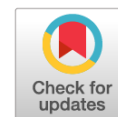


© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1, 2, 3}, С.А. Чандирли³, М.А. Коршикова³, Н.В. Дмитриева³,
А.Ю. Пайков^{4, 5}, А.В. Аболь⁴, Т.А. Хлудеева⁶



СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

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

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

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

⁴ 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

⁶ Центральный банк Российской Федерации (Банк России), Москва, Российская Федерация

В последипломном профессиональном образовании особое значение придается методам, активизирующим деятельность обучающегося. Существенным подспорьем в решении данной задачи является использование ситуационных задач, требующих для их решения не только применение полученных теоретических знаний, но и демонстрацию способностей к методическому мышлению, умение анализировать и обосновывать осуществленный выбор.

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

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Коршикова Ю.И., Пайков А.Ю., Аболь А.В., Хлудеева Т.А. Ситуационные задания к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация». *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(3):168–173. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER50509>

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. Korshikova³, N.V. Dmitriyev³, A.Yu. Paikov^{4, 5}, A.V. Abol⁴, T.A. Khludeeva⁶

SITUATIONAL TASKS TO THE WORK PROGRAM OF THE TRAINING DISCIPLINE (MODULE) «MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION»

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

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

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

⁴ 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

⁶ Central bank of Russian Federation (Bank of Russia), Moscow, Russian Federation

In postgraduate vocational education, special importance is given to methods that activate the activities of the student. A significant help in solving this problem is the use of situational problems that require for their solution not only the application of the obtained theoretical knowledge, but also the demonstration of abilities for methodological thinking, the ability to analyze and justify the made choice.

Key words: situational tasks, medical and social expertise, medical and social rehabilitation, certification of FOS.

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Bogova OT, Korshikova YuI, Paikov AYU, Abol' AV, Khludeeva TA. Situational tasks for the working program of the educational discipline (module) "Medical and social expertise and medical and social rehabilitation". *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2019;22(3):168–173. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER50509>

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 10.07.2019

Accepted 09.08.2019

Список сокращений

АД — артериальное давление
БМСЭ — бюро медико-социальной экспертизы
ДН — дыхательная недостаточность
ИПРА — индивидуальная программа реабилитации и абилитации
ЛНП/ЛВП — липопротеиды низкой/высокой плотности
МРТ — магнитно-резонансная томография
МСЭ — медико-социальная экспертиза
ОИМ — острый инфаркт миокарда

ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
ХС — холестерин
ХСН — хроническая сердечная недостаточность
ЧСС — частота сердечных сокращений
ЭКГ — электрокардиография
ЭхоКГ — эхокардиография

Ситуационные задачи (этап собеседования)

Ситуационная задача 1

Больной М, 52 года, работает слесарем. Предъявляет жалобы на одышку при незначительной нагрузке и в покое, кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, слабость, утомляемость.

Анамнез. Курит 20 лет, кашляет с периодически обострениями в связи с простудой. Последние 3 года отмечает усиливающуюся одышку, за 2 нед. до осмотра появились отеки на голенях.

Объективно. Пониженное питание. Цианоз губ, акроцианоз. Отеки на голенях. Грудная клетка бочкообразной формы, малоподвижна. При перкуссии звук с коробочным оттенком, границы легких опущены на одно ребро. Дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, сухие хрипы при выдохе. Шейные вены в лежачем положении набухают. Имеется пульсация в эпигастральной области. Пульс 92 в минуту. Печень на 5 см ниже края реберной дуги. ОФВ₁ 700 мл (23% от должного значения), ФЖЕЛ 1400 мл.

ЭКГ: отклонение электрической оси сердца резко влево, R > 7 мм, R/S > 1, расщепленный желудочковый комплекс в V1, R > 5 мм в avR.

ЭхоКГ: толщина правого желудочка > 3,5 мм, диаметр > 28 мм, регургитация на трехстворчатом клапане.

Вопрос 1. Проявлениями сердечной недостаточности у больного являются:

Ответ: слабость, утомляемость, отеки голеней, увеличение печени.

