиенических мероприятий;

В) употребление острой пищи, солений, алкоголя;

Г) глухой шов раны после иссечения хода;

Д) применение дренажа.

ЗАДАЧА 16.

У 18-летнего пациента произведена дистальная резекция сигмовидной кишки из-за огнестрельного ранения в живот. Выявлено также повреждение стенки мочевого пузыря и забрюшинная гематома. Рана мочевого пузыря ушита, введен мочевой катетер. С момента травмы прошло около трех часов. Визуально признаков перитонита не отмечено. Гемодинамика стабильная.

Вмешательство целесообразнее всего закончить:

А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;

Б) формированием анастомоза и наложением трансверзостомы;

В) формированием толстокишечного анастомоза и илеостомы;

Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной плоской сигмостомы;

Д) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием обычной концевой сигмостомы.

ЗАДАЧА 17.

Пострадавший 78 лет доставлен примерно через 2 часа после огнестрельного ранения в живот. При лапаротомии выявлено повреждение сигмовидной кишки и мочевого пузыря. Выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки, рана мочевого пузыря ушита, сформирована эпицистостома. Признаков перитонита нет. Состояние пациента стабильное. Вмешательство целесообразнее всего завершить:

А) формированием межкишечного анастомоза и дренированием брюшной полости;

Б) формированием межкишечного анастомоза и наложением трансверзостомы;

В) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и формированием забрюшинной

плоской сигмостомы;
Г) ушиванием кишки по дистальной линии резекции и наложением обычной концевой сигмостомы;
Д) формированием межкишечного анастомоза и наложением илеостомы.

ЗАДАЧА 18.

Молодая женщина во время медицинского аборта получила перфорацию матки. Перфорация матки не была вовремя замечена, выскабливание продолжалось до появления из шейки матки кишечного содержимого. При ревизии брюшной полости установлено повреждение стенки дистального отдела сигмовидной кишки размерами 5х6 см с неровными краями, в кровоподтёках.
В такой ситуации необходимо выполнить:
А) резекцию повреждённой кишки по типу операции Гартмана;
Б) ушивание стенки кишки, проведение через задний проход зонда для декомпрессии;
В) ушивание стенки кишки, наложение колостомы;
Г) резекцию кишки с формированием анастомоза по типу передней резекции;
Д) сегментарную резекцию прямой кишки.

ЗАДАЧА 19.

Во время операции надвлагалищной ампутации матки по поводу перфорации её произошло повреждение мочевого пузыря и прямой кишки. Произведено ушивание стенок пузыря и прямой кишки, дренирование полости малого таза. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов стенки прямой кишки, в нижних отделах брюшной полости выпот При релапаротомии, в зависимости от ситуации, целесообразно:
А) санация брюшной полости, резекция повреждённой кишки с наложением анастомоза, дренирование брюшной полости, налаживанея фракционного орошения
Б) наложение колостомы, дренирование брюшной полости после тщательной санации, орошения;
В) резекция повреждённой кишки по типу операции Гартмана, дренирование полости малого
Г) наложение колостомы и эпицистостомы;
Д) наложение илеостомы.

ЗАДАЧА 20.

В результате внутрибрюшного повреждения прямой кишки произошло выпадение петель тонкой кишки через задний проход. После травмы прошло 6 часов. Больному необходимо произвести:
А) лапаротомию, тщательную ревизию. Если выпавшие петли кишки жизнеспособны - санацию и промывание брюшной полости, дренирование брюшной полости, ушивание дефекта стенки прямой кишки, сигмостомию;
Б) обязательную резекцию выпавших петель тонкой кишки, если при этом сохранится более одного метра кишки;
В) обязательную резекцию тонкой кишки, илеостомию и резекцию прямой кишки по типу операции Гартмана;
Г) резекцию тонкой кишки с формированием анастомоза, резекцию прямой кишки по Гартману;
Д) резекцию тонкой кишки с анастомозом, брюшно-анальную резекцию прямой.

ЗАДАЧА 21

Больную 67 лет. беспокоят боли в животе, периодически сопровождающиеся вздутием,

урчанием в животе и неустойчивым стулом. Отмечает чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы беспокоят в течение шести месяцев. За последние несколько дней ощутла слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудение. Температура – 37,2˚С.
1.В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
2.Какие клинические формы рака толстой кишки можно встретить?
3.Какие инструментальные исследования необходимо выполнить, ожидаемые результаты. 4.Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости.
5.Назовите основные этапы операции.

ЗАДАЧА 22

Больной 50 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железоде-фицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес, периодические каловые массы черного цвета. Внешние признаки - кожа бледная, живот мягкий и безболезненный при поверхностной пальпации, в правом подреберье определяется опухолевидное образование 7х10 см, умеренно болезненное. Симптомов раздражения брюшины не наблюдается.
1.Поставьте предварительный диагноз?
2.С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз у данного больного?
3.Какие лабораторные, инструментальные методы исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результата?
4.Определите тактику лечения больного с предполагаемым объёмом операции.

