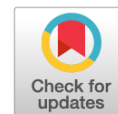


© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1, 2, 3}, С.А. Чандирли³, М.А. Шургая³, В.Н. Потапов³, А.Ю. Пайков^{4, 5}

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ 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 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

Необходимым условием качественной подготовки специалистов является наличие средств независимой оценки достижений обучающегося. Система объективной оценки обучения и контроля образовательного процесса может решаться путем создания фонда оценочных средств (ФОС), характеризующего системностью, преемственностью, гибкостью. К важным видам контроля следует отнести форму контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку обучающегося. Роль этой формы контроля особенно важна при формировании базовых знаний и компетенций.

Ключевые слова: промежуточная аттестация, медико-социальная экспертиза, медико-социальная реабилитация, аттестации ФОС.

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Шургая М.А., Потапов В.Н., Пайков А.Ю. Оценочные средства промежуточной аттестации: контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора по специальности «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация». *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(2):106–131. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48947>

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, M.A. Shurgaya³, V.N. Potapov³, A.Yu. Paikov^{4, 5}

EVALUATION MEANS OF INTERMEDIATE CERTIFICATION: CONTROL ISSUES REVEALING THEORETICAL TRAINING OF A RESIDENT IN THE SPECIALTY «MEDICAL AND SOCIAL EXAMINATION 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 Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

A prerequisite for high-quality training of specialists is the availability of means of independent assessment of the student's achievements. The system of objective assessment of training and control of the educational process can be solved by creating a fund of evaluation funds (WCF), characterized by systemic, continuity, flexibility. Important types of control should include the form of control questions that reveal the theoretical training of the student. The role of this form of control is especially important in the formation of basic knowledge and competencies.

Keywords: intermediate certification, medical-social examination, medical-social rehabilitation, certification of FOS.

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Shurgaya MA, Potapov VN, Paikov AYU. Evaluation means of intermediate certification: control questions revealing theoretical training of a resident in the specialty "Medical and social examination and medical and social rehabilitation". *Medical and social examination and rehabilitation*. 2019;22(2):106–131. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48947>

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 14.03.2019
Accepted 29.05.2019

Список сокращений

АД — артериальное давление	МСЭ — медико-социальная экспертиза
БА — бронхиальная астма	СД — сахарный диабет
БМСЭ — бюро медико-социальной экспертизы	ХБП — хроническая болезнь почек
ИБС — ишемическая болезнь сердца	ЭКГ — электрокардиография
ИПРА — индивидуальная программа реабилитации и абилитации	

Теоретические основы социальной гигиены и общественного здоровья

1. Какова суть применения метода системного анализа в области здравоохранения?

Ответ. Этот метод применяется при разработке перспективных программ развития системы здравоохранения с учетом медицинской, экономической, социальной информации для прогноза основных показателей общественного здоровья, сопоставления и выбора альтернативных программ развития системы здравоохранения на длительные интервалы времени.

2. Что влияет на уровень смертности?

Ответ. Уровень смертности складывается под воздействием таких факторов, как природно-биологические (наследственность, экологическая обстановка), социально-экономические (образ жизни, уровень жизни, характер и условия труда, развитие системы здравоохранения, войны и др.), демографические (половой, возрастной, брачный, территориальный и т.д.; состав населения), а также факторов-пособников смертности (курение, алкоголь, наркотики и т.д.).

3. Какие методы Вы используете для статистического изучения заболеваемости населения?

Ответ.

- а) сплошной: основан на сводке отчетных данных о заболеваемости населения по всем лечебным учреждениям
- б) выборочный: позволяет получить данные о заболеваемости различных групп населения с учетом влияния различных факторов, условий и образа жизни людей.

4. Решение каких проблем на современном этапе развития здравоохранения Вы считаете социально-значимыми.

Ответ:

- а) обеспечение доступности и качества оказания медицинской помощи населению
- б) совершенствование организации медицинской помощи населению
- в) социальное обеспечение и страхование здоровья
- г) вопросы экономики, планирования и финансирования здравоохранения
- д) решение вопросов кадрового обеспечения лечебно-профилактических учреждений врачами-специалистами.

5. Что включает в себя медико-экономический стандарт медицинской помощи?

Ответ. Медико-экономический стандарт медицинской помощи — это имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских материалов, необходимых для отдельных видов медицинской помощи, являющийся основой программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, соответствующей современному уровню развития медицины, и обязательный к исполнению на всей территории РФ.

6. Какими социальными факторами можно объяснить низкий показатель трудовой занятости инвалидов второй группы.

Ответ:

- а) экономической незаинтересованностью работодателей в их трудоустройстве
- б) неконкретностью трудовых рекомендаций учреждений МСЭ
- в) отсутствием у инвалидов этой группы мотивации на профессиональную реабилитацию.

Организационные основы медико-социальной экспертизы и экспертно-реабилитационной диагностики

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

8. Назовите некоторые особенности МСЭ при профессиональных заболеваниях.

Ответ. При МСЭ профессиональных заболеваний необходимо:

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

9. Каков порядок направления граждан на МСЭ?

Ответ. Гражданин направляется на МСЭ организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь (чаще всего это поликлиника по месту его жительства), органом, осуществляющим пенсионное обеспечение, либо органом социальной защиты населения после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. При этом оформляется направление на МСЭ утвержденной формы, в котором указываются все данные о состоянии здоровья гражданина, степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий.

Реабилитационная деятельность в организациях медико-социальной экспертизы

10. Что является основанием для обеспечения инвалида тем или иным техническим средством реабилитации?

Ответ. В соответствии со ст. 11 Федерального закона от 24 ноября 1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», решение об обеспечении инвалидов техническими средствами реабилитации принимается при проведении МСЭ при установлении медицинских показаний и противопоказаний. Медицинские показания и противопоказания устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. По медицинским показаниям устанавливается необходимость предоставления инвалиду технических средств реабилитации, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

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

11. 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 систе-

мы, осложнениями и последствиями их хирургического лечения, и требующих мер социальной защиты, включая реабилитацию.

12. На основании каких регламентирующих документов определяется группа инвалидности?

Ответ. Группа инвалидности определяется на основании Постановления Правительства РФ 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 медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

13. Чем характеризуется функциональный класс стенокардии?

Ответ. Функциональный класс характеризуется болью за грудиной, одышкой.

14. 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).

15. 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 в минуту, у больных без клинических симптомов, вызванных брадикардией.

16. Что является основной причиной смерти больных инфарктом миокарда?

Ответ. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является фибрилляция желудочков.

17. Сформулируйте определение миокардита.

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

18. Какие обязательные обследования и для каких целей 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 — велоэргометрия, тредмил, спирометрия; мониторирование ЭКГ по Холтеру.

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

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

20. Кем разрабатывается и что включает индивидуальная программа реабилитации и абилитации (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.

21. 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.

22. Как проводится оценка эффективности результатов медицинской реабилитации?

Ответ. Оценка проводится по каждому отдельному мероприятию: выполнено / не выполнено, выясняется 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.

