

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 26.06.2024 14:41:13
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6b6d7f876

**Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«СУРГУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР
13 июня 2024г., протокол УС №5

ПРОГРАММА

**государственной итоговой аттестации
выпускников по специальности**

31.08.67 Хирургия

(код, наименование специальности)

(уровень подготовки кадров высшей квалификации)

квалификация - врач-хирург

(наименование квалификации)

Программу составил(и):

д.м.н., профессор Дарвин В.В.

д.м.н., профессор Онищенко С.В.

ст. преподаватель Яковлев Д.С.

Рабочая программа

Государственная итоговая аттестация выпускников

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.67 ХИРУРГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 г. № 1110)

составлена на основании учебного плана:

31.08.67 Хирургия

утвержденного ученым советом вуза от 13.06.2024 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургических болезней

22 апреля 2024 г. протокол № 11

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

Председатель УМС МИ Васильева Е.А.

25.04.2024 г. протокол № 6

Ученый совет МИ

17.05.2024 г. протокол № 8

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1 Общие положения

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- Федеральный закон от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.08.2013 г №661. «Об утверждении правил разработки, утверждения Федеральных государственных образовательных стандартов и внесения в них изменений»;
- Письмо Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 №16-2/10/2-3902 «О порядке организации и проведения практической подготовки по основным образовательным программам среднего, высшего и послевузовского медицинского или фармацевтического образования и дополнительным профессиональным образовательным программам»;
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 23.04.2009 г. №210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»;
- Приказ Министерства здравоохранения от 29.11.2012 №982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 г №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранения и медицинские науки»;
- Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 №227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки»;
- Приказ Минобрнауки России от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014. № 1110 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Устав БУ ВО «Сургутский государственный университет»;
- ПСП-2.13 «Положение о медицинском институте»;
- СТО-2.1.2 «Образовательная программа высшего образования – программа ординатуры».
- СТО-2.12.2-16 г. «Государственная итоговая аттестация выпускников ординатуры медицинского института».

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

ГИА включает в себя подготовку и проведение государственного междисциплинарного экзамена.

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

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

1.2 Квалификационная характеристика профессиональной деятельности выпускника ординатуры СурГУ по специальности «31.08.67 Хирургия»

1.2.1. Область профессиональной деятельности выпускника

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

1.2.2. Объекты профессиональной деятельности выпускника

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

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

1.2.3. Виды профессиональной деятельности выпускника

Специалист по направлению специальности 31.08.67 «Хирургия» готовится к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;

- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

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

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

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

профилактическая деятельность:

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

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

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

1.2.5. Требования к освоениям программы ординатуры

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

2.5.1. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

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

2.5.2. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями.

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, 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. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

1. Организация хирургической помощи в России.
2. Основные исторические этапы развития хирургии.
3. Законодательство РФ о оказании хирургической помощи различным группам населения.
4. Принципы организации амбулаторно-поликлинического звена хирургической помощи.
5. Организация оказания хирургической помощи в условиях стационаров.
6. Определение, что следует понимать под «острым аппендицитом»
7. Эпидемиология острого аппендицита, литературная справка по осложнениям, летальности при данной патологии
8. Этиологические факторы острого аппендицита.
9. Патогенетические факторы реализации острого аппендицита в разных возрастных группах.
10. Классификация острого аппендицита.
11. Клиническая картина острого аппендицита – общие и местные симптомы.
12. Корреляция клинической картины в соответствии со степенью деструкции червеобразного отростка, степенью распространения патологического экссудата и иными факторами.
13. Спектр лабораторных и инструментальных методов исследования в зависимости от клинической картины.
14. Тактические решения при остром аппендиците, в зависимости от степени деструкции, наличия осложнений.
15. Особенности и состав предоперационной подготовки.
16. Операции при перитоните, аппендикулярном инфильтрате сложности в выборе объема, этапы. Выбор оптимального способа завершения операции. Основные этапы аппендэктомии.
17. Программа послеоперационного ведения. Программа профилактики послеоперационных осложнений.
18. Осложнения острого аппендицита. Клиника, диагностика. Тактика ведения и лечения.
19. Язвенная болезнь желудка. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Хирургическое лечение язвенной болезни.
20. Язвенная болезнь ДПК. Особенности течения и проявлений. Показания и противопоказания для хирургического лечения.
21. Что следует понимать под «осложнениями язвенной болезни желудка и ДПК».
22. Эпидемиология перформативной язвы желудка и ДПК, язвенного кровотечения, пилородуоденального стеноза, пенетрации язвы, малигнизации язвы, литературная справка по осложнениям, летальности при каждой из нозологических форм.
23. Этиологические факторы, классификация при перформативной язве, язвенном кровотечении, пилородуоденальном стенозе, пенетрации язвы, малигнизации.
24. Патогенетические факторы реализации при перфоративной язве, язвенном кровотечении, пилородуоденальном стенозе, пенетрации язвы, малигнизации в разных возрастных группах.
25. Клиническая картина перформативной язвы желудка и ДПК, язвенного кровотечения, пилородуоденального стеноза, пенетрации язвы, малигнизации язвы – общие и местные симптомы.
26. Спектр лабораторных и инструментальных методов исследования в зависимости от клинической картины.
27. Тактические решения и лечебная тактика при перформативной язве желудка и ДПК, язвенном кровотечении, пилородуоденальном стенозе, пенетрации язвы, малигнизации язвы.
28. Острые гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии. Этиология, патогенез, клинические проявления. Диагностическая тактика. Эндоскопические и хирургические способы лечения.
29. Острая кишечная непроходимость. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение.
30. Ишемическая болезнь кишечника. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Хирургическое лечение.
31. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника. Неспецифический язвенный колит. (НЯК). Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностическая тактика. Дифференциальная диагностика. Тактика лечения.
32. Болезнь Крона. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Современные способы лечения.
33. Хирургические заболевания толстой кишки. Классификация, патогенез, клинические проявления. Тактические решения.
34. Опухоли и кисты брыжейки. Классификация, этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Лечение.
35. Понятие доброкачественные опухоли органов ЖКТ, различной локализации. Тактические решения в отношении них.

36. Спаечная болезнь. Этиология, процесс спайкообразования. Клиника. Принципы лечения.
37. ЖКБ. Этиология. Процесс камнеобразования. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Механическая желтуха. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Эндоскопическая и хирургическая тактика лечения
39. Понятие острый холецистит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Хирургическое лечение.
40. Постхолецистэктомический синдром. Основные причины развития. Клиника и диагностика. Тактические вопросы ведения пациентов.
41. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Лечение.
42. Понятие панкреонекроз. Особенности лечебной тактики.
43. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника и диагностический алгоритм. Тактика лечения.
44. Китсы и свищи поджелудочной железы. Принципы лечебной тактики.
45. Заболевания БСДПК. Классификация, основные причины развития. Хирургическое лечение.
46. Показания, противопоказания и техника выполнения реконструктивно-воспалительных операций на желчных путях.
47. Показания, противопоказания и техника выполнения операций на поджелудочной железе.
48. Понятие малоинвазивных технологий в гепатобиллиарной хирургии.
49. Дать определение, что такое «болезни оперированных органов», «болезни оперированного желудка», «синдром мальабсорбции».
50. Классификация болезней оперированного желудка.
51. Патогенетические механизмы развития послеоперационных пептических язв, синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, дуоденогастрального рефлюкса, гастростаза, синдрома мальабсорбции.
52. Клиническая картина послеоперационных пептических язв, синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, дуоденогастрального рефлюкса, постваготомического гастростаза, синдрома мальабсорбции.
53. Роль и место лабораторных методов исследования в дифференциальной диагностике болезней оперированного желудка.
54. Формирование оптимальной лечебной программы при послеоперационных пептических язвах, синдроме приводящей петли, демпинг-синдроме, дуоденогастральном рефлюксе, постваготомическом гастростазе, синдроме мальабсорбции.
55. Виды и технология хирургических методов лечения БОЖ и синдрома мальабсорбции.
56. Определение паразитарных и непаразитарных кист печени.
57. Основные хирургические заболевания селезенки.
58. Понятие о грыжах. Анатомия брюшной стенки. Этиология и патогенез. Классификация грыж. Способы пластики грыжи. Особенности в детском возрасте.
59. Понятие и ущемлённых грыжах. Особенности хирургической тактики.
60. Физикальные методы исследования в детской хирургии.
61. Основные принципы интенсивной терапии и реанимации в детском возрасте.
62. Понятие травматизм в детском возрасте. Особенности тактики при различных травмах.
63. Неотложные состояния в гинекологии. Понятия внематочной беременности.
64. Доброкачественные заболевания молочных желез. Хирургическая тактика.
65. Дисфункциональные маточные кровотечения. Этиология и патогенез. Хирургические способы коррекции.
66. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. Пельвиоперитонит.
67. Общие и специальные методы исследования в урологии.
68. Неспецифические воспалительные заболевания почек. Хирургические способы коррекции.
69. Неотложные состояния в урологии. Острая задержка мочи. Острая почечная недостаточность.
70. Мочекаменная болезнь. Этиология и патогенез, клиника и диагностика. Тактика ведения.
71. Общие вопросы анестезиологии и реанимации. Виды анестезии: местная, региональная, Эпидуральная анестезия, СМА. Общие виды анестезии.
72. Особенности предоперационной подготовки при различных заболеваниях. Анестезиологическое пособие.
73. Основы реанимационных мероприятий в хирургии.
74. Антибактериальная терапия в хирургии.
75. Лучевые и эндоскопические методы исследования в хирургии. Показания и противопоказания. Техника выполнения.
76. Травмы груди. Тактика хирургического лечения при травмах груди различной локализации и тяжести.
77. Травмы живота. Тактические вопросы и лечение травм живота. Понятие сочетанные травмы живота.
78. Переломы и вывихи костей верхних и нижних конечностей.
79. Повреждение позвоночника и спинного мозга.
80. Инородные тела ЖКТ. Тактика хирургического пособия при инородных телах.
81. Повреждения органов таза и костного аппарата. Нарушения функции тазовых органов.
82. Сдавление мягких тканей. Синдром длительного сдавления.
83. Травматический шок. Первичная неотложная помощь при шоке.
84. Ожоги пищевода. Тактика хирургического лечения при ожогах пищевода.
85. Ожоги и ожоговая болезнь. Классификация степени ожогов. Основные принципы ведения ожоговых ран.
86. Эндокринная хирургия. Заболевания щитовидной железы. Этиология, классификация, патогенез. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение.
87. Заболевания надпочечников. Этиология, патогенез. Классификация. Диагностика. Хирургическое лечение.
88. Хирургические заболевания парашитовидных желез. Основные принципы хирургического лечения.
89. Хирургические заболевания при СД. Особенности проведения хирургических вмешательств при наличии в анамнезе СД.
90. Хирургическая тактика при заболеваниях инсулярного аппарата поджелудочной железы.
91. Основы теоретическое и клиническое онкологии. Основные онкологические постулаты.
92. Рак желудка. Классификация, стадии, клиника. Диагностический алгоритм. Хирургическая тактика.
93. Опухоли ободочной кишки. Классификация, стадии, клиника. Диагностический алгоритм. Хирургическая тактика. Колоректальный скрининг.
94. Рак молочной железы. Классификация, стадии, клиника. Диагностический алгоритм. Хирургическое лечение.
95. Заболевания венозной системы. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Флебиты.
96. Заболевания венозной системы. Тромбозы, тромбофлебиты.

