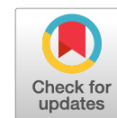


© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1, 2, 3}, С.А. Чандирли³, О.Т. Богова³, Т.А. Хлудеева⁴, А.К. Алиев⁵



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «ГЕРИАТРИЯ»: КОНТРОЛЬНЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ; СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

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

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

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

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

⁵ Махачкалинская клиническая больница ФГБУЗ «Южный окружной медицинский центр» ФМБА, Махачкала, Российская Федерация

Под фондом оценочных средств (ФОС) понимают комплекс контрольных измерительных материалов, предназначенных для оценивания компетенций как на разных стадиях обучения (текущий контроль), так и по завершении отдельных этапов (промежуточный контроль) и основной образовательной программы (итоговая аттестация). При проектировании оценочных средств особое место отводится выявлению важных компетенций (знания, умения, навыки), необходимых для квалифицированного решения новых задач. В качестве оценочных средств, применяемых с этой целью, разработаны тематические ситуационные задания и контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора.

Ключевые слова: *гериатрия, ситуационные задания, практическая подготовка, аттестации ФОС.*

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Хлудеева Т.А., Алиев А.К. Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Гериатрия»: контрольные практические задания; ситуационные задания. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2019;22(4):209–215. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48951>

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, T.A. Khludeeva⁴, A.K. Aliev⁵

EVALUATION FUND FOR THE WORKING PROGRAM OF THE TRAINING DISCIPLINE (MODULE) “GERIATRICS”: CONTROL PRACTICAL TASKS; SITUATIONAL TASKS

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

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

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

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

⁵ Makhachkala Clinical Hospital FBHI “Southern District Medical Center” FMBA, Makhachkala, Russian Federation

The evaluation funds fund refers to a set of control measuring materials designed to evaluate competencies both at different stages of training (current control) and at the completion of individual stages (intermediate control) and the main educational program (final certification).

At design of estimated means the special place is allocated to identification of the important competences (knowledge, abilities, skills) necessary for the qualified solution of new tasks. As evaluation tools used for this purpose, thematic situational tasks and control tasks have been developed that identify the practical training of the resident.

Key words: *geriatrics, situational tasks, practical training, WCF certification.*

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Bogova OT, Khludeeva TA, Aliev AK. Evaluation Fund for the working program of the training discipline (module) “Geriatrics”: control practical tasks; situational tasks. *Medical and social examination and rehabilitation.* 2019;22(4):209–215. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48951>

For correspondence: Chandirli Sevda Aydynovna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of Geriatrics and Medical and Social Expertise, Federal State Budgetary Institution DPO “Russian Medical Academy of Continuing Professional Education” Ministry of Health of Russia, 125993, Moscow, st. Barrikadnaya, d. 2/1, 8 499 255 55 20; e-mail: cha-seva2@yandex.ru

Received 10.09.2019

Accepted 01.12.2019

Список сокращений

АД — артериальное давление

ЛПВП — липопротеиды высокой плотности

ЛПНП — липопротеиды низкой плотности

ЭКГ — электрокардиография

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Больная, 83 года, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на головную боль, слабость, снижение настроения. Живет одна, родственников нет. Отмечает частые падения, из-за чего в последнее время боится выходить на улицу без посторонней помощи. Похудела в течение года на 7 кг. Инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, онкологические заболевания отрицает. При осмотре отмечается низкий вес, бледность кожных покровов. Артериальное давление (АД) в положении сидя 160/80 мм рт.ст., общий холестерин 6,86 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) 4,82 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) 2,25 ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1c) 7,2%.

Вопрос 1. Каковы действия врача поликлиники?

Ответ: назначение консультации гериатра, а при его отсутствии — проведение комплексной гериатрической оценки.

Вопрос 2. Определите состояние здоровья у данного пациента по клинической шкале старческой астении.

Ответ: легкая старческая астения.

