

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о документе:
ФИО: Багрий Андрей Эдуардович
Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения
Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58
Уникальный программный ключ:
2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.70 ЭНДОСКОПИЯ
(2025 год приема)**

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

Перечень теоретических вопросов

1.	Клиническая анатомия
2.	Методы диагностики и обследования.
3.	Болезни пищевода и диафрагмы
4.	Болезни желудка
5.	Хирургические заболевания кишечника и брыжейки
6.	Хирургические заболевания печени и желчных путей
7.	Заболевания поджелудочной железы
8.	Заболевания ободочной кишки
9.	Заболевания органов грудной клетки
10.	Сердечно-легочная реанимация

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. Наличие изменений функций внутренних органов у пациентов, при которых гомеостаз не может поддерживаться без внешнего вмешательства называется синдромом _____ недостаточности

- А. полиорганной
- Б. энтеральной
- В. гемодинамической
- Г. Почечной

2. Показанием для проведения гемодинамической поддержки является

- А. ЦВД менее 5 см вод.ст.
- Б. АД более 100 мм рт.ст.
- В. ЧСС более 70 уд/мин.
- Г. Диурез более 3,5 мл/кг/ч

3. Для локальной бактериальной инфекции с нагноением тканей характерен

- А. лейкоцитоз
- Б. лейкопения
- В. эозинофилия
- Г. моноцитоз

4. Причиной иррадиирующей боли в животе является

- А. плеврит
- Б. холецистит
- В. аппендицит
- Г. панкреатит

5. Боль в нижних отделах живота слева характерна для

- А. дивертикулита
- Б. холецистита
- В. аппендицита
- Г. панкреатита

6. Боль в нижних отделах живота справа характерна для

- А. аппендицита
- Б. холецистита
- В. гастрита
- Г. панкреатита

7. Цианоз кожных покровов боковых отделов живота характерен для

- А. панкреатита
- Б. аппендицита
- В. холедохолитиаза
- Г. дивертикулита

8. Шум плеска, который выслушивается за счет наличия в желудочно-кишечном тракте одновременно жидкости и газа называется симптомом

- А. Склярова
- Б. Грея-Тернера
- В. Кивуля

Г. Кохера

9. Оценку тяжести острого панкреатита осуществляют с помощью шкалы

- А. BISAP
- Б. SOFA
- В. LODS
- Г. MODS

10. Жидкий зловонный дегтеобразный стул характерен для кровотечения из _____ кишки

- А. двенадцатиперстной
- Б. слепой
- В. прямой
- Г. сигмовидной

11. Наличие алой крови при пальцевом ректальном исследовании характерно для кровотечения из _____ кишки

- А. прямой
- Б. слепой
- В. двенадцатиперстной
- Г. тощей

12. Исчезновение печеночной тупости и наличие высокого тимпанита характерно для

- А. перфоративной язвы
- Б. холецистита
- В. аппендицита
- Г. Панкреатита

13. Для острой хирургической инфекции наиболее характерен _____ тип лихорадки

- А. гектический
- Б. постоянный
- В. ремиттирующий
- Г. перемежающийся

14. К первоочередным мероприятиям поддержания гемодинамики и, прежде всего, сердечного выброса относится _____ терапия

- А. инфузионная
- Б. инотропная
- В. диуретическая
- Г. седативная

15. Выделение крови из ануса характерно для

- А. хронического геморроя
- Б. острого парапроктита
- В. хронического парапроктита
- Г. эпителиальных копчиковых ходов

