

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе

Л.А. Мурашова

«29» августа 2023 г.

Рабочая программа государственной итоговой аттестации
на факультете подготовки кадров высшей квалификации
по специальности
31.08.67 ХИРУРГИЯ

Разработчик рабочей программы:
Федерякин Д.В., зав. кафедрой
хирургии и анестезиологии-
реаниматологии, д.м.н., доцент
Галахова Д.Г., доцент кафедры
хирургии и анестезиологии-
реаниматологии, к.м.н.

Тверь, 2023 г.

Государственная итоговая аттестация (ГИА) в полном объеме относится к базовой части программы ординатуры и завершается присвоением квалификации.

ГИА включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

ГИА является обязательной для выпускника и осуществляется после освоения им основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

Целью ГИА является определение практической и теоретической подготовленности выпускников к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, а также универсальными и профессиональными компетенциями (*см. матрицу компетенций*) и их способности к самостоятельной профессиональной деятельности.

ГИА осуществляется в форме государственного экзамена и включает:

- 1 этап – письменное тестирование;
- 2 этап – проверка освоения практических навыков;
- 3 этап – собеседование по ситуационным задачам.

1 этап – письменное тестирование

Примеры заданий в тестовой форме:

Укажите один или несколько правильных ответов.

1. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ РАНЫ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) широкое рассечение
- 2) иссечение гипергрануляций
- 3) вскрытие карманов и затеков
- 4) иссечение некротических тканей
- 5) дополнительную обработку (ультразвуковая кавитация, вакуумирование, обработка пульсирующей струей жидкости)

Эталон ответа: 1, 2, 3, 4, 5.

2. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) болезнь Гиршпрунга
- 2) болезнь Крона
- 3) неспецифический язвенный колит
- 4) ворсинчатые опухоли
- 5) диффузный полипоз ободочной кишки

Эталон ответа: 2, 3, 4, 5.

3. МЕТОДАМИ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лимфосорбция
- 2) гемосорбция
- 3) энтеросорбция

- 4) плазмаферез
 - 5) раннее назначение антибиотиков
- Эталон ответа: 1, 2, 3, 4.

4. ПАХОВЫЙ КАНАЛ ОБРАЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ АНАТОМИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ

- 1) апоневроз наружной косой мышцы живота
 - 2) внутренняя косая мышца живота
 - 3) поперечная мышца живота
 - 4) элементы семенного канатика
 - 5) поперечная фасция
- Эталон ответа: 1, 2, 3, 5.

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кардиальный отдел
 - 2) антральный отдел
 - 3) передняя и задняя стенки желудка
 - 4) тотальное поражение
 - 5) большая кривизна тела желудка
- Эталон ответа: 3.

Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме:

- **зачтено** – правильных ответов 71% и более;
- **не зачтено** – правильных ответов 70% и менее.

2 этап - проверка освоения практических навыков

Проверка освоения практических навыков проводится в два этапа. На первом этапе проверяются мануальные навыки с использованием манекенов, тренажеров и симуляторов. На втором этапе каждый обучающийся получает набор заданий, включающий клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи, копрограмму, рентгенограммы.

Перечень практических навыков:

1. Техника выполнения плевральной пункции на тренажере.
2. Базовая сердечно-легочная реанимация на симуляторе.
3. Внутривенное введение лекарственных средств на манекене.
4. Восстановление проходимости дыхательных путей на манекене.
5. Постановка желудочного зонда и промывание желудка на тренажере.
6. Выполнение искусственной вентиляции легких дыхательным мешком с рекомендуемой характеристикой на тренажере.
7. Техника интубации трахеи и ИВЛ через интубационную трубку на симуляторе.
8. Выполнение закрытого массажа сердца на тренажере.
9. Техника выполнения спинномозговой пункции на тренажере.
10. Техника наложения швов на тренажере. Выполнение ПХО раны.

11. Временная остановка наружных кровотечений путем наложения жгута и другими способами.
12. Пункция суставов на тренажере.
13. Постановка мочевого катетера.
14. Транспортная иммобилизация.
15. Определение группы крови и резус фактора, правила и техника переливания крови, кровезаменителей, препаратов крови.
16. Техника наложения трахеостомы.