Вопрос 3. Проведите скрининг по шкале «Возраст не помеха».

Ответ. По шкале получены 4 положительных ответа, что позволяет отнести больную к категории «хрупкий пациент».

Вопрос 4. Каковы признаки и симптомы у данного пациента, указывающие на старческую астению?

Ответ: непреднамеренная потеря веса более 4,5 кг за год, депрессия и снижение настроения, зависимость от посторонней помощи и ограничение мобильности, саркопения и снижение веса, социальная изоляция.

Вопрос 5. Какие гериатрические синдромы наблюдаются у данного пациента?

Ответ: снижение веса (саркопения), депрессия, снижение функциональной активности.

Вопрос 6. Тактика лечения данного пациента?

Ответ: монотерапия АД низкими дозами с последующим титрованием. Не рекомендуется снижение веса и ограничение соли. Не рекомендуется назначение статинов и аспирина.

Ситуационная задача 2

У пациента Г., 76 лет, в течение последних 2 мес появились желтушность кожных покровов преходящего характера, кожный зуд, повышение температуры тела до 37,3°C, гипербилирубинемия (до 340–520 ммоль/л), билирубинурия. Селезенка не увеличена.

Вопрос 1. Дифференциальный диагноз следует проводить:

Ответ: с внутриспеченочным холестазом, желчнокаменной болезнью, раком головки поджелудочной железы.

Вопрос 2. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:

Ответ: ретроградная панкреатохолангиография.

Вопрос 3. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:

Ответ: микронодулярного цирроза печени, очагового поражения печени, макронодулярного цирроза печени, застойного фиброза печени.

Вопрос 4. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:
Ответ: глюкуронилтрансферазы.

Ситуационная задача 3

Пациент, 80 лет, жалуется на тошноту, тяжесть в эпигастральной области, отрыжку, срыгивания, неприятный привкус во рту. Боль возникает сразу после еды, носит тупой ноющий характер, без иррадиации, постепенно стихает. Наблюдается у офтальмолога по поводу глаукомы, у уролога — по поводу аденомы простаты.

Вопрос 1. Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями:

Ответ: язвенной болезнью желудка, раком желудка, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Вопрос 2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить исследования:

Ответ: фиброгастродуоденоскопию с биопсией, кал на скрытую кровь, рентгенографию желудка.

Вопрос 3. Для лечения можно использовать препараты:

Ответ: бактерицидные, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов.

Вопрос 4. Антихеликобактерным эффектом обладают:

Ответ: Трихопол, Де-Нол (коллоидный субцитрат висмута), кларитромицин.

Вопрос 5. Наиболее тяжелыми осложнениями хронического гастрита типа А являются:

Ответ: анемия мегалобластическая.

Ситуационная задача 4

У больного К., 78 лет, страдающего болезнью Бехтерева, ухудшилось самочувствие, появилась одышка в лежачем положении, периодические боли в области сердца сжимающего характера. Отмечаются акроцианоз, деформация грудной клетки вследствие выраженного кифоза грудного отдела и гиперлордоза шейного отдела позвоночника, уменьшение ее дыхательной экскурсии. Перкуторно — коробочный звук, при аускультации — ослабление дыхания. Частота дыхания 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Частота сердечных сокращений 90 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под правого края реберной дуги; селезенка не увеличена. Отеков нет. На рентгенограмме (прямая проекция) имеются рентгенологические признаки аневризмы аорты. На электрокардиограмме (ЭКГ) имеются признаки блокады правой ножки пучка Гиса.

Вопрос 1. Механизм развития отмеченных клинико-инструментальных показателей ухудшения состояния больного.

Ответ: повышение давления в системе легочной артерии.

Вопрос 2. Причина развития отмеченных клинико-инструментальных показателей ухудшения состояния больного — это:

Ответ: эмфизема легких, деформация грудной клетки.