16. При обширном ранении прямой кишки целесообразно выполнить

- А. сигмостомию
- Б. цекостомию
- В. энтеростомию
- Г. резекцию прямой кишки

17. Критерием для оценки тяжести атак неспецифического язвенного колита является
- А. частота стула в сутки
 - Б. примесь слизи в кале
 - В. лейкоцитоз
 - Г. лимфоцитоз
18. При тяжелом течении НЯК и болезни Крона или в случае неэффективности сульфасалазина назначают
- А. кортикостероиды
 - Б. НПВС
 - В. пробиотики
 - Г. спазмолитики
19. Дисфагия, вызванная слишком большим размером пищевого комка, инородным телом или органическим сужением просвета пищевода различной этиологии называется
- А. механической
 - Б. динамической
 - В. двигательной
 - Г. запирающей
20. Внезапно возникшая дисфагия, сопровождающаяся болью во время глотания, слюнотечением, приступом удушья, регургитацией указывают на _____ пищевода.
- А. инородное тело
 - Б. ахалазию
 - В. стриктуру
 - Г. дивертикул
21. Период мнимого благополучия, когда происходит отторжение некротических тканей наступает в сроки _____ недель с момента ожога пищевода.
- А. 2-3
 - Б. 3-4
 - В. 5-6
 - Г. 7-8
22. Своевременно определить и подтвердить характер и степень повреждения грудной клетки и внутриплевральных органов позволяет
- А. рентгенография ОГК
 - Б. ЭКГ
 - В. ФЭГДС
 - Г. бронхоскопия
23. При отсутствии эффекта от пассивного дренирования плевральной полости в течение 3 суток достоверно выявить причину спонтанного пневмоторакса позволит
- А. торакоскопия
 - Б. бронхография
 - В. рентгенография ОГК
 - Г. бронхоскопия
24. Дополнительным достоверным способом дифференциальной диагностики перитонита является

- А. Лапароскопия
- Б. ФЭГДС
- В. УЗИ
- Г. ФКС

25. Наиболее частой причиной обтурационной кишечной непроходимости являются

- А. опухоли
- Б. инородные тела
- В. гельминты
- Г. желчные камни

26. Всем пациентам с подозрением на толстокишечную непроходимость рекомендуется проведение

- А. колоноскопии
- Б. ректороманоскопии
- В. аноскопии
- Г. гастроскопии

27. Методом позволяющим диагностировать перфоративную язву является

- А. пневмогастрография
- Б. УЗИ
- В. пальцевое исследование
- Г. эзофагоскопия

28. Биохимическим маркером острого панкреатита является повышение _____ крови.

- А. амилазы
- Б. билирубина
- В. мочевины
- Г. креатинина

29. Мелена (черный, дегтеобразный кал) характерна для кровотечения из _____ кишки.

- А. 12 перстной
- Б. прямой
- В. слепой
- Г. сгмовидной

30. Установлению причины обтурационной желтухи более всего способствует

- А. ретроградная холангиография
- Б. пероральная холецистография
- В. внутривенная холецистохолангиография
- Г. прямая спленопортография

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАНИЙ

1. Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди - множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень + 4 см от края реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: Эр. $2,7 \times 10^{12}$, Нб 88 г/л, Нт 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: в дистальном отделе пищевода темная кровь, сгустки.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Тактика ведения больной?
3. Методика постановки зонда Сентстакена-Блэкмора.
4. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза и каких?
5. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?

2. Больной В., 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика удовлетворительная. Стул - в ампуле прямой кишки кал черного цвета. В крови: Эр $3,5 \times 10^{12}$, Нб - 100 г/л.

Вопросы:

1. Выделите основной синдром
2. Интерпретируйте клинические и лабораторные данные.
3. Сформулируйте предположительный диагноз.
4. Составьте план исследований для подтверждения диагноза
5. Назначьте лечение

3. Больной С., 45 лет, доставлен через 3 суток после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи, черный жидкий кал. Больным себя считает с юности, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последний месяц, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема «Омепразола». Три дня назад заметил дегтеобразный стул, выросла слабость. Объективно общее состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные, пульс 100 в минуту, ритмичный, АД 100/60 мм. рт. ст. Живот не вздут, при пальпации безболезненный. Перистальтика

ослаблена. Ректально: мелена. В крови: Эр. 3,0 x 10/л, Нв - 94 г/л. При urgentной ФЭГДС: в желудке содержимое по типу «кофейной гущи». По передней стенке грубо деформированной луковицы 12 перстной кишки имеется глубокий дефект слизистой с подрытыми краями до 2,0 см в диаметре с крупным тромбированным сосудом в дне.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Оцените инструментальные и лабораторные методы обследования.
3. Тактика лечения и принципы консервативной терапии.
4. Оцените риск рецидива кровотечения.
5. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.

Зав. кафедрой хирургии и эндоскопии,
к.м.н., доцент



А.А. Васильев