Вопрос 2. Появление отеков на ногах и увеличение печени у больного являются:

Ответ: признаками правожелудочковой недостаточности, проявлениями хронического легочного сердца с признаками декомпенсации, признаками относительной недостаточности трехстворчатого клапана.

Вопрос 3. Клиническим и функциональным диагнозом у пациента является:

Ответ: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) IV стадия, крайне тяжелое течение. Выраженная эмфизема легких, дыхательная недостаточность (ДН) 3-й ст. Хроническое легочное сердце, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIБ ст.

Вопрос 4. Врач МСЭ оценивает тактику ведения пациента как правильную:

Ответ:

- Показана госпитализация в пульмонологическое или терапевтическое отделение в связи с тяжелым состоянием.
- Показано направление на МСЭ через 4 мес временной нетрудоспособности.

Вопрос 5. Критериями ограничения жизнедеятельности у пациента являются:

Ответ:

- ограничение способности к самостоятельному передвижению 2-й ст.
- ограничение способности к самообслуживанию 2-й ст.
- ограничение способности трудовой деятельности 3-й ст.

Вопрос 6. В индивидуальной программе реабилитации врач МСЭ указывает, что санаторно-курортное лечение пациенту:

Ответ: противопоказано.

Вопрос 7. Наличие пульсации в эпигастральной области и набухание шейных вен у пациента определяет тяжесть клинического состояния и обусловлено:

Ответ: трикуспидальной недостаточностью.

Ситуационная задача 2

Больной С., 46 лет, водитель автобуса. Жалобы при поступлении на возобновление приступов загрудинных болей.

Анамнез. С 38 лет отмечает повышение артериального давления (АД), макс до 160/100 мм рт.ст. На фоне терапии Кандесартаном в дозе 4 мг/сут АД было в пределах 120/80 мм рт.ст. Около 10 мес назад стал отмечать эпизоды жгучих и давящих болей

в области сердца, продолжительностью до получаса, без четкой связи с физической нагрузкой.

Первоначально боли расценивались как кардиалгии (при проведении гастроскопии: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; при МРТ позвоночника: множественные протрузии межпозвоночных дисков в грудном отделе; при ЭКГ в покое, ЭхоКГ патологии не выявлено).

Через 2 мес при проведении нагрузочной пробы на фоне жгучих болей за грудиной зарегистрированы депрессии сегмента ST в отведениях II, III, aVF до 1,5 мм. Боли прошли в течение 2–3 мин. ЭКГ вернулось к исходной на 5-й мин отдыха. Больной был госпитализирован.

При коронароангиографии выявлен критический стеноз передней нисходящей артерии в проксимальной части. Одномоментно выполнены баллонная ангиопластика со стентированием передней нисходящей артерии, баллонная ангиопластика диагональной артерии с хорошим гемодинамическим и клиническим эффектом.

Подобрана терапия бисопрололом в дозе 2,5 мг/сут, аторвастатином по 40 мг/сут, эндурацином по 1000 мг/сут, аспирином по 100 мг/сут и клопидогрелем в дозе 75 мг/сут.

Через 2 мес после ангиопластики проведена нагрузочная проба: ангинозные приступы не беспокоили, ЭКГ-динамика отсутствовала.

До настоящего момента (в течение 7 мес) состояние больного оставалось удовлетворительным, приступы стенокардии не беспокоили.

Вчера, находясь за рулем автомобиля (впервые после операции), вновь ощутил жгучие боли в области сердца.

При нагрузочной пробе отмечена депрессия сегмента ST II, III, aVF, V4–V6 до 1,5–2,0 в сочетании с типичным приступом стенокардии.

ЭКГ вернулась к исходной на 3-й мин отдыха.

Поступает для повторного обследования, выбора тактики лечения.

Вопрос 1. Какова дальнейшая стратегия обследования?

Ответ. Проведение повторной коронарографии, исключение тромбоза стента, рестеноза в месте установки стента.

При коронароангиографии усугубления ангиографической картины в сравнении с предыдущей нет; гемодинамически значимых стенозов, требующих эндоваскулярного оперативного лечения, не выявлено. Стент в передней нисходящей артерии проходим на всем протяжении без признаков рестеноза и пристеночного тромбоза.