97. Не воспалительные заболевания артериальной системы.
98. Воспалительные заболевания артериальной системы.
99. Заболевания лимфатической системы.
100. Повреждение кровеносных сосудов. Хирургическая тактика при различных степенях повреждения сосудов. Принципы остановки кровотечения.
101. Тромбоз и эмболия при травмах. Основные профилактические мероприятия.
102. ТЭЛА. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика. Принципы лечения.
103. Хирургическая инфекция. Общие принципы лечения раневой инфекции. Принципы ведения гнойных ран.
104. Гнойные заболевания кисти и стопы. Хирургическая тактика при ведении гнойной раны.
105. Гнойные заболевания органов средостения. Медиастинит.
106. Нагноительные заболевания легких и плевры.
107. Остеомиелит. Принципы хирургического лечения.
108. Трофические язвы. Принципы лечения. Этиология, патогенез, клиника, хирургическая тактика.
109. Мастит. Этиология и патогенез, классификация, клиника, диагностический алгоритм. Хирургическая тактика при лактационном и нелактационном мастите.
110. Синдром системного воспалительного ответа. Патофизиологические аспекты развития реакции системного воспаления.
111. Сепсис. Критерии сепсиса. Лечебная тактика при сепсисе.
112. Абдоминальный сепсис. Перитонит. Хирургическая тактика при ведении пациентов с перитонитом.
113. Основы торакальной хирургии. Оперативные доступы и операции на органах грудной клетки.
114. Хирургические аспекты болезней сердца. Инфаркт миокарда.
115. Хирургические аспекты болезней сердца. Лечение ишемической болезни сердца.
116. Острый парапроктит. Хирургические аспекты лечения.
117. Хронический парапроктит. Свищи параректальные.
118. Геморрой. Патология анального канала.
119. Принципы инфузионной терапии и парентерального питания.
120. Трансфузиология в хирургии. Переливание крови и ее компонентов.
121. Организация амбулаторной медицинской помощи в ЦАХ.
122. Хирургия морбидного ожирения. Основные разновидности оперативных вмешательств при ожирении.

2.2 Рекомендации ординаторам по подготовке к государственному экзамену

2.2.1 Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, устанавливает выпускающая кафедра по специальности ординатуры.

2.2.2 Приказом ректора университета утверждается государственная экзаменационная комиссия, состав которой доводится до сведения ординатора.

2.2.3 Допуск каждого ординатора к государственным экзаменам осуществляется приказом проректора по учебно-методической работе.

2.2.4 В соответствии с программой государственных экзаменов проводятся консультации.

2.2.5 Сроки проведения экзаменов и консультаций отражаются в расписании.

2.2.6 ГИА выпускников ординатуры предусматривает оценку теоретической и практической профессиональной подготовленности на основе федеральных государственных образовательных стандартов к минимуму содержания и уровню подготовки выпускника по специальности 31.08.67 «Хирургия».

2.2.7 ГИА по специальности осуществляется в три этапа:

– проверка уровня теоретической подготовленности путем междисциплинарного тестового экзамена на безмашинной или компьютерной основе;

– проверка уровня освоения практических умений;

– оценка теоретических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам (проводится при проведении государственного экзамена по специальности).

2.2.8 ГИА состоит из трех последовательных этапов проверки, каждый из которых в результате определяется оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Положительная оценка сдачи каждого из этапов является основанием для допуска к следующему этапу аттестации и собеседованию при сдаче государственного экзамена по специальности.

2.2.9 При подготовке к ответу в устной форме студенты делают необходимые записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом института.

2.2.10 При необходимости студенту после ответа на теоретический вопрос билета задаются дополнительные вопросы.

2.2.11 После завершения ответа члены экзаменационной комиссии, с разрешения ее председателя, могут задавать студенту дополнительные вопросы, не выходящие за пределы программы государственного экзамена. На ответ студента по билету и вопросы членов комиссии отводится не более 30 минут.

2.2.12. По завершении государственного экзамена экзаменационная комиссия на закрытом заседании обсуждает характер ответов каждого студента и выставляет каждому студенту согласованную итоговую оценку.

2.2.13. Итоговая оценка по устному экзамену сообщается студенту в день сдачи экзамена (по письменному экзамену – на следующий день после сдачи экзамена), выставляется в протокол экзамена и зачетную книжку студента. В протоколе экзамена фиксируются номер и вопросы (задания) экзаменационного билета, по которым проводился экзамен. Председатель и секретарь экзаменационной комиссии расписываются в протоколе и в зачетной книжке.

2.2.14. Протоколы государственного экзамена утверждаются председателем ГЭК, оформляются в специальном журнале, хранятся в учебном отделе в соответствии с номенклатурой дел. По истечении срока хранения протоколы передаются в архив.

2.2.15 Ответ на вопрос билета должен соответствовать основным положениям раздела программы государственного экзамена, предусматривать изложение определений основных понятий.

2.2.16 Порядок и последовательность изложения материала определяется самим студентом.

2.2.17 Студент имеет право расширить объем содержания ответа на вопрос на основании дополнительной литературы при обязательной ссылке на авторство излагаемой теории.

2.2.18 Теоретические положения должны подтверждаться примерами из практической деятельности.

2.2.19 Выпускник, не сдавший завершающий этап аттестации, считается не прошедшим ГИА.

2.3 Критерии оценки результатов сдачи государственных экзаменов

2.3.1. Критерии оценок каждого из этапов аттестационных испытаний утверждаются председателем ГЭК. Уровень знаний обучающихся определяется следующими оценками: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно». Все оценки заносятся в протоколы квалификационного экзамена и экзаменационную ведомость (СТО-2.12.2-16 г.)

2.3.2. Критерии результатов междисциплинарного аттестационного тестового экзамена (первый этап) определяются следующими подходами.

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

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

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

Оценка «неудовлетворительно» – от 0% до 69,9 % правильных ответов.

2.3.3. Критерии второго этапа государственного аттестационного экзамена практические навыки – определяются следующими подходами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Итоговая оценка выставляется по совокупности всех оценок за 3 этапа.

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

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

3. Перечень рекомендуемой литературы

1. Список основной литературы

№	Название учебника, автор	Кол-во экз. в фонде
ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА		
1.	Хирургические болезни: учебник для студентов медицинских вузов Ветшев П. С., Кузин Н. М., Кузин М. И. М.: Медицина, 2006	38
2.	Хирургические болезни: учебник Черноусов А. Ф. Москва: Издательская группа "ГЭОТАР- Медиа", 2012	20
3.	Школа неотложной хирургической практики А.И, Ковалев, Ю.Т. Цуканов БИНОМ -2013г.743 с	20
4.	Острые хирургические заболевания: пошаговая диагностика: учебно-методическое пособие / Дарвин В. В.; Департамент образования и молодежной политики Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, ГОУ ВПО "Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского автономного округа - Югры", Кафедра госпитальной хирургии. — Сургут : Издательский центр СурГУ, 2011. http://lib.surgu.ru/fulltext/umm/97454	-
5.	Хирургия : Учебное пособие / Кривеня М. С. — Минск : Вышэйшая школа, 2012.	15
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА		
1.	Аппендицит : Учебное пособие / Кондрашов Н. И. — Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013	10
2.	Острый варикотромбофлебит нижних конечностей : Учебное пособие / Авченко М. Т. — Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013.	20
3.	Холецистит : Учебное пособие / Кондрашов Н. И. — Оренбург : Оренбургская государственная медицинская академия, 2013.	15
4.	Детская оперативная хирургия практическое руководство / [Е. А. Альхимович и др.]; под общ. ред. В. Д. Тихомировой.-2-е изд. -Москва : Медицинское информационное агентство, 2011. -866 с.	3
5.	Неотложные состояния у детей Вельтищев, Юрий Евгеньевич справочник / Ю. В. [т. е. Е.] Вельтищев, В. Е. Шаробаро. -Москва : БИНОМ, 2013. -511 с.	1
6.	Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии Мак-Интайр Р. Б. Surgicaldecisionmaking / Р. Б. Мак-Интайр, Г. В. Стигманн, Б. Айсман; пер. с англ. под ред. В. Д. Фёдорова, В. А. Кубышкина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 740 с. :	5
7.	Хирургические болезни у детей Подкаменев, Владимир Владимирович: учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальности 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Детская хирургия" / В. В. Подкаменев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 431 с	6
8.	Ургентная гинекология: практическое руководство для врачей Ю. В. Цвелев, В. Ф. Беженарь, И. В. Берлев. —: ил. — Библиогр. : с. 381	2
9.	Детская хирургия: клинические разборы : руководство для врачей Д. Ю. Выборнов и др.; под ред. А. В. Гераськина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 215 с	5
10.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело", 060103.65 "Педиатрия", 060104.65 "Медико-профилактическое дело", 060105.65 "Стоматология" по дисциплине "Общественное здоровье и здравоохранение" Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 507 с	1
11.	Педагогика высшей школы [Текст] : учебное пособие для аспирантов педагогических специальностей / Р. С. Пионова. — Минск : Высшая школа, 2012. — 302 с.	2
12.	Медицина катастроф [Текст] : курс лекций : учебное пособие для студентов учреждений высшего профессионального образования / И. П. Левчук, Н. В. Третьяков. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 238, с.	21
13.	Струков А. И., Серов В. В. Патологическая анатомия [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов / А. И. Струков, В. В. Серов. - 5-е изд., стер. — М. : Litterra, 2010. — 846 с.	4
14.	Клиническая фармакология : учебник / [Кукес В. Г. и др.] ; под ред. В. Г. Кукеса, Д. А. Сычева. - 5-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1024 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970431351.html	-

