

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

Н.И.Свиридова

« 27 »

июня

2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

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

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

31.08.16 Детская хирургия

Квалификация (степень) выпускника: врач-детский хирург

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

Форма обучения – очная

Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград, 2024

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.	Перепелкин Андрей Иванович	профессор кафедры	д.м.н.	

Рецензент: Главный внештатный детский специалист хирург комитета здравоохранения Волгоградской области, к.м.н. Копань Глеб Анатольевич

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры хирургических болезней № 1 Института НМФО,
протокол № 8 от «03» июня 2024г.

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

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО
ВолГМУ, протокол № 12 от «27» июня 2024г.

Председатель УМК _____  М.М.Королева

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

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО
протокол № 18 от «27 » июня 2024г.

Секретарь Ученого совета _____  М.В.Кабытова

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1 Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования - программе ординатуре по специальности 31.08.16 Детская хирургия разработана в соответствии со следующими нормативными документами:

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

- Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) - Приказ Минобрнауки РФ от 26.08.2014 №1110 «Об утверждении федерального образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), зарегистрирован в Минюсте РФ 23.10.2014 №34417.

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

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

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

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

- Профессиональным стандартом врача-детского хирурга (Приказ Минтруда РФ №743н от 26.11.2018, зарегистрирован в Мин. юстиции РФ 11.12.2018 №52864)

- Положением «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от 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) 31.08.16 Детская хирургия очной формы обучения. Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к Блоку 3 Основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.16 Детская хирургия и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На итоговую (государственную итоговую) аттестацию отводится 108 часов (3 ЗЕ).

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

или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности. 31.08.16 Детская хирургия

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

1.6 Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговых (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.

2. 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 31.08.16 Детская хирургия.

Задачи государственной итоговой аттестации:

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

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

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

3. 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 детей и подростков.

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность

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

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

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

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

ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных

ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

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

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

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

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

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

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

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

А/07.8 Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме

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

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

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

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

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

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

В/07.8 Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме.

3. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

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

Государственная итоговая аттестация включает:

- подготовку к сдаче государственного экзамена
- сдачу государственного экзамена

В соответствии с учебным планом по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.16 – Детская хирургия. отводится 108 академических часа (3 ЗЕ).

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В 2023-2024 УЧЕБНОМ ГОДУ

4.1 Итоговая (государственная итоговая) аттестация для обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования (программе ординатуры) по специальности 31.08.16 Детская хирургия в 2022-2023 учебном году в ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России проводится согласно Положения «О порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации» (далее – ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России), утвержденному приказом ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России от 13.01.2020 N 06-КО.

4.2 Для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.16 – Детская хирургия создается государственная экзаменационная комиссия, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии.

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

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

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

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

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

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

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

4.9. Проведение заседания государственной экзаменационной комиссии, решения, принятые комиссией, оформляются протоколами на каждого обучающегося (приложение 1,2,3). В протоколе заседания итоговой (государственной)

экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

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

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

4.10. Основными функциями государственной экзаменационной комиссии являются:

- определение соответствия подготовки ординатора требованиям федерального государственного образовательного стандарта по программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия – принятие решения о присвоении квалификации «врач-хирург» по результатам итоговой (государственной итоговой) аттестации и выдаче ординатору диплома об окончании ординатуры и приложения к нему.

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

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

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

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

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

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

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

4.16 Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки "неудовлетворительно", отчисляются из

организации с выдачей справки об обучении, как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.30 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

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

4.32 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

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

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

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

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

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

5.4 I этап – тестовый контроль: используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности 31.08.16 Детская хирургия; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат I 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 I 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 31.08.16 Детская хирургия по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

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

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, которые проводятся по расписанию,

утвержденному распорядительным актом Университета, и доводятся до обучающихся не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится предэкзаменационная консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена. Консультирование осуществляют преподаватели, включенные в состав государственной экзаменационной комиссии по специальности 31.08.16 Детская хирургия, относящиеся к профессорско-преподавательскому составу ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, имеющие ученое звание и (или) ученую степень. Первый этап государственного аттестационного испытания – тестирование включает ответы на 100 тестовых заданий с одним или несколькими правильными вариантами ответа. Второй этап государственного аттестационного испытания – оценка практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой. Третий этап государственного аттестационного испытания – собеседование, которое включает устные ответы на вопросы экзаменационного билета и решение одной задачи. Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации). При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии

6.2 Перечень основных разделов дисциплины:

- Абдоминальная хирургия
- Торакальная хирургия
- Травматология и ортопедия детского возраста
- Гнойная хирургия
- Плановая хирургия
- Хирургия новорожденных
- Урология детского возраста

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 31.08.16 Детская хирургия включает:

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

6.3.1 Примеры тестовых заданий для итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.16 Детская хирургия

1. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:

- А) лежа на спине;
- Б) стоя;
- В) лежа на животе;
- Г) в положении Тренделенбурга;

Д) на «горке».

2. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:

- А) наклейке на рентгенограмме;
- Б) букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником;
- В) газовому пузырю желудка;
- Г) тени средостения;
- Д) высоте куполов диафрагмы.

3. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

- А) атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
- Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма);
- В) халазиикардии;
- Г) врожденным коротким пищеводом;
- Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

4. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:

- А) при бронхоэктазии;
- Б) при врожденной лобарной эмфиземе;
- В) при легочной секвестрации;
- Г) при кисте легкого;
- Д) при опухоли легкого.

5. Бронхография противопоказана:

- А) при опухоли легкого;
- Б) при легочной секвестрации;
- В) при врожденной лобарной эмфиземе;
- Г) при кисте легкого;
- Д) при бронхоэктазии.

6. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:

- А) интубационный наркоз без миорелаксантов;
- Б) местная анестезия;
- В) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи;
- Г) интубационный наркоз с применением миорелаксантов;
- Д) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи.

7. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:

- А) «слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией;
- Б) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана;
- В) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана;
- Г) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем;
- Д) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля.

8. Диагностический пневмоторакс показан:

- А) при гематоме легкого;
- Б) при легочной севестрации;

- В) при лобарной эмфиземе;
- Г) при опухоли средостения;
- Д) при кистозной гипоплазии.

9. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

- А) 1-го физиологического сужения;
- Б) 2-го физиологического сужения;
- В) области кардии;
- Г) между 1-м и 2-м физиологическими сужениями;
- Д) между 2-м физиологическим сужением и кардией.

10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А) при бронхоэктазии;
- Б) при туберкулезе;
- В) при абсцессе легкого;
- Г) при легочной секвестрации;
- Д) при агенезии легкого.

11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

- А) киста легкого;
- Б) спонтанный пневмоторакс;
- В) легочная секвестрация;
- Г) опухоль легкого;
- Д) опухоль средостения.

12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

- А) синдром напряжения в грудной полости;
- Б) ранение легкого инструментами;
- В) отек легкого;
- Г) легочно-сердечная недостаточность;
- Д) все перечисленные.

13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А) пиопневмоторакс
- Б) ателектаз
- В) буллезная форма легочной деструкции
- Г) пиоторакс
- Д) пневмоторакс

14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А) вертикальное;
- Б) лежа;
- В) на правом боку;
- Г) на левом боку;
- Д) любое из предложенных.

15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

- А) единичные широкие уровни;
- Б) множественные мелкие уровни;
- В) большой газовый пузырь желудка;
- Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Д) свободный газ в брюшной полости.

16. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:

- А) единичные широкие уровни;
- Б) множественные мелкие уровни;
- В) большой газовый пузырь желудка;
- Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Д) свободный газ в брюшной полости.

17. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:

- А) каждый час;
- Б) через каждые 3 часа;
- В) через 3, 6, 12 часов;
- Г) через 12, 24 часа;
- Д) в зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий.

18. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:

- А) один прямой снимок;
- Б) один боковой снимок;
- В) два — прямой и боковой;
- Г) два — прямой и косой;
- Д) три — прямой, боковой и косой.

19. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:

- А) один — после расправления инвагината;
- Б) два — при обнаружении инвагината и после его расправления;
- В) три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления;
- Г) четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления-;
- Д) рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический.

20. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:

- А) воздух;
- Б) водорастворимый контраст;
- В) йодолипол;
- Г) раствор бариевой взвеси;
- Д) любое из предложенных.

21. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:
- А) абсцесса Дугласова пространства;
 - Б) кисты яичника;
 - В) инородного тела прямой кишки;
 - Г) ректо-сигмоидита;
 - Д) полипа прямой кишки.
22. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:
- А) средняя линия выше пупка;
 - Б) край правого подреберья;
 - В) уровень пупка;
 - Г) область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы;
 - Д) внутри от переднего отдела правой подвздошной кости.
23. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:
- А) халазиикардии;
 - Б) ахалазиикардии;
 - В) врождённом трахео-пищеводном свище;
 - Г) атрезии пищевода;
 - Д) врождённом коротком пищеводе.
24. Эзофагоскопия не обязательна при:
- А) ахалазии пищевода;
 - Б) врождённом стенозе пищевода;
 - В) ожоге пищевода;
 - Г) халазиикардии;
 - Д) атрезии пищевода.
25. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:
- А) осмотр грудной клетки;
 - Б) аускультация лёгких;
 - В) перкуссия грудной клетки;
 - Г) число дыхательных движений в минуту;
 - Д) оценка степени цианоза и одышки.
26. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:
- А) наблюдение за поведением ребёнка;
 - Б) осмотр живота;
 - В) деликатная пальпация живота;
 - Г) перкуссия живота;
 - Д) зондирование желудка.
27. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:
- А) симптом «песочных часов»;
 - Б) обильная рвота;
 - В) потеря веса;
 - Г) обнаружение утолщенного привратника при пальпации;

Д) склонность к запорам.

28. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:

- А) врожденном коротком пищеводе;
- Б) пневмонии;
- В) атрезии пищевода;
- Г) врожденном трахео-пищеводном свище;
- Д) врожденном стенозе пищеводе.

29. При подозрении на трахео-пищеводный свищу новорожденного наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:

- А) эзофагоскопия;
- Б) рентгеноконтрастное исследование пищевода;
- В) трахеоскопия;
- Г) оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме;
- Д) трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки.

30. При цистографии у новорожденных чаще всего выявляется:

- А) уретероцеле;
- Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- В) наличие незаращенного урахуса;
- Г) наличие пузырно-кишечного свища;
- Д) наличие дивертикула мочевого пузыря.

01. – Б	12. - Б	23 - Г
02. – В	13. - Г	24. -Д
03. – Б	14. - А	25. -Д
04. – А	15. - Б	26. - В
05. – В	16. - А	27. - Г
06. – Г	17. - Д	28. - Б
07. – Г	18. - В	29. -Д
08. – Д	19. - В	30. - Б
09. – В	20. - Б	
10. – Д	21. - Г	
11. – А	22. - Г	

6.3.2 Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.16 Детская хирургия

1. Правовые вопросы работы детского хирурга.
2. Детский хирург. Права и обязанности. Правовой статус детского хирурга. Законодательные основы оказания хирургической помощи детям.
3. Развитие хирургии детского возраста в России и за рубежом. Организация и современное состояние
4. Перитонит у детей. Классификация. Основные патологические синдромы. Предоперационная подготовка. Основные виды оперативных вмешательств. Показания и виды дренирования брюшной полости. Послеоперационная реабилитация.
5. Пороки развития желточного и мочевого протоков. Эмбриогенез порока. Проявления патологии. Возможные осложнения. Методы диагностики, Тактика лечения. Возможные ошибки и осложнения.