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

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

24. Что такое атеросклероз?

Ответ. Атеросклероз — это 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.

25. 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.

26. Что такое стенокардия напряжения?

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

27. 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, подъеме по лестнице выше 1-го этажа.

28. 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 в труде (для рационального трудоустройства), а также после оперативного лечения при нарушениях функции сердечно-сосудистой системы и наличии противопоказаний в труде (для рационального трудоустройства).

29. Какие гипертензии называются симптоматическими?

Ответ. Симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия — гипертензия как один из симптомов конкретного самостоятельного заболевания: бывают почечные, эндокринные, лекарственные, центрального генеза, при поражении крупных сосудов.

30. 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.

31. 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 не противопоказанной профессии); стойкая декомпенсация функционирования органов-мишеней (хроническая сердечная недостаточность, ХБП и др.); последствия хирургической коррекции артериальной гипертензии.

32. В каких случаях нарушается полостное пищеварение?

Ответ. Полостное пищеварение нарушается при абсолютной панкреатической недостаточности (при панкреатите, после резекции поджелудочной железы); при относительной панкреатической недостаточно-

сти в результате моторных нарушений двенадцатиперстной кишки; после резекции кишечника; наличии анастомозов при постгастроэктомическом синдроме.

33. 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).

34. 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.

35. Что относится к эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии?

Ответ. К эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии относятся дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация.

36. 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.

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

37. Каковы показания для направления больного с бронхиальной астмой (БА) в БМСЭ?

Ответ. Показаниями для направления больного БА в БМСЭ являются:

- а) наличие противопоказаний в условиях и характере труда и невозможность трудового устройства в доступной профессии без снижения квалификации или существенного уменьшения объема производственной деятельности
- б) неблагоприятный клинико-трудовой прогноз (тяжелое, осложненное течение, неэффективность лечения и т.п.).

38. Расскажите о вторичной профилактике больных БА, проводимой на этапе медицинской реабилитации.

Ответ. Вторичная профилактика БА должна включать устранение из окружающей среды неблагоприятных факторов (аллергенов, раздражителей и др.), организацию режима жизни, занятия физической культурой, рациональное трудовое устройство, своевременное обучение и переобучение, организацию работы астма-школ и астма-клубов; подготовку печатной, видео- и аудиопросветительной продукции, создание ассоциации больных. Необходимо проведение индивидуальной работы с больными, включая общение с психологами. Основой вторичной профилактики является своевременное и адекватное лечение на всех этапах (амбулаторном, стационарном, санаторно-курортном); составление и контроль за полнотой и качеством, своевременностью осуществления индивидуальной программы реабилитации инвалида.

39. Какие критерии следует учитывать при оценке ограничений жизнедеятельности больных хронической обструктивной болезнью легких?

Ответ. При оценке ограничений жизнедеятельности больных хронической обструктивной болезнью легких необходимо учитывать:

- а) форму и степень тяжести, фазу течения заболевания
- б) частоту и длительность обострений
- в) наличие и выраженность осложнений, тяжесть сопутствующей патологии
- г) профессию, вид, характер и условия труда.

40. Укажите противопоказанные виды и условия труда в зависимости от степени дыхательной недостаточности.

Ответ. Противопоказанные виды и условия труда:

- а) при дыхательной недостаточности I ст. противопоказан тяжелый физический труд, работа в неблагоприятных метеорологических условиях (перепады температуры и давления, повышенная влажность и т.п.), с воздействием пыли и раздражающих газов, аллергенов, бронхотропных и пульмотропных ядов. Лицам молодого возраста следует рекомендовать переобучение и обучение новой не противопоказанной профессии
- б) при дыхательной недостаточности II ст. и сердечной недостаточности 0-й или I ст. противопоказан также физический труд средней тяжести, работа с длительным пребыванием на ногах; умственный труд с высоким нервно-психическим напряжением, речевой нагрузкой
- в) при дыхательной недостаточности II ст. и сердечной недостаточности IIА ст. противопоказан также умственный труд средней степени напряженности
- г) при дыхательной недостаточности III ст., сердечной недостаточности IIБ–III ст. противопоказан любой профессиональный труд в обычных производственных условиях.

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

41. Что относится к патогенетическим факторам язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка?

Ответ: дуоденогастральный рефлюкс; *Helicobacter pylori*; антральный гастрит; высокая кислотообразующая функция желудка.

42. 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.

43. Чем характеризуются нарушения функции пищеварения?

Ответ. Нарушения пищеварения характеризуются неустойчивым стулом, потерей веса, гипопротеинемией и диспротеинемией, электролитными изменениями в крови, изменениями в копрограмме.

44. 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.

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

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

46. Какие осложнения чаще всего развиваются после резекции желудка?

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

47. 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.

48. Какие обязательные исследования 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.

49. 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, наличие осложнений, функции пищеварения, стадии адаптационно-компенсаторных реакций.

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

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

51. Какие группы причин могут вызывать синдром нарушенного пищеварения и всасывания?

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

52. Какие основные факторы развития мальабсорбции?

Ответ. Основных факторов развития мальабсорбции — несколько, среди них нарушение синтеза, секреции, инактивации желчных кислот; ферментативная недостаточность поджелудочной железы; диффузное поражение слизистой оболочки тонкой кишки, поражение лимфатических сосудов кишечника.

53. 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.

54. 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).

55. 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.

56. 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).

57. 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.

58. 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.

59. 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.

60. Какими лабораторными показателями проявляется печеночная недостаточность?

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

61. Чем характеризуется развернутая картина гиперспленизма?

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

62. 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 полифекацией, стеатореей, креатореей.

63. Какие профилактические мероприятия необходимо предусмотреть больному при составлении ИПРА?

Ответ. Назначение профилактических мероприятий, направленных на предотвращение прогрессирования заболевания и появления осложнений, на устранение факторов риска в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

64. Какие исходы болезней вы знаете?

Ответ. В исходе болезни может наступить выздоровление; рецидив; переход в хроническую форму; осложнения; смерть.

65. Что представляет собой осложнение болезни?

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

66. На что направлена патогенетическая терапия?

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

67. На что направлена симптоматическая терапия?

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

68. В чем заключается суть немедикаментозных методов лечения и реабилитации?

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

69. Какие наиболее распространенные немедикаментозные методы реабилитации Вы знаете?

Ответ: лечебная физкультура, реабилитация на различных видах тренажерах, акупунктура, фитотерапия, озонотерапия, мануальная терапия, остеопатия, лечебный массаж, дыхательная гимнастика; лечение минеральными водами, грязями; гирудотерапия, физиотерапия (электротерапия, магнитотерапия, светолечение), психотерапия; изменение образа жизни.

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

70. Что входит в комплекс реабилитационных мер при хронической болезни почек (ХБП)?

