

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО
Н.И. Свиридова

«27» июня 2024 г.

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета Института
НМФО

№ 18 от «27» июня 2024 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование: **Государственная итоговая аттестация**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.46**
Ревматология.

Квалификация (степень) выпускника: **врач-ревматолог**

**Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и
фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Шилова Л.Н.	Зав. кафедрой доцент	д.м.н./доцент	Госпитальной терапии, ВПТ. Внутренних болезней Института НМФО
2.	Черкесова Е.Г.	доцент	к.м.н.	Госпитальной терапии, ВПТ.
3.	Чернов А.С.	доцент	к.м.н./доцент	Внутренних болезней Института НМФО
4.	Бондаренко Е.А.	ассистент	к.м.н.	Госпитальной терапии, ВПТ.

Рассмотрена и одобрена на заседании кафедры внутренних болезней Института НМФО, протокол № 4 от 20.05.2024

Заведующий кафедрой внутренних болезней Института НМФО,
д.м.н., профессор

С.В. Недогода

Рецензент: заведующий отделением ревматологии ГУЗ ГКБСМП № 25, главный внештатный ревматолог Комитета здравоохранения Волгоградской области, к.м.н. Слюсарь О.П.

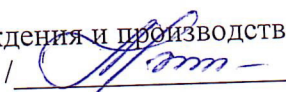
Рецензент: заведующий кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России д.м.н., профессор Елисеева Л.Н.

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 12 от 27.06 2024

Председатель УМК

/  / М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики

/  / М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО, протокол № 18 от 27.06 2024

Секретарь Ученого совета

/  / М.В. Кабытова

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа разработана в соответствии со следующими нормативными документами: Федеральным законом от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - ординатуры»; федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, приказа Министерства Образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 (Зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754) «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».

Итоговая (государственная итоговая) аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.46 Ревматология (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.46 Ревматология (далее – ФГОС ВО).

Итоговая (государственная итоговая) аттестация осуществляется итоговой (государственной) экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком. ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На ГИА отводится 108 часов (3 ЗЕ).

К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология.

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

Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговой (государственных) аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения итогового (государственного) экзамена и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ИЭК/ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ИЭК/ГЭК.

Перед итоговым / государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенным в программу экзамена.

2. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ

Цель государственной итоговой аттестации: установить соответствие знаний и умений выпускников ординатуры квалификационным требованиям, предъявляемым к специалистам соответствующего профиля, оценить сформированность у выпускника ординатуры универсальных и профессиональных компетенций:

универсальные компетенции (УК):

- готовность 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).

профессиональные компетенции (ПК):

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);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК4);

диагностическая деятельность:

- готовностью 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:

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

реабилитационная деятельность:

- готовностью 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:

- готовностью 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:

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

К сдаче государственной итоговой аттестации допускаются ординаторы, выполнившие программу подготовки и своевременно

предоставившие отчетные документы (отчетные ведомости, зачетный лист, аттестационные листы, дневники, приложения к дневнику практика).

3. ЭТАПЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

Время проведения ИГА исчисляется в соответствии с часовым поясом места расположения образовательной организации (МСК+1) и должно укладываться в период с 08.00 до 18.00 (за исключением форс-мажорных ситуаций). В случае пребывания обучающегося вне Волгоградской области (особенности реализации региональных ограничительных мероприятий) и наличия разницы часовых поясов, приводящей к тому, что фактическое время проведения ИГА обучающегося выходит за установленные временные рамки, обучающийся должен заблаговременно не менее, чем за 3 дня до ИГА обратиться в Управление подготовки в ординатуре для принятия решения о дате и времени проведения ИГА. При этом Управление подготовки в ординатуре доводит до сведения ординатора утвержденную дату и время проведения ИГА не позднее, чем за 2 дня до проведения ИГА.

Порядок и график проведения ИГА доводится до обучающихся и преподавателей заблаговременно посредством размещения информации в электронной информационной образовательной среде (далее – ЭИОС) ВолгГМУ в разделе «Ординатура».

Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «врач-ревматолог».

Итоговый (государственный) экзамен по специальности 31.08.46 «Ревматология» включает в себя:

- Тестовый контроль (I этап);
- Оценка практических навыков (II этап);
- Заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам) (III этап).

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

1 этап – тестовый контроль:

- используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат 1 этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет», если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет», если ординатор ответил менее, чем на 70% от 100 представленных ему тестов. Протокол результатов прохождения 1 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

2 этап – оценка практических навыков:

- оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой.

3 этап – заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам).

Ординатор, не сдавший один из двух первых этапов экзамена, не допускается к третьему этапу. Третий этап представляет проверку целостности профессиональной подготовки ординатора, уровня его компетентности в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

Результаты 2 и 3 этапов экзамена оцениваются по пятибалльной системе. Протокол результатов прохождения 2, 3 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 2, 3).

Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

«Отлично» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«Удовлетворительно» - дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

«Неудовлетворительно» – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не

приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

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

Неявка ординатора на государственную итоговую аттестацию без уважительной причины расценивается как неудовлетворительная оценка.

Уважительными причинами неявки на ГИА могут явиться: болезнь, другие объективные и субъективные обстоятельства, но лишь в случае их документального оформления и представления в управление подготовки медицинских кадров по ординатуре ИНМФО до конца рабочего дня накануне экзамена.

4. ПОРЯДОК ПОДВЕДЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ.

Все решения ГЭК оформляются протоколами (приложение 1,2, 3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

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

также подписывается секретарем итоговой (государственной) экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Института НМФО.

Отчет о работе ГЭК ежегодно докладывается на Ученом совете Института НМФО ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

5. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

5.1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОРДИНАТОРАМ ПО ПОДГОТОВКЕ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ.

Подготовка к итоговой (государственной итоговой) аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам и задачам, которые впоследствии войдут в экзаменационные билеты. В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную учебную и научную литературу, последние федеральные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний необходимо посещение ординаторами предэкзаменационных консультаций по вопросам, включенным в программу итогового / государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию, накануне экзаменов.

Содержимое ответов ординатора на итоговом / государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС высшего образования по специальности 31.08.46 «Ревматология». Ординатор выпускник должен продемонстрировать уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности. В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа на каждый вопрос. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логически. По своей форме ответ должен быть уверенным

и четким. Необходимо следить за культурой речи, и не допускать ошибок в произношении терминов.