6. Острый аппендицит у детей. Основные клинические симптомы. Особенности течения острого аппендицита у детей раннего возраста. Клиническая картина. Методы установления диагноза. Лечение неосложненных форм аппендицита. Ранние и поздние осложнения и способы их лечения.
7. Хронический остеомиелит. Классификация. Причины хронизации процесса. Течение хронического остеомиелита. Виды осложнений. Принципы лечения обострений. Дифференциальная диагностика. Показания и сроки оперативного лечения. Реабилитация.
8. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения и методы их устранения. Принципы реабилитации.
9. Эпифизарный остеомиелит. Патогенез. Клиника, диагностика. Особенности течения и лечебной тактики. Осложнения. Реабилитация.
10. Патология влагалищного отростка брюшины.
11. Синдром короткой кишки.
12. Врожденные кисты и свищи шеи. Эмбриогенез пороков. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения.
13. Черепно-мозговая травма у детей.
14. Повреждение органов грудной клетки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
15. Особенности переломов костей у детей. Клиника, диагностика. Патологические переломы. Причины, принципы лечения, профилактика.
16. Врожденный вывих бедра. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Способы лечения. Показания к хирургическому вмешательству. Осложнения. Диспансеризация.
17. Врожденная косолапость. Клиника, особенности диагностики и лечения в разные возрастные периоды. Показания к проведению консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению. (сроки, виды, осложнения). Реабилитация.
18. Врожденная кривошея. Клиника, диагностика. Лечение (консервативное и хирургическое). Сроки и способы оперативного лечения. Причины рецидивов.
19. Гипоспадия. Причины развития. Классификация. Дифференциальная диагностика. Показания, сроки и способы хирургического лечения гипоспадии.
20. Нейрогенный мочевого пузыря.
21. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Диагностика и лечебная тактика. Показания к оперативному лечению.
22. Аномалии репродуктивной системы у мальчиков.
23. Атрезия пищевода. Классификация. Эмбриология, сочетанные аномалии. Антенатальное обследование. Клиническая картина и диагностика. Врачебная тактика, виды коррекции.
24. Деструктивные пневмонии у детей. Причины развития. Классификация. Методы лечения детей с острой гнойной деструктивной пневмонией. Хирургические методы лечения: показания, сроки, виды лечения (пункционное, виды дренирования, временная окклюзия бронха). Характер антибактериальной терапии. Оценка плеврального выпота.
25. Пороки развития грудной клетки у детей.
26. Аноректальные пороки развития. Эмбриогенез порока. Возможности антенатальной диагностики. Клинико – анатомическая классификация. Сроки и методы установления диагноза. Паллиативные и радикальные хирургические вмешательства. Сроки их проведения.
27. Гастрошизис. Пренатальная диагностика. Особенности предтранспортировки. Характер и объем предоперационной подготовки. Необходимый объем предоперационного обследования. Одно и двухэтапные операции при гастрошизисе. Осложнения и методы их устранения.

28. Мальротация. Этапы вращения кишечника. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и сроки оперативного лечения.
29. Диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика, лечебная тактика. Пренатальная диагностика. Правила транспортировки. Показания и сроки оперативного лечения.
30. Пороки развития пищевода (атрезия пищевода, ахалазия пищевода, врожденный стеноз пищевода). Клиника. Диагностика. Тактика лечения. Показания и виды оперативного лечения.

6.3.3 Перечень вопросов для III этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.16 Детская хирургия

1. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика. Консервативная терапия. Показания к ранним операциям. Методы операций.
2. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Показание к хирургическому вмешательству. Вид операций. Тактика хирурга при лечении осложненных форм острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита
3. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
4. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Факторы, способствующие развитию. Клиника, диагностика, лечение.
5. Механическая желтуха. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.
6. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Понятие о прикрытых перфорациях. Выбор метода операции.
7. Грыжи белой линии живота, виды операций. Редкие виды грыж (грыжа спигелевой линии, грыжа запирающего отверстия, грыжа Трейтца). Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
8. Травма живота. Диагностика и принципы лечения сочетанной и комбинированной травмы.
9. Перитонит, классификация, современные методы лечения.
10. Проникающее ранение груди. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.
11. Пневмоторакс. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Гемопневмоторакс. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
13. Тиреотоксический зоб. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
14. Рак легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современного лечения.
15. Дисгормональные заболевания молочной железы. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению дисгормональных заболеваний молочной железы.
16. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Виды сосудистого шва.
18. Артериальные тромбозы и эмболии нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативной терапии. Показания к оперативному лечению. Методы операций.
19. Острые тромбозы и эмболии верхних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
20. Илеофemorальный тромбоз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика.

Дифференциальная диагностика. Лечение.

21. Синдром Лериша. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
22. Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Современные представления о причинах и механизмах. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Способы оперативных вмешательств.
23. Сепсис- экстракорпоральные методы лечения.
24. Гнойные воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, гидраденит, абсцессы, флегмоны). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
25. Парапроктит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
26. Термические и химические ожоги. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции и основные принципы хирургического лечения.
27. Гематогенный и травматический остеомиелит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Консервативные и хирургические методы лечения .
28. Абсцессы брюшной полости, пункционные методы лечения.

6.3.4 Типовые ситуационные задачи, выносимые на ВЫНОСИМЫЕ НА III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.16 Детская хирургия

ЗАДАЧА № 1

В травматологическое отделение детской больницы поступил трехлетний ребенок с жалобами боль в правой руке в области лучезапястного сустава.

An. Morbid Со слов родителей, мальчик упал с горки в детском саду с опорой на правую руку, после чего испытывает боль в этой конечности.

An. Vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Родился с весом 3440 г, ростом 56 см, закричал сразу. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ. Аллергия к лекарственным препаратам не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 27 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 117 в минуту. А/Д - 90/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус: Ребенок в сознании, правильно отвечает на вопросы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные без диссоциации. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

Решение задачи:

Диагноз: закрытый разгибательный перелом обеих костей правого предплечья в нижней трети со смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области правого лучезапястного сустава и нижней трети правого предплечья, данных анамнеза (травма при падении с опорой на правую руку), данных объективного обследования (наличие деформации, отёка, локальной болезненности, в области правого лучезапястного сустава и нижней трети правого предплечья), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в закрытой репозиции отломков костей правого предплечья под наркозом, наложении гипсовой лонгеты в репозиционном положении кисти и среднефизиологическом положении предплечья, обязательной госпитализации пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности. Через 7 – 10 дней производится контрольная рентгенография правого лучезапястного сустава и костей правого предплечья на предмет стояния отломков.

При не осложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

При обнаружении вторичного смещения отломков в гипсе прибегают к повторной репозиции отломков под наркозом, или ставят показания к операции.

Срок гипсовой иммобилизации – 6 недель с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в лучезапястном и локтевом суставах. Применение физиотерапевтических процедур на локтевом суставе у ребёнка противопоказано из-за возможного формирования гетеротопических оссификатов. При разработке движений в лучезапястном суставе возможно применение механотерапии.

ЗАДАЧА № 2

В травматологическое отделение детской больницы поступил одиннадцатилетний ребенок с жалобами на боль в левой стопе в области пяточной кости.

Ан. Morbid Как стало известно со слов мальчика, за 2 часа до поступления прыгнул с гаража (высотой около 3 метров), после чего появилась боль и припухлость в области левой стопы, невозможность опоры на ногу. Доставлен машиной скорой медицинской помощи в сопровождении врача.

Ан. Vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Родился с весом 3500 г, закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Рос и развивался в соответствии с биологическим возрастом. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, аденоидэктомия, острый тонзиллит. Аллергия не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 115 в минуту. АД - 120/80. Мышечная система без признаков

повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус: Ребенок в ясном сознании, отвечает на вопросы, помнит обстоятельства травмы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена. Зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные и брюшные рефлексы симметричные без диссоциации. Патологических и менингеальных симптомов нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

St. localis Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции левой пяточной кости.

- 1.Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
- 2.Проведите дифференциальный диагноз.
- 3.Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
- 4.Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
- 5.Назовите основные факторы этиопатогенеза.

Решение задачи:

Диагноз: закрытый перелом левой пяточной кости без смещения отломков смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области левой стопы, а именно в области левой пяточной кости, данных анамнеза (травма при падении с высоты с приземлением на ноги), данных объективного обследования (наличие, отёка, локальной болезненности, в области левой пяточной кости), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении гипсовой задней лонгеты от кончиков пальцев стопы до коленного сустава в среднефизиологическом положении стопы, обязательной госпитализации пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности. Через 7 – 10 дней производится контрольная рентгенография правого голеностопного сустава и костей стопы на предмет стояния отломков пяточной кости.

При неосложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

При обнаружении вторичного недопустимого смещения отломков в гипсе ставят показания к операции.

Срок гипсовой иммобилизации – 8 - 10 недель с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в голеностопном суставе. При разработке движений в голеностопном суставе возможно применение механотерапии. Обязательно ношение супинатора для продольного свода стопы в обуви в течение полугода.

ЗАДАЧА № 3

Жалобы (со стороны родителей) на имеющуюся у ребенка припухлость в области головы в правой теменной области.

An. morbi Со слов матери, накануне днем дома девочка упала из коляски, при этом ударилась головой о деревянный пол. После непродолжительного плача успокоилась,

никаких изменений в последующем со стороны поведения или состояния ребенка не было. Вечером того же дня родители обнаружили у девочки во время купания припухлость на голове и сегодня обратились к врачу поликлиники, который рекомендовал госпитализацию. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи.

Ап. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Родился с весом 3000 г и 53 см роста. Закричал сразу, к груди приложен на 2 сутки. Прививки по возрасту. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ. Аллергия не выявлена. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. В области волосистой части головы справа пальпируется мягкое флюктуирующее образование, диаметром 6 см. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 30 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 129 в минуту. А/Д - 90/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус Ребенок в ясном сознании, гулит, играет с игрушкой, стоит в кроватке. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные с некоторым повышением на ногах. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

Решение задачи:

Диагноз: Ушиб головного мозга лёгкой степени. Закрытый перелом правой теменной кости.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на наличие припухлости в правой теменной области, данных анамнеза (в анамнезе – падение из коляски с ударом головой о деревянный пол), данных объективного обследования (В области волосистой части головы справа пальпируется мягкое флюктуирующее образование, диаметром 6 см.), Данных рентгенологического обследования.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в госпитализации пострадавшего ребёнка на срок до 3-х недель, динамическом наблюдении, симптоматической терапии (аналгетики, седативные, церукал – при наличии рвоты), при необходимости – адекватной инфузионной терапии, антибиотикотерапия, с 4-х суток назначаются ноотропные препараты. Обязателен осмотр пострадавшего ребёнка неврологом и нейрохирургом.

В плане дообследования – УЗИ головного мозга, МРТ головного мозга. При обнаружении внутричерепной гематомы показана трепанация черепа с удалением внутричерепной гематомы.

7. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Основная литература:

А) Клинические рекомендации по нозологическим формам.

1. Национальные клинические рекомендации по детской хирургии РАДХ
<https://www.radh.ru/>

Б) Обязательная литература.

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. А.Ю. Разумовского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280 с.

2. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с. - ISBN 978-5-9704-3959-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439593.html>

3. Детская хирургия / под ред. А. Ю. Разумовского, отв. ред. А. Ф. Дронов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-3803-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438039.html>

4. Подкаменев, В. В. Хирургические болезни у детей : учеб. пособие / Подкаменев В. В. - 2-е изд., перераб и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-3283-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432839.html>

5. Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, Н. М. Кузин, В. А. Кубышкин и др. - 5-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-6346-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463468.html>

6. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ / А. Ф. Дронов, Е. В. Феоктистова, А. И. Гуревич, Ю. А и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0002.html>

7. Дронов, А. Ф. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ / А. Ф. Дронов, В. В. Холостова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0001.html>

Дополнительная литература:

1. Солониченко, В. Г. КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕНЕТИКА И СИНДРОМОЛОГИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ / В. Г. Солониченко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/970406793V0004.html>

2. Хирургия живота и промежности у детей : атлас / под ред. А. В. Гераськина, А. Н. Смирнова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 508 с. - ISBN 978-5-9704-2006-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420065.html>

3. Разумовский, А. Ю. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей / Разумовский А. Ю. , Алхасов А. Б. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 200 с. - ISBN 978-5-9704-1630-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416303.html>

4. Неотложная хирургия детского возраста / М. П. Разин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 328 с. - ISBN 978-5-9704-3424-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434246.html>

5. Леванович, В. В. Амбулаторная хирургия детского возраста / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-3016-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430163.html>

6. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей: Атлас / под ред. А.Ф. Дронова, АН. Смирнова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 260 с. экз. 12

7. Рентгенодиагностика сколиотических деформаций позвоночника: учебное пособие / сост.: МВ. Бабаев, Г.П. Волков, ХИ. Лукаш. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2010. - 56 с. экз.24

8. Атлас по детской урологии / Т.Н. Куликова, П.В. Глыбочко, ДЛ. Морозов и др. -М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. - 160 с. экз.3

9. Разин МП. Детская урология-андрология: учеб. пособие / МП. Разин, В.Н. ГиКИН, Н.К. Сухих. - М.: ГЭОТАРЛЕДИА, 2011 . 127 с. экз. 11.

10. Сажин В. П., Эндоскопическая абдоминальная хирургия - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -512 с. (Библиотека врача-специалиста. Хирургия) экз.9

11. Виссер Ян Доус., Детская ортопедия. Симптомы, дифференциальная диагностика, дополнительное обследование и лечение /Санкт-Петербург, СпецЛит, 2022. – 607 с.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

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

1. Электронно-библиотечная система "Консультант студента"—
<http://www.studmedlib.ru/>

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

3. База данных "MedlineWithFulltext" на платформе EBSCOHOST<http://www.search.ebscohost.com/>

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

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

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

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

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

10. Общероссийская общественная организация «Ассоциация врачей общей

практики (семейных врачей) Российской Федерации» – <http://gpfm.ru/>

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

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

13. Медицинский видеопортал <http://www.med-edu.ru/> 20. Медицинский информационно-образовательный портал для врачей <https://mirvracha.ru/>

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 (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 _____ / _____ /

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
(Пэтап 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 _____ / _____ /

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
(Шэтап 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 _____ / _____ /

