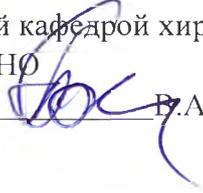


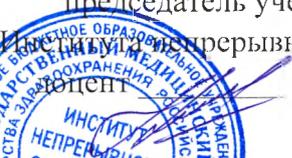
Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.03.2026 20:44:28
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c47533476714

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры хирургических
болезней ИНО
протокол № 6 от «26» ноября 2025 г.
заведующий кафедрой хирургических
болезней ИНО
профессор  В.А. Лазаренко

УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
доцент  Л.Л. Квачахия



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ**

31.08.67 Хирургия

Разработчики рабочей программы:

Заведующий кафедрой хирургических болезней ИНО, д.м.н., профессор Лазаренко В.А.
Профессор кафедры хирургических болезней ИНО, д.м.н., доцент Бондарев Г.А.
Доцент кафедры хирургических болезней ИНО, к.м.н., доцент Яковлева М.В.

Курск – 2025

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.67 Хирургия

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

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

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- ✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12)

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА

Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образо-

вания, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очереди. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Хирургическая тактика в соответствии с НКР.
2. Гемоторакс: причины, классификация, клиника, диагностика, тактика.
3. Грыжи живота. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
4. Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Реабилитация больных после оперативного лечения варикозной болезни.
5. Острый абсцесс лёгкого. Клиника, диагностика, лечение.
6. Острые тромбозы нижних конечностей. Диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Осложнения острого тромбоза.
7. Ущемленные грыжи живота. Причины. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
8. Кардиоспазм и ахалазия кардии. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Посттромботическая болезнь (ПТБ). Диагностика, классификация, консервативное и хирургическое лечение. Осложнения ПТБ.
10. Облитерирующие заболевания аорты и ее ветвей. Атеросклероз. Клиника, диагностика, принципы лечения.
15. Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Стеноз привратника. Клиника, диагностика, лечение.
16. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Перфоративная язва. Клиника, диагностика, лечение. Хирургическая тактика в соответствии с НКР «Прободная язва у взрослых».
17. Узловой нетоксический зоб. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
18. Желудочно-кишечные кровотечения. Причины. Классификация. Клиника, диагностика. Современное консервативное и хирургическое лечение. Хирургическая тактика в соответствии с НКР «Язвенные гастродуоденальные кровотечения».
19. Артериальные тромбозы и эмболии. Классификация острой ишемии нижних конечностей. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
20. Пневмоторакс. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
21. Эхинококкоз печени. Клиника, диагностика, лечение.
22. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Клиника, диагностика. Современные методы лечения. Хирургическая тактика в соответствии с НКР «Острый холецистит».
23. Рак желудка. Группы риска. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы лечения в соответствии с клиническими рекомендациями ассоциации онкологов России. Осложнения рака желудка. Профилактика.
24. Тупая травма живота. Клиника, диагностика. Лечение
25. Холедохолитиаз. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы традиционного хирургического лечения.
26. Перитонит. Причины. Классификация. Клиника, диагностика. Современные методы консервативного и хирургического лечения. Хирургическая тактика в соответствии с НКР «Острый перитонит».
27. Окклюзирующие поражения брахиоцефальных артерий. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Лечение.
28. Аневризмы аорты. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.

29. Острый панкреатит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Современная интенсивная терапия ОП. Хирургическая тактика в соответствии с НКР «Острый панкреатит».
30. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение. Хирургическая тактика соответствии с НКР «Острая неопухолевая кишечная непроходимость».
31. Опухоли пищевода. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Принципы предоперационной подготовки больных в экстренной хирургии. Принципы парентерального питания в хирургии.
33. Кисты поджелудочной железы. Клиника, диагностика, классификация. Традиционная и малоинвазивная хирургия в лечении хронического панкреатита.
34. Рак щитовидной железы. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
35. Хирургический сепсис. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Современные принципы лечения.
36. Рак прямой кишки. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение в соответствии с клиническими рекомендациями ассоциации онкологов России.
37. Мастит. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Рак ободочной кишки. Причины. Классификация. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение в соответствии с клиническими рекомендациями ассоциации онкологов России.
39. Нагноительные заболевания плевры. Острая эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение.
40. Парапроктит. Классификация. Причины. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
41. Принципы послеоперационного ведения хирургических больных. Парентеральное питание.
42. Нагноительные заболевания плевры. Хроническая эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение.
43. Рак поджелудочной железы. Причины, клиника, диагностика, лечение.
44. Геморрой. Классификация. Причины. Клиника, диагностика, лечение.
45. Синдром диабетической стопы. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
46. Осложнения раннего послеоперационного периода. Клиника, диагностика, лечение.
47. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Этиология. Мезентериальный тромбоз. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
48. Гнойный холангит. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Ожоги пищевода. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Причины. Клиника. Диагностика. Лечение.
51. Хронический панкреатит. Причины. Клиника, диагностика в соответствии с НКР «Хирургическое лечение хронического панкреатита».
52. Рак молочной железы. Факторы риска. Классификация. Клиника. Атипичные формы. Диагностика. Принципы лечения в соответствии с клиническими рекомендациями ассоциации онкологов России. Профилактика.
53. Легочное кровотечение. Причины. Классификация. Диагностика, принципы лечения.
54. Рак легкого. Причины. Классификация. Диагностика, принципы лечения в соответствии с клиническими рекомендациями ассоциации онкологов России.
55. Шок в хирургии. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
56. Холодовая травма. Клиника, диагностика, лечение.