5.2 ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РАЗДЕЛОВ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Общие вопросы ревматологии
- Методы диагностики ревматических заболеваний.
- Заболевания опорно- двигательного аппарата.
- Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей
- Острая ревматическая лихорадка и ревматические пороки сердца
- Системные заболевания соединительной ткани.
- Системные васкулиты.
- Болезни внесуставных мягких тканей.
- Методы лечения ревматических заболеваний.
- Отдельные проблемы в ревматологии: остеопороз, беременность и ревматические заболевания, ревматические маски онко- и других заболеваний.

5.3 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.46 «Ревматология» включает:

- задания в тестовой форме
- вопросы для оценки практических навыков (для II этапа ГИА)
- вопросы для собеседования (для III этапа ГИА)
- ситуационные задачи

5.3.1 ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ»

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ (ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СИНОВИАЛЬНОЙ ОБОЛОЧКИ) РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА:

- А) пролиферация синовиоцитов, фибробластов
- Б) лимфоцитарная, плазмноклеточная, макрофагальная инфильтрация
- В) отложение фибрина
- Г) ревматоидные узелки

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ВРАЧУ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ТИПИРОВАНИЕ НА

- А) Антиген HLA B7
- Б) Антиген HLA B27
- В) Антиген HLA DR4
- Г) Антиген HLA B5

ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРИТА

- А) эрозии
- Б) субхондральный склероз и остеофиты
- В) кистовидные просветления
- Г) остеолиз

ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А) синдрома Рейно
- Б) гелиотропной эритемы
- В) геморрагической сыпи
- Г) уртикарной сыпи

В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ

- А) повышенного уровня мочевой кислоты
- Б) антитела к цитрулинированному пептиду
- В) диспротеинемии

Г) анемии

В ДИАГНОСТИКЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ
ИМЕЕТ ОБНАРУЖЕНИЕ

А) повышенного уровня мочевой кислоты

Б) антитела к цитрулинированному пептиду

В) диспротеинемии

Г) анемии

КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А) телеангиэктазия

Б) проксимальная миопатия

В) поражение кишечника

Г) поражение почек

ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ МОЛОДОЙ
ЖЕНЩИНЫ С СИММЕТРИЧНЫМ АРТРИТОМ МЕЛКИХ СУСТАВОВ
КИСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВЕРСИЕЙ
БУДЕТ

А) ревматоидный артрит

Б) реактивный артрит

В) дерматополимиозит

Г) аортоартериит Такаясу

ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ
ОСТЕОАРТРИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

А) субхондральный склероз краевые остеофиты кисты в эпифизах костей

Б) субхондральный склероз краевые остеофиты неравномерное сужение
суставных щелей

В) неравномерное сужение суставных щелей узурсы суставных
поверхностей костей подвывихи суставов

Г) субхондральный склероз краевые остеофиты подвывихи суставов

У МУЖЧИНЫ 45 ЛЕТ РАЗВИЛСЯ РЕЦИДИВ ОСТРОГО АРТРИТА С СИЛЬНЫМИ БОЛЯМИ В I ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОМ СУСТАВЕ. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРЫХ СИМПТОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) аллопуринол
- Б) колхицин
- В) мелоксикам
- Г) хондроитин сульфат

ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ

- А) трансаминазы, клиренс креатинина, клинический анализ крови, состояние легких по данным рентгенографии
- Б) липидный профиль, иммунологический и серологический анализы крови, состояние миокарда по данным эхокардиографии
- В) гормональный анализ крови, суточную протеинурию, состояние печени и почек по данным ультразвукового исследования
- Г) комплексный иммуногистохимический профиль, трофобластический бета-1-гликопротеин, фенотипы лимфоцитов (основные субпопуляции)

ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сахарный диабет
- Б) подагра
- В) ИБС
- Г) инсульт в анамнезе

КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ИНДУКЦИИ РЕМИССИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ

- А) цитостатики и пеницилламин
- Б) нестероидные противовоспалительные препараты и пеницилламин
- В) глюкокортикостероиды и цитостатики
- Г) соли золота и цитостатики

ПРИ ТЯЖЕЛОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ
МЕТОТРЕКСАТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ
БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- А) инфликсимаб
- Б) циклофосфамид
- В) бозентан
- Г) абциксимаб

5.3.2 ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ II ЭТАПА ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ»

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

1. Методика обследования больного с суставной патологией: осмотр, пальпация суставов, измерение объема движений суставов; оценка суммарных показателей: счет припухших суставов, счет болезненных суставов.
2. Методика обследования больного с анкилозирующим спондилитом: определение подвижности в позвоночнике: проба Отта, проба Шобера, проба Форестье, проба Томайера, проба подбородок – грудина; определение ограничения дыхательной экскурсии грудной клетки, оценка симптомов для выявления сакроилиита.
3. Методика обследования больного с системными заболеваниями: физикальное обследование по органам и системам (аускультация, перкуссия, пальпация).
4. Использование и интерпретация индексов в ревматологии: ВАШ, DAS28 DAS4, BASDAI, BASFI, MASES и др.
5. Оценка лабораторных данных у больных ревматоидным артритом: клинических анализов крови, мочи; биохимических анализов крови, коагулограммы и др.; иммунологических тестов.

6. Оценка лабораторных данных у больных системной красной волчанкой: клинических анализов крови, мочи; биохимических анализов крови, коагулограммы и др.; иммунологических тестов.
7. Оценка лабораторных данных у больных системной склеродермией: клинических анализов крови, мочи; биохимических анализов крови, коагулограммы и др.; иммунологических тестов.
8. Запись, расшифровка и оценка ЭКГ.
9. Анализ результатов ЭХО-кардиографии.
10. Функция внешнего дыхания (проведение спирометрии и интерпретация результатов; проведение проб с бронходилататорами), пульсоксиметрия.
11. Методика проведения исследования и анализ рентгенограмм при основных заболеваниях суставного аппарата.
12. Специальные методы исследования суставов и мягких тканей: компьютерная томография; УЗИ; магнитно-резонансная томография.
13. Иммунологические методы исследования в ревматологии: определение РФ, АЦЦП, АНА, и других иммунологических показателей скринингового и диагностического поиска.
14. Методика проведения диагностической пункции суставов и интерпретация данных состава синовиальной жидкости.
15. Методика внутрисуставного введения препаратов.
16. Методика периартикулярного, паравертебрального введения препаратов.
17. Методика проведения периартикулярного введения ГК при поражении околосуставных мягких тканей.
18. Методика проведения денситометрии, показания и интерпретация результатов.
19. Определение плана обследования и лечения больного с суставной патологией.
20. Составление плана обследования и лечения больной с системной красной волчанкой.

