



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации	
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.41 Медико-социальная экспертиза
Квалификация (специальность)	врач-медико-социальный эксперт
Форма обучения	очная

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик (и): кафедра госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Якушин Сергей Степанович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Лыгина Елена Владимировна	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	доцент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Филиппов Евгений Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Кирюшин Валерий Анатольевич	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры  
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

## Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 № 13 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.41 Медико-социальная экспертиза»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Программа государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) разработана в соответствии с требованиями приказа Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»; приказа Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры; ФГОС ВО по специальности 31.08.41 Медико-социальная экспертиза, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.01.2023 № 13; Основной профессиональной образовательной программой высшего образования по специальности 31.08.41 Медико-социальная экспертиза.

Государственный экзамен по специальности 31.08.41 Медико-социальная экспертиза включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

## **1. Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:**

### I. Общие вопросы медико-социальной экспертизы:

1. Нормативно-правовая база МСЭ: законы, подзаконные акты, ведомственные нормативные документы. Основные термины и понятия в медико-социальной деятельности. Организация и деятельность федеральных учреждений МСЭ.

2. Правила признания лица инвалидом. Форма направления на МСЭ. Процедура МСЭ.

3. Реабилитация и абилитация инвалидов. Документы, заявления, формы МСЭ.

4. Классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ.

### II. Медико-социальная экспертиза при отдельных заболеваниях:

1. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях внутренних органов: болезни системы кровообращения, сосудов, крови.

2. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях внутренних органов: болезни органов дыхания, пищеварения, мочевого выделения.

3. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях внутренних органов: болезни обмена веществ и внутренней секреции, соединительной ткани, костно-мышечной системы и ОДА.

4. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях внутренних органов: в неврологии, онкологии, травматологии и хирургии.

5. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при других заболеваниях. Теоретические и организационно методические основы медико-социальной экспертизы детей и подростков и реабилитация детей-инвалидов.

## **2. Примеры тестовых заданий:**

Необходимо указать один правильный ответ или утверждение.

### **1. На медико-социальную экспертизу направляются:**

- a) любые граждане по их заявлению
- b) только лица пенсионного возраста
- c) граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите
- d) только трудоспособные граждане

### **2. В штатный норматив бюро МСЭ входят:**

- a) специалисты, принимающие экспертное решение (3 врача различных специальностей)
- b) специалист по реабилитации
- c) специалист по социальной работе
- d) психолог

### **3. Стойкая нетрудоспособность или инвалидность – это:**

- a) постоянная или длительная, полная или частичная потеря трудоспособности
- b) временная потеря трудоспособности
- c) увечья и болезни
- d) различные травмы

### **4. Инвалид — это:**

- a) человек, наблюдающийся с хроническим заболеванием в поликлинике
- b) лицо, навсегда или на длительное время, потерявшее трудоспособность частично или полностью в результате болезни или травмы
- c) травмированный пациент
- d) нетрудоспособный гражданин

### **5. КЭК организуется в поликлиниках при наличии в их штате:**

- a) не менее 15-ти врачей
- b) не более 100 врачей
- c) не менее 10-ти врачей

- d) не менее 3-х врачей

**6. К основным критериям жизнедеятельности относятся все, кроме:**

- a) трудоспособность  
b) самообслуживание  
c) обучение  
d) общение

**7. На какое число населения организуется бюро МСЭ:**

- a) на 50-60 тыс. человек  
b) на 70-80 тыс. человек  
c) на 70-90 тыс. человек  
d) на 100 тыс. человек

**8. В задачи врачебной экспертизы трудоспособности входит:**

Выберите один ответ:

- a) определение лечения и режима, необходимых для восстановления и улучшения здоровья человека.  
b) определение степени и длительности нетрудоспособности, наступившей вследствие заболевания, несчастного случая или других причин  
c) рекомендация наиболее рационального и полного использования труда лиц с ограниченной трудоспособностью без ущерба для их здоровья  
d) выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности и направление таких больных на медико-социальную экспертную комиссию

**9. Реабилитация — это:**

- a) комплекс медицинских мероприятий, направленных на восстановление социального статуса больных  
b) система медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных и др. мероприятий  
c) деятельность коллектива медицинских, социальных работников и педагогов  
d) комплекс социально-психологических мероприятий, направленных на восстановление социального статуса

**10. Реабилитация направлена:**

- a) на борьбу с факторами риска  
b) на предупреждение возникновения заболеваний  
c) на возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности  
d) на возвращение к профессии

**3. Примеры ситуационных задач:**

**Ситуационная задача**

Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на постоянный кашель с трудно отделяемой слизисто-гноющей мокротой, повышение температуры тела до 37,8 °С, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, снижение аппетита, сонливость.