Ответ. Программа реабилитации включает мероприятия по повышению физической активности и адаптации к новым условиям существования, организации досуга и возможности общения; обеспечение специальными продуктами питания, предметами первой необходимости, медикаментами, креслом-каталкой (при уремической остеопатии), транспортом (доставка из дома в отделение диализа и обратно); в необходимых случаях — переобучение и рациональное трудоустройство в доступной профессии. Больные с ХБП 1–2-й ст. наблюдаются у терапевта, нефролога, с ХБП 5Д — у нефролога консультативно-диагностического центра или окружного, у лечащего врача-нефролога в отделении гемодиализа или трансплантации почки. Программа составляется на основании данных контрольных обследований и обновляется с учетом динамики ограничений жизнедеятельности.

71. Какие категории ограничения жизнедеятельности имеют место при ХБП?

Ответ. Для всех групп инвалидности при ХБП отмечается ограничение к самообслуживанию, передвижению и трудовой деятельности. При I группе инвалидности, соответствующей IV степени нарушений функций организма, могут присоединиться также ограничение к общению, ориентации и контролю поведения.

Клинико-функциональные особенности,
медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов
при полиартропатиях и системных поражениях соединительной ткани

72. 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.

73. 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 ч
- б) артрит трех или большего числа суставов
- в) артрит суставов кисти (припухлость хотя бы одной группы следующих суставов: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых 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 (наличие в сыворотке крови ревматоидного фактора, определяемого любым методом)
- ж) рентгенологические изменения (наличие типичных для ревматоидного артрита изменений в лучезапястных суставах и суставах кисти).

74. 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.

75. Какие данные учитываются в БМСЭ при оценке профессионально-трудового статуса больного ревматоидным артритом?

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.

76. Каковы показания для направления в БМСЭ при системной красной волчанке?

Ответ: острое и подострое течение при первичной диагностике; тяжелое течение заболевания с высокой активностью, быстрым прогрессированием и склонностью к генерализации с поражением почек, центральной нервной и сердечно-сосудистой системы, сопровождающимися выраженным нарушением функций; отсутствие необходимого эффекта от лечения с использованием современных средств и методов; социальные факторы.

77. 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.

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

Ответ. К благоприятным признакам относится 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

79. Каковы критерии МСЭ при хроническом лимфолейкозе?

Ответ. Критериями МСЭ при хроническом лимфолейкозе являются:

- а) стадия хронического лимфолейкоза
- б) наличие показаний и проведение специфической терапии
- в) эффективность лечения
- г) наличие и выраженность осложнений
- д) злокачественная трансформация хронического лимфолейкоза.

80. Что входит в комплекс реабилитационных мер при хроническом лимфолейкозе?

Ответ. Программа реабилитации включает следующие мероприятия:

- а) своевременная диагностика и лечение
- б) наблюдение гематолога
- в) рациональное трудоустройство в не противопоказанных видах и условиях труда.

81. Каковы критерии временной утраты трудоспособности при хроническом лимфолейкозе?

Ответ. Критерии временной утраты трудоспособности при хроническом лимфолейкозе: обследование при первичной диагностике и рестадировании заболевания; необходимость лечения при прогрессировании заболевания, развитии инфекционных и аутоиммунных осложнений.

82. Какие виды и условия труда противопоказаны при хроническом лимфолейкозе?

Ответ. При хроническом лимфолейкозе противопоказаны тяжелый и средней степени тяжести физический труд; значительное нервно-психическое напряжение; неблагоприятные метеорологические условия; контакт с промышленными ядами, ионизирующей радиацией.

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

83. Какие мероприятия включает в себя социально-трудовая реабилитация при эпилепсии?

Ответ. Профессиональная реабилитация включает правильный выбор профессии, профессиональное обучение и переобучение, максимальное использование возможностей трудоустройства, при необходимости — создание специального рабочего места. Социальная реабилитация включает сохранение социального статуса, при необходимости — социально-бытовую и семейную реабилитацию. Рекомендуются занятия спортом, повышение общеобразовательного уровня и т.п.

84. Показания для определения инвалидности больным детским церебральным параличом.

Ответ:

- а) в возрасте до 18 лет в начальной и поздней (резидуальной) стадии заболевания, когда ребенок при наличии медицинских показаний признается инвалидом
- б) после 18 лет при стойких (умеренных или выраженных) нарушениях функций, существенно ограничивающих жизнедеятельность больного и (или) препятствующих выполнению работы по специальности, обучению, в том числе профессиональному, либо делающих недоступной любую трудовую деятельность
- в) у работающих больных — невозможность продолжать работу по специальности в связи со стойкой декомпенсацией, длительной временной нетрудоспособностью.

85. Факторы, влияющие на темп, полноту восстановления функций, выраженность ограничения жизнедеятельности в резидуальном периоде инсульта:

Ответ:

- а) характер (тип) инсульта
- б) локализация и величина очага
- в) срок начала восстановления (оно наибольшее при быстром регрессе в первые 21–24 дня после инсульта)
- г) проводимое лечение, в том числе оперативное (время начала активной терапии, степень ее дифференцированности в зависимости от типа инсульта, полнота и т.п.)
- д) возраст больного
- е) сопутствующие хронические заболевания
- ж) состояние психики.

86. Представьте шкалу оценки мышечной силы Британского совета медицинских исследований, используемую для экспертной оценки нарушений неврологических функций.

Ответ:

- 5 — нормальная сила
- 4 — способность поднимать конечность против небольшого сопротивления
- 3 — способность поднимать конечность, но не против сопротивления
- 2 — движения только в горизонтальной плоскости
- 1 — слабое сокращения мышц
- 0 — движения отсутствуют.

87. В чем заключается профилактика инвалидности при рассеянном склерозе?

Ответ. Профилактика вторичных симптомов заключается:

- а) в своевременном и полном диагностировании симптоматики
- б) назначении дифференцированного лечения в зависимости от тяжести течения болезни, а также физиологических особенностей человека (пол, возраст, другие заболевания и пр.)
- в) максимально возможном периоде назначения временной нетрудоспособности для полного обследования

- г) диспансеризации как минимум два раз в год, а при тяжелом течении болезни — 1 раз в 3 мес
- д) рационализации условий труда при конкретизации диагноза.

Профилактика третичных симптомов заключается в социализации больного и его профессиональной реабилитации:

- а) своевременное назначение II группы инвалидности с необходимой корректировкой действующих условий труда либо помощь в трудоустройстве по новой специальности
- б) создание особых форм трудоустройства для инвалидов (удаленная работа, частичная занятость и пр.)
- в) при наличии признаков стойкого ослабления проявления симптоматики рекомендуется обучение новым специальностям с перспективой трудоустройства
- г) в случаях тяжелой степени инвалидности необходимо обеспечение специальной коляской для передвижения.

Большое значение имеет психоэмоциональная поддержка больного.

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

88. В каких случаях прооперированный 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 случаях:

- а) завершения лечения и необходимости значительной коррекции трудовой деятельности вследствие абсолютных противопоказаний для работы в прежней профессии
- б) последствий операции, ведущих к длительной утрате трудоспособности
- в) неэффективности реконструктивного лечения и выраженных нарушений функции пищеварения
- г) рецидива язвенной болезни после неэффективного оперативного лечения.