Перечень практических навыков по трактовке результатов лабораторных и инструментальных исследований:

1. Оценка клинического анализа крови.
2. Оценка биохимического анализа крови на остаточный азот, мочевины, креатинин, электролитный состав, КОС.
3. Оценка биохимического анализа крови, определяющего функциональное состояние печени: холестаза, воспаление, печеночная недостаточность.
4. Анализ крови на липидный спектр, билирубин, белковый спектр
5. Пробы на активность ревматического и воспалительного процесса (СРБ, ДФА, АСЛ-О)
6. Иммунологическое исследование крови на серологию СПИДа, иммунный статус пациента
7. Оценка коагулограммы
8. Оценка рентгенограмм органов грудной клетки и брюшной полости
9. Оценка анализов мочи – общего, по Нечипоренко, по Зимницкому, на желчные пигменты, диастазу.
10. Анализ копрологического исследования.
11. Анализ желудочного и дуоденального содержимого.

Критерии оценки выполнения практических навыков:

- **зачтено** – обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- **не зачтено** – обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке диагноза заболевания, и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

3 этап – собеседование по ситуационным задачам

Примеры ситуационных задач:

Задача 1. Пациент 20 лет доставлен в приемное отделение бригадой СМП. Незвестный нанес удар ножом в левую половину грудной клетки по передней поверхности около 1.5 часов назад. Доставлен с капельницей (введен Рефортан 500 мл). Жалобы на боли в левой половине грудной клетки, резкую слабость. При осмотре: Состояние тяжелое. В сознании. Возбужден. Кожные покровы бледные, холодный пот. ЧСС 120 в мин. АД 80/60 мм р.с. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Притупление перкуторного звука над нижними отделами грудной клетки слева до 3 межреберья, выше – тимпанит. На передней поверхности грудной клетки слева по передней подмышечной линии в проекции 4 межреберья в поперечном направлении линейная рана 3 см с ровными краями, острыми углами, активным кровотечением (повязка полностью пропитана кровью).

Задание:

- 1.Предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
- 3.Тактика при лечении данного больного.
4. Критерии продолжающегося кровотечения в плевральную полость.
5. Назначьте медикаментозную терапию, предоперационную подготовку.

Эталон ответа:

1.Колото-резаное ранение левой половины грудной клетки, проникающее в плевральную полость. Гемопневмоторакс. Ранение легкого? Ранение сердца? Геморрагический шок 2- 3 ст.

2. Rg – грудной клетки, ЭКГ, клинический анализ крови с гематокритом, УЗИ органов брюшной полости для исключения торакоабдоминального ранения, Группа крови и резус-фактор.

3.Экстренная операция. От дополнительного обследования можно отказаться, так как картина массивного гемоторакса и повреждения органов левой половины грудной клетки ясна. Оперативное вмешательство должно быть начато как можно раньше. Доступ – торакотомия в 4 межреберье. В первую очередь должно быть исключено повреждение сердца и легкого. При наличии в клинике условий – аутогемотрансфузия. Гемостаз. Перед ушиванием раны – дренирование плевральной полости (верхний и нижний дренаж), налаживание активной аспирации.

4. Проба Грегуара. Кровь, полученная при пункции из плевральной полости, наливается в лоток, при отсутствии образования сгустков через 10-15 минут проба отрицательная (состоявшееся кровотечение), если сгустки образуются – продолжающееся кровотечение.

5. Коррекция гемодинамики (инфузия коллоидных растворов – ГЭК), дофамин. Гемотрансфузия эр. Массы и плазмы. Введение антибиотика широкого спектра действия перед операцией в/в. предоперационная подготовка должна проводиться в процессе транспортировки больного в

операционную.

Задача 2. На прием к хирургу-эндокринологу обратилась женщина 41 года с жалобами на сердцебиение, плаксивость, утомляемость, похудание. Данные жалобы беспокоят последние 5 месяцев. Объективно правильного телосложения, нормального питания. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, отмечаются единичные экстрасистолы, ЧСС 98 в минуту, АД 140/80 мм. рт. ст. При осмотре щитовидная железа видна при глотании, кожа над железой не изменена, пальпаторно плотноэластической консистенции, содержит очаги резкого уплотнения.