Вопрос 3. Клиническая картина заболевания и результаты проведенных инструментальных исследований (рентгенография, ЭКГ) позволяют предположить у больного развитие:

Ответ: легочного сердца.

Вопрос 4. Дообследование больного должно включать:

Ответ: эхокардиографию, исследование функции внешнего дыхания.

Вопрос 5. Схема лечения больного должна включать:

Ответ: оксигенотерапию, дигидропиридины III поколения, салуретики.

Ситуационная задача 5

Больная Т., 75 лет, доставлена в больницу с подозрением на острый инфаркт миокарда. В отделении интенсивной терапии и реанимации на фоне проведения тромболитической терапии, инфузии нитратов, введения β -адреноблокаторов ангинозные боли длительностью до 30 минут рецидивировали 4 раза. На ЭКГ

во время каждого приступа отмечался подъем сегмента ST в отведениях V1–V6, достигающий 9 мм. После приступа ЭКГ приходила к норме. Кардиоспецифические маркеры (тропонин, миоглобин, креатинфосфокиназа, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа) крови не повышались.

Вопрос 1. Показатели ЭКГ соответствуют:

Ответ: ишемии субэндокардиальных отделов передней стенки левого желудочка.

Вопрос 2. Вероятный диагноз:

Ответ: спонтанная стенокардия.

Вопрос 3. С целью достижения быстрого эффекта и прекращения рецидива ангинозных болей больной целесообразно назначить:

Ответ: блокатор кальциевых каналов дигидропиридинового ряда.

Вопрос 4. Главные пробы для выявления вазоспастической стенокардии:

Ответ: холоддовая проба; интракоронарное введение ацетилхолина, метахолина, гистамина, дофамина.

Ситуационная задача 6

Профилактический осмотр прошел мужчина 72 лет, бывший спортсмен. В анамнезе наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена, хронических заболеваний нет, алкоголь употребляет по праздникам, курит до 5–7 сигарет в день, спортом не занимается.

Результаты профилактического осмотра: индекс массы тела 30,2 кг/м², объем талии 99 см; везикулярное дыхание, частота дыхательных движений 16 в минуту, тоны сердца приглушены, ритм не нарушен, частота сердечных сокращений 64 в минуту, АД 130/85 мм рт.ст., живот безболезнен при пальпации, печень и селезенка не увеличены, отеков нет.

Коэффициент корреляции между возрастом и МПО2 0,84.

В крови: общий холестерин 5,5 ммоль/л, ЛПНП 3,0 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л, ЛПВП 1,2 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 62 в минуту, горизонтальная электрическая ось сердца, блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопрос 1. Оцените нутритивный статус питания пациента:

Ответ: ожирение 1-й степени.

Вопрос 2. Оцените уровень артериального давления пациента:

Ответ: высокие границы нормальных значений АД.

Вопрос 3. Оцените общий сердечно-сосудистый риск:

Ответ: высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Вопрос 4. Рекомендации по геропрофилактике у данного пациента.

Ответ: прием статина, умеренная физическая активность.

Контрольные задания, выявляющие практическую подготовкуординатора

Формула Кокрофта–Голта для вычисления клиренса креатинина

в зависимости от возраста пациента

$$\text{Клиренс креатинина (мл/мин)} = \frac{140 - \text{возраст (в годах)} \times \text{масса тела (кг)}}{72 \times \text{креатинин плазмы (мг/дл)}}$$

(для женщин результат необходимо умножить на 0,85).

Шкалы, тесты и опросники для выявления пациентов с синдромом старческой астении

В консенсусе, опубликованном в 2013 г. и объединившем международных экспертов в области гериатрии, для выявления пациентов с синдромом старческой астении предлагается использовать шкалу FRAIL. Британское гериатрическое общество в консенсусе 2014 г. предлагает использовать для выявления синдрома старческой астении определение скорости ходьбы, тест «Встань и иди» или опросник PRISMA-7.

Шкалы для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста

Для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста могут использоваться «Гериатрическая шкала депрессии» и «Шкала оценки здоровья». Для выявления депрессии у пациентов с умеренной или тяжелой деменцией рекомендовано использовать «Корнельскую шкалу депрессии».

Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

1. В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?
 2. Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?
 3. Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?
 4. Вам часто становится скучно?
 5. У вас хорошее настроение большую часть времени?
 6. Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?
 7. Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?
 8. Вы чувствуете себя беспомощным?
 9. Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?
 10. Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?
 11. Считаете ли Вы, что жить — это прекрасно?
 12. Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?
 13. Чувствуете ли Вы себя полным энергии и жизненной силы?
 14. Ощущаете ли Вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?
 15. Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?
- По одному баллу зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1; 5; 7; 11; 13 и за ответ «да» на вопросы 2; 3; 4; 6; 8; 9; 10; 12; 14; 15.

Интерпретация результатов: 0–4 балла — нет депрессии; ≥5 баллов — вероятная депрессия.

Нормативы выполнения теста «Встань и иди» у здоровых людей в разных возрастных группах

Возрастная группа, лет	Время, сек (95% доверительный интервал)
60–69	8,1 (7,1–9,0)
70–79	9,2 (8,2–10,2)
80–99	11,3 (10–12,7)

Базовая функциональная активность (индекс Бартела) для определения уровня активности пожилого пациента

Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пожилого пациента, так и с целью его мониторинга.

Основные параметры опроса:

- прием пищи
- личная гигиена
- одевание
- прием ванны
- контроль мочеиспускания
- контроль дефекации
- посещение туалета
- вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)
- передвижение (на ровной поверхности)
- подъем по лестнице.

Интерпретация результатов: от 0 до 20 баллов — полная зависимость; от 20 до 60 баллов — выраженная зависимость; от 60 до 90 баллов — умеренная зависимость; 90–95 баллов — легкая зависимость; 100 баллов — нет зависимости.

Интерпретация результатов краткой шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE)

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом: 28–30 баллов — нет нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов — предметные когнитивные нарушения; 20–23 балла — деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов — тяжелая деменция.

Интерпретация результатов теста по оценке лобной функции (Frontal Assessment Battery, FAB) (батарея лобных тестов)

Интерпретация результатов теста: 16–18 баллов соответствуют нормальной лобной функции, 12–15 баллов — умеренной лобной дисфункции; 11 баллов и меньше — признаки лобной деменции.

Методика проведения теста «Встань и иди»

Тестируемый должен встать со стула, пройти отмеченное расстояние (3 м) в своем обычном темпе, развернуться, вернуться к стулу и сесть на него.

В норме здоровые пожилые люди обычно выполняют тест «Встань и иди» за 10 и менее секунд. У пациента с тяжелым синдромом старческой астении время выполнения теста может составить 2 минуты и более.

Результат теста «Встань и иди» более 14 секунд у проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении свидетельствует о наличии риска падений.

Методика проведения динамометрии

Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку отводят от туловища до получения с ним прямого угла. Вторую руку отпускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3–5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить троекратное измерение силы жатия на правой и левой руке. Время отдыха между подходами — не менее 30 секунд. Для оценки результатов можно использовать среднее или максимальное значение силы жатия сильнейшей руки.

Ситуационная задача 7

У пациента в возрасте 73 лет диагностирована болезнь Паркинсона 1-й стадии: небольшие двигательные нарушения в левой руке, неспецифические симптомы: нарушение обоняния, немотивированная усталость, расстройства сна и настроения.

Составьте план реабилитации пациента.

Ответ:

- медикаментозная терапия;
- психологическая реабилитация (рациональная психотерапия);
- диета с низким содержанием белка;
- лечебная физкультура;
- физиолечение (магнитотерапия, электросон, электрофорез с Но-шпой, эуфиллином, аскорбиновой кислотой).

Ситуационная задача 8

Пациент в возрасте 73 лет направлен на медико-социальную экспертизу с основным диагнозом «Дорсопатия на фоне дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника (остеохондроз, спондилез, спондилоартроз). Нижний вялый парапарез. Нарушение функции тазовых органов». В направлении на медико-социальную экспертизу имеются записи о результатах инструментальных исследований (электронейромиография, магнитно-резонансная томография, ЭКГ) и данные объективных обследований терапевтом, ортопедом-травматологом, неврологом.

Дайте заключение о возможности или невозможности вынести экспертное заключение о группе инвалидности, и ваши действия.

Ответ: экспертное решение не может быть вынесено по следующим причинам:

- в основном диагнозе отсутствует клинико-функциональная составляющая (не указаны степень выраженности нижнего парапареза, степень выраженности нарушения функций тазовых органов);
- отсутствуют данные объективных обследований уролога, проктолога и данные обязательных инструментальных исследований (нарушение функции тазовых органов).

Для принятия экспертного решения необходимо составить программу дополнительного обследования освидетельствуемого.

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. Руководство по геронтологии / Под ред. В.Н. Шабалина. — М.: Цитадель-Трейд, 2005. — 796 с. [Guide to Gerontology. Ed. by V.N. Shabalin. Moscow: Tsitadel'-Treid; 2005. 796 p. (In Russ.)]
2. Пузин С.Н., Шургая М.А., Потапов В.Н., и др. Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений гипертонической болезни и профилактика их инвали-

- дизирующих последствий // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2013. — №3. — С. 21–28. [Puzin SN, Shurgaya MA, Potapov VN, et al. Stratification of the risk of cardiovascular complications of hypertension and prevention of their disabling consequences. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2013;(3):21–28. (In Russ.)]
3. Шлепцова М.В., Фролова Е.В. Распространенность основных гериатрических синдромов в практике врача-гериатра амбулаторного этапа и возможности их коррекции // *Российский семейный врач*. — 2018. — Т.22. — №2. — С. 30–36. [Shleptsova MV, Frolova EV. Prevalence of the main geriatric syndromes in the practice of an outpatient geriatric physician and the possibility of their correction. *Russian Family Doctor*. 2018;22(2):30–36. (In Russ.)]
4. Пузин С.Н., Богова О.Т., Одебаева Р., и др. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2014. — №2. — С. 6–9. [Puzin CN, 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. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., и др. Клинические рекомендации «Старческая астензия» // *Российский журнал гериатрической медицины*. — 2020. — №1. — С. 11–46. [Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Runikhina NK, et al. Clinical recommendations «Senile asthenia». *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020;(1):11–46. (In Russ.)]
6. Лебедев А.А., Архипов И.В., Пузин С.Н., и др. От межведомственного подхода в организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста к национальному плану «Здоровое старение» // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. — 2013. — №4. — С. 4–7. [Lebedev AA, Arkhipov IV, Puzin SN, et al. From an interagency approach in the organization of palliative care for the elderly and senile to the national plan «Healthy Aging». *Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2013;(4):4–7. (In Russ.)]
7. Попова Е.П., Богова О.Т., Чандирли С.А., и др. Спектральный анализ вариабельности сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне применения соталола и бисопролола // *Вестник Российской академии медицинских наук*. — 2020. — Т.75. — №2. — С. 135–143. [Popova EP, Bogova OT, Chandirli SA, et al. Spectral analysis of heart rate variability in patients with atrial fibrillation on the background of sotalol and bisoprolol. *Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2020;75(2):135–143. (In Russ.)]

Поступила 10.09.2019

Принята к печати 01.12.2019

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 [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>

Хлудеева Татьяна Александровна [Tatyana A. Khludeeva], советник директора Административного департамента Центрального банка Российской Федерации (Банка России)

Алиев Ахмед Курбанович, ассистент кафедры [Ahmed K. Aliev, Assistant Professor of the Department];

e-mail: akhmedaliev-05@mail.ru