89. Какие обязательные результаты обследования должен иметь пациент с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при поступлении на МСЭ?

Ответ. Пациент с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки должен поступить на МСЭ с обязательными результатами обследования:

- а) копрограмма
- б) рентгеноскопия желудка
- в) фиброэзофагогастроскопия
- г) инсулиновый тест Холандера.

90. Какие ограничения жизнедеятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при тяжелых (III степени) постгастрорезекционных и постваготомических синдромах?

Ответ. У оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при тяжелых (III степени) постгастрорезекционных и постваготомических синдромах возникает ограничение способности к самообслуживанию / передвижению 2-й степени, трудовой деятельности / обучению 2-й степени.

91. Какие ограничения жизнедеятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при незаживлении язвы и субкомпенсации функции пищеварения?

Ответ. У оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при незаживлении язвы и субкомпенсации функции пищеварения возникает ограничение способности к самообслуживанию / передвижению 2-й степени, трудовой деятельности / обучению 2-й степени.

92. Какие ограничения жизнедеятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при пептических язвах анастомозов?

Ответ. У оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при пептических язвах анастомозов возникает ограничение способности к самообслуживанию / передвижению 2-й степени, трудовой деятельности / обучению 2-й степени.

93. Какие ограничения жизнедеятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при декомпенсации функции пищеварения, упадке питания более 20 кг от должного веса?

Ответ. У оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при декомпенсации функции пищеварения, упадке питания более 20 кг от должного веса возникает ограничение способности к самообслуживанию / передвижению 2-й степени, трудовой деятельности / обучению 2-й степени.

94. Какие ограничения способности к трудовой деятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при демпинг-синдроме III степени и субкомпенсации функции пищеварения?

Ответ. При демпинг-синдроме III степени и субкомпенсации функции пищеварения у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки возникает ограничение способности к трудовой деятельности II степени.

95. Какие ограничения способности к трудовой деятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при постгастрорезекционных и постваготомических синдромах II степени, при рецидиве язвенной болезни, занятых в противопоказанных условиях и видах труда, при невозможности их рационального трудоустройства без снижения объема труда и квалификации?

Ответ. У оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, занятых в противопоказанных условиях и видах труда, при невозможности их рационального трудоустройства без снижения объема труда и квалификации (при всех постгастрорезекционных и постваготомических синдромах II степени, при рецидиве язвенной болезни) возникает ограничение способности к трудовой деятельности II степени.

96. Какие ограничения способности к трудовой деятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при синдроме приводящей петли III степени и субкомпенсации функции пищеварения?

Ответ. У оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при синдроме приводящей петли III степени и субкомпенсации функции пищеварения возникает ограничение способности к трудовой деятельности II степени.

97. Какие ограничения способности к трудовой деятельности и их степень возникают у оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при синдроме приводящей петли III степени и субкомпенсации функции пищеварения?

Ответ. У оперированных больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки при синдроме приводящей петли III степени и субкомпенсации функции пищеварения возникает ограничение способности к трудовой деятельности II степени.

98. Обосновано ли направление на МСЭ больного панкреатитом после оперативного лечения в случае стриктуры гепатобилиарной зоны, требующей повторной операции?

Ответ. В случае когда у больного панкреатитом после оперативного лечения возникла стриктура гепатобилиарной зоны, требующая повторной операции, больной на МСЭ не направляется: ему проводится операция, по результатам которой решается вопрос о необходимости направления на МСЭ.

99. Обосновано ли направление на МСЭ больного панкреатитом после оперативного лечения в случае ликвидации псевдокисты с нарушением функции поджелудочной железы легкой степени?

Ответ. В случае когда у больного панкреатитом после оперативного лечения псевдокиста ликвидирована, и имеется нарушение функции поджелудочной железы легкой степени, показаний для направления на МСЭ не имеется.

100. Обосновано ли направление на МСЭ больного панкреатитом после оперативного лечения в случае имеющихся выраженных нарушений функций поджелудочной железы?

Ответ. Если у больного панкреатитом после оперативного лечения имеются выраженные нарушения функций поджелудочной железы, больной нуждается в направлении на МСЭ.

101. Какие стадии формирования синдрома короткой кишки после оперативного лечения?

Ответ. Синдром короткой кишки после оперативного лечения формируется в три стадии: I стадия после операции — 2–4 нед., II стадия (реадаптации) — в сроки от 2 нед. до 6 мес после операции, III стадия (сформированного синдрома короткого кишечника) — в течение 6–12 мес после операции.

102. 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.

103. 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.

104. Какой метод хирургической реабилитации предпочтительнее при протяженном поражении (более 10 см) артерии?

Ответ. При протяженном (более 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

105. Какие травмы относятся к производственным?

Ответ. Травмы относятся к производственным, если они получены во время рабочего процесса, при выполнении общих обязанностей работника, а также при спасении человеческой жизни во вне рабочего времени.

106. Какие показатели нужно отнести к объективным клиническим показателям нарушения функции опорно-двигательной системы для направления на МСЭ?

Ответ. Объективными клиническими показателями нарушения функции опорно-двигательной системы для направления на МСЭ являются отсутствие конечности; контрактуры различного вида; ограничение подвижности в суставе; снижение силы мышц.

107. Каковы критерии инвалидности I группы при нарушении статодинамических функций опорно-двигательного аппарата?

Ответ. Критериями инвалидности I группы при нарушении функции опорно-двигательного аппарата являются:

- а) значительно выраженные нарушения статодинамических функций нижних конечностей, позвоночника и функций верхних конечностей, приводящие к III степени ограничения способности к самообслуживанию
- б) значительно выраженные нарушения статодинамических функций нижних конечностей, позвоночника и функций верхних конечностей приводящие к III степени ограничения способности к самостоятельному передвижению.

108. Каковы критерии инвалидности II группы при нарушении статодинамических функций опорно-двигательного аппарата?

Ответ. Критериями инвалидности II группы при нарушении функции опорно-двигательного аппарата являются выраженные нарушения статодинамических функций нижних конечностей, позвоночника и функций верхних конечностей, приводящие ко II степени ограничения способности к самостоятельному передвижению, а также выраженные нарушения статодинамических функций нижних конечностей, позвоночника и функций верхних конечностей, приводящих ко II степени ограничения способности к самообслуживанию.

109. Каковы критерии инвалидности III группы при нарушении статодинамических функций опорно-двигательного аппарата?

Ответ. Критериями инвалидности III группы при нарушении функции опорно-двигательного аппарата являются умеренные нарушения статодинамических функций нижних конечностей, позвоночника и функций верхних конечностей, приводящие к I степени ограничения способности к самостоятельному передвижению; умеренные нарушения статодинамических функций нижних конечностей, позвоночника и функций верхних конечностей, приводящие к I степени ограничения способности к трудовой деятельности, а также умеренные нарушения статодинамических функций нижних конечностей, позвоночника и функций верхних конечностей, приводящие к I степени ограничения способности к обучению.