Задание:

1. Предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечение.
4. Показания к хирургическому лечению.

Эталон ответа:

1. Многоузловой токсический зоб II степ.
2. Исследование гормонов (ТТГ, Т3, Т4), УЗИ, ТАБ.
3. Терапия тиреостатическими препаратами (мерказолил, тирозол, пропицил), назначение седативных препаратов.
4. Показания:
 - безуспешность консервативной терапии, после повторного рецидива;
 - возникновение осложнений при проведении консервативной терапии;
 - у больных с зобом больших размеров, особенно если железа увеличивается под влиянием тиреостатиков;
 - при компрессии органов шеи увеличенной железой;
 - у больных с подозрением на злокачественную опухоль;
 - у больных молодого возраста, беременных или планирующих беременность на ближайший срок;
 - если больной в силу обстоятельств или особенностей характера не способен выполнять схему консервативной терапии;
 - при необходимости устранения тиреотоксикоза в кратчайший срок.

Задача 3. Пациентка 80 лет обратилась на прием к хирургу. Неделю назад пролила кипяток на правую кисть. Жалобы на наличие раны на тыле кисти с гнойным отделяемым. Дома сама делала перевязки с левомеколем. В течение многих лет страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает манинил, соблюдает диету, уровень сахара не контролирует. При осмотре. Общее состояние удовлетворительное, сухость кожных покровов, повышенного питания – ожирение 2 – 3 ст. Местно: имеется раневой дефект тыла кисти округлой формы 6х5 см, с гиперемией и отечностью кожи вокруг. Пальцы отечные, активные и пассивные движения снижены. Дно раневого дефекта представлено участками некроза, покрыто серым налетом, видны сухожилия, отделяемое серозно-гнойное, края раны подрытые.

Задание:

1. Предварительный диагноз, обоснование.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Какую лечебную тактику вы выберете? Ее особенности в связи с сахарным диабетом.

Эталон ответа:

1. Ожог кисти 2-Б – 3 ст. Инфицированная ожоговая рана кисти. Сахарный диабет 2 тип, инсулиннезависимый.
2. В условиях стационара: суточные колебания глюкозы крови, консультация эндокринолога.
3. Госпитализация в отделение гнойной хирургии (больные сахарным диабетом с гнойной инфекцией подлежат стационарному лечению), контроль суточных колебаний глюкозы крови и перевод на короткий инсулин (дозирование по уровню сахара крови). Антибактериальная терапия (пенициллиназо-защищенные полусинтетические пенициллины – Амоксиклав 1.0 или Цефалоспорины 1 – 2 поколения (Цефазолин)) 7 – 10 суток с парентеральным введением. Местное лечение. В 1 фазу раневого процесса промывание растворами антисептиков, антибактериальные мази на гидрофильной основе (Левосин, Левомеколь), через день чередование с адсорбентами (Полисорб, Колласорб и др.), некрэктомии при необходимости. Ранняя лечебная физкультура для профилактики контрактур. Физиотерапия – УФО и др. Во 2-ой фазе раневого процесса: мази с компонентами, улучшающими трофику (Солкосерил, Метилурацил), раневые покрытия (Альгипор, Воскопран), масло облепихи, иммуностропные препараты (Деринат). После очищения раны и коррекции сахара крови, решение вопроса о пересадке кожи для закрытия дефекта.

Задача 4. Больная 35 лет, находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу ахалазии кардии. 2 суток назад проводилось «слепое» бужирование пищевода. Вчера появились боли за грудиной, усиливающиеся при запрокидывании головы назад. Также отмечает осиплость голоса, повышение температуры тела до 37,8° С. Объективно: отмечается отек и расширение подкожных вен шеи, отечность лица. В клиническом анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ.

Задание:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Причина возникновения данного осложнения.
3. Классификация основного заболевания.
4. Методы лечения, показания к операции, какие методики оперативного вмешательства применяются?

