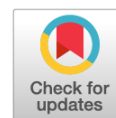


© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1,2,3}, С.А. Чандирли³, О.Т. Богова³, В.Н. Потапов³,
Т.А. Хлудеева⁴, В.В. Филиппов⁵



ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ТЕКУЩЕЙ АТТЕСТАЦИИ ФОС, ОЦЕНИВАЮЩИЕ ХОД ОСВОЕНИЯ ОРДИНАТОРАМИ РАЗДЕЛОВ И ТЕМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

¹ ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Российская Федерация

² ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

³ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва, Российская Федерация

⁴ Центральный банк Российской Федерации (Банк России), Москва, Российская Федерация

⁵ ГБУ МО «Красногорская городская больница № 1», Красногорск, Российская Федерация

Необходимость разработки методов оценки качества образовательных программ высшего профессионального образования приобретает в настоящее время актуальность, что вызывает потребность в формировании фонда оценочных средств (ФОС), обладающих структурой, составом и целостностью. Цель — разработать тестовые задания текущей аттестации ФОС для оценки хода освоения ординаторами разделов и тем учебной дисциплины (модуля) «Медико-социальная экспертиза».

Ключевые слова: *тестовые задания, медико-социальная экспертиза, медико-социальная реабилитация, аттестации ФОС.*

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Хлудеева Т.А., Филиппов В.В. Тестовые задания текущей аттестации ФОС, оценивающие ход освоения ординаторами разделов и тем учебной дисциплины (модуля) «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация». *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(2):40–60. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48944>

Для корреспонденции: Чандирли Севда Айдыновна, доктор медицинских наук, доцент кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России; адрес: 125993, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1; e-mail: cha-seva2@yandex.ru

S.N. Puzin^{1,2,3}, S.A. Chandirli³, O.T. Bogova³, V.N. Potapov³, T.A. Khludeeva⁴, V.V. Filippov⁵

TEST TASKS OF THE CURRENT FOS CERTIFICATION THAT PROVIDE ASSESSMENT OF THE PROGRESS OF RESIDENTS' DEVELOPMENT OF SECTIONS AND TOPICS OF THE ACADEMIC DISCIPLINE (MODULE) «MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION»

¹ Federal Scientific Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation, Moscow, Russian Federation

² Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

³ Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow, Russian Federation

⁴ Central bank of Russian Federation (Bank of Russia), Moscow, Russian Federation

⁵ Krasnogorskii State Hospital № 1, Krasnogorsk, Russian Federation

The need to develop methods for assessing the quality of educational programs of higher professional education is currently becoming relevant, which causes the need to form a Fund of assessment tools (FOS) that have a structure, composition and integrity. Develop test tasks for the current FOS certification that provide assessment of the progress of residents' development of sections and topics of the discipline (module) "Medical and social expertise".

Key words: *test tasks, medical and social expertise and medical and social rehabilitation, FOS certifications.*

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Bogova OT, Potapov VN, Khludeeva TA, Filippov VV. Test tasks of the current FOS certification that provide assessment of the progress of residents' development of sections and topics of the academic discipline (module) "Medical and social expertise and medical and social rehabilitation". *Medical and social examination and rehabilitation*. 2019;22(2):40–60. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48944>

For correspondence: Chanderli Sevda Aydynovna, MD, Associate Professor of the Department of geriatrics and medical and social expertise, Russian medical Academy of continuing professional education, Ministry of health of Russia; address: Barricadnaya str., 2/1, 125993, Moscow, Russia; e-mail: cha-seva2@yandex.ru

Received 01.03.2019

Accepted 29.05.2019

Список сокращений

БМСЭ — бюро медико-социальной экспертизы	МСЭ — медико-социальная экспертиза
ДН — дыхательная недостаточность	ХБП — хроническая болезнь почек
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота	ХСН — хроническая сердечная недостаточность
МКБ — международная классификация болезней	ЧС — чрезвычайная ситуация

СОДЕРЖАНИЕ ТЕСТОВОГО ЗАДАНИЯ

(Инструкция: выберите один правильный ответ)

Теоретические основы социальной гигиены и общественного здоровья

1. Назовите основные проблемы, изучаемые медико-социальной гигиеной:
а) теоретические и организационные основы здравоохранения
б) теоретические и организационные основы естественных наук
в) изучение потребностей населения в медицинской помощи
Ответ: а.
2. Назовите критерии здоровья человека:
а) отсутствие болезней
б) совокупность психологических, психических и физических факторов/причин, позволяющих человеку качественно проживать свою жизнь
в) гармония души и тела
г) отсутствие обращаемости за медицинской помощью
Ответ: б.
3. Какими показателями определяется уровень социального здоровья человека:
а) качеством медицинской помощи
б) уровнем удовлетворения социальных потребностей
в) жилищными условиями
г) материальным обеспечением
Ответ: в.
4. Перечислите основные цели развития здравоохранения на современном этапе:
а) повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации
б) формирование здорового образа жизни населения
Ответ: а.
5. Назовите виды медицинских экспертиз:
а) экспертиза эпидемиологического очага
б) медико-социальная экспертиза (МСЭ)
в) медико-профессиональная экспертиза
г) медико-биологическая экспертиза
Ответ: б.
6. Какие социальные проблемы могут быть у инвалидов:
а) наличие «барьеров» для социальной адаптации и интеграции в общество
б) отсутствие друзей
в) неудовлетворенность заключением МСЭ о группе инвалидности
Ответ: а.

7. Какие статистические показатели характеризуют тяжесть первичной инвалидности:

- а) удельный вес суммы чисел инвалидов первой и второй группы в структуре первичной инвалидности
- б) удельный вес суммы чисел инвалидов первой и второй группы в структуре повторной инвалидности

Ответ: а.