21. Определение показаний и противопоказаний к назначению ГИБП при ревматоидном артрите, подготовка и мониторинг лечения.
22. Определение показаний и противопоказаний к назначению ГИБП при системных заболеваниях соединительной ткани, подготовка и мониторинг лечения.
23. Оказание экстренной помощи при неотложных состояниях (острой сердечно-сосудистой недостаточности, обмороках, гипертоническом кризе)
24. Оказание экстренной помощи при неотложных состояниях (остром нарушении мозгового кровообращения, нарушениях ритма и проводимости сердца и др)
25. Оказание экстренной помощи при неотложных состояниях в ревматологии (желудочно-кишечные кровотечения, «острый живот», острая кишечная непроходимость, печеночная кома).
26. Оказание экстренной помощи при неотложных состояниях при смежной патологии (пищевых токсикоинфекции (ботулизм, сальмонеллез, эшерихиоз, дизентерия, лямблиоз), пищевых аллергиях и др.)
27. Методика проведения, интерпретация и диагностическая оценка результатов эндоскопического метода исследования в ревматологии.
28. Методика проведения, интерпретация и диагностическая оценка результатов радиоизотопных методов исследования в ревматологии.
29. Методика проведения, интерпретация и диагностическая оценка результатов ультразвуковых методов исследования в ревматологии.
30. Оценка эффективности терапии, побочных эффектов назначенного лечения, проведение коррекции.
31. Составление листа питания, и владение основами лечебного питания
32. Назначение реабилитационных мероприятий
33. Определение вопросов трудоспособности больного (временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу).
34. Оформление необходимой медицинской документации (эпикризы,

истории болезни, амбулаторные карты и т.д.)

35. Проведение диспансеризации и оценка ее эффективности
36. Определение показаний и противопоказаний к проведению вакцинации больных с ревматической патологией.
37. Экстракорпоральные методы лечения в ревматологии.
38. Использование методов гипербарической оксигенации в ревматологии: показания, противопоказания, подготовка больных.

5.3.3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ III ЭТАПА ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ) ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ».

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ РЕВМАТОЛОГИИ

1. Организация специализированной ревматологической помощи населению.
2. Медицинская психология и деонтология в практике ревматолога.
3. История развития ревматологии: основные этапы развития, роль российских и зарубежных ученых в развитии ревматологической школы.
4. Медико-социальная экспертиза и трудовая реабилитация при ревматических заболеваниях.
5. Социально-экономическое значение экспертизы трудоспособности при ревматических заболеваниях.
6. Гериатрические проблемы в ревматологии. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата.
7. Принципы реабилитации больных ревматическими заболеваниями.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

1. Объективное обследование ревматологического больного.
Определение объема движений в суставах и позвоночнике.

2. Клинические методы исследования позвоночника.
3. Особенности интерпретации биохимических данных при РЗ. Клиническое значение отдельных биохимических показателей. Мониторирование результатов биохимических исследований на фоне терапии.
4. Иммунологическая диагностика в ревматологии: современные возможности, показания к исследованию, чувствительность и специфичность тестов.
5. Иммунологическая лабораторная диагностика РЗ: аутоантител, белков острой фазы воспаления, компонентов системы комплемента, иммуноглобулинов, ЦИК, криоглобулинов, маркеров активации клеточного иммунитета.
6. Инструментальные методы в диагностике ревматических заболеваний (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование): возможности метода, показания, диагностическая значимость.
7. Исследование синовиальной жидкости при ревматических заболеваниях: дифференциальные признаки при артритах различного генеза.
8. Рентгенологическое исследование опорно-двигательного аппарата. Норма и патология. Денситометрия.
9. Ультразвуковое исследование суставов, сосудов, внутренних органов. УЗИ исследование мягких тканей при РЗ.
10. Эхокардиографические изменения при вовлечение сердца у больных ревматическими изменениями.
11. Морфологические методы диагностики при ревматических заболеваниях.
12. Рентгенологическая картина поражения суставов с определением рентгенологической стадии заболевания (ревматоидный артрит, псориатический артрит).

13. Гистологическая диагностика ревматических заболеваний: возможности метода, показания к проведению, морфологические особенности при различных заболеваниях.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

1. Нестероидные противовоспалительные препараты в ревматологии (показания, тактика назначения, мониторинг безопасности).
2. Глюкокортикоиды в ревматологии: механизмы действия, показания, принципы назначения, мониторинг безопасности.
3. Генно-инженерная биологическая терапия в ревматологии: классификация препаратов, показания к назначению, мониторинг безопасности перед назначением.
4. Антибиотики в лечении ревматических заболеваний.
5. Антиостеопоротическая терапия при ревматических заболеваниях: показания и противопоказания.
6. Антикоагулянты в практике ревматолога.
7. Локальная терапия ревматических болезней: показания к проведению, противопоказания, мониторинг безопасности.
8. Немедикаментозные методы лечения в ревматологии (физиотерапевтические методы, лечебная физкультура, ортопедические пособия): показания, выбор метода.
9. Принципы реабилитации больных ревматическими заболеваниями.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА.

1. Поражение суставов. Алгоритм диагностического поиска у больного с суставным синдромом.
2. Ревматоидный артрит. Классификация. Основные синдромы. Патогенез системного аутоиммунного воспаления.