57. Хронический абсцесс лёгкого. Клиника, диагностика, лечение.
58. Гангрена лёгкого. Клиника, диагностика, лечение.
59. Анаэробная хирургическая инфекция. Клиника, диагностика, лечение.
60. Неопухолевые заболевания ободочной кишки (полипы, дивертикулы). Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
61. Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
62. Неспецифический язвенный колит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
63. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Классификация. Современные возможности диагностики и лечения.
64. Флегмона мягких тканей. Причины. Диагностика. Лечение.
65. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей. Абсцесс. Причины. Диагностика. Лечение.
66. Дивертикулы пищевода. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
67. Остеомиелит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Современные принципы лечения.
68. Простые кисты печени. Клиника, диагностика, лечение.
69. Заболевания средостения. Клиника, диагностика, лечение.
70. Гепатоцеллюлярный рак. Причины. Классификация. Диагностика, принципы лечения.
71. Холангиоцеллюлярный рак. Причины. Классификация. Диагностика, принципы лечения.
72. Цирроз печени. Портальная гипертензия Клиника, диагностика, лечение.
73. Параректит. Клиника, диагностика, лечение.
74. Параректальные свищи. Клиника, диагностика, лечение.
75. Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный абсцесс и инфильтрат). Клиника, диагностика, лечение.

4.2. Ситуационные задачи (20)

Ситуационная задача №1

Условие.

Больной К., 57 лет обратился с жалобами на слабость, чувство тяжести, дискомфорт, боли в правом подреберье, похудание в течение последних 4-х месяцев, желтушность кожи и кожный зуд. Злоупотребляет алкоголем последние 20 лет. Объективно: отмечается иктеричность кожных покровов и склер. При ультразвуковом исследовании – дилатация внутри и внепечёночного дерева, интрапанкреатическая гипертензия, неоднородность эхогенности паренхимы, преимущественно в области головки поджелудочной железы, множественный кальциноз.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача №2

Условие.

Больная М, 69 лет, поступила в приёмное отделение с жалобами на безболеную желтуху, слабость, похудание. В анализах – билирубин повышен до 168 за счёт прямой фракции. При УЗИ отмечено расширение внутривенных желчных протоков обеих долей пече-

ни и гепатикохоледоха (диаметр до 16мм), а также признаки интрапанкреатической гипертензии. В области крючковидного отростка – гипэзогенное очаговое образование размером до 40 мм, компрессирующее нижнюю брыжеечную вену на протяжении 3-4 см. По ходу печёчно-двенадцатиперстной связки – лимфаденопатия.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 3

Условие.

У больного 48 лет, с постоянными, периодически усиливающимися тупыми болями в эпигастрии, левом подреберье, сопровождающимися тошнотой, периодически - рвотой, жидким стулом, злоупотребляющего алкоголем, при УЗИ и компьютерной томографии обнаружено увеличение поджелудочной железы с умеренной деформацией ее контуров и округлые тени внутрипротоковых конкрементов или очагов обызвествления ткани железы.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 4

Условие.

Больной Р., 65 лет обратился с жалобами на слабость, чувство тяжести, дискомфорт, боли в правом подреберье, похудание в течение последних 3-х месяцев. В анамнезе – перенесённый 20 лет назад гепатит С. Объективно: печень увеличена в размерах, при пальпации умеренно болезненная, плотная, бугристая. Отмечается слабая иктеричность кожных покровов и склер.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 5

Условие.