Организационные основы медико-социальной экспертизы и экспертно-реабилитационной диагностики

8. Профессиональная экспертно-реабилитационная диагностика в рамках предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы освидетельствуемого лица включает:

- а) изучение базовых социальных характеристик человека, связанных с профессионально-трудовой деятельностью
- б) изучение характеристик профессионально-трудовой деятельности
- в) оценку профессионально-трудовой, образовательной и психологической составляющей реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза
- г) определение нуждаемости инвалида в мероприятиях профессиональной реабилитации
- д) все перечисленное

Ответ: д.

9. Для группы инвалидности I характерна степень нарушения функции дыхания:

- а) I степень дыхательной недостаточности
- б) IIА степень дыхательной недостаточности
- в) IIБ степень дыхательной недостаточности
- г) III степень дыхательной недостаточности
- д) IV степень дыхательной недостаточности

Ответ: д.

10. Клинико-функциональные критерии экспертизы профессиональной трудоспособности включают:

- а) характер и тяжесть травмы, профессионального заболевания
- б) степень нарушений функций организма
- в) клинический и реабилитационный прогноз
- г) клинико-трудовой прогноз
- д) все перечисленное

Ответ: д.

11. В понятие «психологическая экспертно-реабилитационная диагностика (в том числе детей)» входит оценка:

- а) операционных и интеллектуальных возможностей
- б) степени обучаемости
- в) особенностей эмоционально-личностной сферы
- г) определение реабилитационного потенциала и прогноза
- д) все перечисленное

Ответ: д.

12. Общие критерии оценки инвалидности при проведении МСЭ пациентов с бронхиальной астмой:

- а) наличие и выраженность осложнений
- б) наличие сопутствующих заболеваний, их тяжесть
- в) эффективность проводимого лечения
- г) функция внешнего дыхания
- д) все перечисленное

Ответ: д.

13. В интегративное понятие реабилитационного потенциала пациентов входят:

- а) возможности реинтеграции
- б) анатомо-функциональные особенности

- в) психофизические данные
- г) возможности ресоциализации
- д) все перечисленное

Ответ: д.

**Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при болезнях сердца и сосудов**

14. Медико-социальная экспертиза в бюро МСЭ (БМСЭ) больного ишемической болезнью сердца осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма освидетельствуемого лица на основе анализа данных:

- а) клинико-функциональных
- б) социально-бытовых
- в) профессионально-трудовых
- г) психологических
- д) всего перечисленного

Ответ: д.

15. Ограничения жизнедеятельности, встречающиеся у больных ишемической болезнью сердца, определяются способностью:

- а) к трудовой деятельности, передвижению
- б) обучению
- в) общению

Ответ: а.

16. Что может послужить показанием к проведению эхокардиографического исследования:

- а) шум неясной этиологии
- б) полная блокада левой ветви пучка Гиса по электрокардиограмме (ЭКГ);
- в) мерцательная аритмия

Ответ: а.

17. С помощью эхокардиографии можно диагностировать:

- а) пороки сердца и пролапс митрального клапана
- б) дилатационную и гипертрофическую кардиомиопатию
- в) опухоли сердца
- г) экссудативный (выпотной) перикардит
- д) все перечисленное

Ответ: д.

18. Наиболее информативным методом при проведении дифференциальной диагностики между ишемической болезнью сердца и миокардиодистрофией является:

- а) ЭКГ
- б) эхокардиография
- в) биопсия миокарда
- г) велоэргометрия
- д) лекарственные ЭКГ-пробы

Ответ: г.

**Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при болезнях органов дыхания**

19. Для группы инвалидности I характерна степень нарушения функции дыхания:

- а) I—IIА степень дыхательной недостаточности
- б) II степень дыхательной недостаточности

- в) IIБ–III степень дыхательной недостаточности
- г) III–IV степень дыхательной недостаточности
- д) IV степень дыхательной недостаточности

Ответ: д.

20. В индивидуальной программе реабилитации врач МСЭ указывает, что санаторно-курортное лечение пациенту с диагнозом хронической обструктивной болезни сердца IV стадии, эмфиземы легких, ДН III степени:

- а) показано в санаториях общего профиля
- б) показано в специализированных санаториях
- в) показано в местных санаториях
- г) противопоказано
- д) противопоказаний нет

Ответ: г.

21. Группа инвалидности III определяется больным интерстициальными заболеваниями легких:

- а) с выраженным стойким нарушением функции дыхания и кровообращения (ДН III степени, ХСН IIА стадии), обусловленных хроническим, медленно прогрессирующим течением заболевания, приводящим к ограничению способности к трудовой деятельности II степени
- б) с тяжелым прогрессирующим течением, значительно выраженными нарушениями функции дыхания, кровообращения и других систем (ДН III степени, ХСН IIБ–III стадии), приводящими к ограничению жизнедеятельности III степени, нуждаемости в постоянном постороннем уходе
- в) с нарушениями функции дыхания (ДН I–II и II степени), обусловленными хроническим, медленно прогрессирующим либо рецидивирующим течением заболевания, приводящими к ограничению способности к трудовой деятельности I степени или сочетанию ограничений других категорий жизнедеятельности в их различных сочетаниях, в частности способности к самообслуживанию, передвижению I степени
- г) с нарушениями функции дыхания (ДН I–II и II степени), при остром течении, приводящими к ограничению способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности II степени
- д) с нарушениями функции дыхания (ДН I–II и II степени) при рецидивирующем, хроническом прогрессирующем течении, неэффективности терапии, приводящими к ограничению способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности II степени

Ответ: в.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при болезнях органов пищеварения

22. Наиболее информативным методом выявления объемных процессов в поджелудочной железе является:

- а) рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью
- б) релаксационная дуоденография
- в) внутривенная холеграфия
- г) ретроградная панкреатохолангиография
- д) компьютерная томография

Ответ: в.