3. Ревматоидный артрит: диагностические критерии (ACR; EULAR/ACR), формулировка диагноза. Внесуставные (системные) проявления при ревматоидном артрите.
4. Методы оценки суставного синдрома при ревматоидном артрите (суставные индексы, индексы активности болезни, методы оценки функциональной активности больного).
5. Особенности серопозитивного и серонегативного ревматоидного артрита. Первичные клинические проявления.
6. Рентгенологическая, УЗИ, КТ, МРТ – диагностика ревматоидного артрита. Иммунологические исследования при ревматоидном артрите.
7. Принципы лечения ревматоидного артрита. Современные протоколы. Показания, противопоказания.
8. Пульс - терапия ревматоидного артрита. Показания. Противопоказания.
9. Принципы назначения базисного лечения при РА: мониторинг эффективности и безопасности.
10. Комбинированная терапия ревматоидного артрита: возможные комбинации, показания, контроль эффективности и безопасности.
11. Генно-инженерная биологическая терапия при ревматоидном артрите: показания назначению генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), оценка эффективности и безопасности.
12. Ювенильный идиопатический артрит: понятие, клиническая картина, дифференциальная диагностика с ювенильным ревматоидным артритом.
13. Ювенильный ревматоидный артрит: клиническая картина и методы диагностики.
14. Терапия ювенильного ревматоидного артрита.
15. Спондилоартропатии: этиология, патогенез, классификация и критерии постановки диагноза.

16. Анкилозирующий спондилит. Классификация. Патогенез. Клиника. Диагностика лабораторная, инструментальная.
17. Анкилозирующий спондилит: оценка активности заболевания, дифференцированный подход к терапии.
18. Лечение больных анкилозирующим спондилитом. Европейские рекомендации.
19. Псориатический артрит – этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
20. Псориатический артрит: оценка активности заболевания, принципы терапии.
21. Генно-инженерная биологическая терапия при анкилозирующем спондилите и псориатическом артрите: показания для назначения ГИБП, оценка эффективности и безопасности.
22. Воспалительные заболевания кишечника, ассоциированные со спондилитами: подходы к диагностике и терапии.
23. Реактивные артриты. Этиопатогенез. Клиническая картина.
24. Диагностика реактивных артритов. Классификационные критерии. Лечение.
25. Лаймская болезнь. Этиология. Эпидемиология. Классификация. Диагностика. Схема лечения болезни Лайма.
26. Микрористаллические артриты: понятие, классификация, клиническая картина, лечение.
27. Алгоритм дифференциальной диагностики больного с кристаллической артропатией. Особенности исследования синовиальной жидкости.
28. Подагра: патогенез, клиническая картина, диагностика.
29. Классификационные критерии острого подагрического артрита. Дифференциальная диагностика.

30. Подагра – принципы немедикаментозной и медикаментозной терапии. Противоподагрические средства – группы, механизм действия, показания и противопоказания.
31. Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция (пирофосфатная атропатия). Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз пирофосфатной артропатии. Лечение.
32. Остеоартрит - факторы риска, этиология и патогенез. Первичный и вторичный остеоартрит.
33. Остеоартрит: принципы терапии в зависимости от стадии поражения
34. Дегенеративные заболевания позвоночника. Распространенность и факторы риска. Этиология и патогенез. Клиническая картина.
35. Принципы лечения заболеваний, протекающих с суставным синдромом (базисное лечение, симптоматическое лечение, локальная терапия).
36. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при полиартрите.
37. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при неревматических заболеваниях (аллергические заболевания, метаболические нарушения, эндокринные, гематологические, неврологические, инфекционные, профессиональные заболевания, паранеопластический синдром, саркоидоз, периодическая болезнь, хронический активный гепатит),

ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ –

1. Алгоритм дифференциальной диагностики больного с заболеваниями соединительной ткани.
2. Системная красная волчанка: патогенез (генетические, гормональные и иммунорегуляторные факторы), классификация, клиническая картина. Диагностические критерии системной красной волчанки.

3. Поражение почек при системной красной волчанке – диагностика. Классификация люпус-нефрита. Критерии тяжести волчаночного нефрита. Подходы к терапии.
4. Особенности поражения нервной системы при СКВ. Принципы лечения.
5. Тактика ведения больной с системной красной волчанкой при беременности.
6. Системная красная волчанка: основные принципы лечения. Пульс-терапия: показания и противопоказания. Дифференцированная терапия системной красной волчанки.
7. Системная склеродермия – этиология, патогенез, клиника.
8. Системная склеродермия: принципы терапии.
9. Синдром Рейно: дифференциальная диагностика, лечение.
10. Легочная артериальная гипертензия при системных заболеваниях соединительной ткани – классификация, клиническая картина, диагностика.
11. Легочная артериальная гипертензия при системных заболеваниях соединительной ткани – диагностика и лечение.
12. Антагонисты рецепторов эндотелина -1 в лечении системной склеродермии.
13. Антифосфолипидный синдром: подходы к диагностике и лечению.
14. Болезнь Шегрена: этиология, патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика.
15. Диагностика: лабораторная, инструментальная при болезни Шегрена. Критерии болезни и синдрома Шегрена.
16. Лечение болезни Шегрена. Экстракорпоральная терапия.
17. Идиопатические воспалительные миопатии: эпидемиология, классификация, этиопатогенез.
18. Клиническая картина поли/дерматомиозита. Лечение дермато/полимиозита.

19. Клинико-иммунологические ассоциации идиопатических воспалительных миопатий.
20. Лабораторные, инструментальные методы диагностики. Дифференциальная диагностика идиопатических воспалительных миопатий.
21. Миозит, ассоциирующийся с системными заболеваниями соединительной ткани.
22. Миозит при злокачественных новообразованиях.
23. Инновационные технологии в лечении диффузных заболеваний соединительной ткани.
24. Понятие о перекрестном синдроме в ревматологии: возможные сочетания (системная склеродермия-полимиозит/дерматомиозит, Системная склеродермия- ревматоидный артрит, ревматоидный артрит- системная красная волчанка), принципы диагностики и терапии.
25. Ревматическая полимиалгия: этиология, патогенез. Клиническая картина, дифференциальная диагностика.
26. Ревматическая полимиалгия – клиника, диагностика, лечение.
27. Диффузный эозинофильный фасциит. Патогенез, классификация, клиника и лечение.
28. Рецидивирующий полихондрит. Определение. Этиология и патогенез. Клиническая картина.
29. Рецидивирующий полихондрит. Определение. Клиническая картина. Лабораторные данные. Лечение.

СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ

1. Системные васкулиты: определение, классификация, общие принципы диагностики и лечения.
2. Системные васкулиты: этиопатогенез. Патогенез АНЦА-васкулитов.
3. Узелковый полиартериит: этиология, патогенез, клиническая картина. Лабораторное, инструментальное обследование больных с узелковым полиартериитом. Принципы терапии.

4. Классификационные критерии микроскопического полиангиита - АНЦА-ассоциированного васкулита. Клиника. Лечение.
5. Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)- АНЦА-ассоциированный васкулит. Классификационные критерии. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Черджа- Строс) – АНЦА-ассоциированный васкулит. Классификационные критерии. Клиника. Лечение.
7. Современное лечение АНЦА-васкулитов. Новое в лечении. Экспертиза трудоспособности.
8. Геморрагический васкулит: определение, классификация, клиническая картина, диагностика. Лечение геморрагических васкулитов.
9. Криоглобулинемический васкулит: классификация, клиническая картина, подходы к терапии.
10. Аортоартериит Такаясу: патогенез, диагностика, клиническая картина, подходы к лечению.
11. Болезнь Бехчета: этиология, патогенез, клиническая картина, принципы диагностики и терапии.
12. Гигантоклеточный артериит: клиническая картина, диагностика, подходы к лечению.
13. Диффузный эозинофильный фасциит. Патогенез, классификация, клиника и лечение.
14. Базисная терапия системных васкулитов. Программная пульс-терапия системных васкулитов.
15. Цитостатическая терапия при системных васкулитах: показания, противопоказания, режим работы препаратов, контроль терапии цитостатиками.

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

1. Острая ревматическая лихорадка. Этиология и патогенез. Роль – гемолитического стрептококка группы А, значение иммунных механизмов и наследственной предрасположенности в развитии заболевания. Классификация ОРЛ. Клиническая картина.
2. Диагностика. Алгоритм дифференциальной диагностики острой ревматической лихорадки. Алгоритм лечения острой ревматической лихорадки.
3. Хроническая ревматическая болезнь сердца – диагностика, подходы к терапии и профилактике.
4. Инфекционный эндокардит. Этиопатогенез. Диагностические критерии. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика. Стандарты терапии.

БОЛЕЗНИ ВНЕСУСТАВНЫХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ -

1. Фибромиалгия: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, подходы к терапии.
2. Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей в области шеи и грудной клетки (синдромы верхней апертуры грудной клетки).
3. Комплексный региональный болевой синдром – классификация, диагностика и лечение
4. Панникулиты в практике ревматолога.
5. Рецидивирующий полихондрит. Определение. Этиология и патогенез. Клиническая картина.
6. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей в практике ревматолога (энтезопатии, тендиниты, тендовагиниты, бурситы, периартриты, лигаментиты, апоневризиты, панникулиты). Принципы диагностики и лечения.
7. Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей в области шеи и грудной клетки (синдромы верхней апертуры грудной клетки).

8. Заболевания околоуставных мягких тканей плечевого сустава: клиническая картина, диагностика, подходы к терапии.
9. Боли в нижней части спины: основные клинические синдромы, принципы дифференциальной диагностики и лечения.
10. Воспалительные миопатии: дифференциальная диагностика.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В РЕВМАТОЛОГИИ

1. Остеохондропатии (врожденная дисплазия бедра, синдром гипермобильности и др.): клиника, диагностика, лечение.
2. Остеопороз: классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Болезнь Педжета: клиника, диагностика, лечение.
4. Онкологические заболевания опорно-двигательного аппарата (хондрома, хондросаркома, остеосаркома и др.) и костные метастазы.
5. Посттравматические поражения (остеонекроз головки бедра, пятки, плеча, декомпрессионный остеонекроз)
6. Ревматические синдромы при иммунодефицитных заболеваниях.

5.3.4 ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, ВЫНОСИМЫЕ НА III ЭТАП ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ».

Ситуационная задача 1

Больной 49 лет жалуется на отёчность и сильную боль в I пальце левой стопы. Боль усиливается при малейшем прикосновении к суставу, из-за чего невозможно надеть на эту ногу обувь своего размера. Ходьба затруднена. Из анамнеза установлено, что заболел внезапно на фоне относительного благополучия. Ночью проснулся от нестерпимых болей в левой стопе, температура тела повысилась до 38,8. Накануне вечером в семье отмечали день рождения сына. Боли подобного характера в левой стопе были полгода назад. К врачу не обращался. По совету близких принимал диклофенак и вынужден был соблюдать постельный режим. Через 8 дней приступ благополучно закончился. Стопа вернулась к нормальному состоянию. В анамнезе мочекаменная болезнь. Неоднократно с мочой отходили конкременты желтовато-бурого цвета размером до 3 мм. Обследовался у уролога. По данным УЗИ камень в левой почке. Находится на диспансерном наблюдении по поводу гипертонической болезни. Объективно: повышенного питания, вес 95 кг при росте 175 см. В области хрящевой части ушной

раковины слева пальпируются плотные безболезненные белесоватые образования величиной 4х3 мм. Левый I плюсно - фаланговый сустав увеличен в объёме, отёчный, синевато-багрового цвета. Кожа над суставом блестит. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца ритмичные, приглушенные, ЧСС 92 в 1 мин. АД 190/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края рёберной дуги. Отёков нет. Лабораторные исследования общий анализ крови без особенностей; креатинин крови 180 мкмоль/л; мочева кислота 380 мкмоль/л, но по данным амбулаторной карты полгода назад – 520 мкмоль/л; холестерин 6,4 мкмоль/л; общий анализ мочи: уд. вес 1015, PH – 5,2, ураты в большом количестве, белок 0,05 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 2-3 в п/зр.

Вопросы к задаче:

1. Проведите дифференциальную диагностику суставного синдрома.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какое исследование позволит получить достаточный критерий для подтверждения диагноза.
4. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо провести в случае отсутствия достаточного критерия для верификации диагноза
5. Сформулируйте клинический диагноз с учётом коморбидности пациента.
6. Составьте план лечения (немедикаментозное и медикаментозное).
7. Диспансерное наблюдение при данном заболевании.