110. Когда возникает I степень ограничения способности к труду у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата?

Ответ. I степень ограничения способности к труду у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата возникает у больных с умеренными нарушениями функций крупных суставов нижних конечностей или позвоночника, вызывающими трудности в выполнении трудовой деятельности, обуславливающие снижение квалификации или уменьшение объема производственной деятельности, невозможность выполнения работы по своей профессии.

111. Когда возникает II степень ограничения способности к труду у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата?

Ответ. II степень ограничения способности к труду у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата возникает у больных с выраженными нарушениями функций крупных суставов нижних конечностей или позвоночника, трудовая деятельность которых возможна только в специально созданных условиях с использованием вспомогательных средств и (или) специально оборудованного рабочего места, при помощи посторонних лиц.

112. Когда возникает III степень ограничения способности к труду у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата?

Ответ. III степень ограничения способности к труду у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата возникает у больных при наличии значительно выраженных нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата. Трудовая деятельность у таких больных невозможна.

113. Когда возникает I степень ограничения способности к передвижению у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата?

Ответ. I степень ограничения способности к передвижению у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата характерна для больных с умеренно выраженными статодинамическими нарушениями в связи с укорочением конечности, наличием культи конечности, ограничениями подвижности в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах, позвоночнике или нестабильности суставов, снижением силы мышц и гипотрофией конечности.

114. Когда возникает II степень ограничения способности к передвижению у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата?

Ответ. II степень ограничения способности к передвижению у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата характерна для больных с выраженными нарушениями статодинамической функции, передвижение которых возможно только при использовании вспомогательных средств или частичной помощи других лиц.

115. Когда возникает III степень ограничения способности к передвижению у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата?

Ответ. III степень ограничения способности к передвижению у пациентов при нарушении функции опорно-двигательного аппарата характерна для больных со значительно выраженным нарушением статодинамических функций, неспособностью к самостоятельному передвижению и полной зависимостью от других лиц.

116. Какой вид ортопедического изделия относится к эндопротезу?

Ответ. К эндопротезу относится техническое устройство какого-либо органа или его отдельных элементов, расположенное в глубине тела человека.

117. Какой вид ортопедического изделия относится к протезу?

Ответ. К протезу относится техническое средство реабилитации, заменяющее частично или полностью отсутствующую или имеющую врожденные дефекты верхнюю или нижнюю конечности.

118. Какой вид ортопедического изделия относится к ортезу?

Ответ. К ортезу относится техническое средство реабилитации, надеваемое на сегмент опорно-двигательного аппарата с целью его фиксации, загрузки и восстановления нарушенных функций.

119. Какие клинические признаки характеризуют 1-ю степень функциональной недостаточности позвоночника?

Ответ. Первую степень функциональной недостаточности позвоночника характеризуют такие клинические признаки, как чувство скованности в позвоночнике при длительном нахождении в положении сидя, тянущие боли при поднимании тяжестей.

120. Какие клинические признаки характеризуют 2-ю степень функциональной недостаточности позвоночника?

Ответ. Вторую степень функциональной недостаточности позвоночника характеризуют такие клинические признаки, как постоянные боли в позвоночнике, усиливающиеся при наклонах и сидении.

121. Какие клинические признаки характеризуют 3-ю степень функциональной недостаточности позвоночника?

Ответ. Третью степень функциональной недостаточности позвоночника характеризуют такие клинические признаки, как значительная ригидность мышц поясничного отдела, полусогнутое положение при ходьбе, постоянные боли в позвоночнике, усиливающиеся при наклонах и сидении.

122. Какие рентгенологические признаки характеризуют 1-ю степень функциональной недостаточности позвоночника при остеохондрозе позвоночника?

Ответ. Первую степень функциональной недостаточности позвоночника при остеохондрозе позвоночника характеризуют рентгенологические признаки остеохондроза 1-й стадии, единичные хрящевые узлы.

123. Какие рентгенологические признаки характеризуют 2-ю степень функциональной недостаточности позвоночника при остеохондрозе позвоночника?

Ответ. Вторую степень функциональной недостаточности позвоночника при остеохондрозе позвоночника характеризуют рентгенологические признаки остеохондроза 1–2 стадии, крупные хрящевые узлы в позвоночнике.

124. Какие рентгенологические признаки характеризуют 3-ю степень функциональной недостаточности позвоночника при остеохондрозе позвоночника?

Ответ. Третью степень функциональной недостаточности позвоночника при остеохондрозе позвоночника характеризуют рентгенологические признаки остеохондроза 2–3 стадии, при наличии спондилолистеза.

125. Какие виды работ допускаются пациенту с последствиями компрессионного перелома тела позвонка в стадии полной компенсации?

Ответ. Пациенту с последствиями компрессионного перелома тела позвонка в стадии полной компенсации допускаются работы, не связанные с тяжелыми станowymi нагрузками.

126. Какие виды работ допускаются пациенту с последствиями компрессионного перелома тела позвонка в стадии субкомпенсации?

Ответ. Пациенту с последствиями компрессионного перелома тела позвонка в стадии субкомпенсации допускаются работы, не связанные с ходьбой и переносом тяжестей более 10 кг.

127. Какие виды работ допускаются пациенту с последствиями компрессионного перелома тела позвонка в стадии декомпенсации?

Ответ. Пациенту с последствиями компрессионного перелома тела позвонка в стадии декомпенсации допускается только легкий физический труд.

128. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить инвалиду, имеющему незначительный парез одной или обеих верхних конечностей с гипотрофией мышц плеча?

Ответ. Инвалиду, имеющему незначительный парез одной или обеих верхних конечностей с гипотрофией мышц плеча, следует определить 10–30% ограничения трудоспособности.

129. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить инвалиду, имеющему ампутационные культы бедер или голени на разных уровнях?

Ответ. Инвалиду, имеющему ампутационные культы бедер или голени на разных уровнях, следует определить 70–90% ограничения трудоспособности.

130. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить инвалиду, имеющему выраженный парез обеих верхних конечностей, контрактуры суставов верхних конечностей с объемом активных движений в пределах 10–20°, с выраженным ограничением сгибания пальцев в кулак?

Ответ. Инвалиду, имеющему выраженный парез обеих верхних конечностей, контрактуры суставов верхних конечностей с объемом активных движений в пределах 10–20°, с выраженным ограничением сгибания пальцев в кулак, следует определить 70–90% ограничения трудоспособности.

131. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить инвалиду, имеющему снижение мышечной силы верхних конечностей до 1 балла?

Ответ. Инвалиду, имеющему снижение мышечной силы верхних конечностей до 1 балла, следует определить 100% ограничения трудоспособности.

132. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить инвалиду, имеющему контрактуру плечевого сустава с объемом движений в пределах 30–90°?

Ответ. Пациенту, имеющему контрактуру плечевого сустава с объемом движений в пределах 30–90°, следует определить 40–60% ограничения трудоспособности.

133. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить инвалиду, имеющему незначительный парез одной или обеих верхних конечностей с гипотрофией мышц плеча?

Ответ. Пациенту, имеющему незначительный парез одной или обеих верхних конечностей с гипотрофией мышц плеча, следует определить 10–30% ограничения трудоспособности.

134. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить пациенту, у которого имеется незначительная контрактура суставов нижних конечностей: в голеностопном суставе, разгибание до угла 100° с эквинусным положением стопы (сгибательная контрактура)?

Ответ. Пациенту, у которого имеется незначительная контрактура суставов нижних конечностей: в голеностопном суставе, разгибание до угла 100° с эквинусным положением стопы (сгибательная контрактура), следует определить 10–30% ограничения трудоспособности.

135. Какой процент ограничения трудоспособности следует определить инвалиду, у которого имеются ампутационные культы обеих нижних конечностей (непротезированные) в сочетании с культей верхней конечности, начиная с отсутствия всех пальцев кисти?

Ответ. Инвалиду, у которого имеются ампутационные культы обеих нижних конечностей (непротезированные) в сочетании с культей верхней конечности, начиная с отсутствия всех пальцев кисти, следует определить 100% ограничения трудоспособности.

136. Как классифицируются ортезы?

Ответ. Ортезы подразделяются на статические, динамические и функциональные.

137. Какие функции выполняют статические ортезы по отношению к иммобилизованному суставу?

Ответ. Статические ортезы выполняют стабилизирующую и корригирующую функцию по отношению к иммобилизованному суставу.

138. Какие функции выполняют динамические ортезы?

Ответ. Динамические ортезы выполняют функцию исправления деформаций, тренировки сохранившихся мышц.

139. Какие функции выполняют функциональные ортезы?

Ответ. Функциональные ортезы выполняют восстановление функции при замедленном выздоровлении, при стойких остаточных локомоторных нарушениях.

140. У каких пациентов и с какой целью применяются биотоковые ортезы?

Ответ. Основное применение биотоковых ортезов находят у пациентов с высокими спинномозговыми повреждениями (при тетраплегии), что позволяет тяжелым инвалидам обслуживать себя.

141. Что обеспечивают ортезы?

Ответ. Ортезы обеспечивают коррекцию нефиксированных деформаций, улучшение функции опорно-двигательного аппарата, профилактику патологических установок в опорно-двигательном аппарате.

142. Какие показания к использованию ортеза?

Ответ. Показанием к использованию ортеза являются растяжение связок, вывих и подвывих в колене.

143. Что является ожидаемым эффектом ортезотерапии?

Ответ. Ожидаемым эффектом ортезотерапии является улучшение функции ортезируемой конечности.

144. Что является главной причиной возникновения нежелательного эффекта ортезотерапии?

Ответ. Главной причиной возникновения нежелательного эффекта ортезотерапии является длительная и непрерывная иммобилизация.

145. Что должно обеспечивать ортезирование корсетом при остеопорозе?

Ответ. Ортезирование корсетом при остеопорозе должно обеспечивать стабилизацию позвоночника без ограничения движений.

146. Какие основные составляющие принципы индивидуального подбора ортеза?

Ответ. Основные принципы индивидуального подбора ортеза включают цель ортезотерапии и конструктивные особенности ортеза, индивидуальные особенности биомеханики пациента, особенности психоэмоционального состояния пациента.

147. Что включает в себя реабилитационный эффект ортезирования?

Ответ. Реабилитационный эффект ортезирования — это увеличение функциональной активности, замедление деструкции, нормализация биохимических параметров.

148. 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 онкологических заболеваниях

149. В каких случаях группа инвалидности онкологическим больным оформляется пожизненно?

Ответ:

- а) доброкачественные онкологические заболевания, поразившие структуры головного мозга, вследствие чего появились нарушения опорно-двигательного аппарата, психические изменения, утрата трудоспособности, потеря речи
- б) злокачественные онкологические заболевания с поражением кроветворной системы, лимфоидной ткани, которым сопутствует тяжелое состояние всего организма
- в) злокачественные онкологические заболевания с прогрессирующим метастазированием.

150. В каких случаях оформляется инвалидность при раке молочной железы?

Ответ:

- а) прогрессирующее развитие опухолевого процесса после паллиативного лечения
- б) неопределенный прогноз заболевания
- в) необходимость трудоустройства больных, которые проходили радикальную терапию
- г) больные с частыми рецидивами
- д) проведение химиотерапевтического лечения.

151. По каким показаниям отправляется заявление в БМСЭ?

Ответ:

- а) неэффективность лечения при тяжелой степени злокачественного процесса
- б) гипотиреоз и гипертиреоз с поражением функции дыхания, которые опасны для жизни
- в) когда есть необходимость трудоустройства после проведения радикального лечения.

152. Изложите балльную систему классификации ECOG-ВОЗ.

Ответ:

- а) есть симптомы заболевания, но ближе к нормальному состоянию — 1
- б) более 50% дневного времени проводит не в постели, но иногда нуждается в отдыхе лежа — 2
- в) нуждается в пребывании в постели более 50% дневного времени — 3
- г) не способен обслуживать себя, прикован к постели — 4.

153. Какие опухоли включены в «Список профессиональных заболеваний», опубликованный в виде приложения № 5 к Приказу Минздравмедпрома РФ № 90?

Ответ:

- а) опухоли кожи (гиперкератозы, эпителиомы, папилломы, рак, лейкокератозы) у лиц, которые в процессе работы в различных отраслях промышленности подвергались действию продуктов перегонки каменного угля, нефти, сланцев (смолы, песка, антрацена, фенантрена, аминоантраценового масла, производных азосоединений, гудрона, парафина и др.), радиоактивных веществ и других видов ионизирующих излучений
- б) опухоли полости рта и органов дыхания у лиц, занимавшихся работой, связанной с получением и применением соединений никеля, мышьяка, хрома; разведкой, добычей и переработкой радиоактивных руд, асбеста и асбестосодержащих материалов; получением искусственного граната и изделий из него; асфальтировкой
- в) опухоли печени в результате работы с винилхлоридом; в радиохимическом производстве при контакте с радиоактивными веществами, тропными к печеночной ткани (полоний, торий, плутоний)
- г) рак желудка при производстве хромовых соединений, асбеста и асбестосодержащих изделий; получении никеля; контакте с пылью с адсорбированными на ней полиароматическими углеводородами
- д) лейкозы при работе с бензолом и источниками ионизирующего излучения
- е) опухоли мочевого пузыря при работе с аминами бензольного и нафталинового ряда (бензидином, дианизидином, нафтиламином и др.)
- ж) опухоли костей при работе на радиохимических производствах, в радиологических и радиохимических лабораториях с длительным контактом с остеотропными радиоактивными веществами (радий, стронций, плутоний).

154. Изложите особенности реабилитации при раке молочной железы.

Ответ. Особенностью этого вида реабилитации является акцент на восстановление функций верхних конечностей с учетом стороны, на которой производилась операция по удалению опухоли. Уделяется внимание повышению выносливости к физическим нагрузкам, показаны тренировки сердечно-сосудистой и дыхательной систем и обязательная психотерапия. В рамках курса реабилитации может быть назначена пластика груди.