23. Наиболее информативный метод диагностики цирроза печени:

- а) ультразвуковое исследование
- б) компьютерная томография
- в) обзорный снимок брюшной полости
- г) биопсия печени
- д) лабораторное исследование

Ответ: г.

24. При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:

- а) активность амилазы

- б) активность липазы
- в) уровень глюкозы
- г) активность щелочной фосфатазы
- д) активность трансаминаз

Ответ: а.

25. Биохимический маркер первичного билиарного цирроза печени:

- а) общий билирубин
- б) аланиновая трансаминаза
- в) щелочная фосфатаза
- г) гиперхолестеринемия
- д) гиперурикемия

Ответ: в.

26. При хроническом колите, дискинезии кишечника с преобладанием атонии назначают:

- а) диетотерапию
- б) электрофорез атропина
- в) микроволновую терапию
- г) ультравысокочастотную терапию
- д) флюктуоризацию

Ответ: а.

27. В каких случаях диарея у больных синдромом раздраженного кишечника считается хронической:

- а) длительностью более 1 нед.
- б) длительностью более 2 нед.
- в) длительностью более 3 нед.
- г) длительностью более 4 нед.
- д) длительностью более 8 нед.

Ответ: г.

28. Кишечное кровотечение (мелена и неизменная кровь в кале) при наличии интенсивной боли в животе характерна:

- а) для аппендицита
- б) прободной язвы желудка
- в) приступа желчной колики
- г) эмболии брыжеечных артерий
- д) кишечной непроходимости

Ответ: г.

29. Диарея является частым симптомом:

- а) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- б) хронического панкреатита
- в) желчнокаменной болезни
- г) опухоли дистального отдела толстой кишки
- д) хронического гепатита

Ответ: б.

30. Наиболее достоверным признаком обострения хронического панкреатита является:

- а) боль в эпигастрии
- б) коллапс
- в) высокий уровень амилазы (диастазы) в крови и моче
- г) гипергликемия
- д) метеоризм

Ответ: в.

31. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

- а) H₂-блокаторы гистамина

- б) Де-Нол
- в) спазмолитические средства
- г) беззондовые тюбажи
- д) хирургическое лечение

Ответ: в.

32. Физиологическое порталное давление достигает максимально:

- а) 50–99 мм вод.ст.
- б) 100–149 мм вод.ст.
- в) 150–200 мм вод.ст.
- г) 200–249 мм вод.ст.
- д) 250–300 мм вод.ст.

Ответ: в.

33. «Золотым стандартом» диагностики постхолецистэктомического синдрома является:

- а) уровень билирубина и щелочной фосфатазы
- б) уровень гамма-глутамилтрансферазы
- в) уровни аланиновой и аспарагиновой трансаминаз
- г) уровень липазы, амилазы и эластазы I
- д) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

Ответ: д.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при хронической болезни почек (ХБП)

34. К противопоказанным условиям труда при ХБП не относится работа:

- а) на конвейере
- б) в неблагоприятных микроклиматических условиях
- в) связанная с физическим напряжением любой интенсивности
- г) связанная с тяжелым физическим напряжением
- д) связанная с психоэмоциональным напряжением

Ответ: в.

35. Стадия ХБП диагностируется на основании:

- а) степени уменьшения скорости клубочковой фильтрации
- б) наличия протеинурии
- в) уровня креатинина в сыворотке
- г) электролитных нарушений
- д) всех перечисленных признаков

Ответ: а.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при болезнях соединительной ткани

36. Для оценки ревматоидного артрита важно наличие системных проявлений:

- а) в виде поражения мышц, связок
- б) поражения кожи, легких, сердца
- в) поражения глаз, почек, сосудов
- г) анемии

Ответ: в.

37. Наиболее неблагоприятными для прогностической оценки течения ревматоидного артрита имеют внесуставные проявления заболевания:

- а) подкожные узелки
- б) васкулит
- в) иридоциклит
- г) полинейропатия

Ответ: в.

38. Оценка клинических симптомов ревматоидного артрита включает:

- а) выраженность и длительность утренней скованности
- б) внесуставные проявления
- в) выраженность ограничений подвижности в суставах
- г) количество пораженных суставов

Ответ: а.

39. К основным диагностическим критериям ревматизма относят:

- а) кардит
- б) полиартрит
- в) хорею
- г) подкожные ревматические узелки
- д) все перечисленное

Ответ: д.

40. Маркером системной красной волчанки является:

- а) ревматоидный фактор
- б) антинуклеарные антитела
- в) все перечисленное

Ответ: б.

41. Реабилитационный прогноз при системной красной волчанке зависит:

- а) от степени активности
- б) выраженности суставного синдрома
- в) органных проявлений
- г) висцеритов

Ответ: в.

42. Реабилитационный прогноз при системной красной волчанке является неблагоприятным:

- а) при амилоидозе почек
- б) обнаружении LE-клеток в крови
- в) наличии антител к ДНК в крови
- г) выявлении антинуклеарного фактора

Ответ: а.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при болезнях крови

43. Необходимым минимумом результатов исследований больных острым лейкозом для предоставления в БМСЭ является:

- а) общий анализ крови
- б) миелограмма
- в) показатели функции печени и почек
- г) заключение гематолога о предполагаемом курсе лечения
- д) все перечисленное

Ответ: д.