15.	Коломинский, Я.Л. Психологическая культура детства: пособие для педагогов учреждений дошкольного образования / Я.Л. Коломинский, О.В. Стрелкова. – Минск: Выш. шк., 2013. – 109с.- Режим-доступа: http://znanium.com/bookread.php?book=507384#none .	-
16.	Анестезиология и реаниматология : учебное пособие для системы последилового профессионального образования врачей-анестезиологов-реаниматологов : в 2 т. / С. А. Сумин, М. В. Руденко, И. М. Бородинов [и др.] .— Москва : Медицинское информационное агентство, 2010 .— ; 24	5
17.	Урология [Текст] : учебник для студентов высшего профессионального образования по специальности 060101.65 "Лечебное дело" по дисциплине "Урология" / [Н. А. Лопаткин и др.] ; под ред. Н. А. Лопаткина .— 7-е изд., перераб. и доп. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 .— 815 с.	3
18.	Вестник эндоскопии. Архив с 2001 года. Содержание. Полные тексты статей.	
19.	Русский медицинский журнал. Издание для практикующих врачей. Основу публикаций журнала составляют статьи, обзоры, рефераты по кардиологии, онкологии, пульмо-нологии, гастроэнтерологии, неврологии, хирургии, акушерству, гинекологии и другим областям медицины. Полнотекстовый архив с 1996 по 2002 год.	
20.	Медицинские журналы издательства "Медиа Сфера". Представлены электронные версии журналов: "Антибиотики и химиотерапия", "Проблемы репродукции", "Кардиоло-гия", "Вопросы питания", "Эндоскопическая хирургия" и др. В свободном доступе оглавления и резюме. Архив с 1996 по 2001 год. Даются рекомендации по подготовке научных публикаций, представляемых в биомедицинские журналы.	
21.	Медицинские журналы издательства "Медиа Медика". Полнотекстовые журналы для практикующих врачей и профессиональных медиков: "Гастроэнтерология", "Современная онкология", "Сердечная недостаточность", "Гинекология", "Артериальная гипертензия", "Инфекции и антимикробная терапия".	
22.	Эндоскопическая хирургия Архив номеров 2000-2003 гт. Содержание. Рефераты статей. Правила для авторов.	
23.	Эндохирургия сегодня Архив 2000-2003 гт. Содержание номеров.	
24.	Хирургия позвоночника Архив 2004-2009 года. Содержание и рефераты статей. Ин-терфейс на русском и английском языках.	
25.	Грудная и сердечно-сосудистая хирургия Архив 1998-2009 гт. Содержание. Резюме статей.	
26.	Ангиология и сосудистая хирургия. Архив с 1997 года. Содержание и рефераты статей.	
27.	Анналы хирургии. Архив 1998-2009 гт. Содержание. Резюме статей.	
28.	Международный журнал медицинской Самые важные публикации ведущих западных медицинских журналов с комментариями экспертов. Архив номеров 1996-2006 гт.Содержание. Рефераты статей.	
29.	Сургутский виртуальный университет. Электронная библиотека СурГУ.	

3.3 Интернет-ресурсы:

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

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

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

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

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

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

6. **Государственная публичная научно-техническая библиотека Сибирского отделения РАН.** (<http://www.spsl.nsc.ru/>) Содержит библиографические записи на отечественные авторефераты диссертаций, входящие в фонд ГПНТБ СО РАН с 1992 года. По содержанию база данных является политематической. Поиск возможен по словам из заглавий и предметных рубрик, а также по фамилии автора. ЭК обновляется еженедельно. Для работы в ЭК требуется бесплатная регистрация.

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

8. КиберЛенинка – научная электронная библиотека (<http://cyberleninka.ru/>) «КиберЛенинка» – это научная электронная библиотека, основными задачами которой является популяризация науки и научной деятельности, общественный контроль качества научных публикаций, развитие современного института научной рецензии и повышение цитируемости российской науки. КиберЛенинка поддерживает распространение знаний по модели открытого доступа (OpenAccess), обеспечивая бесплатный оперативный доступ к научным публикациям в электронном виде, которые в зависимости от договорённости с правообладателем размещаются по лицензии Creative Commons Attribution (CC-BY). Для поиска текстов «КиберЛенинка» предлагает каталог научных статей на основе Государственного рубрикатора научно-технической информации (ГРНТИ), а также систему полнотекстового научного поиска, поддерживающую русскую морфологию. С июня 2013 года «КиберЛенинка» полноценно индексируется в системе научного поиска Google Scholar. Пользователям библиотеки предоставляется возможность читать научные работы с экрана планшета, мобильного телефона и других современных мобильных устройств.

9. Российская национальная библиотека (http://primo.nlr.ru/primo_library/libweb/action/search.do?menuitem=2&catalog=true) коллекция Электронных изданий Российской национальной библиотеки.

10. УИС Россия (<http://www.cir.ru/>; <http://uisrussia.msu.ru/index.jsp>) Университетская информационная система РОССИЯ включает коллекции законодательных и нормативных документов, статистику Госкомстата и Центризбиркома России, издания средств массовой информации, материалы исследовательских центров, научные издания и т. д. Доступ к аннотациям и частично полным текстам документов (свободный доступ) можно получить с любого компьютера. Для этого необходимо зарегистрироваться на сайте и получить пароль.

11. Электронный каталог диссертаций и авторефератов (<http://www.nbu.gov.ua/db/dis.html>) ЭК содержит библиографические записи на 39 тыс. диссертаций и 51 тыс. авторефератов диссертаций с 1994 года.

12. PubMedCentral (PMC) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) База данных обеспечивает свободный доступ к рефератам, полнотекстовым статьям из зарубежных научных журналов по биологии и медицине.

13. Medline (<http://www.medline.ru>) База MEDLINE Национальной медицинской библиотеки США.

14. База данных ВИНТИ (<http://www.viniti.ru/>) по естественным, точным и техническим наукам - База данных (БД) ВИНТИ – одна из крупнейших в России баз данных по естественным, точным и техническим наукам. Включает материалы РЖ (Реферативного Журнала) ВИНТИ с 1981 г. по настоящее время. Общий объем БД – более 20 млн. документов. БД формируется по материалам периодических изданий, книг, фирменных изданий, материалов конференций, тезисов, патентов, нормативных документов, депонированных научных работ, 30% которых составляют российские источники. Пополняется ежемесячно. Документы БД ВИНТИ содержат библиографию, ключевые слова, рубрики и реферат первоисточника на русском языке.

15. База данных ВНИИЦ (<http://www.rntd.citis.ru/>) Всероссийский научно-технический информационный центр (ФГАНУ «ЦИТИС») – Федеральное государственное автономное научное учреждение «Центр информационных технологий и систем органов исполнительной власти») осуществляет формирование и поддержку национального библиотечно-информационного фонда Российской Федерации в части открытых неопубликованных источников научной и технической информации – отчеты о научно-исследовательских работах и опытно-конструкторских разработках (НИР и ОКР), кандидатские и докторские диссертации, переводы, информационные и регистрационные карты НИР и ОКР, информационные карты диссертаций, информационные карты алгоритмов и программ по всем областям науки и техники. БД содержат рефераты и библиографические описания соответствующих полнотекстовых документов.

16. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа. (<http://www.studmedlib.ru/>) Электронно-библиотечная система «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» от издательской группы ГЭОТАР – Медиа содержит учебную литературу и дополнительные материалы, в том числе аудио-, видео-, анимации, тестовые задания, необходимые в учебном процессе студентам и преподавателям медицинских вузов.

17. Сургутский виртуальный университет. Электронная библиотека СурГУ.

4. Характеристика экзаменационных билетов для ГИА по специальности «31.08.67 Хирургия»

1 этап. Междисциплинарный тестовый экзамен (приложение 1);

2 этап. Практические навыки (приложение 2);

3 этап. Государственный экзамен по специальности - итоговое собеседование: решение типовых ситуационных задач для ГИА медицинских ВУЗов по специальности «31.08.67 Хирургия» (приложение 3).

5. Материально-техническое оснащение

5.1 Материально-техническое оснащение:

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

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

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница» оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями: Тонометр; Стетоскоп; Фонендоскоп; Термометр; Медицинские весы; Ростомер; Противошоковый набор; Набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий; Электрокардиограф 6 12 канальный Kenz-Cardoci 1210; Электрокардиограф 6 12 канальный Kenz-Cardoci 1211; 12-ти канальный Электрокардиограф MAC 1200; облучатель бактерицидный; Аппарат наркозный Fabius CE с принадлежностями; Дыхательный аппарат "Bird-AVS" с дыхательными контурами; Наркозный аппарат Фабиус с монитором дыхательных параметров Fabius; Аппарат ИВЛ экспертного класса Savina 300 с принадлежностями; Аппарат ИВЛ LTV 1000; Аппарат ИВЛ Bellavista 1000; Докстанция (Автоматизированная инфузионная станция) тип: Спейс (SpaceStation); Насос инфузионный роликовый (инфузомат) Инфузомат Спейс П; Инфузомат с программным обеспечением TE 171NW3 Terumo; Отсос медицинский вакуумный ATMOS Record 555; Палатный хирургический аспиратор HICOVAC 700CH B; Дефибриллятор ZOLL M-Series; Дефибриллятор NK TEC-7721; Дефибриллятор внешний автоматический ДКИ-Н-10 "Аксион"; Операционный стол электро-гидравлический AXIS 500; Стол операционный мобильный многофункциональный электро-механико-гидравлический в комплектации для общей хирургии AXIS 303E; Операционный светильник Sola 700; Светильник операционный, хирургический, бестеневого MediLux-Sindle; Универсальный источник света ксеноновый EvisExtra CLV-160 OlympusCorporation; Малоподвижная однокупольная хирургическая лампа серии Medilux-S-Single D 600mm Mediland; Хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу; Система центрального мониторинга физиологических параметров организма человека InfinityCentralStation; Монитор прикроватный переносной МПР6-03; Монитор пациента STOPM 5600; Анализатор дыхательной смеси; Электроэнцефалограф 16-канальный портативный NicoletOne; Электроэнцефалограф 6 12-канальный Kenz-Cardico 1210; Электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА-21/26-"Энцефалан-131-03" модификация 10; Электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА-21/26-"Энцефалан-131-03" модификация 11; Бронховидеоскоп BF-IT 50; Бронховидеоскоп BF-IT 80; Бронхоскоп для ригидной бронхоскопии в полной комплектации: набор тубусов, осветитель KarlstorzGmbH Co.KG; Бронхофиброскоп BF-IT60 OLYMPUS Corporation; Видеогастроскоп (эндоскопическое оборудование) EvisExyta Gif2Ti60, Olumpus (Япония); Гастровидеоскоп GIF-Q165; Гастровидеоскоп Ehexa GIF-Q180; Гастровидеоскоп Gif-Q 150, OlumpusMedicalSystemsCorp; Гастрофиброскоп GIF – E3; Гастрофиброскоп GIF – Q40; Гастрофиброскоп GIF-E3 «Олимпус» Гастрофиброскоп GIF – E (производной фирмы Olympus); Гастрофиброскоп GIF – XT30 OlympusCorporation; Гастрофиброскоп GIF 1 T30; Дуоденовидеоскоп TJF-150; Дуоденофиброскоп (Olympus TJF-30); Дуоденофиброскоп JF-IT40 OlympusCorporation; Видеоколоноскоп EvisExtra GF 2Ti60L, Olympus; Колоноскоп GIF – Q165L; Колоноскоп CF – Q180AL. Колонофиброскоп CF-E3L PlumpusMedicalSystemsCorp. С источником света эндоскопическим CLK – 4 OlumpusMedicalCorp.; Автомат для обработки гибких эндоскопов компании ASP Джонсон энд.Джонс; Автомат для обработки эндоскопов с системой фильтрации воды – АЭР «Джонс и Джонсон» АЭР; Автоматическая система для обработки эндоскопов АЭР с принтером АЭР; Лазерная хирургическая система для эндоскопии HOLMIUM; Видеоцентр эндоскопический CV-165; Эндоскопическая система «Olympus»; Система для сушки и хранения эндоскопов с компрессором DRY 300 «Джонсон и Джонс»; Эндоскопическая стойка для видеоколоноскопии «ОлимпасМедикал Системе Корпорейшн»; Стойка эндоскопическая аппаратная KARL STORZ GmbH Co.KG; Монитор глубины общей анестезии по назначению BIS-индекса Ф-2000 XP. ASPECT MEDICAL SYSTEMS; Аппарат ЭХВЧ-350-02 Фотек E363; Аппарат ЭХВЧ с аргонусильной коагуляцией ЭХВЧФотек; Электрохирургический блок UES-30 Олимпас; Электрохирургическое устройство UES-30; Лапароскопическая стойка KralStorz; Электрохирургическая энергетическая платформа ForceTriadValleylab; Пульсоксиметр Critikare 503 TX; Аппарат электрохирургический высокочастотный DixonAlfatorPlus 1345; Электрокоагулятор хирургический MegaPower.;

Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами на базе БУ ХМАО -Югры «Сургутская городская клиническая больница» оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями: СОТР/ Ультразвуковой хирургический аппарат; Хирургический аспиратор универсальный; Базовый набор для лапароскопии; Коагулятор аргон-плазменный; Операционная лампа ф. «Доктор МАХ»; Скальпель гармоничный Ультрасижн; Стол операционный ОУМ -1; Столик операционный; Трансформатор медицинский; Электрокоагулятор ICC в комплекте; Аппарат для аутотрансфузии крови «СЕЛЛ»; Стойка лапароскопическая; Электрокоагулятор-диссектор GEN11; Тележка межкорпусная ТМК; Дезар №5; Каталка для перевозки больных; Столик манипуляционный; Столик 2-х ярусный на колесных опорах; Троякар-диссектор SPACEMaker 12мм; Шкаф для медикаментов; Контейнер для медикаментов; Стул винтовой; Тумбочка; Кушетка; Каталка со съемными носилками; Контейнер КДС-8 на тележке; Тележка внутрикорпусная; Шкаф для медикаментов; Шкаф общего назначения закрытый 2-х; Деструктор для разрушения игл; Каталка для медицинской сестры; Коляска для перевозки больных; Кресло-коляска инвалидное; Стол для осмотра; Столик медицинский; Тележка для кормления больных на колесах; Тележка для перевозки белья; Облучатель ОБН-150; Аспиратор универсальный Сенатор-30; Светильник осмотровой напольный.

6. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

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

6.2 Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

6.3 Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

**Резолюция председателя апелляционной комиссии
СурГУ:**

« ____ » _____ 20__ г.

В апелляционную комиссию
СурГУ

_____ (Ф.И.О.
заявителя)
проживающей(го) по адресу

Телефон _____
Электронная почта _____

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

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

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

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

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

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

6.7 Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

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

6.9 Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Приложение 1

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

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

« ____ » _____ 20__ г.

_____/_____
(подпись) / (Ф.И.О. заявителя)

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

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

**Государственная итоговая аттестация
выпускников ординатуры**

Специальность:
31.08.67 Хирургия
(наименование специальности с шифром)

ХИРУРГИЯ
Специальность:
31.08.67 Хирургия

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:
Врач - хирург

Форма обучения:
очная
(очная, заочная)

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

Программа по специальности 31.08.67 «Хирургия»

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

Компетенция	Значение компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Номера тестов: 1-80
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Номера тестов: 1-80
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Номера тестов: 1-80
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	Номера тестов: 1-80
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Номера тестов: 1-80
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	Номера тестов: 1-80
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Номера тестов: 1-80
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Номера тестов: 1-80
ПК-6	готовность к ведению, родовспоможению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании акушерско-гинекологической медицинской помощи	Номера тестов: 1-80
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Номера тестов: 1-80
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Номера тестов: 1-80
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Номера тестов: 1-80
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Номера тестов: 1-80
НК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Номера тестов: 1-80
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	Номера тестов: 1-80

Тестовые задания по дисциплинам: Хирургия, Физиотерапия, Обезболивание и интенсивная терапия, Неотложная помощь в урологии, Хирургическая инфекция, Торакальная хирургия, Основы онкологии, Бариатрическая хирургия, Колопроктология.
Инструкция ординатору:

Результаты тестов верны при наличии одного или нескольких правильных ответов.

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

- 011. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД:**
- а) менее 60 мм вод. ст.;
 - б) от 60 до 120 мм вод. ст.;
 - в) от 130 до 180 мм вод. ст.;
 - г) от 190 до 240 мм вод. ст.;
 - д) свыше 240 мм вод. ст..
- 012. Вливание 1 л физиологического раствора хлористого натрия увеличит объем циркулирующей крови:**
- а) на 1000 мл;
 - б) на 750 мл;
 - в) на 500 мл;
 - г) на 250 мл;
 - д) менее 250 мл.
- 013. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания:**
- а) эритромаcсы;
 - б) донорской крови;
 - в) кристаллоидных растворов;
 - г) коллоидных растворов;
 - д) правильно в) и г).
- 014. Переливание несовместимой крови ведет к развитию:**
- 1) гемотранфузионного шока;
 - 2) отека легких;
 - 3) гемолиза;
 - 4) острой почечной недостаточности;
 - 5) геморрагического синдрома;
- а) верны все ответы;
 - б) верны 1, 2, 3;
 - в) верны 1, 3, 4;
 - г) верны 2, 3, 4;
 - д) верны 1, 2, 4.
- 015. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся:**
- 1) групповая совместимость;
 - 2) индивидуальная совместимость;
 - 3) биологическая проба;
 - 4) определение резус-совместимости;
 - 5) определение резус-фактора.
- а) верны все ответы;
 - б) верны 1, 2;
 - в) верны 2, 3;
 - г) верны 1, 3;
 - д) верны 2, 4.
- 016. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:**
- а) плазмой реципиента и кровью донора;
 - б) плазмой донора и кровью реципиента;
 - в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора;
 - г) форменными элементами крови донора и кровью реципиента;
 - д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента.
- 017. Для лечения гиповолемии вначале используют:**
- а) вазопрессоры;
 - б) кардиотонические средства;
 - в) плазмозаменители;
 - г) эритромаcсу;
 - д) донорскую кровь.
- 018. Фентанил является:**
- а) мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут;
 - б) анальгетиком короткого действия (2-3 минуты);
 - в) нейролептиком;
 - г) препаратом выраженного психотропного действия;
 - д) антидепрессантом.
- 019. Для стрессовой реакции характерно все нижеперечисленное, кроме:**
- а) задержки натрия и хлора;
 - б) олигурии;

- в) полиурии;
- г) эозинофилии;
- д) лейкоцитоза.

020. При олигурии производят:

- а) адекватную гидратацию;
- б) измерение относительной плотности мочи;
- в) внутривенное введение маннитола;
- г) коррекцию водно-электролитного баланса;
- д) все перечисленное.

021. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является:

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

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

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

023. При утоплении в морской воде следует ожидать развития:

- а) гиперволемии;
- б) гемолиза;
- в) гиперосмолярного отека легких;
- г) повышения калия в крови;
- д) острой почечной недостаточности.

024. Инфекционно-токсический шок может развиваться:

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

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

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

026. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются:

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

- 027. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:**
- а) верхние доли обоих легких;
 - б) базальные сегменты нижних долей;
 - в) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого;
 - г) среднюю долю;
 - д) отдельные сегменты обоих легких.
- 028. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться:**
- а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха;
 - б) с широкой торакотомии;
 - в) с динамического наблюдения;
 - г) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией.
- 029. Лечение больного с опнопневмотораксом начинается:**
- а) с противовоспалительного лечения;
 - б) с ваго-симпатической блокады;
 - в) с плевральной пункции;
 - г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости;
 - д) с торакотомии.
- 030. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести:**
- а) внутриплевральное кровотечение;
 - б) воздушная эмболия головного мозга;
 - в) анафилактический шок;
 - г) плевропульмональный шок;
 - д) правильно б) и в).
- 031. Достоверным признаком легочного кровотечения является:**
- а) выделение крови изо рта;
 - б) кашель с выделением алой пенистой крови;
 - в) наличие затемнения в легком;
 - г) наличие экссудата в плевральной полости;
 - д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии.
- 032. При тампонаде сердца наблюдаются:**
- а) снижение артериального давления;
 - б) цианоз лица;
 - в) расширение границ сердца;
 - г) глухость тонов;
 - д) все перечисленное.
- 033. Ушивание раны легкого должно производиться:**
- а) непрерывными узловыми швами;
 - б) отдельными узловыми швами;
 - в) кисетным швом;
 - г) Z-образным швом;
 - д) всеми перечисленными способами.
- 034. Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:**
- а) передне-боковая торакотомия на стороне ранения;
 - б) передне-боковая торакотомия слева;
 - в) стернотомия;
 - г) задне-боковая торакотомия слева;
 - д) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения.
- 035. Больной получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Доставлен машиной скорой помощи в состоянии средней тяжести. Кожные покровы бледны. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Лечебная тактика сводится:**
- а) к дренированию плевральной полости;
 - б) к немедленной торакотомии;
 - в) к плевральным лечебным пункциям;
 - г) к только интенсивной терапии;
 - д) к интенсивной терапии в сочетании с дренированием плевральной полости.
- 036. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:**

- а) сроком с момента прободения;
- б) степенью воспалительных изменений брюшины;
- в) величиной перфоративного отверстия;
- г) локализацией перфоративного отверстия;
- д) возрастом больного.