С 20 лет стал впервые отмечать появление частого приступообразного кашля, особенно в ночное время и по утрам, с отделением слизистой, вязкой, трудно отделяемой мокроты. Со временем стал часто болеть простудными, вирусными заболеваниями, на фоне которых усиливался кашель, беспокоивший больного не только ночью и по утрам, но и в течение дня. Появлялись слизисто-гноющая мокрота, чувство заложенности в груди, которое не расценивалось больным как одышка. У пациента высшее образование, технолог пищевой промышленности, женат, имеет ребенка 11 лет. С раннего детства рос болезненным ребенком, частые острые респираторные вирусные инфекции, бронхиты, пневмонии. Ухудшение состояния отмечает в течение последнего года. Обострения стали протекать более тяжело, появилась одышка при умеренной физической нагрузке. Дважды лечился амбулаторно, 1 раз в стационаре. Курит с 16 лет по 15-20 сигарет в день, с 20 лет

диагностирован хронический бронхит (ХБ). У младшего брата, 20 лет, который не курит, имеются одышка при умеренной физической нагрузке и схожий анамнез развития болезни.

Состояние пациента средней тяжести, умеренно выражен диффузный цианоз, отеки отсутствуют, активен, нижние границы легких опущены, коробочный перкуторный звук, выдох удлинен, звучные сухие хрипы на выдохе с обеих сторон. Сердце: ЧСС 90 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст., верхушечный толчок не определяется, границы не изменены, тоны ослаблены, выслушивается акцент II тона над легочной артерией. При обследовании других органов патологии не выявлено.

Результаты обследования

ФВД: ОФВ1 50% должного, тест Тифно 54% должного, ДН II степени.

Рентгенография: имеются признаки выраженной эмфиземы легких. Данных о наличии осложнений при обострении ХОБЛ нет.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС 91 в минуту.

Допплер-ЭхоКГ: систолическое давление в легочной артерии 50 мм рт. ст., имеются незначительные признаки гипертрофии правых отделов сердца.

Анализ крови: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз -  $9,8 \times 10^9$  г/л, Эритроциты -  $5,6 \times 10^{12}$  г/л. СОЭ 20 мм/ч, гемоглобин - 21 г/дл; анализ мочи без патологии. СРБ (+++), фибриноген 560 мг%, мокрота слизисто-гнойная. После проведенного курса лечебно-реабилитационных мероприятий в течение месяца наметилась тенденция улучшения клинического течения заболевания и самочувствия пациента.

Диагноз "хроническая обструктивная болезнь легких, обострение, II стадия. Дыхательная недостаточность I-II степени. II степень (умеренная) нарушения легочного кровообращения".

Какова тактика врача-эксперта?

**Ситуационная задача**

Пациент, 65 лет, инвалид III группы по общему заболеванию. При поступлении в клинику беспокоят кашель, мокрота слизисто-гнойного характера, повышение температуры тела до 38 °С, одышка при обычной физической нагрузке, выраженная слабость, снижение аппетита, плохой сон, головная боль. Из анамнеза: на 3-й день после острого респираторного заболевания был озноб с постепенным развитием указанных выше симптомов, госпитализирован. В течение 20 лет беспокоит кашель вначале по утрам, далее в ночное время, в течение дня с мокротой слизистой, вязкой, в период обострений слизисто-гнойной. В последние годы тяжелые обострения учащаются до 5-6 раз в год, присоединяется постепенно нарастающая одышка: вначале при значительной физической нагрузке, затем при обычных, бытовых нагрузках. Около 5 лет беспокоят приступы стенокардии, в настоящее время при умеренной физической нагрузке, при подъеме по лестнице на 1-2 проема. Периодически после нагрузок к вечеру отеки стоп, голеней. В раннем детстве рос болезненным ребенком - респираторные вирусные заболевания, гайморит, бронхит, пневмонии. Курит с 19 лет около 20 сигарет в день, работает на стройке, газосварщик. После проведенного лечения (ЛН стационар, поликлиника - 40 дней), общее самочувствие улучшилось, несколько уменьшилась одышка, приступы стенокардии не беспокоят.