44. Реабилитация больных острым лейкозом после достижения клинико-гематологической ремиссии:

- а) систематическое наблюдение гематологом
- б) трудоустройство лиц, имеющих контакт с производными бензола, толуола, ионизирующей радиацией

- в) диетотерапия
- г) психотерапия
- д) все перечисленное

Ответ: д.

45. При проведении МСЭ при хроническом лимфолейкозе учитываются:
- а) стадия хронического лимфолейкоза, наличие и выраженность осложнений
 - б) эффективность лечения
 - в) характер течения болезни
 - г) условия труда больного
 - д) все перечисленное

Ответ: д.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при болезнях нервной системы

46. Критерии инвалидности второй группы у больных, страдающих транзиторными ишемическими атаками:

- а) частые тяжелые и средней тяжести гипертонические кризы свыше 4 раз в месяц с прогрессирующим снижением памяти
- б) кризы средней тяжести, транзиторная ишемия головного мозга
- в) повторяющиеся симпатoadреналовые кризы без признаков ПНИК
- г) дисциркуляторная энцефалопатия I стадии
- д) окклюзия экстрацеребрального сосуда 30%

Ответ: а.

47. Реабилитационный прогноз у больного, перенесшего обширный инсульт с односторонним гемипарезом с медленным восстановлением функции, определяется:

- а) как сомнительный
- б) благоприятный
- в) неопределенный
- г) неблагоприятный
- д) благоприятный в отдаленной перспективе

Ответ: г.

48. Преимущественный возраст развития рассеянного склероза:

- а) 15–20 лет
- б) 20–40 лет
- в) 40–50 лет
- г) 50–60 лет
- д) старше 60 лет

Ответ: б.

49. О тяжести заболевания рассеянным склерозом IV степени свидетельствуют:

- а) стойкий бульбарный неврит с двоением в глазах
- б) постоянные императивные позывы к мочеиспусканию
- в) выпадение поверхностных брюшных рефлексов
- г) атаксия, скандированная речь
- д) все перечисленное

Ответ: д.

50. Критерии тяжелого течения транзиторных ишемических атак:

- а) органическая симптоматика и нарушение функций отсутствуют
- б) органическая симптоматика проходит, а восстановление функций происходит в течение 5–6 ч
- в) органическая симптоматика проходит, а восстановление функций происходит в течение суток
- г) органическая симптоматика сохраняется после восстановления функций

д) эпизоды кратковременной потери сознания

Ответ: г.

**Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при хирургических болезнях**

51. Группа инвалидности I после хирургического лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта устанавливается больным:

- а) с несостоятельностью анастомоза
- б) нарушением функции пищеварения III степени
- в) высоким тонкокишечным свищом
- г) кахексией
- д) перитонитом

Ответ: г.

52. «Золотым стандартом» в диагностике облитерирующих заболеваний аорты, ее ветвей и периферических артерий является:

- а) рентгеноконтрастная ангиография
- б) тредмилметрия
- в) капилляроскопия
- г) ультразвуковая доплерография
- д) реовазография

Ответ: а.

53. Реконструктивные операции на венозной системе с целью коррекции венозного кровотока целесообразно производить от первой операции не ранее:

- а) 2–3 нед.
- б) 2–5 мес
- в) от 6 мес до 1–3 лет
- г) 4–7 лет
- д) 8–10 лет

Ответ: в.

54. При оценке функций и структур организма по шкале Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья умеренные проблемы характеризуются утратой от должных показателей:

- а) 0–4%
- б) 5–24%
- в) 25–49%
- г) 50–95%
- д) 96–100%

Ответ: в.

55. Синдром Лериша характеризуется поражением:

- а) терминального отдела аорты и общих подвздошных артерий
- б) подвздошных и бедренных артерий
- в) бедренных и подколенных артерий
- г) подколенных артерий и артериол
- д) артериол

Ответ: а.

56. При резекции 2/3–3/4 желудка средние сроки временной утраты трудоспособности составляют:

- а) 40–35 дней
- б) 40–45 дней
- в) 1,5–2 мес
- г) 2,5–3 мес

д) 3–3,5 мес

Ответ: д.

57. При гастрэктомии средние сроки временной утраты трудоспособности составляют:

а) 40–45 дней

б) 1,5–2 мес

в) 2,5–3 мес

г) 3–3,5 мес

д) 5,6–8 мес

Ответ: д.

58. Сроки компенсации пищеварения при субтотальной резекции и гастрэктомии составляют:

а) от 1,5 до 2 мес

б) 3–4 мес

в) 6–8 мес

г) 9–12 мес

д) 1–2 года

Ответ: в.

59. Сроки компенсации пищеварения при резекции 2/3–3/4 желудка составляют:

а) от 1,5 до 2 мес

б) 3–4 мес

в) 6–8 мес

г) 9–12 мес

д) 1–2 года

Ответ: б.

Клинико-функциональные особенности, медико-социальная экспертиза
и реабилитация инвалидов при заболеваниях и последствиях травм
опорно-двигательного аппарата

60. Выраженным нарушением функции коленного сустава считается ограничение сгибания не более чем:

а) до 140°

б) до 150°

в) до 160°

г) до 170°

д) до 180°

Ответ: г.

61. Легким нарушением подвижности тазобедренного сустава считается уменьшение амплитуды движения в сагиттальной плоскости:

а) до 80° и при разгибании бедра не менее 170°

б) до 75° и при разгибании бедра не менее 170°

в) до 75° и при разгибании бедра не менее 165°

г) уменьшение амплитуды движения в сагиттальной плоскости до 60° и при разгибании бедра не менее 160°

д) до 55° и при разгибании бедра не менее 160°

Ответ: а.

62. Инвалидность устанавливается бессрочно не позднее двух лет после первичного признания факта инвалидности при дефектах кисти:

а) отсутствии фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый

б) отсутствии фаланг трех пальцев кисти, исключая первый

в) отсутствии трех пальцев кисти, включая первый

г) отсутствие фаланг двух пальцев

д) деформации пальцев кисти с уменьшением амплитуды движения более 60%

Ответ: б.

63. Ожоговую болезнь вызывает термическое поражение, захватывающее площадь тела, размером:

- а) 1–2%
- б) 3–5%
- в) 6–7%
- г) 8–9%
- д) 10% и более

Ответ: д.

64. Восстановление трудоспособности при неосложненных закрытых переломах костей голени в среднем происходит через:

- а) 2–3 мес
- б) 3–4 мес
- в) 4–5 мес
- г) 5–6 мес
- д) 6–8 мес

Ответ: а.

65. При внутрисуставном переломе лопатки срок иммобилизации составляет:

- а) 2 нед.
- б) 4–5 нед.
- в) 6–8 нед.
- г) 10–12 нед.
- д) 13–14 нед.

Ответ: б.

66. Для постановки диагноза «полный» или «неполный» вывих акромиального конца ключицы необходима рентгенограмма:

- а) надплечья в положении больного лежа
- б) надплечья в положении больного стоя
- в) обоих надплечий в положении больного стоя, с грузом в руке с поврежденной стороны
- г) обоих надплечий в положении больного лежа
- д) обоих надплечий в положении больного сидя

Ответ: в.

67. В среднем восстановление трудоспособности после оперативного лечения привычного вывиха происходит через:

- а) 1 мес
- б) 2 мес
- в) 3–5 мес
- г) 6–7 мес
- д) 8–10 мес

Ответ: б.

68. Больного после производственной травмы следует проводить через врачебную комиссию для получения разрешения на продление больничного листа через:

- а) 1 мес
- б) 2 мес
- в) 3 мес
- г) 4 мес
- д) 5 мес

Ответ: г.

69. В отношении больных, перенесших черепно-мозговую травму и страдающих частыми эпилептическими припадками, а также выраженными изменениями личности, в БМСЭ может быть принято решение:

- а) установить I группу инвалидности
- б) установить II группу инвалидности
- в) установить III группу инвалидности сроком на 1 год
- г) установить III группу инвалидности бессрочно

- д) трудоустройство в рамках реабилитации (врачебная комиссия через 1 год), а далее освидетельствуются повторно

Ответ: б.

70. Средний срок нетрудоспособности пострадавшего, получившего перелом лучевой кости в «типичном месте» со смещением отломков, равен:

- а) 2 нед.
- б) 4 нед.
- в) 5–6 нед.
- г) 7–8 нед.
- д) 8–10 нед.

Ответ: д.

71. Восстановление трудоспособности после переломов хирургической шейки плеча происходит через:

- а) 3–4 нед.
- б) 5–6 нед.
- в) 8–10 нед.
- г) 10–12 нед.
- д) 13–15 нед.

Ответ: в.

72. У пациента с посттравматическим парезом обеих верхних конечностей с объемом движений в суставах (9° в плечевом, 7° в локтевом, 6° в лучезапястном) процент утраты трудоспособности составляет:

- а) 0–10%
- б) 10–30%
- в) 40–60%
- г) 70–90%
- д) 100%

Ответ: д.

73. У пациента с посттравматической контрактурой суставов нижних конечностей в голеностопных суставах разгибание до угла 100° с эквинусным положением стоп (сгибательная контрактура) процент утраты трудоспособности составляет:

- а) 0–10%
- б) 10–30%
- в) 40–60%
- г) 70–90%
- д) 100%

Ответ: б.

74. В ходе подометрии во время проведения экспертизы у пациента обнаружено увеличение количества шагов до 220 при ходьбе на 100 м, увеличение длительности двойного шага до 3 сек, уменьшение темпа ходьбы до 30 шагов в минуту, а также снижение скорости коэффициента ритмичности ходьбы до 0,55. На основании этих данных можно установить уровень утраты трудоспособности:

- а) 10–30%
- б) 40–60%
- в) 70–90%
- г) 100%
- д) не устанавливается

Ответ: в.

75. Ампутационные культы конечности (бедро, голени, обеих стоп на уровне сустава Шопара, Лисфранка); сгибательная контрактура голеностопного сустава (эквинусная стопа); укорочение нижней конечности на 5–7 см; анкилозы суставов в функционально выгодном положении; отсутствие трех пальцев рук, исключая первый палец с затруднением схватывания мелких предметов — все эти нарушения являются примером основания для установления процента утраты трудоспособности на уровне:

- а) 0–10%
- б) 10–30%

- в) 40–60%
- г) 70–90%
- д) 100%

Ответ: в.

**Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при онкологических заболеваниях**

76. Максимальный срок, в который после признания онкологического больного инвалидом ему разрабатывают индивидуальную программу реабилитации:

- а) в день освидетельствования
- б) в течение 3 дней
- в) в течение 7 дней
- г) в течение 10 дней
- д) в течение 1 мес

Ответ: б.

77. Задачи МСЭ пациентов с онкологическим заболеванием:

- а) установление утраты трудоспособности работающим пациентам
- б) определение сроков нетрудоспособности работающим пациентам с учетом медицинского и трудового прогноза
- в) определение методов лечения и режима, необходимых для восстановления и улучшения здоровья пациента
- г) выявление признаков постоянной утраты трудоспособности и направление таких пациентов на медико-социальную экспертную комиссию
- д) все перечисленное

Ответ: д.

78. В БМСЭ при освидетельствовании пациентов с онкологическим заболеванием проводится оценка жизнедеятельности по способности:

- а) к трудовой деятельности
- б) общению
- в) самообслуживанию
- г) передвижению
- д) все перечисленное

Ответ: д.

79. При оценке реабилитационного прогноза с онкологическим заболеванием учитываются факторы:

- а) особенности болезни и ее последствия
- б) реабилитационный потенциал
- в) социально-психологические особенности личности
- г) виды и условия труда больного
- д) все перечисленное

Ответ: д.

80. К числу заболеваний, при которых группа инвалидности без указания срока переосвидетельствования устанавливается онкологическим больным не позднее 2 лет после первичного признания инвалидом, относятся:

- а) злокачественные новообразования с метастазами после радикального лечения
- б) злокачественные новообразования кроветворной ткани с выраженными явлениями интоксикации
- в) неоперабельные доброкачественные новообразования головного мозга со стойкими выраженными нарушениями двигательных функций
- г) отсутствие гортани после ее оперативного удаления
- д) все перечисленное

Ответ: д.

81. Пациентам после радикального лечения рака щитовидной железы противопоказана работа, кроме как:

- а) с физическим напряжением
- б) с умственным напряжением
- в) в горячих цехах
- г) на высоте
- д) в заданном ритме

Ответ: б.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при личностных расстройствах

82. Особенности ограничения жизнедеятельности при психических заболеваниях заключаются:

- а) в сочетании выраженных психических расстройств и сохранной социальной адаптации
- б) выраженной социальной дезадаптации при любой выраженности психических расстройств
- в) сочетании умеренных психических расстройств и выраженной социальной дезадаптации
- г) четком соответствии степени социальной адаптации выраженности психических нарушений
- д) несоответствии степени социальной адаптации выраженности психических нарушений

Ответ: в.

83. Необходимые методы обследования больных при психических расстройствах, направляемых в БМСЭ:

- а) медико-генетическое исследование
- б) электроэнцефалография и ультразвуковая доплерография только у всех впервые освидетельствованных пациентов
- в) электроэнцефалография и ультразвуковая доплерография у всех пациентов, впервые освидетельствованных и у повторно освидетельствованных с органической патологией головного мозга и эпилепсией
- г) речевая аудиометрия
- д) все перечисленные методы

Ответ: в.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при основных инвалидизирующих болезнях эндокринной системы

84. При оценке компенсации сахарного диабета наиболее информативным показателем является:

- а) уровень гликемии натощак
- б) уровень гликемии в течение суток
- в) показатель глюкозурии в течение суток
- г) показатель гликозилированного гемоглобина
- д) степень нарушения толерантности к глюкозе

Ответ: г.

85. Группа инвалидности II при сахарном диабете устанавливается при поражениях органов-мишеней:

- а) ретинопатия I степени, ХСН I, ХБП I
- б) ретинопатия I степени, ХСН IIА, ХБП I
- в) ретинопатия I степени, ХСН IIБ, ХБП I
- г) ретинопатия II степени, ХСН IIБ, ХБП II
- д) ретинопатия III степени, ХСН IIБ, ХБП III

Ответ: г.

86. Противопоказанные виды и условия труда при сахарном диабете средней тяжести (у пациентов, получающих инсулин):

- а) физический труд средней тяжести
- б) тяжелый физический труд

- в) умственный труд с высоким нервно-психическим напряжением
- г) работа, не допускающая внезапного прекращения
- д) работа в неблагоприятных микроклиматических условиях

Ответ: г.

**Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при глазных болезнях**

87. Студент в возрасте 17 лет во время межинститутских соревнований по футболу получил черепно-мозговую травму. После прохождения стационарного и амбулаторного этапов реабилитации направлен в БМСЭ в связи с признаками стойкой утраты зрительных функций и ограничения жизнедеятельности. Обоснованное клинико-экспертное заключение — это определение:

- а) I группы инвалидности
- б) II группы инвалидности
- в) III группы инвалидности
- г) категории «ребенок-инвалид»
- д) долечивания

Ответ: г.

88. Инвалидность I группы по зрению устанавливается сроком:

- а) на 4 года
- б) 3 года
- в) 2 года
- г) 1 год
- д) бессрочно

Ответ: в.

89. Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:

- а) суточная тонометрия
- б) топография
- в) гониоскопия
- г) исследование периферического поля зрения
- д) исследование центрального поля зрения

Ответ: д.

90. Дифференциальная диагностика функциональной и органической блокады угла передней камеры основана:

- а) на томографии
- б) гониоскопии
- в) ретроградном заполнении шлеммова канала кровью
- г) гониоскопии с компрессией роговицы
- д) гониоскопии с трансиллюминацией

Ответ: г.

91. Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:

- а) отек роговицы, мелкая передняя камера, широкий эллипсовидной формы зрачок; застойная инъекция глазного яблока
- б) зрачок узкий; реакция зрачка на свет сохранена; роговица прозрачная; поверхностная инъекция бульбарной конъюнктивы
- в) отек роговицы; глубокая передняя камера; иридофакодонез; застойная инъекция глазного яблока
- г) светобоязнь; слезотечение; роговица тусклая; преципитаты; зрачок узкий
- д) светобоязнь; боль в глазу; снижение зрения; субэпителиальные помутнения роговицы; перикорнеальная инъекция роговицы

Ответ: а.

92. Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:

- а) глаукома с относительным зрачковым блоком
- б) глаукома с хрусталиковым блоком
- в) глаукома с плоской радужкой
- г) ползучая глаукома
- д) синдром пигментной дисперсии

Ответ: а.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при нарушениях слуха

93. При обострении болезни Меньера ориентировочный срок временной нетрудоспособности составляет:

- а) 8–10 дней
- б) 9–11 дней
- в) 14–20 дней
- г) 20–25 дней
- д) не меньше 1 мес

Ответ: в.

94. При кохлеарном неврите или неврите слухового нерва ориентировочный срок временной нетрудоспособности составляет:

- а) 25–30 дней
- б) 10–15 дней
- в) 15–20 дней
- г) не более 25 дней
- д) не меньше 1 мес

Ответ: а.

95. Болезнь Меньера может быть причиной для установления инвалидности:

- а) только при положительной пробе Дикса–Холпайка
- б) только при снижении слуха на оба уха
- в) если наблюдаются периодические головокружения
- г) при неэффективности хирургического лечения
- д) при наличии сопутствующей неврологической патологии

Ответ: в.

96. Для отосклероза не является характерным:

- а) чаще страдают женщины (80–85% заболевших)
- б) заболевание развивается в среднем возрасте
- в) не поддается хирургическому лечению и реабилитации
- г) часто наблюдается паракузис Виллизия
- д) наблюдается кондуктивная тугоухость

Ответ: в.

97. Наиболее частая причина врожденной и ранней детской тугоухости:

- а) генетические нарушения
- б) родовые травмы
- в) курение в период беременности
- г) большой возраст роженицы
- д) неблагоприятная экологическая обстановка места проживания

Ответ: а.

**Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при туберкулезе**

98. По статистическим данным фтизиатрической помощи в Российской Федерации, полная реабилитация больных туберкулезом находится в пределах:

- а) 1–3%
- б) 3–5%
- в) 5–10%
- г) 10–15%
- д) 15–20%

Ответ: в.

99. Благоприятный клинический и реабилитационный прогноз возможен:

- а) при милиарном туберкулезе
- б) хронической форме диссеминированного туберкулеза
- в) внелегочном поражении — туберкулезе мочеполовых органов
- г) внелегочном поражении — туберкулезе глаз
- д) туберкулезе

Ответ: а.

100. Первая группа инвалидности определяется больным с диссеминированным туберкулезом легких:

- а) при остром (милиарном) диссеминированном туберкулезе легких в случае замедленной положительной клинико-рентгенологической динамики процесса на фоне лечения
- б) подостром диссеминированном туберкулезе легких в случае замедленной положительной клинико-рентгенологической динамики процесса на фоне лечения
- в) умеренных нарушениях функции дыхания или других осложнений, препятствующих выполнению в полном объеме профессионального труда
- г) дыхательной недостаточности III степени
- д) подостром диссеминированном туберкулезе легких с положительной клинико-рентгенологической динамикой процесса на фоне лечения

Ответ: г.

101. Свежий мягкоочаговый туберкулез по нормативным документам имеет максимальные сроки временной нетрудоспособности:

- а) 2–3 мес
- б) 6–8 мес
- в) 10–12 мес
- г) больше 12 мес
- д) до проявления клинического и лабораторного выздоровления

Ответ: б.

102. Свежий мягкоочаговый туберкулез, выявленный у больного, соответствует ограничению способности:

- а) к трудовой деятельности 1-й степени
- б) к трудовой деятельности 2-й степени
- в) к самообслуживанию 2-й степени
- г) к передвижению 2-й степени
- д) к обучению 3-й степени

Ответ: а.

**Теоретические и организационно методические основы
медико-социальной экспертизы детей и подростков
и реабилитации детей-инвалидов**

103. Инвалидность устанавливается при первичном освидетельствовании детей бессрочно в случае:

- а) сколиоза
- б) аутизма

- в) сахарного диабета
- г) детского церебрального паралича
- д) лейкоза

Ответ: г.

104. Самый неблагоприятный трудовой прогноз у больного детским церебральным параличом ребенка наблюдается:

- а) при атонически-астатической форме
- б) гиперкинетической форме
- в) спастической гемиплегии
- г) спастической диплегии
- д) двойной гемиплегии

Ответ: д.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы

105. Какой документ является лишним для начала МСЭ:

- а) направление формы 088-у
- б) справка медицинской организации об отказе в выдаче формы 088-у
- в) личное заявление гражданина
- г) направление из центра социального обслуживания

Ответ: г.

106. Назовите основные принципы реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий:

- а) последовательность
- б) комплексность
- в) непрерывность
- г) динамическое наблюдение
- д) все перечисленное

Ответ: д.

107. Что из перечисленного не входит в клинико-функциональный диагноз:

- а) клиническая (нозологическая) форма основного и сопутствующего заболевания с указанием кода по МКБ-10
- б) стадия патологического процесса
- в) степень ограничения жизнедеятельности
- г) нарушение функций и структур организма
- д) осложнения основного и сопутствующего заболеваний с указанием кода по МКБ-10

Ответ: в.

108. При какой степени стойких нарушений функций организма устанавливается группа инвалидности III:

- а) при нарушении здоровья человека в диапазоне от 20 до 40%
- б) нарушении здоровья человека в диапазоне от 40 до 60%
- в) нарушении здоровья человека в диапазоне 10–20%
- г) нарушении здоровья человека со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма
- д) нарушении здоровья человека со II степенью ограничения жизнедеятельности

Ответ: б.

Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

109. К какому классу чрезвычайных ситуаций (ЧС) следует отнести такие инфекционные заболевания, как брюшной тиф, чума:

- а) ЧС природного характера

- б) ЧС антропогенного характера
- в) ЧС экологического характера
- г) ЧС биолого-социального характера

Ответ: а.

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Участие авторов. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию до публикации.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., и др. Медико-социальные аспекты здоровья населения. Современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. — 2013. — №3. — С. 3–10. [Puzin SN, Shurgaya MA, Bogova OT, et al. Medical and social aspects of public health. Modern approaches to the prevention of socially significant diseases. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2013;(3):3–10. (In Russ.)]
2. Быковская Т.Ю., Меметов С.С., Шаркунов Н.П. Вопросы комплексной реабилитации инвалидов пожилого возраста // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2018. — №2. — С. 21–27. [Bykovskaya TYu, Memetov SS, Sharkunov NP. Issues of complex rehabilitation of elderly people with disabilities. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2018;(2):21–27. (In Russ.)]
3. Пузин С.Н., Рычкова М.А., Богова О.Т., и др. Медико-социальная деятельность. Учебное пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 412 с. [Puzin SN, Rychkova MA, Bogova OT, et al. Medical and social activities. Textbook. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. 412 p. (In Russ.)]
4. Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., и др. Клинические аспекты формирования клинико-экспертного диагноза. Учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2017. — 138 с. [Puzin SN, Shurgaya MA, Bogova OT, et al. Clinical aspects of the formation of a clinical and expert diagnosis. Textbook. Moscow: MEDpress-inform; 2017. 138 p. (In Russ.)]
5. Храпылина Л.П., Косенко О.Ю., Винокуров А.С., и др. Перспективы вовлечения негосударственных организаций в предоставление социальных услуг населению // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2016. — №1. — С. 6–9. [Khrapylyna LP, Kosenko OYu, Vinokurov AS, et al. Prospects for the involvement of non-governmental organizations in the provision of social services to the population. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2016;(1):6–9. (In Russ.)]
6. Пузин С.Н., Ачкасов Е.Е., Машковский Е.В., Богова О.Т. Технические средства реабилитации инвалидов и безбарьерная среда. Учебное пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 122 с. [Puzin SN, Achkasov EE, Mashkovsky EV, Bogova OT. Technical means of rehabilitation of disabled people and barrier-free environment. Training manual. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 122 p. (In Russ.)]
7. Пузин С.Н., Шургая М.А., Чандирли С.А., и др. Аспекты медико-социальной реабилитации больных при гипертонической болезни сердца // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. — 2014. — №1. — С. 10–15. [Puzin SN, Shurgaya MA, Chandirli SA, et al. Aspects of medical and social rehabilitation of patients with hypertension. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2014;(1):10–15. (In Russ.)]
8. Сертакова О.В., Родоман Г.В., Пузин С.Н., и др. Особенности организации экспертизы временной нетрудоспособности в условиях многопрофильного стационара // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2015. — №1. — С. 6–12. [Sertakova OV, Rodoman GV, Puzin SN, et al. Features of the organization of the examination of temporary disability in a multidisciplinary hospital. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2015;(1):6–12. (In Russ.)]
9. Пузин С.Н., Иваненко А.В., Богова О.Т., и др. Порядок оформления Индивидуальной программы реабилитации инвалида. Учебно-методическое пособие. — М., 2012. — 28 с. [Puzin SN, Ivanenko AV, Bogova OT, et al. The procedure for registration of an individual rehabilitation program for a disabled person. Educational and methodical manual. Moscow; 2012. 28 p. (In Russ.)]
10. Лаврова Д.И., Пузин С.Н. Медико-социальная экспертиза. — М.: МИА, 2008. — 408 с. [Lavrova DI, Puzin SN. Medical-social expertise. Moscow: MIA; 2008. 408 p. (In Russ.)]
11. Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации. Руководство в 5 томах / Под ред. А.И. Осадчих, С.Н. Пузина, Е.Е. Ачкасова. — М.: Литтерра, 2017. — 336 с. [Fundamentals of the theory and practice of complex medical and social rehabilitation. In 5 volumes. Ed. by A.I. Osadchikh, S.N. Puzin, E.E. Achkasov. Moscow: Litterra; 2017. 336 p. (In Russ.)]
12. Пузин С.Н., Богова О.Т., Одебаева Р., и др. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2014. — №2. — С. 6–9. [Puzin SN, Bogova OT, Odebaeva R, et al. Rehabilitation of patients with coronary heart disease. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2014;(2):6–9. (In Russ.)]

Поступила 01.03.2019

Принята к печати 29.05.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

Чандирли Севда Айдыновна, д.м.н., доцент [*Sevda A. Chandirli*, MD, PhD, Associate Professor];

тел.: +7 (499) 255-55-20, e-mail: cha-seva2@yandex.ru, SPIN-код: 8633-9570,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1869-0869>

Соавторы:

Пузин Сергей Никифорович, д.м.н., профессор, академик РАН [*Sergey N. Puzin*, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; e-mail: s.puzin2012@yandex.ru, SPIN-код: 2206-0700,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

Богова Ольга Таймуразовна, д.м.н., доцент, профессор кафедры [*Olga T. Bogova*, MD, PhD, Associate Professor, Professor]; e-mail: bogova.olga@yandex.ru, SPIN-код: 6116-0120,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5406-7225>

Потапов Владимир Николаевич, д.м.н., профессор [*Vladimir N. Potapov*, MD, PhD, Professor];

e-mail: profpotapov@mail.ru, SPIN-код: 9953-2018, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5469-5731>

Филиппов Виталий Витальевич [*Vitaly V. Filippov*, MD, PhD]

Хлудеева Татьяна Александровна [*Tatiana A. Hludееva*]