Ситуационная задача 2

Больной Ю., 53 года, предъявляет жалобы: на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Болеет с 35 лет, появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°C.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=150/100 мм рт.ст. ЧСС-74 уд./мин. ЧД-18 в мин. t-37,3°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: Симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера 65см, Форестье-22 см, проба подбородок-грудина-5см, экскурсия грудной клетки- 100-96 см (4 см).

Офтальмолог: без патологии (в пределах возрастной нормы).

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленений: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилеит, St 3.

ЭКГ: ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb 122 г/л, тромбоциты $220 \times 10^9/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: СРБ – 5мг/л, РФ - отриц., HLA-DR4 - отриц., HLA-B27-положителен.

Общий анализ мочи – норма.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Каков характер болевого синдрома у пациента?
3. Какие осложнения возможны у больных с данной патологией?
4. Назначьте лечение больному.

Ситуационная задача 3

Больная 42 лет, домохозяйка, в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад, после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястнофаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до $37,3^{\circ}C$. Боли в области сердца, сердцебиение, одышка. Домашнюю работу выполняет с трудом.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Пальпируются лимфатические узлы в подчелюстной области, подмышечные размером с горошину, плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ослабление I тона, систолический шум на верхушке. ЧСС – 96 в мин. АД = 130/80 мм рт.ст. Отмечается деформация вышеперечисленных суставов за счет экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны.

Общий анализ крови: лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, СОЭ 35 мм/час.

Биохимическое исследование крови: С-реактивный белок 25 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) – 127

Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен остеопороз, сужение суставной щели, единичные узур костей.

Вопросы:

1. Назовите развернутый клинический диагноз.
2. Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.
3. Ваш план лечения?

Ситуационная задача 4

Больная 56 лет, предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, I плюснефаланговом суставе стопы, дистальных межфаланговых суставах кистей, временами опухание коленных суставов.

Указанные явления, периодически усиливаясь, беспокоят много лет.

Объективно: повышенного питания, коленные суставы деформированы, в полости правого – небольшое количество выпота. При пальпации суставов во время движения – грубый хруст, активные и пассивные движения болезненны. Дистальные фаланги пальцев кисти искривлены у основания, где пальпируются твердые узелки. Незначительная атрофия мышц бедер. Сердце не увеличено, тоны приглушены, шумов нет. АД – 160/100 мм рт.ст. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, Hb 120 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, формула без особенностей, СОЭ 23 мм/ч.

С-реактивный белок 5 мг/л.

Рентгенография коленных суставов: суставная щель сужена, суставные поверхности неровные, субхондральный остеосклероз, остеофиты.

Мочевая кислота – 300 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?
3. Ваш план лечения.

Ситуационная задача 5

Больной 20 лет поступил с жалобами на общую слабость, постоянные тупые боли в области сердца, боли в коленных и голеностопных суставах и их припухлость. За 2 недели до этого перенес ангину.

Объективно: температура тела $38^{\circ}C$, припухлость коленных и голеностопных суставов, их гиперемия. Пульс = 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, четкий систолический шум на верхушке. Артериальное давление = 100/60 мм рт. ст. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 20 в мин.

Общий анализ крови: лейкоцитов – $10 \times 10^9/л$, СОЭ 34 мм/ч.

Биохимический анализ крови: СРБ 15 мг/л, АСЛ-О – 625 ед, ревматоидный фактор (РФ) – отриц.

ЭКГ: CLC-синдром (PQ=0,11 сек), снижение вольтажа зубцов, желудочковая экстрасистолия.

ЭхоКГ: неравномерное утолщение передней створки митрального клапана, ограничение подвижности задней створки. Увеличение амплитуды пульсации межжелудочковой перегородки.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение в соответствии со стандартами терапии данной патологии.

Ситуационные задача 6

Больная З., 23 лет, в течение последних 6-7 месяцев беспокоит слабость, выпадение волос. К врачу не обращалась. В последние 2 месяца усилилась слабость, присоединились боли в суставах (кистей, голеностопных), появилась небольшая одышка, отечность голеней, пастозность лица, периодически возникающие боли в области сердца, частое сердцебиение. Обратилась к врачу. Из анамнеза жизни – хр. пиелонефрит.

Объективно: кожные покровы бледноватые, чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца приглушены, аритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 95 в мин. АД = 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пальпируется край селезенки. Определяется пастозность голеней. Суставы внешне не изменены.

Общий анализ крови: эритроциты $3,05 \times 10^{12}/л$, Hb 95 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, СОЭ 60 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1010, белок – 1,5 г/л., лейкоциты – 8-9 в поле зрения, эритроциты – 10-12 в поле зрения.

При исследовании сыворотки крови: ЦИК – 3,0, АНФ ++, СРБ -10 мг/л, антитела к ДНК – 0,74 (N до 0,1).

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Назначьте план обследования.
3. Ваш план лечения в соответствии со стандартами терапии данной патологии.

Ситуационные задача 7

Больная М. 42 лет поступила с жалобами на слабость, снижение веса на 5-6 кг за 1, 5 месяца, чувство стягивания лица, онемение и покалывание пальцев рук, одышку при умеренной физической нагрузке, нарушение глотания твердой пищи. Боли в области суставов кистей и коленных суставов. Больна в течение 8 лет.

Объективно: пониженного питания, кожа в области кистей, предплечий, бедер плотная, в складку не собирается, отмечаются участки атрофии и индурации кожи. Объем движений в области мелких суставов кистей резко ограничен из-за явлений мышечной контрактуры. Обнаруживается укорочение дистальной фаланги 2 пальца правой кисти и дистальной фаланги 3 пальца левой кисти. Фаланги деформированы, имеют вид муляжных. Лицо амимично. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах выслушивается умеренное количество сухих хрипов. Тоны сердца аритмичные, приглушены, единичные экстрасистолы. Артериальное давление = 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени в пределах нормы.

Общий анализ крови: СОЭ – 30 мм/ч, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, Hb – 98 г/л, лейкоциты – $5 \times 10^9/л$. Общий анализ мочи норма.

Рентгенография пищевода: нарушение пассажа бария в виде замедления, сужение нижней трети пищевода. Рентгенография легких: явления диффузного пневмосклероза в нижних отделах легких. ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, желудочковые экстрасистолы.