Обследование: нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, эритроциты  $7,9 \times 10^{12}$ , гемоглобин 23 г/дл, гематокрит 58%, мокрота слизисто-гнойная. СРБ (++++) , фибриноген 650 мг%, тромбоциты  $320 \times 10^9$  г/л.

ФВД: ОФВ1 35%, тест Тифно 47% должного. Допплер-ЭхоКГ, систолическое давление в легочной артерии 82 мм рт.ст., признаки гипертрофии миокарда правых отделов, умеренная дилатация правого желудочка, гипертрофия миокарда левого желудочка, фракция выброса (ФВ) - 65%. Рентгенография: признаки выраженной эмфиземы легких.

Диагноз "хроническая обструктивная болезнь легких, обострение, тяжелое течение. Нарушение легочного кровообращения III-IV степени. Дыхательная недостаточность II-III степени. Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III ФК. Недостаточность кровообращения I степени (II ФК), атеросклеротический кардиосклероз".

Какова тактика врача-эксперта?

### **Ситуационная задача**

Пациентка (63 года, инвалид II группы) в течение 2 лет наблюдалась у врача и регулярно проходила реабилитационные мероприятия: медикаментозные и немедикаментозные по заболеванию "остеоартроз 2 коленных суставов". Улучшение было кратковременным. Пациентка вновь обратилась в лечебное учреждение с жалобами на постоянные боли в коленных суставах ночью и при ходьбе, усиливающиеся при движении. При ходьбе пользуется тростью, костылями. При осмотре: коленные суставы припухшие, больше справа; при пассивном движении резкая болезненность в правом суставе. Передвигаться без посторонней помощи не может, хромота.

Рентгенография правого и левого коленных суставов. На рентгенограммах правого и левого коленных суставов в 2 проекциях определяется выраженное сужение суставных щелей, преимущественно с медиальной стороны. Субхондральные поверхности замыкательных пластинок склерозированы и деформированы с появлением краевых костных образований суставных поверхностей. Отмечаются заострение и удлинение межмыщелковых бугорков большеберцовых костей за счет формирующихся остроконечных остеофитов, а также верхне- и нижневнутренних краев надколенников с формированием обызвествления и окостенения передневерхнего края надколенника. Костно-травматических и деструктивных изменений не выявлено, имеется контрактура правого коленного сустава.

Заключение. Дегенеративно-дистрофические изменения правого и левого коленных суставов с признаками деформирующего гонартроза III степени. Лигаментоз крестовидных связок большеберцовых костей.

Рентгенологические изменения - II-III стадии. Нарушения СДФ стойкие, значительно выраженные.

Клинико-функциональный диагноз больной: "Первичный остеоартроз 2 коленных суставов, течение, быстро прогрессирующее с частыми обострениями (синовитами), рентгенологическая стадия - III. Стойкие выраженные нарушения функции суставов".

В бюро МСЭ поступили документы больной и ее личное заявление для проведения МСЭ.

Какова тактика врача-эксперта?

#### **Критерии итоговой оценки междисциплинарного государственного экзамена:**

- оценки «отлично» заслуживает выпускник, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, демонстрирующий клиническое мышление, владеющий современными методами диагностики, принципами лечения, реабилитации больных, оказанием неотложной помощи при угрожающих жизни ситуациях, умеющий ориентироваться в профессиональной среде, вести аргументированную дискуссию.

- оценки «хорошо» заслуживает выпускник, обнаруживший полные знания учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные экзаменом задания, владеющий на достаточном уровне сформированности компетенциями в области всех видов деятельности, определенных ФГОС ВО.

- оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, обнаруживший знания учебно-программного материала в объёме, необходимом для дальнейшей профессиональной деятельности, но допускающий неточности в отдельных видах заданий, предусмотренных программой экзамена, имеющий слабое развитие отдельных компетенций, владеющий на уровне пороговой сформированности компетенциями.

- оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой экзамена заданий; у выпускника не сформированы компетенции, характеризующие профессиональную деятельность акушера-гинеколога.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.