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

155. Назовите основные критерии установления инвалидности при личностных расстройствах.

Ответ. Основными критериями для III группы инвалидности являются:

- а) снижение интеллекта до степени легкой умственной отсталости (легкая дебилность) с умеренно выраженными аффективно-волевыми нарушениями и психопатоподобным поведением: указанные расстройства ограничивают способность контролировать свое поведение, способность к трудовой деятельности и к обучению 1-й степени выраженности
- б) снижение интеллекта до степени легкой умственной отсталости (умеренная дебилность) с основным типом олигофренического дефекта, что ограничивает способность к обучению 1–2-й степени выраженности, к трудовой деятельности 1-й степени, общению 1-й степени.

Основными критериями II группы инвалидности являются:

- а) снижение интеллекта до степени легкой и умеренной умственной отсталости (умеренная и выраженная дебильность, нерезко выраженная имбецильность) с выраженными аффективно-волевыми и психопатоподобными расстройствами, что ограничивает способность контролировать свое поведение, способность к трудовой деятельности, к общению, передвижению 2-й степени выраженности, к обучению 2–3-й степени
- б) снижение интеллекта до степени тяжелой умственной отсталости (резко выраженная имбецильность), что ограничивает способность к обучению 2–3-й степени выраженности, к трудовой деятельности 2–3-й степени, к общению, передвижению и ориентации 2-й степени.

Основными критериями I группы инвалидности являются:

- а) снижение интеллекта до степени тяжелой умственной отсталости (резко выраженная имбецильность) с выраженными двигательными нарушениями и резко выраженной неврологической симптоматикой (парезы, параличи, апраксия, аграфия), глухотой, частыми эпилептиформными припадками
- б) снижение интеллекта до степени глубокой умственной отсталости (идиотия) с выраженным недоразвитием речи, моторики, диспластичностью тела, простейшими полярными эмоциями.

156. Анализ каких факторов необходим при оценке ограничения различных категорий жизнедеятельности у больных с личностными расстройствами?

Ответ. При оценке ограничения различных категорий жизнедеятельности и степени их выраженности необходим анализ следующих факторов:

- а) клиническая форма шизофрении
- б) тип течения и степень прогрессивности процесса
- в) длительность заболевания
- г) стадия заболевания
- д) психопатологическая структура состояния (ведущий синдром, его степень выраженности и стойкости)
- е) характер и динамика дефицитарной симптоматики
- ж) вид нарушенных психических функций (сознание, восприятие, внимание, эмоции, воля, память, мышление, интеллект)
- з) характер нарушения психических функций, их выраженность и продолжительность
- и) качество ремиссий (тип, структура, полнота, этап, стойкость, длительность и т.д.)
- к) характер и степень клинической и социальной компенсации болезненного состояния (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация)
- л) свойства преморбидной личности
- м) личностные изменения, обусловленные болезнью
- н) критика своего состояния и окружающей действительности.

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

157. Каковы основные показания для направления больных с сахарным диабетом (СД) в БМСЭ?

Ответ. Показания для направления в БМСЭ:

- а) тяжелая форма СД; выраженные проявления микроангиопатии со значительным нарушением функций органов и систем
- б) лабильное течение (частые гипогликемические состояния, кетоацидоз) или трудно компенсируемый СД средней тяжести
- в) СД легкой и средней тяжести при необходимости рационального трудоустройства со снижением квалификации или уменьшением объема выполняемой работы.

158. Перечислите основные критерии I группы инвалидности при СД.

Ответ. I группа инвалидности устанавливается больным СД тяжелой формы при наличии значительно выраженных нарушений функций эндокринной и других систем:

- а) при ретинопатии (слепота на оба глаза)
- б) нейропатии (стойкие параличи, атаксия)

- в) диабетической энцефалопатии с выраженными нарушениями психики
- г) диабетической кардиомиопатии (хроническая сердечная недостаточность III ст.)
- д) тяжелой ангиопатии нижних конечностей (гангрена, диабетическая стопа)
- е) терминальной ХБП
- ж) частых гипогликемиях и диабетических комах.

Определяются ограничения способности к трудовой деятельности III ст., самообслуживанию III ст., передвижению III ст., ориентации II–III ст. Больные нуждаются в постоянной посторонней помощи и уходе.

159. Перечислите основные критерии II группы инвалидности при СД.

Ответ. II группа инвалидности определяется больным тяжелой формой СД с выраженными нарушениями функций пораженных систем и органов: при ретинопатии II–III ст., нефротическом синдроме, начальной ХБП, терминальной ХБП при адекватном диализе или успешной нефротрансплантации, нейропатии II ст. (выраженные парезы), энцефалопатии со стойкими изменениями психики, которые приводят к ограничению способности к трудовой деятельности II–III ст., способности к передвижению и самообслуживанию II ст. Иногда выраженные ограничения жизнедеятельности имеются у больных с умеренными нарушениями функций органов и систем при лабильном течении, когда не удается достичь стойкой стабилизации гликемии.

160. Перечислите основные критерии III группы инвалидности при СД.

Ответ. III группа инвалидности определяется больным с легким и средней степени тяжести СД или лабильным его течением с умеренными нарушениями функций органов и систем, которые приводят к ограничению способности к самообслуживанию, трудовой деятельности I ст., если в работе больного по основной профессии имеются противопоказанные факторы, а рациональное трудоустройство ведет к снижению квалификации или значительному уменьшению объема производственной деятельности. Лицам молодого возраста III группа инвалидности устанавливается на период обучения, приобретения новой профессии легкого физического или умственного труда с умеренным нервно-психическим напряжением.

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

161. 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.

162. Чем характеризуются нарушения зрения?

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

163. Укажите 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, когда человек не может четко рассмотреть объекты, находящиеся на различном удалении
- в) расстройство периферического или бокового зрения, когда человек не в состоянии разглядеть четко предметы, расположенные по сторонам от органов зрения либо не может рассмотреть движущиеся предметы
- г) расстройство адаптационной способности глаз, когда зрение ухудшается при попытке приспособиться к условиям быстро меняющего свою интенсивность освещения.

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

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

165. 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.

166. 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) последствиях операции, ведущих к длительной утрате трудоспособности
- в) неэффективности реконструктивного лечения и наличии выраженных нарушений
- г) рецидиве язвенной болезни после неэффективного оперативного лечения.

167. 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, эластотонометрия)
- б) исследование показателей оттока внутриглазной жидкости (тонография)
- в) исследование полей зрения (различные методики периметрии).

168. Что следует понимать под термином «слепое пятно»?

Ответ. Слепое пятно представляет собой проекцию в пространстве диска зрительного нерва; расположено в височной половине поля зрения. Слепое пятно является физиологической скотомой: в этом месте на сетчатке отсутствуют палочки и колбочки.

169. Какие зрительные функции нарушаются при заболевании сетчатки в области желтого пятна?