Реовазография верхних конечностей: значительное снижение кровенаполнения сосудов предплечий и кистей.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для его подтверждения?
3. Ваш план лечения в соответствии со стандартами терапии данной патологии.
4. Назовите показания к госпитализации.

Ситуационные задача 8

Женщина 29 лет проходит обследование по поводу артериальной гипертензии. Жалобы на слабость, ухудшение зрения на левый глаз, «летучие» боли в крупных суставах. Во время письма возникает ощущение слабости и дискомфорта в руке, требующее отдыха. Объективно: обнаружена асимметрия пульса (слева пульс слабее) и АД (справа АД 180/100 мм рт.ст., слева 160/90 мм рт.ст.). Над брюшным отделом аорты выслушивается систолический шум.

Анализ крови: Нв - 113 г/л, лейкоц. - $5,4 \cdot 10^9$ /л, в формуле - 65 % нейтрофилов, СОЭ - 28 мм/ч.

Антинуклеарные антитела не выявлены. В б/х анализе крови - холестерин - 4.2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как объяснить слабость и дискомфорт в руке.
3. Какие инструментальные методы исследования наиболее информативны.
4. Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз артериальной гипертензии.
5. Тактика лечения.

Ситуационные задача 9

Больной, 18 лет. Месяц назад перенес острое респираторное заболевание. Принимал тетрациклин. При этом отмечал боль в коленных суставах с припуханием, геморрагические высыпания на коже голеней, которые исчезли после отмены тетрациклина. Через 2 нед. в связи с субфебрилитетом возобновил прием тетрациклина, после чего состояние резко ухудшилось: повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$, появились сливные геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, головная боль. Через 2 дня присоединились резкие схваткообразные боли в животе. Стул 30 раз с примесью крови, повторная рвота цвета "кофейной гущи". Объективно:

бледен, истощен. На коже множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы увеличены в объеме, движения болезненны. Живот втянут, резкая болезненность при пальпации, имеются симптомы раздражения брюшины. Анализ крови: Нв-80 г/л, Лейкоциты- $27,6 \times 10^9$ /л, п/я-17%, СОЭ 54 мм/ч. Анализ мочи- уд. вес 1015, белок. 0,9 г/л, эритроциты- 50-60 в поле зрения.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Как объяснить рвоту цвета "кофейной гущи"?

Ситуационные задача 10

68-летний мужчина жалуется на сильные головные боли, скованность в шейном отделе позвоночника, боли и слабость мышц плечевого пояса, боли в мышцах тазового пояса и затруднение при вставании со стула. Головные боли возникли около 2 месяцев назад, мало поддавались действию анальгетиков и НПВС. Температура тела 37,4. При внешнем осмотре извитой болезненный тяж в области левого виска, АД 130/80 мм рт.ст. Внешне суставы не изменены, сила проксимальных мышц конечностей снижена. Рентгенография шейного отдела позвоночника выявила признаки остеохондроза. В общем анализе крови Нв 140г/л; лейкоциты - 8,0 тыс; СОЭ 48 мм/час. Анализ на ревматоидный фактор отрицательный, антинуклеарные антитела не обнаружены.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационные задача 11

Больная 34 года, инвалид II группы. Беспокоят боли в мелких суставах кистей, стоп, утренняя скованность в течение всего дня. Больна 4 года. Появились боли и припухлость в мелких суставах, температура 37,8-38 С. Через 6 месяцев от начала заболевания изменилась форма мелких суставов, нарастала тугоподвижность в них.

Объективно: увеличены подчелюстные и подмышечные лимфоузлы, деформация всех проксимальных межфаланговых суставов. В легких - дыхание жесткое. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 110 уд. в мин. АД = 120/80 мм рт. ст.

Общий анализ крови: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, Hb 100 г/л, лейкоциты $5,4 \times 10^9/л$, СОЭ 40 мм/час.

Кровь на СРБ 15 мг/л.

Общий анализ мочи: уд.вес – 1015, белок – 0,86 г/л, эритроциты 10-15 в поле зрения, лейкоциты – единичные в поле зрения.

Р-гр. кистей: резко выраженный остеопороз, сужение суставных щелей в обоих лучезапястных суставах, видны множественные костные эрозии.

Вопросы:

Какой механизм развития анемии у больной?

Поставьте развернутый диагноз.

Назначьте план обследования в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

Ваш план лечения в соответствии со стандартами ведения больных с данной патологией.

Ситуационная задача 12

Пациент К. 20 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли и припухлость в области правого коленного сустава. На светобоязнь и снижение зрения в левом глазу, периодическое повышение температуры до 37.6 градуса. Выше перечисленные симптомы беспокоят около 3-4 недель. При осмотре правый коленный сустав увеличен в объеме, теплый, чувствительный при пальпации. Остальные суставы без видимой патологии.

Левый глаз полуприкрыт, слезится, имеет инъецированные сосуды.

В полости рта 3 безболезненных язвочки по 2-3 мм.

Офтальмолог диагностировал левосторонний увеит.

На рентгенограмме илиосакральных сочленений – левосторонний сакроилиит.

На рентгенограмме коленных суставов патологии не выявлено.

По УЗИ левого коленного сустава – явления синовита и избыточное количество синовиальной жидкости.

СОЭ 37мм/ч, гемоглобин 109г\л.

В мазках из уретры обнаружена Ur. Urealiticum

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.
3. Поражение глаз требует ли специальной терапии?
4. Какова длительность базисной терапии при этом заболевании?

Ситуационная задача 13

Пациент С. 42 лет, обратился в клинику с болями в области крестца, которые иррадиируют в правую ягодицу, боли беспокоят в основном по ночам или во время отдыха. Болевой синдром нарушает сон, требует просыпания и изменения положения тела в кровати. Периодически беспокоит субфебрилитет. Так же беспокоят не ярко выраженные боли в 3 пальце левой стопы.

Из анамнеза – проявлений псориаза не выявлено.

При осмотре - Кожа чистая, в области пяток и подошв определяется гиперкератоз. Болезненна при пальпации правая илиосакральная область. Функциональные пробы характерные для анкилозирующего спондилита выполняет свободно. При осмотре левой стопы обнаружен увеличенный в объеме весь 3 палец, палец болезненный при пальпации, имеет несколько гиперемизированную окраску. При аускультации сердца определяется диастолический шум в области аорты.