Больной 38 лет, 10 лет страдает хроническим холециститом. В анамнезе дважды была желтуха. Последние 1,5 года присоединились боли в эпигастральной области опоясывающего характера, которые возникают одновременно с приступом холецистита. Они сопровождаются рвотой и повышением амилазы крови. Больной поступил в удовлетворительном состоянии для планового обследования и лечения.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?

5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача №6

Условие.

Больной Н, 66 лет, поступил в приёмное отделение с жалобами на безболеую желтуху, слабость, похудание. В анализах – билирубин повышен до 154 за счёт прямой фракции. При УЗИ отмечено расширение внутрипечёночных желчных протоков обеих долей печени и гепатикохоледоха (диаметр до 14мм), а также признаки интрапанкреатической гипертензии. По ходу печёночно-двенадцатиперстной связки – лимфаденопатия.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 7

Условие.

Больной 42 лет, 3 года назад перенес небилиарный панкреонекроз. После этого страдает периодически возникающими сильными болями в эпигастральной области, опоясывающего характера, диспептическими расстройствами. Неоднократно лечился в стационаре по поводу хронического панкреатита. Отмечает снижение массы тела на 10 кг за 3 года.

При пальпации верхних отделов живота определяется болезненное, округлое образование, плотно эластической консистенции.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 8

Условие.

Больная М. 26 лет, на 16 сутки послеродового периода обратилась с жалобами на повышенную температуру тела до 38.5°C, озноб, плохой аппетит, слабость, появление постоянных ноющего характера болей в наружных отделах левой молочной железы. Молочная железа увеличена, гиперемирована, резко болезненна. В области соска – глубокая болезненная трещина.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 9

Условие.

Больной 53 лет, поступил с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастральной области, которые носят опоясывающий характер, диспептические расстройства. Из анамнеза выяснено, что он длительное время злоупотреблял алкоголем. Боли в животе начались постепенно, без острого приступа 6 лет тому назад. По этому поводу неоднократно лечился стационарно. Однако за последние 1,5 года консервативная терапия неэффектив-

на, болевой синдром почти не купируется. Больной истощен, кожные покровы желтушные. При пальпации определяется болезненность и уплотнение поджелудочной железы. При УЗИ внутрипеченочные желчные протоки расширены, холедох – диаметром до 14мм. Выявлено увеличение поджелудочной железы с выраженными диффузными изменениями и участками кальциноза, преимущественно в головке поджелудочной железы, главный панкреатический проток – диаметром 6мм.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 10

Условие.

На 2-е сутки после операции аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита у больного 61 года резко ухудшилось состояние. Возник потрясающий озноб, температура тела поднялась до 39,6⁰С, появились боли в правом подреберье. При пальпации стала определяться увеличенная и болезненная печень. Живот оставался мягким, умеренно болезненным в правой половине. В последующие 2 дня потрясающие ознобы продолжались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер, лейкоцитоз 20х х10⁹ со сдвигом формулы влево. R-логических изменений в грудной и брюшной полости не обнаружено.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 11

Условие.

Больной 26 лет поступил в клинику с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области, изжогу, периодически черный стул. Год назад больному выполнена плановая резекция желудка по Бильрот-2 по поводу хронической часто рецидивирующей язвы двенадцатиперстной кишки. Указанные жалобы появились через 5 мес. после операции и прогрессировали. Лечение у терапевта больного малоэффективно.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 12

Условие.

Больной 72 лет поступил в хирургическое отделение с клиникой желудочного кровотечения: жалуется на периодическую рвоту с примесью крови, стул черного цвета, слабость. Болен 3-е суток. Отмечает потерю веса за последние 6 месяцев на 10 кг. При проведении экстренной ФГДС в антральном отделе желудка обнаружен язвенный дефект на малой кривизне размером 3х4 см, на дне которого видны тромбированные сосуды, вокруг язвы – выраженная инфильтрация стенки желудка.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 13**Условие.**

В срочном порядке оперирована больная 56 лет по поводу острой кишечной непроходимости. Состояние больной средней тяжести. До операции подозревалась спаечная непроходимость, но ревизия брюшной полости показала, что непроходимость вызвана опухолью слепой кишки. Видимых метастазов не определяется. Опухоль размером 10x8 см, подвижна. Ниже ее кишечник находится в спавшемся состоянии, а тонкий кишечник резко растянут, переполнен кишечным содержимым и газами.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 14**Условие.**