Ответ. В области желтого пятна находятся только колбочки. Соответственно, при поражении этой зоны нарушается центральное зрение (снижается острота зрения) и цветоощущение.

170. При заболевании каких структур органа зрения наиболее часто нарушается поле зрения?

Ответ. Поля зрения нарушаются при заболеваниях сетчатки, поражении зрительных нервов, хиазмы, зрительных трактов.

171. Какая проба помогает выявить дезэпителизированные участки роговицы?

Ответ. Дезэпителизированные участки роговицы помогает выявить закапывание в глаз 1% раствора флюоресцеина, при этом роговица, лишенная эпителия, окрашивается в зеленый цвет.

172. Назовите две основные формы первичной глаукомы.

Ответ:

- а) открытоугольная форма связана с нарушением нормальной функции дренажной системы глаза, по которой осуществляется отток внутриглазной жидкости
- б) закрытоугольная форма обусловлена блокадой угла передней камеры корнем радужной оболочки.

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

173. Если пациент с удивлением отмечает улучшение разборчивости речи в метро, то о чем в этом случае можно думать?

Ответ: об отосклерозе.

174. Что должны предложить пациенту с пресбиакузисом?

Ответ. Пациенту с пресбиакузисом должны предложить пробное слухопротезирование.

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

175. Какова медицинская реабилитация в санатории или тубдиспансере?

Ответ. Медицинская реабилитация в санатории или тубдиспансере подразумевает ряд мероприятий, направленных на прекращение выделения активных микобактерий; рубцевание каверн в легких. Также сюда входит и функциональная реабилитация, благодаря которой устраняются выраженные функциональные нарушения (снижение объема вдыхаемого воздуха, жизненной емкости легких), возникшие после хирургической операции или как осложнение болезни. Именно ухудшение функционального состояния органов и систем человека приводит к получению инвалидности или ее утяжелению в виде полной или частичной утраты работоспособности.

176. Каков реабилитационный прогноз при туберкулезе?

Ответ. Реабилитационный прогноз при туберкулезе определяется рядом различных факторов: степенью тяжести заболевания, качеством и своевременностью лечения, общим состоянием пациента, его желанием поскорее вернуться к полноценной жизни, а также соблюдением рекомендаций. При правильном подходе можно добиться полного восстановления физического здоровья и работоспособности за 1–2 года.

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

177. В каких случаях следует обратиться за разработкой или корректировкой индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида?

Ответ. К обращению за разработкой новой программы реабилитации может привести естественный процесс взросления ребенка, изменение его роста и веса. В связи с этим появляется необходимость корректировать рекомендованные ему ранее технические средства реабилитации (абилитации). Изменения также могут касаться включения новых мероприятий по реабилитации, дополнительных технических средств. Внесение изменений в программу реабилитации ребенка с инвалидностью осуществляется без пересмотра группы инвалидности или срока, на который она установлена.

178. Какие основные коррекционные задачи решает социальный работник в учебно-образовательных учреждениях для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата?

Ответ. К таким задачам относятся:

- а) комплексное психолого-педагогическое и клинико-физиологическое изучение основных закономерностей физического и психического развития детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
- б) разработка психолого-педагогических классификаций различных категорий детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата
- в) обоснование дифференцированного и индивидуального подхода при воспитании, обучении и коррекции недостатков познавательной деятельности
- г) обоснование принципов организации системы разнообразных специальных учреждений
- д) установление закономерностей коррекционного учебно-воспитательного процесса, осуществляемого в специальных детских садах и школах, а также при индивидуальном обучении
- е) определение целей, задач, содержания, принципов и методов воспитания, обучения, трудовой и социальной подготовки
- ж) разработка специальных технических средств
- з) определение путей и средств профилактики возникновения нарушений развития у детей
- и) поиск путей, позволяющих улучшить жизнь в социальной среде — в семье, в учебных и трудовых коллективах.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы

179. Какой нормативный документ Вы используете для определения нуждаемости освидетельствуемого в технических средствах реабилитации?

Ответ. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28 декабря 2017 г. № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» в редакции от 16 марта 2018 г.

180. Что позволит дать оценку состояния здоровья гражданина, направленного на МСЭ?

Ответ:

- а) клиническая (нозологическая) форма основного и сопутствующего заболеваний
- б) осложнения основного и сопутствующего заболеваний
- в) стадия патологического процесса
- г) течение заболевания
- д) характер нарушений функций и структур организма
- е) степень нарушения функций и структур организма
- ж) клинический прогноз.

181. Назовите условия признания гражданина инвалидом?

Ответ:

- а) нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами
- б) ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью)
- в) необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.

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

182. В чем сущность медицинского обеспечения спасательных операций в чрезвычайной ситуации?

Ответ. Медицинское обеспечение при чрезвычайной ситуации — это комплекс мероприятий по сохранению жизни и здоровья населения и спасателей:

- а) лечебно-эвакуационные мероприятия (лечебно-эвакуационное обеспечение)
- б) санитарно-противоэпидемические мероприятия
- в) меры медицинской защиты населения и личного состава, участвующего в ликвидации чрезвычайной ситуации
- г) снабжение медицинским имуществом.

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., Богова О.Т., Потапов В.Н., и др. Медико-социальная экспертиза и реабилитация при заболеваниях вен нижних конечностей. Учебное пособие. — М., 2013. — 137 с. [Puzin SN, Bogova OT, Potapov VN, et al. Medico-social expertise and rehabilitation in diseases of the veins of the lower extremities. Textbook. Moscow; 2013. 137 p. (In Russ.)]
2. 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 order of registration of the «Individual program of rehabilitation of a disabled person». Educational and methodological manual. Moscow; 2012. 28 p. (In Russ.)]
3. 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.)]
4. 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.)]
5. Храпылина Л.П., Косенко О.Ю., Винокуров А.С., и др. Перспективы вовлечения негосударственных организаций в предоставление социальных услуг населению

- нию // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2016. — №1. — С. 6–9. [Khryulina 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., 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.)]
7. Гришина Л.П., Чандирли С.А. Структура первичной инвалидности вследствие ИБС с учетом групп инвалидности в РФ в динамике за 10 лет (2004–2013 гг.) // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. — 2015. — Т.18. — №2. — С. 26–28. [Grishina LP, Chandirli SA. The structure of primary disability due to IHD, taking into account disability groups in the Russian Federation in dynamics for 10 years (2004–2013). *Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2015;18(2):26–28. (In Russ.)]
8. 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.)]
9. 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.)]

Поступила 14.03.2019

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>

Шургая Марина Арсеньевна, д.м.н., доцент, профессор кафедры [*Marina A. Shurgaya*, MD, PhD, Associate Professor, Professor]; e-mail: daremar@mail.ru, SPIN-код: 4521-0147, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3856-893X>

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>

Пайков Андрей Юрьевич, к.м.н. [*Andrey Y. Paykov*, MD, PhD]; e-mail: andrpaikov@gmail.com,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9914-4239>