Объективное обследование: МРТ илиосакральных сочленений – односторонний сакроилиит справа. УЗИ стопы – дактилит 3 пальца левой стопы. ЭХОкг – незначительная недостаточность аортального клапана, расширение восходящего отдела аорты.

Лабораторные данные: СОЭ 44 млм/ч, СРБ 100, иммуноглобулины G к хламидиям 5.45,

Мазки из уретры к хламидиям отрицательны.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Чем можно объяснить изменения на ЭХОкг и при аускультации?
3. Назначьте лечение данному пациенту

Ситуационная задача 14

Больная 44 лет, предъявляет жалобы на боль в коленных суставах, лучезапястных суставах обеих кистей, отечность суставов, похудела на 10 кг за 3 месяца.

Указанные жалобы беспокоят 4 месяца.

Объективно: в области лучезапястных суставов отмечаются явления экссудации, больше справа, коленные суставы не деформированы. Сила сжатия в кистях немного снижена справа.

Сердце не увеличено, тоны ясные, ритмичные, шумов нет. АД – 130/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=18 в мин. Край печени пальпируется на уровне реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: эритроциты $3,2 \times 10^{12}/л$, Hb 90 г/л, лейкоциты $5,2 \times 10^9/л$, формула без особенностей, СОЭ 63 мм/ч.

С-реактивный белок 25 мг/л.

Рентгенография кистей: отмечается околосуставной остеопороз, узур не выявлены

Рентгенография коленных суставов: суставная щель сужена, суставные поверхности ровные, субхондральный остеосклероз.

Мочевая кислота –300 мкмоль/л.

Вопросы:

Какой наиболее вероятный диагноз?

Между какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальную диагностику?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ваш план лечения.

Ситуационная задача 15

Больной Ю., 53 года, предъявляет жалобы: на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Болеет с 35 лет, появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°C.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=150/100 мм рт.ст. ЧСС-74 уд./мин. ЧД-18 в мин. t-37,3°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: Симптом Кушелевского I,II - положительна, проба Томайера 65см, Форестье-22 см, проба подбородок-грудина-5см, экскурсия грудной клетки-100-96 см (4 см).

Офтальмолог: без патологии (в пределах возрастной нормы).

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленений: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилеит, St 3.

ЭКГ: ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка.

Общий анализ крови: эритроциты 4,2х12/л, Hb 122 г/л, тромбоциты 220х103/л, лейкоциты 10х109/л, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: СРБ – 5мг/л , РФ - отриц., HLA-DR4 - отриц., HLA-B27-положителен.

Общий анализ мочи – норма.

Вопросы:

Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.

Каков характер болевого синдрома у пациента?

Какие осложнения возможны у больных с данной патологией?

Назначьте лечение больному

6. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ».

Основная литература

Насонов, Е. Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4261-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442616.html>

Усанова, А. А. Ревматология: учебное пособие / А. А. Усанова [и др.]; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453032.html>

Дополнительная литература

Анкилозирующий спондилит : учебное пособие / Е. В. Капустина, Т. Ю. Большакова, П. А. Шестерня [и др.]. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2019. — 70 с. — Текст: электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/131415>

Бадочкин, В. В. Ревматология. Клинические лекции / под ред. проф. В. В. Бадочкина - Москва : Литтерра, 2014. - 592 с. - ISBN 978-5-4235-0123-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501235.html>

Иммунодепрессивные препараты в терапии ревматических заболеваний : учебное пособие / составитель Н. Н. Политова. — Киров : Кировский ГМУ, 2016. — 67 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/136068>

Каган, И. И. Клиническая анатомия сердца : иллюстрированный авторский цикл лекций / Каган И. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4805-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448052.html>

Котенко, К. В. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - 560 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5232-5. - Текст :

электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452325.html>

Котенко, К. В. Боль в спине : диагностика и лечение / К. В. Котенко [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-3861-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438619.html>

Левчук, И. П. Поражения кожи при болезнях внутренних органов : иллюстрированное руководство для врачей / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-5379-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453797.html>

Общая врачебная практика (семейная медицина). Сборник ситуационных задач по внутренним болезням и другим частным вопросам : учебное пособие / О. С. Кобякова, Е. В. Немеров, И. В. Захарова [и др.]. — Томск : СибГМУ, 2018. — 93 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/113543>

Остеопороз у детей и подростков : учебно-методическое пособие / составители : Н. Г. Киселева Т. Е. Таранушенко. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2018. — 46 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/131472>

Ревматоидный артрит : учебное пособие / И. В. Демко, А. Ю. Крапошина, И. А. Соловьева [и др.] ; под редакцией И. В. Демко. — Красноярск : КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 2017. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/131386>

Сахин, В. Т. Анемия хронических заболеваний / под общ. ред. Крюкова Е. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-5923-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459232.html>

Спондилоартриты : учебное пособие / О. В. Симонова, Е. Н. Сухих, Л. А. Смирнова [и др.]. — Киров : Кировский ГМУ, 2020. — 83 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/175362>

¹ Изменения в учебно-методическом и информационном обеспечении дисциплины утверждены на кафедральном заседании (протокол №4 от 20.05.2024 г.)

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

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

В том числе:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
http://lib.volgmed.ru	Свободный доступ
http://elibrary.ru	Свободный доступ
http://www.scopus.com	Свободный доступ
http://www.studentlibrary.ru	Свободный доступ
http://e.lanbook.com	Свободный доступ

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного
тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного
тестирования - _____

Оценка _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____
сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(II этап ГИА - практические навыки)

(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК:

/ФИО/.

Члены государственной

экзаменационной комиссии:/ФИО/

Секретарь подкомиссии:/ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____

2. _____

3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ № _____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(III этап ГИА – устное собеседование)

(наименование специальности)

« _____ » _____ 20 ____ г.

Присутствовали:

Председатель ГЭК: _____ /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: _____ /ФИО/

Секретарь подкомиссии: _____ /ФИО/

Экзаменационный билет № _____

Вопросы:

1. _____

2. _____

3. _____

Постановили:

Признать, что ординатор _____

сдал государственный экзамен с оценкой: _____

Председатель ГЭК _____ / _____ /

Секретарь ГЭК _____ / _____ /