Эталон ответа:

1. Острый медиастинит.
2. Перфорация пищевода при слепом бужировании.

3. 1 стадия: пищевод не расширен, рефлекс раскрытия кардии сохранен, моторика пищевода усилена, дискоординирована; 2 стадия – рефлекс раскрытия кардии отсутствует, расширение пищевода до 4-5 см; 3 стадия – значительное расширение пищевода до 6-8 см, задержка в нем пищи и жидкости, отсутствует пропульсивная моторика; 4 стадия – резкое расширение, удлинение и искривление пищевода с атонией стенок, длительной задержкой пищи.

4. Экстренная операция, ревизия клетчатки средостения, санация, дренирование средостения.

Задача 5. Больной 24 лет во время драки получил сильный удар в живот. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на боли в левом подреберье, слабость, головокружение. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Он бледен, покрыт липким потом. Пульс слабого наполнения, 125 в минуту. АД – 100/80 мм рт.ст. Живот не вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в левом подреберье. Здесь же слабо выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость сохранена.

Задание:

1. Предположительный диагноз.
2. Предоперационная подготовка, и дообследование.
3. Лечение.
4. Тяжесть геморрагического шока.

Эталон ответа:

1. Закрытая травма живота, разрыв селезенки, геморрагический шок
2 ст.
2. Группа крови, резус фактор, Показатели красной крови, УЗИ брюшной полости. Стабилизация гемодинамики – инфузия коллоидных растворов (лучше ГЭК) в объеме 1000 – 1500 мл. Гемотрансфузия: эритроцитарная масса 1000 – 1500 мл, плазма 1000 мл. Инотропная поддержка (Допамин).
3. Лапаротомия, ревизия брюшной полости, спленэктомия.
4. Шоковый индекс Альговера – отношение частоты сердечных сокращений к систолическому АД. В норме – 0.5, 0.5 – 1 – 1-я степень шока. 1 – 1.5 – 2-я степень шока. 1.5 – 2 – тяжелый шок.

Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:

- **неудовлетворительно** – выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьезные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;

- **удовлетворительно** – заслуживает обучающийся, показавший удовлетворительное освоение компетенций, предусмотренных программой, и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности;

- **хорошо** – заслуживает обучающийся, показавший хорошее освоение компетенций, предусмотренных программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- **отлично** – заслуживает обучающийся показавший отличное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

Критерии выставления итоговой оценки:

Соответствует оценке по итогам собеседования при оценке за первые два этапа ГИА «зачтено».

Учебно-методическое и информационное обеспечение ГИА

а) основная литература

1. Клиническая хирургия [Текст] : национальное руководство: В 3-х т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа. – Т. 1 – 2008. – 858 с., Т. 2 – 2013. – 825 с., Т. 3 – 2010. – 1002 с.

2. Гостищев, В. К. Общая хирургия [Текст] : учебник / В. К. Гостищев. – 5-е изд., перераб и доп. – Москва : ГЭОТАР - Медиа, 2016. – 727 с.

3. Скорая медицинская помощь [Текст] : национальное руководство / ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 886 с.

4. Стандарты медицинской помощи:
<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>

б) дополнительная литература:

1. Анестезиология [Текст] : национальное руководство / ред. А. А. Бунатян, В. М. Мизиков. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 1100 с.

2. Травматология [Текст] : национальное руководство / ред. Г. П. Котельников, С. П. Миронов. - 3-е изд., перераб. и доп.- Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 773 с.

3. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов [Текст] : руководство для врачей / ред. Е. К. Гуманенко, И. М. Самохвалов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с.

4. Клиническая хирургия [Электронный ресурс] : национальное руководство. В 3-т. / ред. В. С. Савельев, А. И. Кириенко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа. – Т. 1 – 2008., Т. 2 – 2013., Т. 3 – 2010.

5. Общая хирургия [Электронный ресурс] : учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.

г) рекомендации обучающимся по подготовке к ГИА

1. Сборник заданий в тестовой форме.
2. Перечень практических навыков.
3. Сборник ситуационных задач с эталонами ответов.