037. Резекция на выключение может быть выполнена:

- а) при низкой постбульбарной язве;
- б) при пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку;
- в) при плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки;
- г) ни в одном из перечисленных выше случаев;
- д) во всех перечисленных выше случаях.

038. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме:

- а) перфорации;
- б) кровотечения, не останавливаемого консервативными методами;
- в) малигнизации;
- г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании;
- д) декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка.

039. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме:

- а) острого начала;
- б) невраимости грыжи;
- в) болезненности грыжевого выпячивания;
- г) резкой боли;
- д) высокой температуры.

040. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является:

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

041. При высокой обтурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме

- а) выраженной лихорадки;
- б) быстрого появления желтухи;
- в) быстрого похудения;
- г) сильного кожного зуда;
- д) диспептических расстройств.

042. Оперативное вмешательство при остром панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме:

- а) нарастания интоксикации;
- б) осложнения гнойным перитонитом;
- в) безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов;
- г) сочетания с деструктивной формой холецистита;
- д) резкого вздутия живота.

043. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме:

- а) дуоденостаза;
- б) стеноза сфинктера Одди;
- в) проявления аллергии;
- г) заброса желчи в панкреатический проток;
- д) инфекционных заболеваний (гепатита).

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

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

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

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

- 046. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме:**
- а) врожденных аномалий и variability топографии протоков;
 - б) воспалительно-инфильтративных изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связи;
 - в) технических и тактических ошибок хирургов;
 - г) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами;
 - д) пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем.
- 047. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме:**
- а) ограниченного или разлитого желчного перитонита;
 - б) образования подпеченочных гнойников;
 - в) развития наружного желчного свища;
 - г) тромбоза мелких ветвей легочной артерии;
 - д) развития поддиафрагмального абсцесса.
- 048. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:**
- а) диетическое;
 - б) медикаментозное;
 - в) хирургическое;
 - г) санаторно-курортное;
 - д) лечение минеральными водами.
- 049. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме:**
- а) холедохолитиаза;
 - б) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока;
 - в) отека головки поджелудочной железы;
 - г) холангита;
 - д) глистной инвазии общего желчного протока.
- 050. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует:**
- а) пероральная холецистография;
 - б) внутривенная холецистохолангиография;
 - в) ретроградная (восходящая) холангиография;
 - г) сцинтиграфия печени;
 - д) прямая спленопортография.
- 051. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных:**
- а) механической желтухой;
 - б) панкреатитом;
 - в) при расширении общего желчного протока;
 - г) с клиникой холедохолитиаза;
 - д) во всех перечисленных ситуациях.
- 052. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме:**
- а) развития желчной гипертензии;
 - б) застоя желчи;
 - в) образования конкрементов и замазки;
 - г) развития обтурационной желтухи;
 - д) дуоденостаза.
- 053. Желчные камни чаще всего состоят:**
- а) из холестерина;
 - б) из цистина;
 - в) из оксалатов;
 - г) из солей желчных кислот;
 - д) из мочевой кислоты.
- 054. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются:**
- а) при остром деструктивном холецистите;
 - б) при заползании аскарид во внутривенные желчные ходы;
 - в) при нагноении вокруг инородного тела печени;
 - г) при нагноении паразитарной кисты печени;
 - д) при тяжелом гнойном холангите.
- 055. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии всем перечисленным, кроме:**
- а) множественных подкапсульных расположений;
 - б) крупных размеров;
 - в) отсутствия истинной пиогенной оболочки;

- г) содержимого коричневатого цвета;
- д) выпавшего из гноя осадка, напоминающего "кофейную гущу".

056. Специфическим антиамебным средством являются:

- а) антибиотики аминогликозидового ряда;
- б) метранидазол;
- в) эметин, хлорохин, дифосфат;
- г) хинин;
- д) антибиотики цефалоспоринового ряда.

057. К портальным анастомозам относятся все указанные, кроме:

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

058. Зонд для остановки кровотечения из варикозно изменённых вен пищевода можно оставлять:

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

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

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

060. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения:

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

061. Длина анального канала соответствует:

- а) 1-2 см;
- б) 2-3 см;
- в) 3-4 см;
- г) 4-5 см;
- д) 5-6 см.

062. Анальная трещина чаще расположена на:

- а) задней полукружности анального канала;
- б) правой полукружности анального канала;
- в) левой полукружности анального канала;
- г) передней полукружности анального канала;
- д) передней и задней полукружности анального канала.

063. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно:

- а) пальцевого исследования прямой кишки;
- б) колоноскопии;
- в) аноскопии;
- г) ирригоскопии;
- д) ректороманоскопии.

064. К геморрою предрасполагают:

- а) тяжелый физический труд;
- б) употребление алкоголя;
- в) проктосигмоидит;
- г) длительные и упорные запоры;
- д) все вышеперечисленное.

065. Для утверждения диагноза геморроя достаточным будет:

- а) пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода;
- б) ректороманоскопия;

- в) ирригоскопия;
- г) колоноскопия.

066. Геморроидэктомия показана:

- а) при выпадении геморроидальных узлов 3 ст.;
- б) болевом синдроме при дефекации;
- в) выпадении геморроидальных узлов 1 ст.;
- г) анальном зуде.

067. Геморроидэктомия по Миллигану - Моргану подразумевает:

- а) циркулярное иссечение слизистой анального канала;
- б) иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату;
- в) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату;
- г) иссечение выпадающих геморроидальных узлов;
- д) иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала

068. Больной в течение ряда лет страдает геморроем. За последние две недели появились резкие боли после акта дефекации, длительность болевого пароксизма 6-8 часов, боли не снимаются анальгетиками. Появилась стулбоязнь. Изменение клинической картины связано:

- а) с тромбозом геморроидальных узлов;
- б) со сфинктеритом;
- в) с парапроктитом;
- г) с трещиной анального канала;

069. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести:

- а) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию;
- б) анализ кала на скрытую кровь;
- в) лапароскопию;
- г) ультразвуковое исследование органов малого таза.

070. Резчайшие боли в области ануса во время акта дефекации, сопровождающиеся незначительным выделением алой крови, и "стулбоязнь" характерны:

- а) для рака прямой кишки;
- б) для полипа прямой кишки;
- в) для сфинктерита;
- г) для трещины анального канала;
- д) для геморроя.

071. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является:

- а) систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками;
- б) вскрытие и дренирование полости абсцесса;
- в) вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода;
- г) общая антибиотикотерапия.

072. При остром шишковидном парапроктите показаны:

- а) пункция гнойника и введение антибиотиков;
- б) вскрытие гнойника через просвет кишки;
- в) вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки;
- г) вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале;
- д) пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости.

073. Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны:

- а) ирригоскопия;
- б) колоноскопия;
- в) аноскопия и фистулография;
- г) пассаж бария по кишечнику.

074. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются:

- а) кровотечение из прямой кишки;
- б) поносы;
- в) склонность к запорам;
- г) закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление;
- д) дефект слизистой прямой кишки.

075. Гидраденит чаще всего локализуется:

- а) в подмышечной впадине;
- б) в генитальной и перианальной области;
- в) в области пупка;
- г) в области ягодичной складки;
- д) правильно а) и б).

076. После установления диагноза острого гнойного медиастенита в первую очередь необходимы:

- а) массивная антибиотикотерапия;
- б) иммунотерапия;
- в) дезинтоксикационная терапия;
- г) хирургическое лечение;
- д) гемотрансфузия.

077. При хирургическом лечении хронического гематогенного остеомиелита предпочтение следует отдать:

- а) выскабливанию свищевого хода;
- б) остеотомии и дренированию костной полости;
- в) остеотомии с удалением секвестра и тампонадой жировой клетчаткой;
- г) широкой остеотомии с удалением секвестра, тампонадой полости мышечным лоскутом на ножке и устооштепластикой

078. В начальной серозной стадии острого мастита не применяются:

- а) разрез;
- б) предупреждение застоя молока;
- в) антибактериальная терапия;
- г) ультразвуковая терапия;
- д) ретромаммарная пенициллиноновокаиновая блокада.

079. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием:

- а) боли;
- б) гипертермии;
- в) флюктуации;
- г) гиперемии кожи;
- д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево;

080. К первичному хроническому остеомиелиту следует отнести:

- а) абсцесс Броди;
- б) склерозирующий остеомиелит Гарре;
- в) альбуминозный остеомиелит Олье – Понсе;
- г) послетифозный остеомиелит;
- д) все перечисленные виды.

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

001 - а	002 - а, б, в	003 - а
004 - в	005 - а, б, г	006 - в
007 - в	008 - б	009 - д
010 - д	011 - а	012 - г
013 - д	014 - в	015 - а
016 - а	017 - в	018 - а
019 - в	020 - д	021 - г
022 - а	023 - в	024 - а
025 - а	026 - в	027 - в
028 - а	029 - в	030 - д
031 - д	032 - д	033 - д
034 - а	035 - б	036 - б
037 - д	038 - г	039 - д
040 - д	041 - в	042 - д
043 - д	044 - г	045 - а
046 - д	047 - г	048 - в
049 - г	050 - в	051 - д
052 - д	053 - а	054 - д
055 - а	056 - в	057 - д
058 - д	059 - г	060 - д
061 - в	062 - а	063 - в
064 - д	065 - а	066 - а
067 - в	068 - г	069 - а
070 - г	071 - в	072 - г
073 - в	074 - г	075 - д
076 - г	077 - г	078 - а
079 - в	080 - д	

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

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

УК-1; УК-2; УК-3	Номера тестов: 1-10
ПК-4	Номера тестов: 3, 10
ПК-10; ПК-11;	Номерв тестов: 1-10

Тесты:

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

- A) общественное здоровье и здравоохранение - здоровье и здравоохранении
- B) общественное здоровье и здравоохранение – наука о социальных проблемах медицины
- C) общественное здоровье и здравоохранение-система мероприятий по охране и здоровья населения

2. Общественное здоровье и здравоохранение – это:

- A) гигиеническая наука
- B) клиническая наука
- C) интегративная наука
- D) общественная наука

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Социальной базой здравоохранения не являются:

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

10. Корреляционной решеткой называется:

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

Правильные ответы:

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

3. Дисциплина: Педагогика

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

Тесты:

1. Педагогика – это...

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

2. Образование – это...

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

Правильные ответы:

1	2
D	A

4. Дисциплина: Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

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

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

- A) при продолжающемся внутрибрюшном кровотечении;
- B) при острой кровопотере в результате повреждения бедренной артерии после наложения на нее зажима;
- C) при продолжающемся внутриплевральном кровотечении;
- D) гемотрансфузии при оказании первой медицинской помощи вообще не производится.

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

- A) только кристаллоидных растворов;
- B) только коллоидных растворов;
- C) и коллоидных, и кристаллоидных растворов;
- D) основной объем вливаний составляют кровь и ее препараты.

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

- A) при компенсированной
- B) при декомпенсированной
- C) при необратимой

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

- A) при компенсированной
- B) при декомпенсированной
- C) при необратимой

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

- A) первой медицинской
- B) квалифицированной
- C) специализированной.

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

- A) вагосимпатическая блокада;
- B) паравертебральная блокада;
- C) блокада по Школьникову;
- D) футлярная блокада;
- E) эндотрахеальный наркоз.

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

- A) внутритазовая блокада по Школьникову;
- B) футлярная блокада;
- C) блокада бедренного нерва;
- D) наркоз;
- E) блокада седалищного нерва;

F) эпидуральная анестезия.

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

- A) доврачебной помощи;
- B) первой врачебной помощи;
- C) квалифицированной помощи;
- D) специализированной помощи.

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

- A) транспортная иммобилизация;
- B) первичная хирургическая обработка раны;
- C) отказ от наложения первичных швов;
- D) адекватная анестезия;

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

- A) анестезия области перелома;
- B) введение наркотических анальгетиков;
- C) блокада седалищного нерва;
- D) транспортная иммобилизация.

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
D	C	C	C	B	A, B	D	D	B	B, D

5. Дисциплина – Микробиология

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

Тесты

1. Кто первым увидел и описал микроорганизмы?

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

2. Кто впервые доказал причину брожения и гниения?

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

3. Кто впервые создал теорию фагоцитоза?

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

4. Кто впервые открыл вирусы.

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

5. Микробиология — наука, которая изучает:

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

6. Впервые ввел в микробиологическую практику плотные питательные среды:

- A) Л. Пастер.
- B) Р. Кох.
- C) С. Виноградский.

- D) И. Мечников.
- E) Н. Гамалея.

7. Основоположник почвенной микробиологии:

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

8. Чтобы увидеть микробы используют:

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

9. Основная задача бактериологической лаборатории:

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

10. Какие отделы имеются в бактериологической лаборатории:

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

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C	B	E	E	E	B	C	A	E	C

6. Дисциплина – Клиническая фармакология

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

1. В основе проблемы избирательности действия лекарственных средств лежит понятие тропности (направленности).

Какой из ниже перечисленных терминов Вы считаете ошибочным:

- A. “орган-мишень”
- B. “клетка-мишень”
- C. “молекула-мишень”

2. Укажите основной компонент структуры рецептора к лекарственному средству:

- A. белки
- B. сиаловые кислоты
- C. липиды
- D. ионы
- E. нуклеотиды

3. Обозначьте специфические транспортные системы лекарственных веществ:

- A. сывороточный альбумин
- B. лейкоциты
- C. тромбоциты

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

- A. связывание стероидов с цитозольными рецепторами
- B. связывание стероида с поверхностью плазматических мембран
- C. связывание стероида с комплексом Гольджи

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

- A. III
- B. IIА и Б
- C. V

D. гипо-альфа-холестеринемия

6. При каких типах дислипидемии эффективно назначение фибратов (гевилона, липантила 200М, ципрофibrата, безафibrата)?

- А. II Б
 В. III
 С. IV, V
 D. гипо-альфа-холестеринемия
 E. при всех
- 7. Представители каких классов гиполипидемических препаратов наиболее эффективно повышают ХС ЛВП (на 15-25%)?**
 А. статины и смолы-секвестранты желчных кислот
 В. статины и пробукол
 С. пробукол
 D. никотиновая кислота и ее производные, фибраты
 E. все вышеперечисленные препараты
- 8. Возможно ли развитие осложнений после внезапного прекращения длительного применения гиполипидемических средств (синдрома отмены)?**
 А. нет
 В. нет, если применять курсами по 2-3 месяца
 С. нет, если применять курсами по 6 месяцев
 D. да
 E. как правило, нет, однако возможно при IV и V типах с очень высоким уровнем ТГ (больше 1000 мг/дл до лечения).
- 9. Абсолютные противопоказания к применению нитратов:**
 А. нестабильная стенокардия
 В. глаукома
 С. острый инфаркт миокарда правого желудочка, острое нарушение мозгового кровообращения, кардиогенный шок
 D. острый инфаркт миокарда левого желудочка
 E. недостаточность кровообращения II ст.
- 10. Какие препараты, являющиеся донаторами SH-групп, способствуют восстановлению чувствительности к нитратами?**
 А. эналаприла малеат
 В. каптоприл, N-цистеин, метионин
 С. нифедипин, верапамил
 D. корватон
 E. валсартан, ренитек

Правильные ответы:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A	A	A	B	B	E	D	E	C	B

7. Дисциплина – Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

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

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

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

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

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

3. Автором стратометрической концепции групповой активности является:

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

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

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

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

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

6. Коммуникация — это:

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

7. Оптико-кинетическая система знаков включает в себя:

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

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

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

9. В качестве больших социальных групп не рассматривают:

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

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

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

Правильные ответы:

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

Приложение 2

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

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

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

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

1. Общеврачебные, диагностические и лечебные манипуляций

- подкожные и внутримышечные инъекции,
- взятие крови из вены,
- определение группы крови, резус-фактора,
- переливание крови и её компонентов,
- промывание желудка через зонд,
- дуоденальное зондирование,
- катетеризация мочевого пузыря,
- плевральная пункция,
- абдоминальная пункция,
- клизмы (очистительная, лечебная),
- закрытый массаж сердца, искусственная вентиляция легких,
- передняя тампонада носа,
- пальцевое исследование прямой кишки,
- методы экстракорпоральной детоксикации крови (гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез).

2. Специализированные навыки

- Обработка рук перед выполнением операций и использование средств индивидуальной защиты

- Обработка операционного поля
- Первичной и вторичной хирургической обработки ран
- Выполнение перевязки чистых и гнойных ран
- Назначить лечебное питание с учетом диагноза, сроков послеоперационного периода и возможных осложнений
- Обоснование рациональной хирургической тактики ведения пациента с учетом индивидуальных факторов риска
- Оценка тяжести состояния больного
- Составить дифференцированный план обследования больного, проводить его коррекцию в динамике.
- Интерпретировать и анализировать результаты клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования
- Организация госпитализации в соответствии с состоянием пациента
- Составить план лечения больного, проводить его коррекцию в динамике.
- Разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции.
- Выполнение перевязок, снятие швов,
- Оказание срочной помощи при неотложных состояниях
- Ассистировать на операциях
- Методы местной анестезии
- Алгоритм обследования и подготовки пациента к наркозу
- Оформить добровольное информированное согласие (отказ) пациента на гемотрансфузию.

1. Дисциплина: **Общественное здоровье и здравоохранение**

Компетенции	Выполнение следующих заданий подтверждает данные компетенции
УК-1, УК-3	1-12
ПК-4, ПК-11	1-12

Перечень практических навыков

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

2. Дисциплина: **Педагогика.**

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

Творческое задание

1. Проанализируйте имеющиеся международные документы по проблемам образования, выделите актуальные социально-педагогические проблемы современного высшего образования, предложите варианты их решения.
2. Проанализируйте педагогические технологии, которые используются в личностно ориентированном обучении. Приведите соответствующие примеры.
3. На основе анализа психолого-педагогических теорий составьте таблицу возможных подходов к разработке проектов обучения в высшей школе.
4. Подготовьте статью по проблемам индивидуализации обучения в высшей школе, приведите примеры эффективного решения данной проблемы.
5. Педагогическое общение и основы коммуникационной культуры преподавателя высшей школы.
6. Проанализируйте имеющиеся в психологии и дидактике подходы к диагностике учебных достижений. Разработайте вариант оценки достижений студентов в учебном процессе.
7. Подготовьте и опишите индивидуальный стиль педагогической деятельности преподавателя.
8. Разработайте план проведения учебно-просветительского занятия.

9. Покажите влияние особенностей самоутверждения личности специалиста на его профессиональную деятельность. Какие этапы выделяются в процессе самоутверждения личности? Раскройте их содержание. Как взаимосвязаны такие явления, как самоопределение и самоутверждение личности?

10. Какие личностные особенности оказывают заметное влияние на содержание и успешность самоутверждения специалиста? Обоснуйте показатели успешности профессионального самоутверждения специалиста.

3. Дисциплина: Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций

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

Перечень практических навыков

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

4. Дисциплина: Микробиология

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

Перечень практических навыков

1. Основные правила поведения в бактериологической лаборатории
2. Правила забора материала для микробиологического исследования (кровь, кал, моча, слизь из носоглотки, ликвор, мокрота)
3. Правила забора материала, хранения и транспортировке при ООИ
4. Составить направление на микробиологическое исследование
5. Дезинфекция в микробиологической лаборатории: рук, рабочего места, выделений больного, предметных и покровных стекол
6. Стерилизация лабораторной посуды, подготовка к стерилизации
7. Этапы приготовления мазка для иммерсионной микроскопии
8. Основные правила микроскопии (микроскопия готовых препаратов)
9. Метод Грамма (назначение, основная окраска, протрава, обесцвечивающий фактор, дополнительная окраска, механизм)
10. Окраска по Циль-Нильсену (назначение, основная окраска, протрава, обесцвечивающий фактор, дополнительная окраска, механизм)
11. Определение подвижности микроорганизмов методом «раздавленной капли» и «висячей капли»
12. Методы культивирования анаэробов (методы создания анаэробных условий)
13. Механические и биологические методы выделения чистых культур анаэробных и факультативно-анаэробных бактерий
14. Метод Дригальского, назначение, этапы: I, II, III, IV
15. Выделение чистых культур анаэробов (I, II, III, IV этапы).
16. Заражение куриного эмбриона. Цель. Способы заражения. Этапы заражения в аллантоисную полость
17. РГА (реакция гемагглютинации) назначение, компоненты, механизм
18. Реакция фаголизиса (идентификация *Sh. sonnei*)
19. Определение фаготипа *St. aureus*, назначение, принцип
20. Определение чувствительности микробов к антибиотикам методом «бумажных дисков»
21. РА на стекле (серологическая идентификация *S. typhi*, компоненты, механизм)
22. РА Видаля (назначение, компоненты, механизм и недостатки)
23. РА Вейгеля (назначение, компоненты, механизм и недостатки)

24. РПГА (определение напряженности противодифтерийного антитоксического поствакционного иммунитета), компоненты, механизм
25. РП по Асколи (назначение, компоненты, механизм, недостатки)
26. РН токсина анатоксином по Оухтерлони (назначение, компоненты, механизм и недостатки)
27. Определение титра и рабочей дозы комплемента
28. РСК по Борде-Жангу (назначение, компоненты, механизм)
29. Опсонофагоцитарная реакция с целью серологической диагностики бруцеллеза (in vitro). Компоненты, механизм
30. Реакция флоккуляции (титрование противодифтерийной антитоксической сыворотки и определение активности дифтерийного анатоксина). Компоненты, механизм
31. РН на мышцах с целью установления экзотоксина *C. perfringens*. Компоненты, механизм
32. РН на мышцах с целью идентификации вируса клещевого энцефалита, компоненты, способы их получения, механизм)
33. РТГА (определение серотиа вируса гриппа А). Компоненты, механизм
34. ИФА (серологическая диагностика СПИДа и определение HBs-АГ вируса гепатита В). Компоненты, механизм, учет реакции
35. РИФ (экспресс-диагностика и серологическая диагностика гриппа А). Компоненты, механизм, учет реакции
36. ПЦР. Назначение, принцип, этапы, достоинство метода

5. Дисциплина: Клиническая фармакология

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

Перечень практических навыков

1. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при нормальном течении беременности.
2. Особенности фармакотерапии у беременных женщин при осложненном течении беременности.
3. Рациональная комбинация антибактериальных препаратов при эндометрите.
4. Эффекты глюкокортикоидов. Профилактика РДС-синдрома плода.
5. Назначение нестероидных противовоспалительных средств в акушерстве и гинекологии.
6. Назначить лечение преэклампсии.
7. Назначить лечение эклампсии.
8. Назначить лечение угрозы преждевременных родов.
9. Назначить лечение угрозы самопроизвольного выкидыша.
10. Назначить лечение железодефицитной анемии во время беременности.
11. Рассчитать и назначить инфузионно-трансфузионную терапию при кровопотере.
12. Назначить кровоостанавливающую терапию при аномальных маточных кровотечениях.
13. Назначить гормональный контрацептивный препарат.
14. Препараты для лечения пациентки с ожирением, синдромом поликистозных яичников.
15. Выписать рецепт.
16. Заполнить лист врачебных назначений.

6. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

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

Умения и практические навыки:

1. Чем отличается общение врач-больной от партнерского общения?
2. Во врачебной практике встречаются явления отрицательного контрпереноса и отрицательного переноса. Какой может быть продуктивная тактика врача в таком случае? Может быть это неважные явления? Обоснуйте свою точку зрения.
3. Ролевая игра «Пациент на приеме у врача». Проведите беседу с пациентом таким образом, чтобы ему стало легче.
4. Какие модели врачебной деятельности Вы знаете? Обсудите в группе – чем в каждом конкретном случае должна определяться избираемая модель взаимодействия с пациентом?
5. На основе чего в общественном сознании строятся стереотипы врачей различных специальностей?
6. Каковы специфические особенности общения с разными группами больных? Какой может быть врачебная тактика при встрече с такими «сложными типичными пациентами»: «Неприятные» пациенты - вызывающие раздражение и неприязнь у врача.
 - * Истероидные личности, ипохондрики. Для пациента каждый визит к врачу - доказательство окружающим, что он серьезно болен и вынужден постоянно лечиться.
 - * Медлительный пациент.
 - * Обстоятельный и дотошный пациент.
 - * Словоохотливый пациент, который особенно может раздражать врача при нехватке у него времени.
 - * При повторных визитах пациент заявляет, что ему не становится легче, при этом, что бы врач ни делал, он видит на лице больного унылое выражение лица и слышит жалобы, хотя речь идет не о неизлечимом заболевании, а таком, которое обычно поддается терапии.

- * Капризный пациент, претендующий на особое внимание и отношение к себе, пытающиеся диктовать врачу методы обследования и лечения.
 - * Пациент, у которого стремление избавиться от болезни любой ценой, становится сверхценной идеей, он ходит к разным врачам, увлекается нетрадиционными методами лечения (голодание, сыроедение, гомеопатия, йога, уринотерапия и т.п.).
 - * Озлобленный, грубый, агрессивный пациент.
 - * Пациент, сопротивляющийся выписке из стационара.
7. Ролевая игра «Большой на приеме у врача». Продолжить закрепление эффективных способов общения с пациентами.
 8. Ролевая игра «Отказ от госпитализации».
 9. Приведите свои примеры на каждую из разновидностей групп.
 10. В чем принципиальное психологическое различие между большой и малой группой?
 11. Имеет ли практическое значение для врача знание о наличии внутри коллектива, в котором он работает, неформальных групп? Если не имеет значения, то почему? Если имеет значение, то в чем оно заключается?
 12. В группе обычно есть лидер, который может быть официальным руководителем, а может и не быть. Чем он психологически отличается от назначенного или даже избранного группой официального руководителя?
 13. Чем отличаются формальные и неформальные групповые нормы?

Приложение 3

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

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

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

Ситуационные задачи по хирургии

Задача 1

Больная М., 39 лет, обратилась на прием с жалобами на одышку, слабость, сонливость. При объективном исследовании обращает на себя внимание избыточное развитие подкожной жировой клетчатки. При росте 159 см вес составляет 112 кг. Отложение подкожного жира равномерное. При исследовании внутренних органов установлено: АД – 170 и 95 мм рт.ст.; пульс 96 ударов в 1 мин, ритмичен; в легких дыхание в нижних отделах ослаблено, сухие хрипы; тоны сердца приглушены; живот – при пальпации мягкий безболезненный; при исследовании щ.н.с., эндокринных органов органической патологии не выявлено. 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Определите лечебно-диагностическую программу.

Задача 2.

Больная С., 41 г., обратилась к хирургу с просьбой иссечь жировой фартук на животе и убрать излишние отложения жира на бедрах. Страдает алиментарным ожирением (вес 124 кг при росте 161 см) в течении 6 лет. Попытки снижения веса консервативными мероприятиями безуспешны. При исследовании щ.н.с., эндокринных органов патологии не выявлено. 1. Насколько эффективна будет косметическая операция у пациентки. 2. Какой объем операции ей следует предложить.

Задача 3.

Больная Т., 44 года, в течении 7 лет страдает желчекаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом. Приступы желчной колики отмечает с частотой 1 – 2 раза в месяц, купируются приемом спазмолитиков. Больная не решается согласиться на плановое оперативное лечение в связи с тем, что страдает алиментарным ожирением (ИМТ – 51 кг/м²), гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа. 1. Какой объем операции следует предложить больной. 2. Какие аргументы приведете в пользу предложенной вами хирургической тактики.

Задача 4.

Больная С., 43 года, страдает морбидным ожирением (ИМТ 57 кг/м²) в течении 12 лет (Лечение диетотерапией, ксеникалом безуспешно). В течении последних 3 лет отмечает развитие сахарного диабета 2 типа, деформирующего осеоартроза. Больная согласна на бариатрическую операцию. 3. Какой объем операции предпочтителен.

Задача 5.

Больной З., 37 лет, поступил в клинику с жалобами на разлитые тупые приступообразные боли в животе, стул до 20 раз в сутки с примесью крови, слизи и гноя.

Из анамнеза: считает себя больным около 2 лет. Обострения заболевания в течение этих лет в весенне-осенний период, начинались с появления боли в животе, повышения температуры тела; сопровождалась учащением стула, с примесью слизи, затем

гноя, затем крови. Лечился в периоды обострений в стационаре. В периоды предыдущих обострений стул до 4-6, а иногда и 10 раз в сутки.

При поступлении общее состояние тяжелое. Питание резко понижено. Вес – 65 кг. Рост – 178 см. Кожные покровы бледные, влажные. Костно-суставной аппарат – локтевые, коленные суставы при осмотре: отек периартикулярных тканей, ограничение активных движений. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, ЧДД – 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 112 в мин, АД – 100/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный по ходу утолщенной и малоподвижной сигмовидной, нисходящей ободочной кишки. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез снижен (400 мл). При ректоскопии: отек, гиперемия слизистой и гнойный налет, крипт - абсцессы, при контакте обнажаются язвы. При рентгенологическом исследовании - глубокие язвенные поражения на всем протяжении прямой кишки и левой половины толстой кишки до дистальной трети поперечноободочной кишки. Вся пораженная часть расширена, имеет второй контур.

Анализ крови: Hb - 64 г/л; эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $10,9 \times 10^9$, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч. *Анализ мочи:* соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

Больному назначено консервативное лечение, однако усилились боли в животе, увеличилась частота и интенсивность тенезмов, стул участился, последние дефекации фекалоидными массами цвета «мясных помоев». 1. Поставьте диагноз, определите форму клинического течения заболевания. 2. Перечислите этапы диагностической программы, обоснуйте их. 3. Сформулируйте план консервативной терапии, ее объем. 4. Определите тактику лечения пациента.

Задача 6.

Больная Б., 75 лет, поступила в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на постоянные, интенсивные боли внизу живота и в левой подвздошной области. Заболевание началось за 8 часов до обращения с появления острых болей в левой подвздошной области, переместившимися через 2-3 часа вниз живота. Отмечает, что в течение последних 7-8 суток была задержка стула, дефекация лишь при постановке очистительной клизмы, которую выполняла за этот период дважды. Беспокоили боли в левой подвздошной области. Также отмечает периодическое появление прожилок крови в каловых массах. Снижения сна, аппетита за последнее время не было. Перенесла в детстве аппендэктомию. Год назад была обследована амбулаторно, в связи с хроническими запорами. Из амбулаторной карты следует, что при ирригоскопии выявлен дивертикулез ободочной кишки с преимущественным поражением сигмовидной кишки.

При поступлении больная правильного телосложения, повышенного питания кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Перкуторно над легкими определяется легочной звук с коробочным оттенком, аускультативно - дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 18. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД-160 и 90 мм рт ст, пульс 96 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык сухой. Живот увеличен в объеме за счет подкожножирового слоя, равномерно вздут, левая его половина отстает в акте дыхания, напряжена. В левой половине живота определяется симптом Щеткина – Блюмберга. Кишечные шумы ослаблены. Газы не отходят. При ректальном пальцевом исследовании отмечена болезненность брюшины, органических изменений не обнаружено. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез снижен (800 мл).

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $10,9 \times 10^9$, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л. 1. Какие заболевания можно заподозрить и какое развилось осложнение? 2. Обоснуйте вероятный диагноз. 3. Составьте диагностический алгоритм. 4. Какова тактика лечения пациентки? 5. Программа реабилитации.

Задача 7.

Больной С., 34 лет обратился с жалобами на острые боли в области заднего прохода, наличие опухолевидных болезненных образований в области ануса. Со слов больного заболел остро, за сутки до обращения. Накануне заболевания употреблял алкоголь с острой закуской. В анамнезе отмечает периодические боли в области заднего прохода, провоцирующиеся приемом спиртных напитков, физической нагрузкой, запорами. В периоды обострений отмечает кровотечения при дефекации, кровь на поверхности каловых масс. В периоды ремиссии после дефекации прибегает к ручному вправлению округлых опухолевидных малоболезненных образований. Работает водителем. Подобная симптоматика на протяжении последних 4 – 5 лет, учащение болей и кровотечений в последний год.

При осмотре: При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Питание нормальное. Вес – 85 кг. Рост – 178 см. Кожные покровы бледные влажные. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД – 22 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 88 уд в мин, АД – 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезнен над лоном. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицателен. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненности не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1200 мл. Обращает на себя внимание осторожность движений, вынужденное положение при попытке сесть.

St.localis: в перианальной области при наружном осмотре отмечаются в виде венчика плотные напряженные синюшно-багрового цвета узлы, на геморроидальном узле на 11-часах участок эрозии, покрытый фибрином. Пальпация резко болезненна. Пальцевое исследование невозможно из-за боли.

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $10,9 \times 10^9$, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л. 1. Какое заболевание у пациента? 2. Дайте развернутый диагноз заболевания, охарактеризуйте его. 3. Какое осложнение развилось у больного? 4. Определите объем исследования. 5. Сформулируйте лечебный алгоритм.

Задача 8.

Больной П., 28 лет, поступил с жалобами на острые боли в промежности, тенезмы, повышение температуры тела до 38-39⁰С, слабость.

Из анамнеза удалось выяснить, что заболел около 5 дней назад, когда появились тупые, давящие боли в промежности, субфебрильная температура, снижение аппетита, слабость. Последующие дни боли стали более интенсивными, отмечает появление тенезмов и умеренные боли внизу живота. За последние двое суток лихорадка достигла 38-39⁰С, сопровождалась проливным потом, слабостью. Из сопутствующих заболеваний – страдает хроническим геморроем второй степени с обострением заболевания в среднем один раз в шесть месяцев.

При обследовании: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, с серым оттенком. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-20, пульс 98 уд/мин, АД-120/80 мм рт ст. Язык чистый влажный. Живот мягкий, слегка болезненный над лоном. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицателен. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненности не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1200 мл.

В перианальной области на 3-5 часах имеется припухлость, легкая гиперемия кожи. При пальпации болезненность и инфильтрация тканей без четких границ. При пальцевом исследовании умеренная боль, на 3-5 часах определяется инфильтрат, размягчение. При аноскопии: внутренние геморроидальные узлы до 1,5 см на 3-7-11 часах. Слизистая анального канала слегка гиперемирована, узлы синюшного цвета.

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $15,9 \times 10^9$, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л. 1. Какое заболевание у пациента? 2. Определите по клиническим данным форму заболевания. 3. Сформируйте диагностическую программу. 4. Определите тактику лечения.

Задача 9.

Больная Б., 34 лет доставлена в экстренном порядке каретой скорой помощи с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, вздутие живота, неотхождение стула и газов через 12 часов с момента начала заболевания.

Из анамнеза выяснено, что на протяжении последних 5 лет лечилась неоднократно в терапевтических отделениях. В периоды обострения болезни отмечает приступы болей в животе схваткообразного характера, метеоризм, учащение стула до 4-6 раз. При обострении каловые массы кашицеобразной консистенции с примесью слизи, крови, гноя. На фоне консервативной терапии состояние улучшалось, в периоды ремиссии получала поддерживающую профилактическую терапию. Отмечает прогрессирование заболевания, учащение приступов. Настоящее обострение связывает с погрешностью в диете (обильный прием пищи). Также имеет место похудание на 12 кг за последние полгода.

При поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы бледные сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 96, АД-110/70. Язык обложен зеленоватым налетом, сухой. Живот асимметричен, за счет взбухания правой половины, вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется инфильтрат, занимающий правую подвздошную область, болезненный при пальпации. Перистальтика активная. Газы не отходят. Стул был жидкий, со слизью, гноем, прожилками крови. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез снижен (800 мл).

При пальцевом ректальном осмотре тонус сфинктера ослаблен, в ампуле прямой кишки следы кала, гноя, слизи, крови. При ректоскопии слизистая прямой кишки не изменена.

Анализ крови: Hb- 96 г/л; эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $15,9 \times 10^9$, э-0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.

Биохимический анализ: общий билирубин – 30,4 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 40 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л. 1. Какой диагноз можно поставить больному на основании клиники и анамнеза заболевания? 2. Какое осложнение развилось у больной? 3. Какие методы исследования могут подтвердить ваше предположение? 4. Сформулируйте лечебно-диагностический алгоритм. 5. Определите тактику лечения.

Задача 10

Больной Т., 51 год, в течении последних 10 лет страдает алиментарным ожирением (ИМТ – 47 кг/м²). В течении последнего года стал отмечать значительные нарушения сна. Имеют место множественные остановки дыхания (от 3 до 5 за ночь) во время сна, в результате которых больной просыпается. Утром чувствует себя невыспавшимся, усталым, разбитым. О развитии какого синдрома следует думать. Какую лечебную программу следует выбрать

2. Дисциплина: Общественное здоровье и здравоохранение.

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

Ситуационные задачи

№ 1

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

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

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

№ 2

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

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

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

№ 3

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

Ответствен ли медицинский персонал за смерть мальчика?

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

№4

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

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

2. На какой территории РФ действителен полис ОМС?

Ответ:

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

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

№5

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

1. Правомерно ли поступает поликлиника?

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

Ответ:

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

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

3. Дисциплина: Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций.

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

Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

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

Ситуационная задача №2

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

Ситуационная задача №3

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

Ситуационная задача №4

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

Ситуационная задача №5

Раненый в сознании. Беспокоен. Жалобы на нехватку воздуха. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица. Пульс частый. В левой подлопаточной области умеренно кровоточащая рана 3x2 см. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей. Поле. Температура воздуха -5°C. Действуйте!

Ситуационная

задача

№6

Во время теракта подорвался на фугасе. Сознание спутано, стонет. Правая нижняя конечность висит на кожном лоскуте на уровне верхней трети голени. Рана культи умеренно кровоточит. На переднебоковой поверхности шеи слева рана 6x3 см с обильным кровотечением. Левая стопа разрушена, не кровоточит. Город. Температура воздуха +3 °C.

Ответы на ситуационные задачи

1. Отсутствие дыхания и кровообращения свидетельствует о том, что раненый мертв.

2. Отсутствие дыхания при сохраненном, хотя и ослабленном кровообращении (наличие пульса на сонной артерии) свидетельствует о том, что пострадавший находится в терминальном состоянии, обусловленном разрушением голени, массивной кровопотери и обезвоживанием пострадавшего (температура +30°C). Непосредственная угроза жизни от остановки дыхания.

Первая медицинская помощь:

1. ИВЛ

2. В случае восстановления самостоятельного дыхания - обезболить и наложить жгут выше раны

3. Повязка на рану

4. Транспортная мобилизация прибинтовыванием поврежденной конечности к здоровой

5. под жгут записка с указанием даты и времени его наложения.

6. Обильно напоить раненого, если сохранен акт глотания.

7. Оттащить раненого в укрытие (обратный скат холма) и придать устойчивое положение на боку для предупреждения западения языка.

8. Накрыть накидкой медицинской для предупреждения общего перегревания.

9. Подлежит первоочередному выносу с очага.

10. Если самостоятельное дыхание не восстанавливается в течении пяти минут или исчезнет пульс, раненый мертв. Реанимацию прекратить. Преступить к оказанию медицинской помощи другим пораженным.

3. Наличие ссадины и припухлости в правой височной области, отсутствие сознания и следы рвотных масс свидетельствуют о том, что пострадавший получил закрытую тяжелую травму черепа. Удушье, по-видимому, обусловлено аспирацией рвотных масс и западением языка.

Первая медицинская помощь:

1. Подложить валик под плечи.

2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.

3. Очистить пальцем ротоглотку от рвотных масс.

4. Ввести воздуховод.

5. Оттащить раненого в положении на боку или на животе в здание вблизи от проезжей части улицы и придать устойчивое положение на боку.

6. Подлежит первоочередному вывозу.

4. Деформация и смещение нижней челюсти кзади свидетельствует о ее переломе. Удушье обусловлено западением языка и, по-видимому, аспирацией крови (лицо залито кровью).

Первая медицинская помощь:

1. Подложить под плечи валик.

2. Запрокинуть голову, открыть рот и выдвинуть нижнюю челюсть.
3. Очистить пальцем ротоглотку от сгустков крови.
4. Ввести воздуховод.
5. Имobilизировать нижнюю челюсть пращевидной повязкой.
6. Оттащить раненого в укрытие и придать устойчивое положение на боку.
7. Подлежит первоочередному вывозу.

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

Первая медицинская помощь:

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

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

Первая медицинская помощь:

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

4. Дисциплина: Педагогика.

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

Ситуационные задачи

Задача 1

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

Задача 2

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

Задача 3

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

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

Задача 4

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

Задача 5

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

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

Задача 6

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

1. Определите метод обучения.
2. К какой группе методов он относится?

Задача 7

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

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

Задача 8

Начиная занятие, преподаватель узнает, что студенческая группа не подготовилась к важной теме по дисциплине, ссылаясь на отсутствие учебников в библиотеке и т.д.

Каковы Ваши действия в данной ситуации? Необходимо ли, на Ваш взгляд, ставить неудовлетворительные оценки в данном случае?

Задача 9

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

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

Задача 10

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

Задача 11

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

Что Вы предпримете в данных сложившихся условиях?

Задача 12

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

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

5. Дисциплина: Микробиология

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

Ситуационные задачи

Задача № 1

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

Задание.

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

Задача № 2

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

Задание.

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

Задача № 3

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

Задание.

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

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

Задача № 4

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

Задание.

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

Задача № 5

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

Задание.

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

Задача № 6

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

Задание.

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

Задача № 7

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

Задание.

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

Задача № 8

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

Задание.

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

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

Задача № 9

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

Задание.

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

Задача №10

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

Задание.

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

1. Дисциплина: Клиническая фармакология.

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

Ситуационные задачи

Задача 1.

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

Укажите причину ухудшения состояния больного и проведите коррекцию антиангинальной терапии.

Задача 2.

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

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

Задача 3.

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

Задача 4.

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

Задача 5.

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

Вопросы:

1. Укажите схему эрадикации, ее продолжительность.

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

7. Дисциплина: Социально-психологические основы профессиональной деятельности.

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

Решите следующие задачи:

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

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

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

Критерии оценки:

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

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

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

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

Критерии оценки результатов решения задач

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

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,

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

Критерии оценки:

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

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

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

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

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

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

Критерии оценки результатов решения задач

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

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

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

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