Больной 42 лет, страдающий полиартритом, 4 нед. принимал салицилаты, индометацин. Последние 4 - 5 сут. стал отмечать выраженную изжогу, умеренные постоянные боли в эпигастральной области. Утром в день поступления в больницу заметил нарастающую слабость, головокружение. Было обморочное состояние. Объективно: состояние больного средней тяжести, жалуется на вялость, головокружение. Пульс 120 уд/мин, АД - 90/60 мм рт. ст., при пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке - дегтеобразный кал. Эр - $2,6 \times 10^{12}/л$, Нв - 76 г/л.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 15**Условие.**

Больная М., 43 лет, поступила с жалобами на тяжесть в правом подреберье, выраженную иктеричность кожных покровов. Больная отмечает безболезненное и постепенное появление и нарастание желтухи. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы интенсивно желтые. Пульс – 64 уд. в 1 мин., АД – 110 и 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В правом подреберье пальпируется значительно увеличенный безболезненный желчный пузырь.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 16

Условие.

Больная А., 57 лет, поступила в клинику с жалобами на умеренные постоянные боли в животе, желтушность кожных покровов, слабость. 5 лет назад экстренно оперирована по поводу острого калькулезного холецистита. 6 месяцев назад стала отмечать периодические боли приступообразного характера в правом подреберье, сопровождающиеся кратковременной желтухой, подъемом температуры тела до субфебрильных цифр. 5 дней назад после очередного приступа болей появилась желтуха, интенсивность которой постепенно нарастает. Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые иктеричны. Пульс 88/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, обложен налетом, живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, умеренно болезненная. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ахоличен, моча темного цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 17

Условие.

У больной 78 лет имеется ущемленная бедренная грыжа 6-суточной давности. Отмечается многократная рвота, выраженная жажда, сухость во рту, заторможенность, адинамия. Пульс 120, слабый. АД 90/60 мм рт. ст. В области грыжевого выпячивания – гиперемия, отек, отслоение эпидермиса в виде пузырей.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 18

Условие.

Больная О., 44 лет поступила в клинику с жалобами на постоянные интенсивные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения; повышение температуры тела до 37,5 С. Из анамнеза болезни: выше описанные жалобы возникли около 12 часов назад, после приема жирной жареной пищи. Из анамнеза жизни установлено, что больная страдает ЖКБ около 3 лет. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Дыхание 24/мин. ЧСС 120/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и левом подреберье, где определяется инфильтрат размером 12 * 15см. Перистальтика резко ослаблена. Пульсация абдоминальной аорты не определяется.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?

5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 19

Условие.

Больной В., 42 лет, поступил в клинику с жалобами на боли при глотании, осиплость голоса, слюнотечение, повышение температуры тела до 38°C, недомогание, слабость. При осмотре состояние больного тяжелое. Фиксированное, шадящее положение головы, рот приоткрыт, контуры шеи нечеткие, кожа над яремной вырезкой и по левой боковой поверхности гиперемирована, мягкие ткани отечные, определяется подкожная эмфизема передней поверхности шеи. Пальпация шеи и надавливание гортани к позвоночнику резко болезненные. Из анамнеза удалось установить, что два дня назад в фельдшерско - акушерском пункте больному проводили промывание желудка по поводу «отравления».

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Укажите предполагаемые результаты обследований?
4. Какова тактика при данном заболевании?
5. Опишите методы лечения.

Ситуационная задача № 20

Условие.

Больной К., 57 лет обратился с жалобами на слабость, чувство тяжести, дискомфорт, боли в правом подреберье, похудание в течение последних 4-х месяцев, желтушность кожи и кожный зуд. Злоупотребляет алкоголем последние 20 лет. Объективно: отмечается иктеричность кожных покровов и склер. При ультразвуковом исследовании – дилатация внутри и внепечёночного дерева, интрапанкреатическая гипертензия, неоднородность эхогенности паренхимы, преимущественно в области головки поджелудочной железы, множественный кальциноз.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
 2. Какие методы необходимы для дообследования.
 3. Морфологическая классификация заболевания.
 4. Перечислите виды оперативных вмешательств, выполняемых при данной патологии.
 5. Перечислите осложнения оперативных вмешательств.
-

Пример решения ситуационных задач

Условие.

Больной К., 57 лет обратился с жалобами на слабость, чувство тяжести, дискомфорт, боли в правом подреберье, похудание в течение последних 4-х месяцев, желтушность кожи и кожный зуд. Злоупотребляет алкоголем последние 20 лет. Объективно: отмечается иктеричность кожных покровов и склер. При ультразвуковом исследовании – дилатация внутри и внепечёночного дерева, интрапанкреатическая гипертензия, неоднородность эхогенности паренхимы, преимущественно в области головки поджелудочной железы, множественный кальциноз.