ЗАДАЧА 23

У мужчины 30 лет стул более 9 раз в сутки с примесью крови и слизи, боли внизу живота, похудел на 7 кг за последние 2 месяца. Обследован в инфекционном отделении и инфекционных заболеваний не обнаружено. Анамнез: кровь в кале в течение 3 мес., к врачу не обращался. При осмотре кожные покровы бледные. Рост 175 см, вес 58 кг. ЧСС 98 ударов в мин., АД 110/70 мм. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Анализ крови: эр. 3,2 х 1012; Нв 88 г/л; ц.п.0.8 л; лейк.7,0 х Анализ кала на скрытую кровь резко положительный, бак посев кала отрицательный. ФГДС: Желудок: слизистая зернистая, складки, свободно расправляются воздухом, содержимое с примесью желчи. При колоноскопии слизистая нисходящией, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте, сосудистый рисунок смазан в ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.
1.Ведущий синдром? 2.Дифференциальный диагноз?
3.Методы дополнительного обследования? 4.Лечение?

ЗАДАЧА 24

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий ступ со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 ударов в минуту и боль при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки. Анализ крови следующие: гемоглобин 90 и выше, лейкоциты 10,8, СОЭ 30 мм/ч, гамма-глобулин 28,2%. При ирригоскопии выявлена сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой

кишки, отсутствие гаустраций. Толстая кишка спазмирована, имеется контактная кровоточивость, осмотр затруднён.
1.Ведущий синдром?
2.Дифференциальный диагноз?
3.Методы дополнительного обследования?
4.Лечение?

ЗАДАЧА 25.

Больной 48 лет поступил в городскую клинику с острыми болями в области заднего прохода и высокой температурой тела (до 39,0). При осмотре – слева от ануса имеется небольшое покраснение перианальной области, припухлость и резкая болезненность. Пальцевое исследование затруднено из-за резкой болезненности. Пальпаторно в зоне покраснения резкая болезненность и инфильтрация тканей с признаками размягчения в центре.
1. Поставьте диагноз.
2. Какова тактика лечения?

ЗАДАЧА 26.

Больной 65 лет предъявляет жалобы на болезненность и выпадение прямой кишки во время кашля, чихания и натуживания. Самостоятельно прямая кишка не вправляется. Исследование выявило наличие выпавшей прямой кишки длиною до 7-8 см.
1. Каков должен быть план и порядок обследования?
2. Выполнение какой операции предпочтительнее в данном случае?

ЗАДАЧА 27.

Девушка 20 лет жаловалась на выделение крови при дефекациях. Болезнь длится в течение 10 дней. При осмотре прямой кишки на 6 часах в области переходной линии плоская рана 0,5 на 1 см с вялыми грануляциями, при контакте кровоточит, безболезненная.
1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Оперативное лечение?
4. Консервативная терапия?
5. Профилактика?

ЗАДАЧА 28.

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на обильное выделение крови при дефекации и боль в течение 30 минут после стула. Выше описанные жалобы беспокоят в течение 10 дней.в При пальцовом исследовании в области переходной линии большая плоская рана 0,5 на 1 см, перифокальная гиперемия и отек, при контакте интенсивно кровоточит, резко болезненная.
1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Консервативная терапия?
4. Виды сфинктеротомий?
5.Профилактика заболевания?

ЗАДАЧА 29.

Больной 38 лет, поступил в колопроктологическое отделение с жалобами на обильные регулярные кровотечения алой кровью при каждой дефекации. Болеет 12 лет, успешно лечился ректальными свечами и соблюдал диету, в последние месяцы кровотечение возобновилось. Выяснилось, что с изменением места жительства, режима, диеты появились запоры, стул только после слабительных средств. К кровотечению присоединились боли. При обследовании Нв 64 г/л. Эритроцитов 2,8 мкл.

1. Ваш диагноз.
2. Факторы, способствующие осложнениям.
3. Тактика в данном случае.

ЗАДАЧА 30.

Больная 33 лет, обратилась в поликлинику к проктологу, по поводу кровотечений из заднего прохода во время стула, общего недомогания. В течение полугода проходила лечение в стационаре с диагнозом геморрой. Был назначен курс лечения: ванночки с лекарственными препаратами, свечи, слабительные средства. Не выполнялось ни одного пальцевого исследования прямой кишки. Не менее чем через 3 месяца после начала заболевания появились боли в пояснице, и больная была направлена на осмотр невропатолога. Назначены тепловые процедуры. Сейчас состояние ухудшилось, направлена к проктологу. При первичном ректальном осмотре имеются внутренние и наружные геморроидальные узлы, контактное кровотечение, в нижней части прямой кишки обнаружено плотное образование, малоподвижное не ровное, безболезненное.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие обследования необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие были допущены ошибки на этапах лечения?
4. Тактика хирурга стационара.

7. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.55 КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

7.1. Основная литература

1. **Основная литература:**

1. Шелыгин Ю. А. и др. Клинические рекомендации ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению геморроя //Колопроктология. – 2022. – Т. 18. – №. 1 (67). – С. 7-38.[1]
1. Ивашкин В. Т. и др. Диагностика и лечение запора у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России) //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2023. – Т. 30. – №. 6. – С. 69-85.[1]
2. Российское общество колопроктологов. Клинические рекомендации по диагностике и лечению анальных трещин [онлайн]. 2019 [цитируемая дата: 6 марта 2020 г.]. Доступно по адресу: http://coloproctology.ru/wp-content/uploads/2023/12/An_tr.pdf.
3. Российское общество колопроктологов. Клинические рекомендации по диагностике и лечению копчиковых кист и свищей [онлайн]. 2020

[цитируемая дата: 6 марта 2020 г.]. Доступно по адресу: http://coloproctology.ru/wp-content/uploads/2020/12/Kopchik.pdf.[2]
4. Ривкин В. Л. Колопроктология [Текст] : [рук. для врачей] / Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л., Белоусова Е. А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 368 с. : ил., 6 л. цв. ил.
5. Ривкин В. Л. Колопроктология [Электронный ресурс] : [рук. для врачей] / Ривкин В. Л., Капуллер Л. Л., Белоусова Е. А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 368 с. : ил., 6 л. цв. ил. – (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/
6. Хомочкин В. В. Колоректальные анастомозы [Текст] : учеб. пособие / Хомочкин В. В., Маскин С. С., Запорощенко А. В. ; ВолгГМУ Минздрава РФ. - Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2015. - 98, [2] с. : ил.
7. Загрядский Е. А. Трансанальная дезартеризация в лечении геморроидальной болезни [Электронный ресурс] / Загрядский Е. А. - М. : ГЭОАР-Медиа, 2015. - 176 с.
8. Клинические рекомендации по диагностике и лечению геморроя (2016) // Колопроктология. - 2016. - № 2 (54). - С. 61-73.[1]
9. Клинические рекомендации по диагностике и лечению проктита (2018) // Колопроктология. - 2018. - № 1 (63). - С. 67-74.[1]
10. Клинические рекомендации по диагностике и лечению парапроктита (2019) //Колопроктология. - 2019. - № 1 (67). - С. 64-73.[1]
11. Клинические рекомендации по диагностике и лечению дивертикулеза толстой кишки (2020) // Колопроктология. - 2020. - № 3 (71). - С. 53-62.[1]

Дополнительная литература:

1. Риквин В. Л. Амбулаторная колопроктология [Электронный ресурс] : руководство / Риквин В. Л. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 96 с. – (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/
2. Сажин В. П. Эндоскопическая абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] : руководство / Сажин В. П., Федоров А. В., Сажин А. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. : ил. – (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/
3. Пожилой хирургический больной [Электронный ресурс] : руководство / под ред. А.С. Бронштейна, О.Э. Луцевича, В.Л.

[2] Протокол дополнений и изменений к рабочей программе дисциплины «Колопроктология» от 31.08.2020 г.

Ривкина, А.В. Зеленина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 272 с. – (Библиотека врача-специалиста). - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению геморроя (2016) // Колопроктология. - 2016. - № 2 (54). - С. 61-73.
5. Лёнюшкин А. И. Аноректальные пороки развития. [Электронный ресурс] / Лёнюшкин А. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

- Стандарты медицинской помощи: http://www.rspor.ru/index.php?mod1=standarts3&mod2=db1
- Российская энциклопедия лекарств (РЛС): http://www.rlsnet.ru
- Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины.
- http://www.osdm.org/index.php
- Московский центр доказательной медицины. http://evbmed.fbm.msu.ru/

Приложение 1

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

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

_____

_
(наименование специальности)

«____»_____20____г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: /ФИО/

Секретарь подкомиссии: /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного тестирования - ____

Оценка _____

Постановили:

Признать, что ординатор_____
сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/_____ /

Секретарь ГЭК _____/ _____ /

Приложение 2

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

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

_____
(наименование специальности)

«____»_____20____г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: /ФИО/.

Члены государственной экзаменационной комиссии: ……/ФИО/

Секретарь подкомиссии: ……/ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:

1._____
_____

2._____
_____

3._____
_____

Постановили:

Признать, что ординатор_____

сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/ _____ /

Секретарь ГЭК _____/ _____ /

Приложение 3

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

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

_____
_
(наименование специальности)

«____»_____20____г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: /ФИО/

Члены государственной экзаменационной комиссии: /ФИО/

Секретарь подкомиссии: /ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:

1._____
_____

2._____
_____

3._____
_____

Постановили:

Признать, что ординатор_____

сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/ _____ /

Секретарь ГЭК _____/ _____ /

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна **03.12.25** 12:13 (MSK) Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA