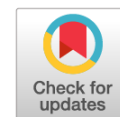


ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1, 2, 3}, С.А. Чандирли³, О.Т. Богова³, М.А. Коршикова³, А.В. Аболь⁴,
Д.Ю. Шестаков⁵



ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕЙ АТТЕСТАЦИИ: КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ВЫЯВЛЯЮЩИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВКУ ОРДИНАТОРА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «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 ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» Минтруда России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

⁵ ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Российская Федерация

Для аттестации обучающихся на соответствие требованиям профессиональной образовательной программы создаются фонды оценочных средств (ФОС), позволяющие оценить знания, умения и освоение компетенции. Кроме того, они должны стать действенным средством обучения и освоения рабочей программы (модуля). Цель ФОС заключается прежде всего в создании условий для выработки у обучающихся компетенций для успешной профессиональной реализации. Контрольные вопросы, разработанные для выявления теоретической подготовки обучающихся, позволяют оценить базовые знания, логику и иные коммуникативные навыки.

Ключевые слова: текущий контроль, медико-социальная экспертиза, медико-социальная реабилитация, аттестация ФОС.

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Коршикова Ю.И., Аболь А.В., Шестаков Д.Ю. Оценочные средства текущей аттестации: контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора по специальности «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация». *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(2):79–105. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48946>

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, M.A. Korshikova³, A.V. Abol⁴, D.Yu. Shestakov⁵

EVALUATION TOOLS OF CURRENT CERTIFICATION: CONTROL ISSUES REVEALING THEORETICAL TRAINING OF A RESIDENT IN THE SPECIALTY «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 Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Rostov Region, Rostov-on-Don, Russian Federation

⁵ Department of Orthopedics and Complex Trauma of the Moscow Clinical Research Center named after A.S. Loginov, Moscow, Russian Federation

For certification of students for compliance with the requirements of the professional educational program, funds of evaluation funds are created, which allow to evaluate knowledge, skills and mastered competencies. In addition, they should become an effective means of training and mastering the work program (module). The goal of the WCF is, first of all, to create conditions for the development of competencies among students for successful professional implementation. Control questions developed to identify the theoretical training of students allow you to evaluate basic knowledge, logic and other communication skills.

Key words: current control, medical and social examination, medical and social rehabilitation, certification of FOS.

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Bogova OT, Korshikova YuI, Abol AV, Shestakov DYu. Evaluation tools of current certification: control issues revealing theoretical training of a resident in the specialty “Medical and social expertise and medical and social rehabilitation”. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2019;22(2):79–105. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48946>

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 21.02.2019
Accepted 29.05.2019

Список сокращений

БМСЭ — бюро медико-социальной экспертизы
ИБС — ишемическая болезнь сердца
ИПРА — индивидуальная программа реабилитации и абилитации
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МСЭ — медико-социальная экспертиза
СД — сахарный диабет
УЗИ — ультразвуковое исследование
УПТ — утрата профессиональной трудоспособности
ЭКГ — электрокардиография

Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку ординатора

Теоретические основы социальной гигиены и общественного здоровья

1. Что вы понимаете под санитарно-просветительной работой?

Ответ. Санитарное просвещение — это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, воспитания здоровой смены.

2. Какие программы вы будете разрабатывать и реализовывать в рамках формирования здорового образа жизни?

Ответ. Программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рационального питания, нормализации индекса массы тела.

3. Что такое третичная профилактика?

Ответ. Это комплекс мероприятий по реабилитации больных с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Третичная профилактика имеет целью социальную (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовую (возможность восстановления трудовых навыков), психологическую (восстановление поведенческой активности) и медицинскую (восстановление функций органов и систем организма) реабилитацию.

4. Перечислите методы медико-социальных исследований.

Ответ:

- а) исторический
- б) динамического наблюдения и описания
- в) санитарно-статистический
- г) медико-социологического анализа
- д) экспертных оценок
- е) системного анализа и моделирования
- ж) организационного эксперимента
- з) планово-нормативный и др.

5. Какими законодательными актами гарантировано право граждан на медицинскую помощь?

Ответ:

- а) Конституцией Российской Федерации и Конституцией России
- б) Федеральным законом «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и другие законы Российской Федерации
- в) Федеральным законом от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

6. В чем состоит значение медико-социальной экспертизы (МСЭ) граждан в решении социальных проблем инвалидности?

Ответ. Анализ данных учреждений МСЭ о состоянии инвалидности, потребностях лиц с ограниченными возможностями в различных видах реабилитации служат основанием для выявления актуальных проблем инвалидности, прогнозирования и совершенствования социально-экономической политики государства в области социальной защиты инвалидов.

7. Какие статистические показатели характеризуют тяжесть первичной инвалидности?

Ответ. Тяжесть первичной инвалидности определяет удельный вес суммы чисел инвалидов первой и второй групп в структуре первичной инвалидности по группам инвалидности.

Организационные основы медико-социальной экспертизы и экспертно-реабилитационной диагностики

8. Что такое «самообслуживание»?

Ответ. Самообслуживание — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, навыки личной гигиены. Самообслуживание включает удовлетворение основных физиологических потребностей (умывание, причесывание, чистку зубов, гигиену после физиологических отправления, одевание, раздевание, пользование застежками на одежде); выполнение повседневных бытовых потребностей (покупка продуктов, пользование кухонным инвентарем, приготовление пищи, стирка, чистка и ремонт белья, пользование бытовыми приборами, уборка помещения).

9. Какие основные характеристики должен содержать клинико-функциональный диагноз?

Ответ:

- а) клиническую (нозологическую) форму основного и сопутствующего заболеваний с указанием кода по МКБ-10
- б) осложнения основного и сопутствующего заболеваний с указанием кода по МКБ-10
- в) стадию патологического процесса
- г) течение заболевания
- д) характер нарушений функций и структур организма
- е) степень нарушения функций и структур организма
- ж) клинический прогноз.

10. Каковы основные направления социальной работы?

Ответ:

- а) социальная диагностика (экспертиза)
- б) социальная профилактика
- в) социальный контроль (надзор)
- г) социальная реабилитация
- д) социальная адаптация
- е) социальный патронаж (опека)
- ж) социальное обеспечение
- з) социальная терапия
- и) социальное консультирование.

11. Каковы функции педагогической диагностики?

Ответ:

- а) функция обратной связи

- б) оценочная функция
- в) управленческая функция.

12. Что такое педагогический диагноз?

Ответ. Педагогический диагноз — заключение о тех проявлениях и качествах личности, коллектива, на которые может быть направлено педагогическое воздействие, или которые могут быть исследованы в воспитательных целях, а также о педагогически значимых факторах, оказывающих влияние на воспитанников.

Педагогический диагноз должен содержать:

- а) описание действий, состояний, отношений объекта воспитания в педагогических и психологических понятиях
- б) их объяснение на основе педагогической и психологической теории
- в) прогноз развития событий в данной ситуации и в будущем
- г) аргументированную педагогическую оценку имеющих место и прогнозируемых фактов
- д) заключение о педагогической целесообразности принимаемого решения.

13. Что входит в понятие «психологическая экспертно-реабилитационная диагностика (в том числе детей)»?

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

- а) операциональных и интеллектуальных возможностей
- б) степени обучаемости
- в) особенностей эмоционально-личностной сферы
- г) определение реабилитационного потенциала и прогноза.

14. Что подразумевается под клиническим прогнозом?

Ответ. Клинический прогноз — это прогнозирование развития и исхода заболевания, основанное на комплексном анализе клинико-функциональных данных о состоянии здоровья освидетельствуемого лица, особенностях течения заболевания, возможностей эффективного лечения. Клинический прогноз может быть:

- а) благоприятный: полное восстановление или компенсация нарушенных в результате заболевания, травмы или увечья функций, приводящих к ограничению жизнедеятельности
- б) относительно благоприятный: частичная компенсация нарушенных функций; при хроническом заболевании — замедление прогрессирования заболевания, удлинение периодов ремиссии и т.п.
- в) неблагоприятный: невозможность стабилизации состояния здоровья
- г) сомнительный (неопределенный): неясное течение заболевания.

15. Что такое трудоспособность? Какие факторы определяют трудоспособность?

Ответ. Трудоспособность — это такое состояние человека, при котором совокупность физических и духовных способностей позволяет ему выполнять общественно полезный труд в условиях производства без ущерба для здоровья и с наибольшей эффективностью. Факторами, определяющими трудоспособность, являются:

- а) состояние здоровья
- б) знания и производственный опыт
- в) навыки к труду
- г) моральные качества человека.

16. Каким требованиям должны отвечать трудовые рекомендации при профессиональных заболеваниях?

Ответ. Трудовые рекомендации при профессиональных заболеваниях должны отвечать следующим требованиям:

- а) должны исключать факторы, способствующие прогрессированию данного профессионального заболевания
- б) рекомендуемый труд должен соответствовать функциональным возможностям организма
- в) рекомендуемая работа должна соответствовать общей и специальной подготовке, навыкам и возрасту больного
- г) рекомендуемая работа должна обеспечивать возможность повышения квалификации, особенно молодых лиц
- д) трудовые рекомендации должны быть гигиенически, физиологически и социально обоснованы.

17. Назовите критерии определения врачами-экспертами бюро МСЭ (БСМЭ) степени или процента утраты общей и профессиональной трудоспособности.

Ответ. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»:

- а) если у потерпевшего наступила полная утрата трудоспособности вследствие резко выраженных нарушений функций организма при наличии абсолютных медицинских противопоказаний для выполнения любых видов профессиональной деятельности даже в специально созданных условиях, устанавливается 100% утраты профессиональной трудоспособности (УПС)
- б) если потерпевший может выполнять работу лишь в специально созданных условиях (спецпредприятие, спеццех, на дому) вследствие выраженных нарушений функций, устанавливается от 70 до 90% УПТ
- в) если потерпевший может выполнять работу по основной профессии в обычных производственных условиях, но с меньшим объемом или снижением квалификации, или может в обычных производственных условиях выполнять труд более низкой квалификации, устанавливается от 40 до 60% УПТ
- г) если потерпевший может выполнять работу по основной профессии или неквалифицированный физический труд, но со снижением на два тарификационных разряда, устанавливается 30% УПТ
- д) если потерпевший может выполнять работу по основной профессии или неквалифицированный физический труд со снижением на 1 тарификационный разряд, устанавливается 20% УПТ
- е) если потерпевший может выполнять работу по основной профессии, но с большим напряжением, чем прежде, устанавливается 10% УПТ.

**Организационно-правовые основы реабилитации инвалидов.
Медико-социальная реабилитация как основной инструмент
создания инвалидам равных с другими гражданами возможностей
осуществления их конституционных прав**

18. Что включает в себя профессиональная экспертно-реабилитационная диагностика в рамках предоставления государственной услуги по проведению МСЭ освидетельствуемого лица?

Ответ: изучение базовых социальных характеристик человека, связанных с профессионально-трудовой деятельностью; изучение характеристик профессионально-трудовой деятельности; оценку профессионально-трудовой, образовательной и психологической составляющей реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза; определение нуждаемости инвалида в мероприятиях профессиональной реабилитации.

19. Что включает в себя интегративное понятие «реабилитационный потенциал»?

Ответ: это возможности больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб активизировать свои биологические и социально-психологические механизмы восстановления нарушенного здоровья, трудоспособности, личностного статуса. Выделяют три составляющие, отражающие разные уровни реабилитационного воздействия:

- а) потенциал выздоровления (саногенетический потенциал): определяет возможности восстановления или компенсации нарушений в анатомическом, физиологическом, психическом состоянии организма
- б) потенциал социализации (или ресоциализации): определяется возможностями восстановления или компенсации социальных навыков и функций
- в) потенциал социальной интеграции (реинтеграции): определяет возможности индивида к восстановлению обычного для себя в соответствии с полом, возрастом и прочими социально-личностными характеристиками положения в обществе.

20. Каковы критерии рациональности трудоустройства инвалида?

Ответ: это максимальное обеспечение в труде возможностей инвалида, сохранения и поддержания здоровья, склонностей инвалида, сохранения социально-экономического статуса.

21. Что такое индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА) и для чего она нужна?

Ответ. ИПРА — это комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. ИПРА дает инва-

лиду возможность бесплатного получения рекомендованных технических средств реабилитации, медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, рационального трудоустройства.

22. Из каких программ состоит ИПРА?

Ответ: из программы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации.

23. Что необходимо сделать для определения мощности реабилитационного учреждения, проводящего реабилитационные и абилитационные мероприятия в амбулаторных условиях?

Ответ:

- а) определить нормативы времени для проведения этих мероприятий одним специалистом-реабилитологом одному инвалиду
- б) определить число инвалидов, которым каждый специалист-реабилитолог может провести реабилитационные мероприятия в течение рабочего дня
- в) определить количество возможных посещений инвалидов каждого специалиста в течение года
- г) суммировать количество посещений в течение года каждого инвалида, что составляет мощность каждого реабилитационного учреждения, оказывающего услуги по социальной реабилитации на дому.

24. В каких случаях в качестве причины инвалидности указывается «профессиональное заболевание»?

Ответ. Причина инвалидности «профессиональное заболевание» определяется при установлении диагноза профессионального заболевания или интоксикации, остаточных явлений, отдаленных последствий или осложнений, а также в случаях, когда профессиональное заболевание вызывает резкое ухудшение другого заболевания непрофессиональной этиологии. Если по характеру заболеваний имеются основания для установления различных причин инвалидности, то устанавливается причина инвалидности по выбору инвалида, которая дает право на более высокую пенсию.

25. Назовите некоторые особенности МСЭ при профессиональных заболеваниях.

Ответ. При МСЭ профессиональных заболеваний:

- а) необходимо установление связи заболевания с воздействием неблагоприятных производственных факторов
- б) необходимо квалифицированное заключение профпатолога о характере заболевания, степени выраженности и особенностях его течения
- в) необходимо квалифицированное заключение врача по гигиене труда об условиях работы заболевшего, вызвавших развитие заболевания
- г) необходимо решить, может и должен ли заболевший выполнять работу в прежней профессии при незначительной выраженности патологического процесса
- д) в ряде случаев возникает необходимость определения группы инвалидности на период рационального трудоустройства и переобучения.

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

26. На чем основаны медико-социальные критерии инвалидности при ишемической болезни сердца (ИБС)?

Ответ. Медико-социальные критерии инвалидности при болезнях сердца основаны на оценке степени ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций сердечно-сосудистой системы, осложнениями и последствиями их хирургического лечения и требующих мер социальной защиты, включая реабилитацию.

27. На основании каких регламентирующих документов определяется группа инвалидности?

Ответ. Группа инвалидности определяется на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 95 и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2009 г. № 1013н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ».

28. Чем характеризуется функциональный класс стенокардии?

Ответ. Функциональный класс характеризуется болью за грудиной, одышкой.

29. Какова тактика ведения больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST?

Ответ: купирование болевого синдрома; оксигенотерапия; восстановление коронарного кровотока и перфузии миокарда. Существует две возможности восстановления коронарного кровотока — тромболитическая терапия и чрескожное коронарное вмешательство (баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий).

30. Какие абсолютные показания к имплантации постоянного электрокардиостимулятора вы знаете?

Ответ: полная блокада сердца на любом анатомическом уровне, сопровождающаяся брадикардией с клинической симптоматикой (синкопальные состояния, головокружение, приступы Морганьи—Эдемса—Стокса), которая обусловлена АВ-блокадой, аритмиями, требующими применения лекарственных препаратов, приводящих к симптоматической брадикардии; зарегистрированные периоды асистолии длительностью более 3 сек или повышение частоты сердечных сокращений при физической нагрузке менее чем до 40/мин у больных без клинических симптомов, вызванных брадикардией.

31. Какова тактика ведения больных острым коронарным синдромом и подъемом сегмента ST?

Ответ: купирование болевого синдрома; оксигенотерапия; восстановление коронарного кровотока и перфузии миокарда. Существует две возможности восстановления коронарного кровотока — тромболитическая терапия и чрескожное коронарное вмешательство (баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий).

32. Что является основной причиной смерти больных инфарктом миокарда?

Ответ: фибрилляция желудочков.

33. Дайте определение миокардиту.

Ответ. Миокардиты — воспалительные заболевания сердечной мышцы инфекционной, аллергической или токсикоаллергической природы.

34. Какие обязательные обследования должны быть проведены пациентам с ИБС при направлении на МСЭ?

Ответ. При поступлении на МСЭ пациент с ИБС должен иметь обязательные обследования: липиды крови, электрокардиограмму (ЭКГ), пробы с физической нагрузкой (велозергметрия, тредмил, спироэргометрия); мониторинг ЭКГ по Холтеру.

35. Как оценить реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз при ИБС?

Ответ: реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз при ИБС следует оценивать по функциональному состоянию сердечно-сосудистой системы.

36. Кем разрабатывается и что включает ИПРА?

Ответ. ИПРА разрабатывается федеральными учреждениями МСЭ и представляет собой комплекс реабилитационных мероприятий, оптимальных для инвалида; включает отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление/компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление/компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

37. Кем и когда осуществляется оценка результатов реализации ИПРА?

Ответ. Оценка результатов реализации ИПРА осуществляется специалистами учреждения МСЭ при очередном освидетельствовании инвалида или в случае личного обращения.

38. Как проводится оценка эффективности результатов медицинской реабилитации?

Ответ. Оценка проводится по каждому отдельному мероприятию — выполнено/не выполнено, причина невыполнения. Затем оценивается эффективность выполнения ИПРА в целом: восстановление нарушенных функций (достигнута компенсация утраченных функций (полная, частичная); восстановлены нарушенные функции (полностью, частично); оценка ограничений основных категорий жизнедеятельности — достигнута компенсация (полная, частичная) или устранены ограничения жизнедеятельности, положительные результаты отсутствуют.

39. Каким приказом регламентируются критерии, которые используют специалисты МСЭ при оценке эффективности ИПРА?

Ответ. При оценке эффективности ИПР специалисты МСЭ используют критерии, утвержденные Приказом № 379-н.

40. Что такое атеросклероз?

Ответ. Атеросклероз — хронический процесс, обусловленный нарушением метаболизма липидов и белков, отложением их во внутренней оболочке артерий. Основной атерогенный класс — липопротеиды низкой плотности, превышение их уровня в 3,5–4 раза способствует развитию атеросклероза.

41. Дайте определение ишемической болезни сердца.

Ответ. Ишемическая болезнь сердца — поражение миокарда, обусловленное расстройством коронарного кровообращения, возникающее в результате нарушения равновесия между коронарным кровотоком и метаболическими потребностями сердечной мышцы.

42. Что такое стенокардия напряжения?

Ответ. Стенокардия напряжения — это переходящие приступы загрудинной боли, вызываемые физической или эмоциональной нагрузкой, либо другими факторами, приводящими к повышению потребности миокарда в кислороде в условиях гипоксии.

43. Какова переносимость физической нагрузки при стенокардии напряжения 2-го функционального класса?

Ответ: небольшое ограничение физической активности; приступ возникает при ходьбе по ровной местности в нормальном темпе на расстояние более 500 м; подъем по лестнице выше первого этажа.

44. Когда определяется умеренное ограничение жизнедеятельности (III группа инвалидности) у больных ИБС?

Ответ. Умеренное ограничение жизнедеятельности (III группа инвалидности) определяется у больных ИБС после консервативного лечения при нарушениях функций сердечно-сосудистой системы, наличии противопоказаний к труду (рациональное трудоустройство), а также после оперативного лечения при нарушениях функции сердечно-сосудистой системы при наличии противопоказаний к труду (рациональное трудоустройство).

45. Какие гипертензии называются симптоматическими?

Ответ. Симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия как один из симптомов конкретного самостоятельного заболевания. Гипертензии бывают почечными, эндокринными, лекарственными, центрального генеза, при поражении крупных сосудов.

46. Какие исследования необходимы при артериальной гипертензии?

Ответ: общий анализ крови, биохимия крови, общий анализ мочи; ЭКГ; исследование глазного дна; эхокардиография; при наличии показаний — суточное мониторирование артериального давления, уровень холестерина, триглицеридов крови.

47. Каковы показания для направления пациента с артериальной гипертензией на МСЭ?

Ответ: быстро прогрессирующий (злокачественный) вариант артериальной гипертензии; острые осложнения артериальной гипертензии (инсульт, инфаркт миокарда и др.); необходимость рационального трудоустройства (уменьшение объема производственной деятельности, обучение или переобучение для приобретения новой непротивопоказанной профессии); стойкая декомпенсация функционирования органов-мишеней (хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек и др.); последствия хирургической коррекции артериальной гипертензии.

48. В каких случаях нарушается полостное пищеварение?

Ответ. Полостное пищеварение нарушается при абсолютной панкреатической недостаточности (при панкреатите, после резекции поджелудочной железы); при относительной панкреатической недостаточности, в результате моторных нарушений двенадцатиперстной кишки, после резекции кишечника, наличии анастомозов при постгастроэктомическом синдроме.

49. Чем характеризуются копрологические лабораторные исследования у больного хроническим панкреатитом?

Ответ. У больного хроническим панкреатитом в копрограмме выявляется полифекалия (свыше 400 г/сут), креаторея, амилорея и стеаторея (более 9% при содержании в суточном рационе 100 г жира).

50. Что можно предположить, если на ЭКГ интервалы между комплексами QRS соседних циклов отличаются не более чем на 0,10 сек; зубцы Р (в отведениях I, II, AVF) положительные перед каждым комплексом QRS?

Ответ: на ЭКГ регулярный синусовый ритм.

51. Что относится к эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии?

Ответ: дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация.

52. Какие программы вы будете разрабатывать и реализовывать в рамках формирования здорового образа жизни?

Ответ: программы по снижению потребления алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ, оптимизации физической активности, рациональному питанию, нормализации индекса массы тела.

53. Что отражает клинический (общий) анализ крови?

Ответ. Клинический (общий) анализ крови — главный способ оценки форменных и количественных характеристик элементов крови. Клинический анализ крови позволяет диагностировать большинство заболеваний крови (анемии, лейкозы и др.), а также оценить динамику воспалительного процесса, эффективность проводимого лечения, вовремя обнаружить развивающийся побочный эффект препарата.

54. Какую информацию можно получить при биохимическом исследовании крови?

Ответ. Биохимическое исследование крови позволяет узнать о точном содержании в крови электролитов и ферментов, определить количество белка и глюкозы, наличие токсических продуктов метаболизма, которые в норме должны выводиться из организма почками. Исследование позволяет контролировать состояние различных органов и систем, а также косвенно оценивать состояние организма в целом.

55. Какие инструментальные методы исследования вы знаете?

Ответ: рентгенологические (рентгеноскопия, рентгенография, томография, ангиография, флюорография); эндоскопические (бронхоскопия, фиброгастродуоденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, цистоскопия, лапароскопия); радиоизотопные (радиография, радиометрия, сканирование); ультразвуковые; функциональные (ЭКГ, электроэнцефалография, реография, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия).

56. В чем заключается суть этиологии болезни?

Ответ. Этиология — это учение о причинах и условиях возникновения и развития болезней.

57. На какие группы по происхождению подразделяют этиологические факторы?

Ответ. По происхождению все этиологические факторы делят на две группы:

- а) внешние или экзогенные (механические, физические, химические, биологические);
- б) внутренние, или эндогенные (наследственные и конституциональные факторы).

58. Что означает понятие «патогенез заболевания»?

Ответ. Патогенез — это учение о механизмах развития, течения и исхода болезней, патологических процессов и патологических состояний.

59. Какие исходы болезней вы знаете?

Ответ: в исходе болезни могут наступить выздоровление, рецидив, переход в хроническую форму, осложнение, смерть.

60. Что представляет собой осложнение болезни?

Ответ. Осложнение — присоединившийся к основному заболеванию дополнительный патологический процесс, обусловленный различного рода нарушениями, возникшими в ходе развития болезни.

61. Что такое симптом?

Ответ. Симптом — один отдельный признак; частное проявление какого-либо заболевания, патологического состояния или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности; одна отдельная конкретная жалоба больного.

62. Что такое синдром?

Ответ. Синдром — совокупность симптомов с общим патогенезом.

63. На что направлена этиотропная фармакотерапия?

Ответ. Этиотропная терапия направлена на устранение причины (этиологию) заболевания или снижение действия причинного фактора болезни. Этот вид терапии наиболее эффективен.

64. На что направлена патогенетическая фармакотерапия?

Ответ. Патогенетическая терапия — действие лекарств, направленных на устранение или подавление механизмов развития болезни.

65. На что направлена симптоматическая фармакотерапия?

Ответ. Симптоматическая терапия направлена на устранение или уменьшение отдельных симптомов заболевания, устранение или ограничение отдельных проявлений болезни. Их лечебное действие основано лишь на ослаблении какого-нибудь симптома болезни.

66. В чем суть проведения заместительной фармакотерапии?

Ответ. Заместительная терапия применяется при недостаточности в организме больного биологически активных веществ (гормонов, ферментов, витаминов и др.), введение которых, не устраняя причины заболевания, обеспечивает нормальную жизнь человеку в течение многих лет.

67. С какой целью проводится профилактическая терапия?

Ответ. Профилактическая терапия проводится для предупреждения заболеваний. В группу профилактических средств входят некоторые противовирусные, дезинфицирующие препараты, вакцины, сыворотки и др.

68. Каковы основные принципы назначения лекарственного препарата?

Ответ. Выбор лекарственных препаратов для лечения конкретного больного с высоким профилем безопасности; определение режима их применения; наблюдение за действием лекарственного средства; предупреждение и устранение побочных реакций; возможность сочетания с другими лекарственными препаратами.

69. В чем суть побочного действия лекарственного препарата?

Ответ. Помимо полезного терапевтического действия многие лекарственные препараты могут вызывать нежелательные реакции, приводящие в некоторых случаях к тяжелым осложнениям и даже летальному исходу.

70. В чем заключается суть немедикаментозных методов лечения?

Ответ. Немедикаментозные методы лечения — методы профилактики и лечения без использования медикаментов.

71. Какие наиболее распространенные немедикаментозные методы лечения вы знаете?

Ответ: лечебная акупунктура, фитотерапия, озонотерапия, мануальная терапия, остеопатия, лечебный массаж, дыхательная гимнастика, лечебная физкультура; лечение минеральными водами, грязями; гирудотерапия, электротерапия, магнитотерапия, светолечение, психотерапия, изменение образа жизни.

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

72. Что такое трудоспособность? Какие факторы определяют трудоспособность?

Ответ. Трудоспособность — это такое состояние человека, при котором совокупность физических и духовных способностей позволяет ему выполнять общественно полезный труд в условиях производства без ущерба для здоровья и с наибольшей эффективностью.

Факторами, определяющими трудоспособность, являются:

- а) состояние здоровья
- б) знания и производственный опыт
- в) навыки к труду
- г) моральные качества человека.

73. Каким требованиям должны отвечать трудовые рекомендации при профессиональных заболеваниях?

Ответ:

- а) должны исключать факторы, способствующие прогрессированию данного профессионального заболевания
- б) рекомендуемый труд должен соответствовать функциональным возможностям организма
- в) рекомендуемая работа должна соответствовать общей и специальной подготовке, навыкам и возрасту больного
- г) рекомендуемая работа должна обеспечивать возможность повышения квалификации, особенно среди молодых лиц
- д) трудовые рекомендации должны быть гигиенически, физиологически и социально обоснованы.

74. Назовите критерии определения врачами-экспертами БМСЭ степени или процента утраты общей и профессиональной трудоспособности.

Ответ. Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 16 октября 2000 г. № 789 «Об утверждении правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»:

- а) 100% утраты профессиональной трудоспособности: у потерпевшего наступила полная утрата трудоспособности
- б) от 70 до 90% УПТ: потерпевший может выполнять работу лишь в специально созданных условиях
- в) от 40 до 60%: потерпевший может выполнять работу по основной профессии в обычных производственных условиях, но с меньшим объемом или снижением квалификации, или может в обычных производственных условиях выполнять труд более низкой квалификации
- г) 30% УПТ: потерпевший может выполнять работу по основной профессии или заниматься неквалифицированным физическим трудом, но со снижением на 2 тарификационных разряда
- д) 20% УПТ: потерпевший может выполнять работу по основной профессии или заниматься неквалифицированным физическим трудом, но со снижением на 1 тарификационный разряд
- е) 10% УПТ: потерпевший может выполнять работу по основной профессии, но с большим напряжением, чем прежде.

75. Назовите основные медицинские критерии, определяющие экспертное заключение при оценке ограничений жизнедеятельности больных с патологией органов дыхания.

Ответ. При оценке ограничений жизнедеятельности больных с патологией органов дыхания основными медицинскими критериями, определяющими экспертное заключение, являются:

- а) нозологическая форма
- б) характер и тяжесть течения заболевания
- в) степень активности воспалительного процесса
- г) выраженность дыхательной недостаточности
- д) наличие хронического легочного сердца
- е) стадия сердечной недостаточности
- ж) эффективность и адекватность лечения.

76. Какие показатели функции внешнего дыхания могут быть использованы при экспертной оценке состояния больного бронхиальной астмой?

Ответ. При экспертной оценке состояния больного бронхиальной астмой учитываются показатели функции внешнего дыхания:

- а) спирография с оценкой объема форсированного выдоха за одну секунду, форсированной жизненной емкости легких, а также пиковой скорости выдоха. Важным диагностическим критерием является увеличение объема форсированного выдоха за одну секунду ($>12\%$) и пиковой скорости выдоха ($>15\%$) после ингаляции β_2 -агонистов короткого действия
- б) пикфлоуметрия — суточная изменчивость в зависимости от тяжести заболевания составляет более 15%.

77. Из каких составляющих складывается обратимый компонент бронхиальной обструкции при хронической обструктивной болезни легких, способствующий хорошему реабилитационному прогнозу?

Ответ. Обратимый компонент бронхиальной обструкции складывается из спазма гладкой мускулатуры бронхов, отека слизистой бронхов и гиперсекреции слизи, возникающих под влиянием большого числа противовоспалительных медиаторов.

78. Какие данные учитываются в БМСЭ при оценке профессионально-трудового статуса больного с бронхиальной астмой?

Ответ. Оценка профессионально-трудового статуса больного и инвалида с последующей разработкой трудовых рекомендаций является важной частью работы врача-эксперта. При этом учитываются:

- а) уровень образования, основная профессия (специальность) и квалификация
- б) должность и профессия на момент освидетельствования, сохранность профессиональных знаний и навыков
- в) условия и организация труда, рациональность трудоустройства
- г) соответствие психофизиологических требований, предъявленных основной профессией к состоянию здоровья.

79. Назовите функции дыхания, подлежащие обязательной реабилитационно-экспертной диагностике ограничений жизнедеятельности при заболеваниях органов дыхания.

Ответ. При реабилитационно-экспертной оценке состояния больного с патологией органов дыхания учитываются:

- а) функции частоты, ритма, глубины дыхания
- б) функции толерантности к физической нагрузке
- в) дополнительно — функции вдувания, свиста и дыхания ртом.

80. В каких случаях в качестве причины инвалидности указывается «профессиональное заболевание»?

Ответ. Причина инвалидности «профессиональное заболевание» определяется при установлении диагноза профессионального заболевания или интоксикации, остаточных явлений, отдаленных последствий или осложнений, а также в случаях, когда профессиональное заболевание вызывает резкое ухудшение другого заболевания непрофессиональной этиологии. Если по характеру заболеваний имеются основания для установления различных причин инвалидности, то медико-социальная экспертная комиссия устанавливает причину инвалидности по выбору инвалида, которая дает право на более высокую пенсию.

81. Назовите некоторые особенности МСЭ при профессиональных заболеваниях:

Ответ. При МСЭ профессиональных заболеваний:

- а) необходимо установление связи заболевания с воздействием неблагоприятных производственных факторов
- б) необходимо квалифицированное заключение профпатолога о характере заболевания, степени выраженности и особенностях его течения
- в) необходимо квалифицированное заключение врача по гигиене труда об условиях работы заболевшего, вызвавших развитие заболевания
- г) необходимо решить, может и должен ли заболевший выполнять работу в прежней профессии при незначительной выраженности патологического процесса
- д) в ряде случаев возникает необходимость определения группы инвалидности на период рационального трудоустройства и переобучения.

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

82. На чем основаны медико-социальные критерии инвалидности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки?

Ответ. Медико-социальные критерии инвалидности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки основаны на оценке степени ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций желудочно-кишечного тракта в результате заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнениями и последствиями их хирургического лечения и требующих мер социальной защиты, включая реабилитацию.

83. На основании каких регламентирующих документов определяется группа инвалидности?

Ответ. Группа инвалидности определяется на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95 и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2009 № 1013н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ».

84. Чем характеризуется умеренная степень нарушения пищеварения?

Ответ. Умеренная степень нарушения пищеварения характеризуется неустойчивым стулом, потерей веса, гипопроотеинемией и диспротеинемией.

85. Какие изменения в копрограмме определяются при умеренной степени нарушения пищеварения?

Ответ. В копрограмме при умеренной степени нарушения пищеварения определяются неизменные мышечные волокна, крахмальные зерна внутри- и внеклеточно, снижение липазы, повышение концентрации щелочной фосфатазы.

86. Что является абсолютными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки?

Ответ. Абсолютными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки являются перерождение язвы в рак, профузное язвенное кровотечение.

87. Что является показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в плановом порядке?

Ответ. Показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в плановом порядке являются пенетрирующие и каллезные язвы, стенозы и деформации.

88. Какие осложнения чаще всего развиваются после резекции желудка?

Ответ. После резекции желудка чаще всего развиваются демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва соустья.

89. В каких случаях пациент с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки имеет показания для направления на МСЭ?

Ответ. Пациент с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки имеет показания для направления на МСЭ в следующих случаях:

- а) при завершении лечения в амбулаторных и стационарных условиях и необходимости значительной коррекции трудовой деятельности вследствие абсолютных противопоказаний для работы в прежней профессии
- б) при последствиях операции, ведущих к длительной утрате трудоспособности
- в) при неэффективности реконструктивного лечения и наличии выраженных нарушений функции пищеварения
- г) при рецидиве язвенной болезни после неэффективного оперативного лечения.

90. Какие обязательные обследования и для каких целей должны быть проведены пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при направлении на МСЭ?

Ответ. При поступлении на МСЭ пациент с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки должен иметь обязательные обследования:

- а) копрограмму для оценки функции пищеварения
- б) рентгеноскопию желудка для оценки структурного состояния желудка и двенадцатиперстной кишки
- в) фиброэзофагогастроскопию для оценки морфофункционального состояния
- г) инсулиновый тест Холандера для оценки нарушений функции эндокринной регуляции.

91. Как оценить реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки?

Ответ. Реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки следует оценивать по структурно-функциональному состоянию желудка и двенадцатиперстной кишки, наличию осложнений, функции пищеварения, стадии адаптационно-компенсаторных реакций.

92. Какие могут быть причины дестабилизации комплекса холестерина, фосфолипидов и желчных кислот, составляющего основную часть осадка желчи?

Ответ. Причинами дестабилизации комплекса холестерина, фосфолипидов и желчных кислот, составляющего основную часть осадка желчи, могут служить снижение секреции желчных кислот, повышение секреции холестерина в желчные пути.

93. Какие группы причин могут вызвать синдром нарушенного пищеварения и всасывания?

Ответ. Причины синдрома нарушенного пищеварения и всасывания могут быть гастрогенные, панкреатогенные, гепатогенные, энтерогенные.

94. Какие основные факторы развития мальабсорбции?

Ответ. Основными факторами развития мальабсорбции являются нарушения синтеза, секреции, инактивации желчных кислот; ферментативная недостаточность поджелудочной железы; диффузное поражение слизистой оболочки тонкой кишки; поражение лимфатических сосудов кишечника.

95. Какие ограничения жизнедеятельности появляются у больных при выраженной степени нарушения пищеварения?

Ответ. При выраженной степени нарушения пищеварения у больных нарушается способность к труду II и III степени и способность к труду I степени.

96. Когда определяется умеренное ограничение жизнедеятельности (III группа инвалидности) у больных панкреатитом?

Ответ. Умеренное ограничение жизнедеятельности (III группа инвалидности) определяется у больных панкреатитом после консервативного лечения при нарушениях функции пищеварения средней степени и наличии противопоказаний в труде (для рационального трудоустройства), а также после оперативного лечения при нарушениях функции пищеварения средней степени и наличии противопоказаний в труде (для рационального трудоустройства).

97. Какие виды и условия труда противопоказаны для больных хроническим панкреатитом?

Ответ. Противопоказанными видами и условиями труда для больных хроническим панкреатитом являются тяжелый и средней степени тяжести физический труд; труд, связанный с невозможностью соблюдения режима питания и диеты; работа с панкреато- и гепатотропными ядами.

98. Какое ограничение жизнедеятельности (группа инвалидности) следует определить у больного хроническим панкреатитом при III стадии заболевания, с частыми повторными кровотечениями и при безуспешности интенсивной терапии?

Ответ. У больного хроническим панкреатитом при III стадии заболевания, с частыми повторными кровотечениями и при безуспешности интенсивной терапии следует определить выраженное ограничение жизнедеятельности (II группа инвалидности).

99. Какие могут быть причины развития постхолецистэктомического синдрома?

Ответ. Причиной постхолецистэктомического синдрома могут быть камни желчных протоков, длинная культя пузырного протока желчного пузыря, инфицирование культи с воспалением, развитие желчной гипертензии.

100. Чем характеризуется портальная гипертензия при макронодулярном циррозе печени при болезни Вильсона–Коновалова?

Ответ. Портальная гипертензия при макронодулярном циррозе печени при болезни Вильсона–Коновалова характеризуется спленомегалией; варикозным расширением вен пищевода, желудка и геморроидальных вен и кровотечением из них; асцитом.

101. Какие виды блоков портальной системы можно выделить при нарушении портального кровообращения?

Ответ. Нарушение портального кровообращения может быть вызвано надпеченочным, внутрипеченочным и подпеченочным блоком портальной системы.

102. Какими лабораторными показателями проявляется печеночная недостаточность?

Ответ. Печеночная недостаточность проявляется гипоальбуминемией, гипокоагуляцией, снижением церулоплазмينا, снижением трансферрина.

103. Чем характеризуется развернутая картина гиперспленизма?

Ответ. Развернутая картина гиперспленизма характеризуется спленоомегалией, нормоцитарной или макроцитарной анемией, лейкопенией с нейтропенией, тромбоцитопенией.

104. При наличии какой стадии портальной гипертензии больной направляется на МСЭ?

Ответ. Больной направляется на МСЭ при наличии портальной гипертензии III и IV стадии.

105. В каких случаях нарушается полостное пищеварение?

Ответ. Полостное пищеварение нарушается при абсолютной панкреатической недостаточности (при панкреатите, после резекции поджелудочной железы); при относительной панкреатической недостаточности в результате моторных нарушений двенадцатиперстной кишки, после резекции кишечника, наличии анастомозов при постгастроэктомическом синдроме.

106. Чем характеризуются копрологические лабораторные исследования у больного хроническим панкреатитом?

Ответ. У больного хроническим панкреатитом в копрограмме выявляется полифекалия (свыше 400 г/сут), креаторея, амилорея и стеаторея (>9% при содержании в суточном рационе 100 г жира).

107. Чем характеризуются копрологические лабораторные исследования у больного со средней степенью тяжести синдрома короткой кишки?

Ответ. Копрологические лабораторные исследования у больного со средней степенью тяжести синдрома короткой кишки характеризуются полифекалией, стеатореей, креатореей.

108. В чем суть назначения лечебного питания?

Ответ. Лечебное питание — это питание больного человека, цель которого помочь его выздоровлению и обеспечить организм необходимыми пищевыми веществами (нутриентами). В ряде случаев лечебное питание может выступать в качестве основного терапевтического средства.

109. Какие показания к исследованию кала (копрограмме) Вы знаете?

Ответ. Исследование кала показано при диагностике и оценке результатов терапии болезней желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы, для выявления и оценки нарушений пищеварения.

110. Для каких целей применяется рентгенография в гастроэнтерологии?

Ответ. Рентгенография применяется для исследования желудочно-кишечного тракта (в частности, исследование с контрастным веществом) для оценки структуры, моторики, наличия патологии развития, обнаружения новообразований, полипов.

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

111. Назовите критерии установления I группы инвалидности больным хронической болезнью почек.

Ответ. I группа инвалидности определяется больным при крайне тяжелых нарушениях функций органов и систем; развитии необратимых осложнений уремии, диализа, нефротрансплантации и сопутствующих заболеваний, обуславливающих ограничение способности к самообслуживанию, передвижению, трудовой деятельности 3-й ст. Больные нуждаются в постоянной посторонней помощи в течение более чем 50% дневного времени.

112. Назовите минимум исследований при направлении больного хронической болезнью почек в БМСЭ.

Ответ. Необходимый минимум обследования: анализы мочи; клинический анализ крови, тромбоциты; суточная потеря белка с мочой; проба Реберга; креатинин, мочевины, холестерин, электролиты, общий белок и фракции; показатели кислотно-основного состояния, рентгенография костей, щелочная фосфатаза; УЗИ, скintiграфия, рентгенография и биопсия почек по показаниям. Дополнительно при диализе: биохимические показатели адекватности (Kt/V, содержание мочевины и крови до и после диализа; гемоглобин и альбумин крови; рентгенограммы костей). Дополнительно после нефротрансплантации: функция трансплантата, показатели иммунологического статуса, УЗИ трансплантата.

113. Какие дополнительные факторы влияют на реабилитационный прогноз при проведении диализа больным хронической болезнью почек?

Ответ. Своевременное начало адекватного диализа сохраняет жизнь и способствует реабилитации больных. Влияют на прогноз возраст, сопутствующая патология (ИБС, сахарный диабет и т.д.), вредные привычки (алкоголизм, наркомания), социальное положение больных, своевременность оказания и уровень специализированной медицинской помощи.

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

114. Назовите основные медицинские критерии, определяющие экспертное заключение при оценке ограничений жизнедеятельности больных с патологией соединительной ткани.

Ответ. При оценке ограничений жизнедеятельности больных с патологией соединительной ткани основными медицинскими критериями, определяющими экспертное заключение, являются:

- а) нозологическая форма
- б) характер и тяжесть течения заболевания
- в) степень активности воспалительного процесса
- г) поражение кожи и периферических сосудов
- д) наличие пневмосклероза
- е) стадия сердечной недостаточности
- ж) эффективность и адекватность лечения.

115. Какие диагностические показатели могут быть использованы при экспертной оценке состояния больного ревматоидным артритом?

Ответ. При экспертной оценке состояния больного ревматоидным артритом учитываются:

- а) утренняя скованность суставов не менее 1 часа
- б) артрит ≥ 3 суставов
- в) артрит суставов кисти: припухлость хотя бы одной группы следующих суставов — проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых или лучезапястных
- г) симметричный артрит
- д) ревматоидные узелки — подкожные узлы, на разгибательной поверхности предплечья вблизи локтевого сустава или в области других суставов
- е) положительный ревматоидный фактор (РФ) — наличие в сыворотке крови РФ, определяемого любым методом
- ж) рентгенологические изменения — наличие типичных для ревматоидного артрита изменений в лучезапястных суставах и суставах кисти.

116. Каковы критерии диагностики системной красной волчанки?

Ответ:

- а) периферические: синдром Рейно; склеродермическое поражение кожи; суставно-мышечный синдром (с контрактурами); остеолит; кальциноз
- б) висцеральные: базальный пневмосклероз; крупноочаговый кардиосклероз; склеродермическое поражение желудочно-кишечного тракта; истинная волчаночная почка.

117. Что включает реабилитация при системной красной волчанке?

Ответ. Реабилитация включает медицинский, психологический и социальный аспекты: стационарное, амбулаторное лечение; диспансеризация; подготовка больных и инвалидов к возобновлению трудовой деятельности в доступных видах и условиях производства; рациональное трудовое устройство, обучение и переобучение инвалидов.

118. Каков благоприятный прогноз по заболеванию «ревматоидный артрит»?

Ответ. К благоприятным признакам относятся острое начало ревматоидного артрита, возраст больных до 40 лет, мужской пол, продолжительность болезни менее 1 года.

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

119. Назовите критерии установления I группы инвалидности больным острым лейкозом.

Ответ. I группа инвалидности определяется при первичном направлении на МСЭ в первично-активной стадии, даже если достигнутая ремиссия длится менее года, а также в случае рецидива, что связано со значительно выраженными нарушениями функций системы крови и других систем, вызванных заболеванием и высокотоксичной терапией; неблагоприятного прогноза.

120. Назовите критерии МСЭ при остром лейкозе.

Ответ. Основные критерии МСЭ при остром лейкозе:

- а) вариант острого лейкоза
- б) достижение полной клинико-гематологической ремиссии
- в) длительность ремиссии (определяет вероятность рецидива: при остром нелимфобластном лейкозе в случае длительности первой ремиссии <2 мес, шанс добиться второй ремиссии не превышает 20%, при длительности ремиссии >12 мес вероятность добиться второй ремиссии при рецидиве возрастает до 60%)
- г) наличие рецидива
- д) развитие острого лейкоза на фоне миелодиспластического синдрома
- е) возраст
- ж) адекватность проведенной терапии (соблюдение общепринятой схемы лечения)
- з) наличие стойких нарушений функций, в том числе связанных с последствиями лечения.

121. Назовите необходимый минимум обследования пациента для направления его на МСЭ при остром лейкозе.

Ответ. Необходимые обследования для направления пациента с острым лейкозом на МСЭ: общий анализ крови, анализ крови на тромбоциты, миелограмма с данными цитохимического исследования, иммунофенотипирование бластных клеток, показатели функции печени и почек, консультации окулиста и невролога, заключение гематолога о предполагаемом плане лечения.

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

122. Каковы критерии III группы инвалидности в зависимости от двигательной активности и мышечной силы после перенесенного инсульта.

Ответ. Критериями III группы инвалидности могут быть снижение мышечной силы на 2–3–4 балла по 5-балльной системе оценки мышечной силы в зависимости от количества конечностей и частей тела, в которых есть снижение мышечной силы, что влияет на степень ограничения жизнедеятельности. Например, силовой парез в разгибателе большого пальца стопы в 2 балла менее влияет на способность к самостоятельному передвижению, чем гемипарез в 3 балла.

123. Какие профессии относятся к «опасным» для инвалида вследствие эпилепсии?

Ответ:

- а) профессии, связанные с работой в непосредственной близости от воды, огня или на высоте
- б) специальность, подразумевающая эксплуатацию сложного механизма
- в) профессия водителя любого вида транспорта и лица, обслуживающие движение (сюда относят пилотов, стрелочников, авиадиспетчеров и т.п.)
- г) профессия врача, имеющего дело с оперативным вмешательством
- д) профессии в химической отрасли либо на должностях, предусматривающих работу с излучением
- е) профессия военнослужащего.

124. Какие ориентиры в сфере двигательной активности и мышечной силы должны иметь место в деятельности для врача-эксперта при установлении I группы инвалидности после перенесенного инсульта?

Ответ. Первая группа инвалидности после инсульта устанавливается при наличии глубокого снижения мышечной силы или ее полной утрате (плегии) — 0 баллов по шкале оценки мышечной силы Британского

совета медицинских исследований. Такое снижение или утрата приводят к полной потере самостоятельности этих людей в повседневной жизни, они не могут передвигаться и нуждаются в помощи посторонних.

125. Основные причины, которые могут стать основанием для направления пациента с эпилепсией на МСЭ для определения группы инвалидности.

Ответ. К таким причинам относят:

- а) частые приступы, которые тяжело поддаются лечению
- б) нарушение качества жизни больного
- в) работа на «опасных» профессиях.

126. Профессиональная и социальная реабилитация инвалидов с рассеянным склерозом.

Ответ:

- а) изменение условий труда или трудоустройство в новой профессии с учетом противопоказанных факторов
- б) организация работы в специально созданных условиях, в том числе на дому (консультативная, литературная, административно-хозяйственная работа небольшого объема)
- в) в случае стойкой ремиссии, при легком нарушении двигательных функций можно рекомендовать обучение и переобучение некоторым техническим, гуманитарным, административным профессиям с учетом противопоказаний и реальной перспективы дальнейшей трудовой деятельности
- г) при тяжелой инвалидности важны психологическая поддержка больного, коррекция эмоциональных нарушений; симптоматическая терапия в случае тазовых нарушений, выраженной спастичности; снабжение велоколяской и другие меры социальной помощи и защиты.

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

127. На чем основаны медико-социальные критерии инвалидности при инвалидизирующих хирургических заболеваниях?

Ответ. Медико-социальные критерии инвалидности при инвалидизирующих хирургических заболеваниях основаны на оценке степени ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций органов и систем в результате заболеваний, осложнений, последствий хирургического лечения и требующих мер социальной защиты, включая реабилитацию.

128. Что является «золотым стандартом» в диагностике облитерирующих заболеваний аорты, ее ветвей и периферических артерий?

Ответ. «Золотым стандартом» в диагностике облитерирующих заболеваний аорты, ее ветвей и периферических артерий является рентгеноконтрастная ангиография.

129. В какие сроки от первой операции целесообразно производить реконструктивные операции на венозной системе с целью коррекции венозного кровотока?

Ответ. Реконструктивные операции на венозной системе с целью коррекции венозного кровотока целесообразно производить не ранее 6 мес от первой операции и до срока 1–3 лет.

130. Каким поражением характеризуется Синдром Лериша?

Ответ. Синдром Лериша характеризуется поражением терминального отдела аорты и общих подвздошных артерий.

131. Какие клинические проявления характерны для синдрома Лериша?

Ответ. Для синдрома Лериша характерны высокая перемежающаяся хромота, атрофия мышц ноги, снижение или отсутствие пульса на бедренной артерии, импотенция.

132. К ограничению каких категорий жизнедеятельности приводит патология с умеренно выраженными, выраженными и значительно выраженными нарушениями функций артерий?

Ответ. Патология артерий с умеренно выраженными, выраженными и значительно выраженными нарушениями функций приводит к ограничению:

- а) способности к самообслуживанию

- б) способности к самостоятельному передвижению
- в) способности к трудовой деятельности
- г) способности к обучению.

133. Что является абсолютными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки?

Ответ. Абсолютными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки являются перерождение язвы в рак, профузное язвенное кровотечение.

134. Что является относительными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки?

Ответ. Относительными показаниями к оперативному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки являются пенетрирующие и каллезные язвы, стенозы и деформации.

135. Какие осложнения чаще всего развиваются после резекции желудка?

Ответ. После резекции желудка чаще всего развиваются демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва соустья.

136. Какие изменения в копрограмме характеризуют недостаточность функции поджелудочной железы?

Ответ. В копрограмме недостаточность функции поджелудочной железы характеризуют полифекалия (свыше 400 г/сут), креаторея, стеаторея (>9% при содержании в суточном рационе 100 г жира), амилорея.

137. Как изменяется секретин-панкреозиминный (церулеиновый) тест при недостаточности функции поджелудочной железы?

Ответ. При недостаточности функции поджелудочной железы панкреозиминный (церулеиновый) тест характеризуется уменьшением секрета в 6 порциях дуоденального содержимого, концентрации бикарбонатов в первых 3 и ферментов — в последних 3 порциях.

138. Назовите стадии формирования синдрома короткой кишки после оперативного лечения?

Ответ. Формирование синдрома короткой кишки после оперативного лечения характеризуется стадиями:

- а) I стадия: 2—4 нед. после операции
- б) II стадия: реадaptация в сроки от 2 нед. до 6 мес после операции
- в) III стадия: сформированного синдрома короткого кишечника сроки 6—12 мес после операции.

139. Какие клинические характеристики I стадии синдрома короткой кишки через 2—4 нед. после операции?

Ответ. I стадия формирования синдрома короткой кишки после оперативного лечения характеризуется поносами до 10 раз/сут, значительными водно-электролитными нарушениями.

140. Чем характеризуется II стадия (реадaptация) синдрома короткой кишки в сроки от 2 нед. до 6 мес после операции?

Ответ. II стадия (реадaptация) синдрома короткой кишки в сроки от 2 нед. до 6 мес после операции характеризуется стабилизацией дисфункции кишечника, потерей массы тела, развитием В12-дефицитной анемии, стеатореи; могут быть нервные психические расстройства, тетания.

141. Чем характеризуется III стадия сформированного синдрома короткого кишечника в сроки 6—12 мес после операции?

Ответ. III стадия сформированного синдрома короткого кишечника сроки 6—12 мес после операции характеризуется исчезновением или урежением поносов; происходит стабилизация массы тела, наблюдается исчезновение или выравнивание нарушенного обмена.

142. Какими клинико-лабораторными показателями характеризуется средняя степень тяжести синдрома короткой кишки?

Ответ. Средняя степень тяжести синдрома короткой кишки характеризуется наличием полифекалии, стеатореи++, креатореи++; микроэлементы 1/3 от нормы; снижение гемоглобина до 65 г/л.

143. Какими клинико-лабораторными показателями характеризуется тяжелая степень тяжести синдрома короткой кишки?

Ответ. Тяжелая степень тяжести синдрома короткой кишки, помимо полифекалии, стеатореи++, креатореи++, снижения микроэлементов 1/3 от нормы, снижения гемоглобина до 65 г/л, характеризуется снижением веса на 15 кг; альбумины крови 36 г/л, снижение лактазной активности (плоская кривая), 60% транспортной функции тонкой кишки.

144. Какие клинико-функциональные нарушения отмечаются при 1-й стадии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей?

Ответ. При 1-й стадии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей боль в нижних конечностях проявляется при физической нагрузке; больной может пройти на расстояние >1 км.

145. Какие клинико-функциональные нарушения отмечаются при 2а- и 2б-стадиях облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей?

Ответ. При 2-й стадии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей боль в нижних конечностях возникает при прохождении обычным шагом расстояния <200 м.

146. Какие клинико-функциональные нарушения отмечаются при 3-й стадии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей?

Ответ. При 3-й стадии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей боли в конечности в состоянии покоя или прохождении расстояния <25 м.

147. Какие клинико-функциональные нарушения отмечаются при 4-й стадии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей?

Ответ. При 4-й стадии облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей боли носят постоянный характер; имеются язвы.

148. Как оценит врач МСЭ степень выраженности нарушения статодинамических функций и кровообращения у пациента, у которого имеется протезированная культя конечности с хронической артериальной недостаточностью 2-й степени и хроническая артериальная недостаточность 1-й степени другой конечности?

Ответ. У пациента, у которого имеется протезированная культя конечности с хронической артериальной недостаточностью 2-й степени и хроническая артериальная недостаточность 1-й степени другой конечности, имеются стойкие умеренные нарушения статодинамических функций и кровообращения.

149. Какая степень выраженности нарушения статодинамических функций и кровообращения у пациента с хронической артериальной недостаточностью 3-й степени одной конечности и ампутационной культей бедра другой конечности?

Ответ. У пациента с хронической артериальной недостаточностью 3-й степени одной конечности и ампутационной культей бедра другой конечности имеются стойкие выраженные нарушения статодинамических функций и кровообращения.

150. Какая степень выраженности нарушения статодинамических функций и кровообращения у пациента с ампутационной культей нижних конечностей при невозможности протезирования?

Ответ. У пациента с ампутационной культей нижних конечностей при невозможности протезирования имеются стойкие значительно выраженные нарушения.

151. Какой метод хирургической реабилитации предпочтительнее при протяженном поражении (>10 см) артерии?

Ответ. При протяженном (>10 см) поражении артерии предпочтительным методом хирургической реабилитации является шунтирование.

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

152. На чем основаны медико-социальные критерии инвалидности при инвалидизирующих заболеваниях и последствиях травм опорно-двигательного аппарата?

Ответ. Медико-социальные критерии инвалидности при инвалидизирующих заболеваниях и последствиях травм опорно-двигательного аппарата основаны на оценке степени ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций опорно-двигательного аппарата в результате заболеваний, травм, осложнений, последствий хирургического лечения и требующих мер социальной защиты, включая реабилитацию.

153. Какие рентгенологические признаки относятся к перестройке костной ткани при остеопорозе?

Ответ. Рентгенологическими признаками, относящимися к перестройки костной ткани при остеопорозе, являются вертикальная исчерченность тел позвонков, системное повышение прозрачности костной ткани, «рамочная» структура тел позвонков.

154. Какой метод лучевой диагностики метаболических заболеваний скелета является новым?

Ответ. Новым методом лучевой диагностики метаболических заболеваний скелета является микрокомпьютерная томография (мКТ) 3 D.

155. Что позволяет определить микрокомпьютерная томография?

Ответ. Микрокомпьютерная томография позволяет определить толщину и количество трабекул, общий объем кости, толщину кортикального слоя.

156. Какие переломы являются маркерами при системном остеопорозе?

Ответ. К переломам-маркерам при системном остеопорозе относят переломы тел позвонков, переломы дистального метаэпифиза лучевой кости, переломы шейки бедренной кости, полученные при падении с высоты своего роста на ровной поверхности.

157. Какое исследование является самым достоверным при диагностике остеопороза?

Ответ. При диагностике остеопороза самым достоверным исследованием является биопсия из крыла подвздошной кости.

158. Какие степени нарушений функции выделяют при экспертизе патологии опорно-двигательного аппарата?

Ответ. При экспертизе патологии опорно-двигательного аппарата выделяют 4 степени нарушений функции:

- а) незначительную
- б) умеренную
- в) выраженную
- г) значительно выраженную.

159. К ограничению каких категорий жизнедеятельности приводит патология опорно-двигательного аппарата с умеренно выраженными, выраженными и значительно выраженными нарушениями функций?

Ответ. Патология опорно-двигательного аппарата с умеренно выраженными, выраженными и значительно выраженными нарушениями функций приводит к ограничению:

- а) способности к самообслуживанию
- б) способности к самостоятельному передвижению
- в) способности к трудовой деятельности
- г) способности к обучению.

160. Как принято характеризовать резко выраженное нарушение подвижности в суставе?

Ответ. Резко выраженное нарушение подвижности в суставе принято характеризовать как анкилоз.

161. Как по функциональным свойствам подразделяются протезы верхних конечностей?

Ответ. Протезы верхних конечностей по функциональным свойствам подразделяются:

- а) на косметические
- б) активные (тяговые и с внешним источником энергии)
- в) функционально-косметические
- г) рабочие.

162. Какие объективные клинические показатели нарушения функции опорно-двигательной системы описываются при направлении на МСЭ?

Ответ. Объективными клиническими показателями нарушения функции опорно-двигательной системы для направления на МСЭ являются:

- а) отсутствие конечности
- б) контрактуры различного вида
- в) ограничение подвижности в суставе
- г) снижение силы мышц.

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

163. На каком основании можно оформить инвалидность по онкологии у пациентов с раком легких?

Ответ:

- а) прогрессивный рост рака с невозможностью радикального лечения
- б) необходимость трудоустройства
- в) продолжительное химиотерапевтическое или комбинированное лечение
- г) радикальное лечение опухоли, удаление одной доли.

164. Определите необходимый минимум обследования больного раком толстой кишки при направлении на МСЭ.

Ответ:

- а) анализ крови общий
- б) анализ мочи общий
- в) биохимические анализы (общий белок, белковые фракции, альбумин-глобулиновый коэффициент, другие — по показаниям)
- г) рентгено- или флюорография грудной клетки
- д) УЗИ печени
- е) рентгенологическое исследование кишечника для оценки возможного рецидива и функции анастомоза, кишечника и т.д.
- ж) данные биопсии опухоли
- з) заключение онколога, терапевта, невропатолога, при необходимости осмотр других специалистов.

165. Какие обозначения предусмотрены в классификации по системе TNM?

Ответ:

- T1 — слизистая оболочка, подслизистый слой
- T2 — мышечный слой, субсерозный слой
- T3 — прорастание серозной оболочки
- T4 — прорастание в соседние структуры
- N1 — перигастральные лимфоузлы не далее 3 см от края опухоли
- N2 — перигастральные лимфоузлы на расстоянии более 3 см от края опухоли или вдоль левой желудочной, общей печеночной, селезеночной или чревной артерии.

166. В чем заключаются основные задачи и принципы реабилитации онкологических больных?

Ответ:

- а) как можно более раннее начало лечения
- б) непрерывность
- в) преемственность
- г) комплексный характер
- д) этапность
- е) индивидуальный подход в лечении и восстановлении утраченных функций.

167. Какова степень стойких нарушений функций организма после удаления злокачественной опухоли молочной железы.

Ответ:

- а) в течение первых 5 лет после удаления на стадии (от T1 до T2) pN0 M0 — 50%
- б) в течение первых 5 лет после удаления на стадии (от T1 до T2) pN1 M0 — 60%
- в) в течение первых 5 лет после удаления на более высоких стадиях — 80%.

168. Какому проценту активности по шкале Карновского соответствует состояние онкологического больного, нуждающегося в посторонней помощи?

Ответ:

- а) нуждается порой в помощи, но способен сам удовлетворять большую часть своих потребностей — 60%
- б) нуждается в значительной помощи и медицинском обслуживании — 50%
- в) нуждается в специальной помощи, в том числе медицинской — 40%.

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

169. Определите значение и особенности врачебно-трудовой экспертизы и трудового устройства психически больных.

Ответ. Для психически больных труд является не только важнейшим социальным, но и лечебным фактором. После острой стадии болезни трудовое устройство психически больных играет особую роль, поскольку своевременное включение больного в трудовую деятельность является мощным компенсаторным фактором, нивелирующим дефекты психики. Трудовая деятельность психически больных способствует формированию новых или сохранению старых трудовых стереотипов, повышает самооценку личности, уровень ее социальной значимости, и наоборот — отрыв от деятельности ведет к углублению деградации психической жизни больного. Этим определяется большое профилактическое значение врачебно-трудовой экспертизы и трудового устройства психически больных. Для вынесения экспертного решения МСЭ необходимо располагать производственной характеристикой, в которой содержатся сведения о поведении психически больного на производстве, производительности его труда, взаимоотношениях с коллективом и т.д. Создание облегченных условий труда в прежней профессии (освобождение от работы в ночных сменах, дополнительных нагрузок, командировок) или перевод больного на другую работу без снижения квалификации и с сохранением заработка должны осуществляться по заключению врачебной комиссии лечебных учреждений. Рекомендации врачебной комиссии в подобных случаях играют решающую роль в сохранении трудоспособности при ряде психических заболеваний и способствуют формированию благоприятного психологического состояния больных.

170. Каковы особенности определения группы инвалидности при маниакально-депрессивном психозе, затяжной реактивной депрессии?

Ответ. В этих случаях преждевременное установление группы инвалидности ухудшает течение заболевания и затрудняет проведение реабилитационных мероприятий. Как правило, больные с указанной патологией при достаточно активной терапии, а в необходимых случаях с освобождением от работы по временной нетрудоспособности сроком на 2–4 мес, возвращаются к трудовой деятельности. Вопрос о направлении на МСЭ для установления группы инвалидности в подобных случаях возникает, когда заболевание приобретает затяжное либо непрерывно рецидивирующее течение с короткими светлыми промежутками.

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

171. Перечислите необходимый минимум обследования больных сахарным диабетом (СД) при обращении в БМСЭ.

Ответ. Необходимый минимум обследования: клинический анализ крови, глюкоза крови натощак и в течение дня (3-липидопротеиды, холестерин, мочевины, креатинин, электролиты сыворотки, гликированный гемоглобин; общий анализ мочи, на сахар и ацетон); ЭКГ; осмотр окулиста, невролога (состояние центральной и периферической нервной системы), хирурга (гнойные осложнения, трофические язвы). При нефропатии — проба Зимницкого и Реберга, определение суточной протеинурии и микроальбуминурии, кислотно-основного состояния; при ангиопатии нижних конечностей — доплерография и реовазография, при энцефалопатии — электроэнцефалография и реоэнцефалография; при поражении сердечно-сосудистой системы — ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления.

172. Каковы основные критерии временной утраты трудоспособности при СД?

Ответ. Основные критерии временной утраты трудоспособности — это декомпенсация углеводного обмена, острые осложнения, обострения хронических болезней, интеркуррентные заболевания, операции, начало диализа. Сроки временной утраты трудоспособности: при легком течении СД — 8–10 дней, средней тяжести — 25–30 дней, при тяжелом — 30–45 дней, при диабетических комах — не менее 30–45 дней, при гипогликемических состояниях — определяются их последствиями, при острых осложнениях диабетической триопатии — определяются их характером. Интеркуррентные заболевания при СД имеют склонность к затяжному течению, что удлиняет сроки временной утраты трудоспособности.

173. Какие виды и условия труда противопоказаны при легкой и средней степени СД?

Ответ. Легкая степень СД:

- а) тяжелый физический труд
- б) работа, связанная с воздействием промышленных ядов, разездами, командировками, сверхурочными, ночными сменами, ненормированным рабочим днем
- в) в неблагоприятных микроклиматических условиях.

Средняя степень тяжести СД:

- а) для больных, не получающих инсулин, противопоказан физический труд средней тяжести и умственный труд с высоким нервно-психическим напряжением
- б) для большинства больных, получающих инсулин, с лабильным течением СД противопоказана работа, внезапное прекращение которой опасно из-за возможности несчастного случая или срыва производственного процесса (работа на конвейере, у движущихся механизмов, на высоте, в горячих цехах, вождение транспорта, работа диспетчером на пульте управления и т.д.).

При поражении сосудов нижних конечностей противопоказана работа, связанная с длительным стоянием, ходьбой, вибрацией. При поражении сосудов сетчатки противопоказана работа, связанная с длительным напряжением зрения.

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

174. На чем основаны медико-социальные критерии инвалидности при глазных болезнях?

Ответ. Медико-социальные критерии инвалидности при глазных болезнях основаны на оценке степени ограничений жизнедеятельности, осложнений и последствий их хирургического лечения, требующих мер социальной защиты, включая реабилитацию.

175. Чем характеризуются нарушения зрения?

Ответ. Снижением способности видеть до такой степени, что вызывает проблемы, не устранимые обычными способами, такими как очки или лекарства.

176. Представьте классификацию нарушений зрения.

Ответ.

- а) расстройство рефракции, которое предполагает угнетение способности глаза четко рассматривать объекты, расположенные на определенной дистанции от органов зрения
- б) расстройство аккомодации, подразумевающее пресбиопию
- в) расстройство периферического или бокового зрения
- г) расстройство адаптационной способности глаз.

177. Что является абсолютными показаниями к оперативному лечению глазных болезней?

Ответ. Абсолютными показаниями к оперативному лечению являются травма, глаукома, катаракта.

178. Какие осложнения чаще всего развиваются после хирургического лечения глаукомы?

Ответ. Распространенным осложнением после операции по поводу глаукомы является чересчур сильное понижение внутриглазного давления без его нормализации. Со временем такое состояние приводит к дегенеративным процессам в роговице глаза.

179. В каких случаях пациент с глаукомой имеет показания для направления на МСЭ?

Ответ. Пациент с глаукомой имеет показания для направления на МСЭ в следующих случаях:

- а) при завершении лечения в амбулаторных и стационарных условиях и необходимости значительной коррекции трудовой деятельности вследствие абсолютных противопоказаний для работы в прежней профессии
- б) при последствиях операции, ведущих к длительной утрате трудоспособности
- в) при неэффективности реконструктивного лечения и наличии выраженных нарушений
- г) при рецидиве язвенной болезни после неэффективного оперативного лечения.

180. Какие обязательные обследования должны быть проведены пациентам с глаукомой при направлении на МСЭ?

Ответ. При поступлении на МСЭ пациент с глаукомой должен иметь обязательные обследования:

- а) измерение внутриглазного давления (тонометрия, эластотониметрия)
- б) исследование показателей оттока внутриглазной жидкости (тонография)
- в) исследование полей зрения (различные методики периметрии).

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

181. Как меняются пороги слышимости при длительном ношении слухового аппарата (более 5 лет)?

Ответ. При длительном ношении слухового аппарата пороги не меняются.

182. С какого уха начинают исследование при проведении тональной пороговой аудиометрии?

Ответ. Исследование начинают с уха, лучше слышащего.

183. Что является критерием эффективности слухопротезирования?

Ответ. Критерием эффективности является степень удовлетворенности пациента.

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

184. Каковы основные препятствия для полной медицинской и социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом?

Ответ:

- а) недостаточно эффективное лечение больных
- б) недооценка методов лечения, способствующих восстановлению функций, нарушенных вследствие заболевания (лечебная гимнастика, массаж, физиотерапия, курортное лечение и т.д.)
- в) наличие у больных туберкулезом тяжелых сопутствующих заболеваний внутренних органов, отягчающих его течение и затрудняющих лечение (хронический алкоголизм, хронические неспецифические заболевания органов дыхания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.
- г) недостаточное внимание к организации трудоустройства и переобучения больных туберкулезом, которым противопоказана работа по их прежней специальности
- д) значительный удельный вес среди больных туберкулезом лиц асоциального поведения и образа жизни (бомж), имеющих отрицательную установку на работу.

185. В чем значение мероприятий по восстановлению трудоспособности и социального статуса больных туберкулезом?

Ответ. Мероприятия по восстановлению трудоспособности и социального статуса больных туберкулезом тесно связаны с решением общегосударственных проблем: усовершенствованием трудовых процессов, улучшением условий труда и быта, повышением материальной заинтересованности в труде, повышением профессиональных знаний и т.д. Только медицинская реабилитация не позволяет добиться полной реабилитации больных туберкулезом.

186. Какова реабилитация больных туберкулезом?

Ответ. Для успешной реабилитации больных туберкулезом необходим постоянный контроль за процессом их реабилитации. В современных условиях удастся добиться излечения подавляющего большинства

впервые выявленных больных. Современная химиотерапия и хирургическое лечение больных туберкулезом создали возможность лечения не только больных с ограниченными, свежими формами туберкулеза, но и тяжело протекающим, распространенным процессом, рецидивами заболевания, а также туберкулезом в сочетании с другими заболеваниями, в том числе у лиц пожилого и старческого возраста.

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

187. На какие сроки устанавливается категория «ребенок-инвалид»?

Ответ. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на срок 1 год, 2 года, 5 лет либо до достижения возраста 18 лет. На 5 лет инвалидность может устанавливаться детям с онкологическими заболеваниями (при повторном освидетельствовании в случае достижения первой полной ремиссии злокачественного новообразования, в том числе при любой форме острого или хронического лейкоза).

188. Как и кем определяются необходимость и характер обучающих реабилитационных мероприятий по отношению к ребенку-инвалиду?

Ответ. Решение о необходимости и характере обучающих реабилитационных мероприятий выносит специальная комиссия при реабилитационном центре, которая должна определить:

- а) в состоянии ли ребенок извлечь пользу из обучения и получить определенную специальность
- б) может ли он посещать обычную или специальную школу
- в) в состоянии ли он выдержать умственную нагрузку в школе
- г) возможно ли сочетание на данном этапе медицинской и профессиональной реабилитации.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы

189. Каким нормативным документом определен порядок ИПРА инвалида (ребенка-инвалида)?

Ответ. Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13 июня 2017 г. № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями МСЭ, и их форм».

190. Что такое клинико-функциональная диагностика при проведении МСЭ?

Ответ. Это процедура, объединяющая совокупность методов получения достоверных данных о состоянии здоровья, патологии, нарушенных и сохранных функциях и структур организма освидетельствуемого лица, достаточных для вынесения экспертного решения об инвалидности и потребности в мерах, средствах и услугах медицинской реабилитации и абилитации.

191. На основании каких данных экспертно-реабилитационной диагностики принимается решение о группе инвалидности?

Ответ. На основании комплексного анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, используемых при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ, утвержденных Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17.12.2015 г. № 1024н.

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

192. В каком федеральном законе дано понятие «чрезвычайная ситуация»?

Ответ. В Федеральном законе «О защите населения и территорий от ЧС природного и техногенного характера».

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., 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.)]
2. Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., и др. Клинические аспекты формирования клиничко-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.)]
3. Пузин С.Н., Дымочка М.А., Бойцов С.А., и др. Эпидемиологическая картина инвалидности у различных демографических контингентов населения в Российской Федерации в аспекте социальной политики государства // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2018. — Т.21. — №1-2. — С. 50–54. [Puzin SN, Dymochka MA, Boitsov SA, et al. Epidemiological picture of disability in various demographic groups of the population in the Russian Federation in the aspect of social policy of the state. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2018;21(1-2):50–54. (In Russ.)]
4. Пузин С.Н., Богова О.Т., Одебаева Р., и др. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // Вестник Всероссийского общества специалистов по МСЭ, 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.)]
5. 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 МСЭ, 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.)]
6. 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 МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2016. — №1. — С. 6–9. [Khapylina 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.)]
7. Пузин С.Н., Осадчий А.И., Ачкасов Е.Е. Междисциплинарная структура реабилитологии. / Руководство Том 1 «Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации», Издательство Литтерра, 2016. 326 с.
8. Заболотных И.И., Кантемирова Р.К., Ишутина И.С. Основы клиничко-экспертной диагностики патологии внутренних органов: руководство для врачей (3-е изд.), — СПб.: СпецЛит, 2017. — 222 с.

Поступила 21.02.2019

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>

Коршикова Юлия Ивановна, к.м.н., доцент [Yuliya I. Korshikova, MD, PhD, Associate Professor]; e-mail: kjui39@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4498-7401>

Аболь Анна Владимировна, к.м.н. [Anna V. Abol', MD, PhD]

Шестаков Дмитрий Юрьевич, к.м.н. [Dmitry Yu. Shestakov, MD, PhD]