Вопросы:

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие методы необходимы для дообследования.
3. Морфологическая классификация заболевания.
4. Перечислите виды оперативных вмешательств, выполняемых при данной патологии.
5. Перечислите осложнения оперативных вмешательств.

Ответы:

1. Хронический псевдотуморозный псевдокалькулезный панкреатит. Механическая желтуха.

2. Инструментальные методы:

ФГДС, Эндо – УЗИ с пункционной биопсией, компьютерная томография.

Лабораторные показатели: определение уровня билирубина, общего белка, амилазы, мочевины, креатинина, онкомаркеры.

3. Морфологическая классификация заболевания.

1. Индуративный (псевдотуморозный) панкреатит.

2. Псевдокалькулезный панкреатит.

3. Псевдокистозный панкреатит.

4. Перечислите виды оперативных вмешательств, выполняемых при данной патологии.

1) Операция Фрея;

2) Операция Бегера;

2) Панкреатоюностомия;

3) Панкреатодуоденальная резекция (ПДР);

5. Несостоятельность анастомозов, панкреатические свищи, панкреонекроз, внутрибрюшное кровотечение, абсцесс, сахарный диабет.

4.3. Тестовые задания (пример 50)

01 Нормальный диаметр холедоха составляет

А 6 - 8 мм

Б 8 - 10 мм

В 10 - 12 мм

Г 12 - 14 мм

02 Наиболее достоверным методом установления причин механической желтухи из ниже-перечисленных является

А МРТ холангиография

Б Сцинтиграфия

В Ультразвуковое исследование желчного пузыря

Г Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

03 Когда наиболее показано тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии

А при неуверенности в окончательном гемостазе

Б при неушитом ложе удаленного желчного пузыря

В при редких швах ложа удаленного желчного пузыря

Г при остром деструктивном холецистите

04 По отношению к брюшине червеобразный отросток расположен:

А Интраперитонеально

Б Ретроперитонеально

В Мезоперитонеально

Г Экстраперитонеально

05 Какое наиболее частое расположение червеобразного отростка?

А Нисходящее

Б Боковое

В Внутреннее

- Г Переднее
- 06 7. Какая наиболее частая окончательная локализация болей при остром аппендиците?
А В правой подвздошной области
Б В подложечной области
В В пупочной области
Г Внизу живота
- 07 "Симптом скольжения" для диагностики острого аппендицита впервые предложил:
А В.М.Воскресенский
Б Н.Н.Фомин
В А.С.Черемской
Г В.И.Колесов
- 08 Больных острым аппендицитом необходимо оперировать:
А срочно при установленном диагнозе
Б через 6-8 часа от начала заболевания
В только при повторных приступах острого аппендицита
Г только при наличии перитонеальных симптомов
- 09 Какие клинические аспекты острого аппендицита являются наиболее спорными?
А Вопрос о существовании катарального аппендицита
Б Показания к операции при установленном диагнозе острого аппендицита
В Тактика при аппендикулярном абсцессе
Г Тактика при аппендикулярном инфильтрате
- 10 Какие осложнения чаще всего наблюдаются после аппендэктомии?
А Со стороны операционной раны
Б Легочные
В Абсцессы брюшной полости
Г Кишечные свищи
- 11 Какая наиболее частая причина смерти больных острым аппендицитом?
А Перитонит
Б Тромбоэмболия легочной артерии
В Легочные осложнения
Г Абсцессы брюшной полости
- 12 Какие осложнения чаще всего наблюдаются после аппендэктомии?
А Со стороны операционной раны
Б Легочные
В Абсцессы брюшной полости
Г Кишечные свищи
- 13 В срочной операции не нуждаются больные с:
А Плотным аппендикулярным инфильтратом
Б Рыхлым аппендикулярным инфильтратом
В Аппендикулярным абсцессом
Г Отграниченным аппендикулярным перитонитом

- 14 При типичной клинике острого аппендицита наиболее рационален операционный до-ступ:
- А Волковича-Дьяконова
 - Б Леннандера
 - В Фаненштиля
 - Г Федорова
- 15 При клинике острого аппендицита и разлитого перитонита наиболее выгоден операционный доступ:
- А Срединная лапаротомия
 - Б Леннандера
 - В Фаненштиля
 - Г Волковича-Дьяконова
- 16 Наиболее рациональным способом завершения операции при плотном аппендикулярном инфильтрате является:
- А Отграничение инфильтрата тампонами, дренирование брюшной полости
 - Б Аппендэктомия, дренирование брюшной полости
 - В Дренирование инфильтрата и брюшной полости
 - Г Аппендэктомия, цекостомия
- 17 В большинстве случаев слепая кишка с червеобразным отростком находятся:
- А В правой подвздошной ямке
 - Б В малом тазу
 - В В подпеченочном пространстве
 - Г В левой подвздошной ямке
- 18 Какие антибактериальные препараты показаны в послеоперационном периоде при катаральном аппендиците и отсутствии перитонита?
- А В назначении антибиотиков нет необходимости
 - Б Природные пенициллины
 - В Полусинтетические пенициллины
 - Г Производные нитроимидазола
- 19 Какая операция показана при раке червеобразного отростка?
- А Правосторонняя гемиколэктомия
 - Б Резекция слепой кишки с червеобразным отростком
 - В Аппендэктомия
 - Г Тотальная колэктомия
- 20 В какие сроки рационально оперировать больного, леченного консервативно, по поводу аппендикулярного инфильтрата?
- А через 2-3 месяца после выписки
 - Б через 2 недели после выписки
 - В через 3 недели после выписки
 - Г через неделю после выписки
- 21 При каких формах острого аппендицита не следует ушивать кожную рану?
- А При гангренозном аппендиците
 - Б При флегмонозном аппендиците
 - В При катаральном аппендиците
 - Г При вторичном аппендиците

- 22 На каком протяжении следует ревизовать подвздошную кишку при катаральном аппендиците?
- А 50-100 см
 - Б до 50 см
 - В 100-150 см
 - Г 150-200 см
- 23 Какой метод диагностики острого аппендицита является наиболее ценным?
- А Лапароскопия
 - Б Фиброгастродуоденоскопия
 - В Фиброколоноскопия
 - Г Термография
- 24 Дифференциальная диагностика острого аппендицита с каким заболеванием сопровождается наибольшими трудностями?
- А С острым правосторонним аднекситом
 - Б С острым панкреатитом
 - В С острым холециститом
 - Г С острым гломерулонефритом
- 25 Симптом острого аппендицита в виде перемещения болей из эпигастральной в правую подвздошную область впервые описал:
- А Кохер
 - Б Блюмберг
 - В Коуп
 - Г Михельсон
- 26 Какое обезболивание предпочтительно при операциях по поводу перфоративных гастродуоденальных язв?
- А Интубационная анестезия
 - Б Перидуральная анестезия
 - В Внутривенная анестезия
 - Г Местная анестезия с потенцированием
- 27 Наиболее достоверным рентгенологическим признаком перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является:
- А Пневмоперитонеум
 - Б Чаши Клойбера
 - В Высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности
 - Г Выпот в реберно-диафрагмальном синусе
- 28 Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего возникают:
- А На передней стенке
 - Б По малой кривизне
 - В На задней стенке
 - Г По большой кривизне
- 29 При установленном диагнозе прикрытой перфорации гастродуоденальной язвы больного следует:
- А немедленно оперировать
 - Б наблюдать, оперировать при нарастании признаков перитонита

- В наблюдать, оперировать при нарастании признаков общей интоксикации
Г наблюдать, оперировать при нарастании признаков общей интоксикации
- 30 Абсолютным противопоказанием к радикальной операции при перфоративных гастродуоденальных язвах является:
- А терминальная фаза перитонита
Б разлитой перитонит
В отсутствие язвенного анамнеза
Г эндотоксиновый шок
- 31 Обязательно ли брать биопсию перфоративной язвы желудка?
- А Да, всегда
Б Да, за исключением перфорации острых язв
В Только при каллезных язвах
Г Только при подозрении на малигнизацию
- 32 Какая главная цель операции при перфоративных гастродуоденальных язвах?
- А Спасение жизни больного и предупреждение осложнений
Б Ликвидация источника перитонита
В Излечение больного от язвенной болезни
Г Ушивание перфорационного отверстия
- 33 Диагностика каких перфоративных язв вызывает наибольшие трудности?
- А Кардиального отдела желудка
Б Луковицы двенадцатиперстной кишки
В Антрального отдела желудка
Г Ретробульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
- 34 У кого чаще возникают кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки?
- А У мужчин
Б У женщин
В Одинаково часто
Г Закономерности не установлено
- 35 Рвота кровью, как правило, бывает
- А при язве желудка
Б при язве двенадцатиперстной кишки
В при острых язвах двенадцатиперстной кишки
Г при острых язвах тонкой кишки
- 36 Какой метод диагностики желудочно-кишечных кровотечений наиболее информативен?
- А Фиброгастродуоденоскопический
Б Рентгенологический
В Клинико-лабораторный
Г Лапароскопический
- 37 Какой наиболее эффективный метод консервативного лечения острых желудочно-кишечных кровотечений?
- А Лечебная фиброгастродуоденоскопия (Эндогемостаз)
Б Внутривенное введение гемостатических препаратов
В Промывание желудка гемостатическими препаратами

- Г Массивная инфузионно-трансфузионная терапия
- 38 Какая операция наиболее выгодна при кровоточащей язве желудка?
А Резекция желудка
Б Стволовая ваготомия с пилоропластикой и иссечением кровоточащей язвы
В Иссечение кровоточащей язвы
Г Гастротомия, прошивание кровоточащей язвы
- 39 Какая хирургическая тактика должна быть при продолжающемся кишечном кровотечении неясной этиологии?
А Диагностическая лапаротомия с переходом в лечебную
Б Диагностическая и лечебная фиброколоноскопия
В Диагностическая и лечебная фиброгастродуоденоскопия
Г Инфузионно-трансфузионная терапия с диагностической энтерографией
- 40 Что является наиболее важным показанием к гемотрансфузии при остром гастродуоденальном кровотечении?
А Прогрессирующее снижение гематокрита
Б Мелена
В Признаки гиповолемии
Г Системная артериальная гипотензия
- 41 Какая наиболее частая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта?
А Язва желудка или двенадцатиперстной кишки
Б Распадающаяся опухоль желудка
В Портальная гипертензия
Г Синдром Маллори-Вейсса
- 42 Острая потеря какого объема циркулирующей крови компенсируется здоровым организмом за счет механизмов саморегуляции?
А до 20%
Б до 15%
В до 10%
Г до 30%
- 43 Главный критерий восстановления микроциркуляции при кровопотере
А диурез 50 мл/час
Б появление сознания
В систолическое давление 100 мм рт.ст.
Г теплые конечности
- 44 Поджелудочная железа по отношению к брюшине располагается:
А забрюшинно
Б Внутрибрюшинно
В имеет смешанное внутри и забрюшинное расположение
Г не имеет устойчивого расположения
- 45 Какими артериями осуществляется кровоснабжение поджелудочной железы?
А поджелудочно-двенадцатиперстными и селезеночной
Б желудочно-сальниковыми
В артериями, отходящими непосредственно от аорты

- Г верхней и нижней брыжеечными
- 46 В норме давление в главном панкреатическом протоке:
 А превышает давление в общем желчном протоке
 Б равно давлению в общем желчном протоке
 В ниже давления в общем желчном протоке
 Г не имеет четкой связи с величиной давления в холедохе
- 47 Наиболее частыми причинами, приводящими к острому панкреатиту, являются:
 А употребление алкоголя и патология желчного пузыря и желчных протоков
 Б употребление алкоголя и другие погрешности в диете
 В заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки
 Г сосудистые заболевания
- 48 Независимо от этиологического фактора основным пусковым механизмом патогенеза острого панкреатита являются:
 А гиперсекреция панкреатического сока и нарушение его эвакуации из главного панкреатического протока, приводящее к повышению внутри протокового давления
 Б внутриклеточная активация протеолитических ферментов поджелудочной железы
 В заброс желчи в главный панкреатический проток
 Г выброс большого количества активных протеолитических ферментов поджелудочной железы в просвет желудочно-кишечного тракта
- 49 В прогностическом отношении наиболее опасны:
 А панкреонекроз
 Б отечная форма острого панкреатита
 В осложнения острого панкреатита
 Г все формы острого панкреатита
- 50 Наиболее характерными жалобами для острого панкреатита являются:
 А боли в эпигастрии,
 Б боли в эпигастрии, пояснице, дизурия
 В характерных жалоб нет
 Г неукротимая рвота, задержка стула и газов боли в эпигастрии, поносы

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература

1. Клиническая хирургия : учебное пособие для клинических ординаторов и врачей / под ред. проф. В. А. Лазаренко. – Курск : КГМУ, 2017. – 924 с. – URL: http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=3&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=617%2F%D0%9A%2049%2D686679806
2. Частная хирургия : учебник для медицинских вузов. Т. 1 / под ред. проф. Ю. Л. Шевченко. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : РАЕН, 2017. – 706 с. : ил. – URL: http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=617%2F%D0%A7%2D25%2D937359552

3. Частная хирургия : учебник для медицинских вузов. Т. 2 / под ред. проф. Ю. Л. Шевченко. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : РАЕН, 2017. – 808 с. : ил. – URL: http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=MIXED&P21DBN=MIXED&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I&S21STR=617%2F%D0%A7%2D25%2D018921676

Дополнительная литература

1. Абдоминальная хирургия : национальное руководство : краткое издание / под ред. И. И. Затевахиной, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкиной. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 912 с. : ил. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-6631-5. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html>
2. Атлас осложнений хирургии грыж передней брюшной стенки / А. И. Черепанин, А. П. Поветкин, О. Э. Луцевич [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 208 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-4075-9. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440759.html>
3. Атлас термических поражений / В. А. Сизоненко, К. Г. Шаповалов, А. М. Мироманов, С. А. Сумин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 80 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-3853-4. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438534.html>
4. Гостищев, В. К. Клиническая оперативная гнойная хирургия : руководство для врачей / В. К. Гостищев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-3750-6. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html>
5. Интенсивная терапия : национальное руководство : краткое издание / под ред. Б. Р. Гельфанда, И. Б. Заболотских. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 928 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-4832-8. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448328.html>
6. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 864 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-0674-8. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970406748.html>
7. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 832 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-2572-5. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970425725.html>
8. Клиническая хирургия : национальное руководство : в 3 т. Т. 3 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 1008 с. – (Национальные руководства). – ISBN 978-5-9704-1544-3. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415443.html>
9. Клинические рекомендации. Колопроктология / под ред. Ю. А. Шельгина. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 560 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-4357-6. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443576.html>
10. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия / под ред. П. К. Яблонского. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-3212-9. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432129.html>

11. Семионкин, Е. И. Атлас колопроктологических заболеваний / Е. И. Семионкин, А. Ю. Огорельцев. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 80 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-3990-6. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439906.html>
12. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии / Ю. М. Кулезнева, Р. Е. Израйлов, Г. Х. Мусаев [и др.] ; под ред. Ю. В. Кулезневой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 192 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-3684-4. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант врача»: [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436844.html>

Периодические издания

1. *Анналы хирургической гепатологии*
URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/65571/udb/12/анналы-хирургической-гепатологии>
2. *Антибиотики и химиотерапия* URL:
http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=PERI&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21-COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=%D0%90516060
3. *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета* URL:
http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=PERI&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21-COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=%D0%92484165
4. *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*
URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/72011/udb/12/вестник-хирургии-им-и-и-грекова>
5. *Журнал экспериментальной, клинической и профилактической медицины* URL:
http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=PERI&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21-COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=%D0%96570454499
6. *Клиническая медицина*
URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/42247/udb/12/клиническая-медицина>
7. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии* URL:
http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=PERI&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=%D0%A0852031
8. *Российский медицинский журнал* URL:
http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=PERI&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=%D0%A0512775
9. *Хирург* URL: http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_15/cgiirbis_64.exe?LNG=&I21DBN=PERI&P21DBN=PERI&S21STN=1&S21REF=1&S21FMT=fullwebr&C21COM=S&S21CNR=10&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=I=&S21STR=%D0%A5328772
10. *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*

- URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/117552/udb/12/хирургия-журнал-им-н-и-пирогова>
11. Эндоскопическая хирургия
URL: <https://dlib.eastview.com/browse/publication/117551/udb/12/эндоскопическая-хирургия>

Электронное информационное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. Научная электронная библиотека «eLIBRARY.RU» <https://elibrary.ru/>
2. Непрерывное медицинское образование в хирургии – Российское общество хирургов <https://nmo-roh.ru/>
3. Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов» <http://общество-хирургов.рф/>
4. Национальная электронная библиотека (НЭБ) <https://rusneb.ru/>
5. Консультант плюс https://kurskmed.com/department/library/page/Consultant_Plus
6. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека http://www.rosmedlib.ru/cur_user.html
7. Федеральная электронная медицинская библиотека <https://femb.ru/>
8. Научная электронная библиотека «КиберЛенинка» <https://cyberleninka.ru/>
9. Министерство здравоохранения Российской Федерации <https://www.rosminzdrav.ru/>
10. Рубрикатор Клинические рекомендации МЗ РФ <https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/> <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
11. Электронные газеты и журналы на платформе East View <https://dlib.eastview.com/basic/details>
12. Электронная библиотечная система «BookUp» <https://www.books-up.ru/>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

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

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

апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

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

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

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

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

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

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.