Вопрос 2. Как можно расценить возобновление клиники стенокардии и положительную нагрузочную пробу с учетом данных повторной коронароангиографии?

Ответ: как проявление спазма коронарных артерий.

Вопрос 3. Нужно ли вносить изменения в проводимую терапию?

Ответ: да, нужно добавить препараты антагонистов кальция (Ca) дегидропиридинового ряда, либо заменить бета-блокаторы на пульсурежающие антагонисты кальция.

Вопрос 4. Показано ли пациенту определение группы инвалидности, и если показано, то какая группа инвалидности?

Ответ: да, пациенту показана III группа инвалидности, т.к. у него сочетанные заболевания — ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия, а также работа — водитель автобуса, связанная с большим риском для пациента и окружающих его людей.

Ситуационная задача 3

Больная В., 58 лет, преподаватель в школе. Жалобы на головные боли, преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, ощущение шума в ушах на фоне повышения АД до 210/120 мм рт.ст.

Анамнез. Головные боли беспокоят с 50 лет, с того же времени при случайных измерениях отмечалось повышение АД до 160–170/90–95 мм рт.ст. Не обследовалась. По совету знакомых нерегулярно принимала Коринфар (нифедипин), Капотен (каптоприл).

Ухудшение состояния в течение последних 2–3 мес в связи со значительным эмоциональным перенапряжением.

Курит в течение 20 лет, до 1 пачки сигарет в день. Ежедневно употребляет по 1–2 бокала красного вина. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет; заболевания щитовидной железы, почек отрицает. Гинекологические заболевания отрицает; менопауза с 50 лет.

Семейный анамнез. Мать умерла в 76 лет, гипертоническая болезнь; острое нарушение мозгового кровообращения в 2007, 2011 гг. Отец умер в возрасте 57 лет от инфаркта миокарда.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета, умеренной влажности. Отеков нет. Частота дыхания 14 в мин, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет. АД 190/110 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 112 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Индекс массы тела 30,9 кг/м².

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 85 уд./мин, электрическая ось сердца горизонтальная. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопрос 1. Сформулируйте ваш диагноз.

Ответ. Артериальная гипертония 3-й ст., II стадии, риск очень высокий (риск 4).

Вопрос 2. Какие данные позволили поставить именно этот диагноз?

Ответ. Повышение АД у больной до 190/110 мм рт.ст. (в анамнезе до 200/120 мм рт.ст.) позволили поставить 3-ю степень артериальной гипертонии. Наличие поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда по данным ЭКГ) и отсутствие ассоциированных клинических состояний (таких как инфаркт миокарда, реваскуляризация коронарных артерий, инсульт или транзиторные ишемические атаки, сердечная недостаточность и др.) позволили поставить II стадию развития заболевания. Наличие артериальной гипертензии 3-й степени и поражения органов-мишеней, а также наличие таких факторов риска сердечно-сосудистых осложнений, как ожирение (индекс массы тела 30,9), курение, отягощенный семейный анамнез (смерть отца в возрасте 54 лет от инфаркта), позволили поставить больной очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Вопрос 3. Какая группа инвалидности показана пациенту?

Ответ: пациенту показана II группа инвалидности.

Вопрос 4. Какие требуются исследования в рамках индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида с данным диагнозом и с какой целью?

Ответ. Требуется:

- ЭхоКГ: оценка работы сердца, определение сократительной способности миокарда, подтверждение или исключение гипертрофии миокарда, выявленной при ЭКГ, исключение клапанной патологии.
- Биохимический анализ крови: креатинин крови, расчет клиренса креатинина (оценка почечной функции); калий крови (его уровень играет важное значение при подборе медикаментозной терапии: при высоком уровне — $>5,5$ ммоль/л — противопоказаны целые группы препаратов — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина II, антагонисты минералокортикоидных рецепторов; при низком уровне калия крови — $<4,0$ ммоль/л — наоборот, желателно использовать именно эти группы препаратов; низкий уровень калия позволит также заподозрить вторичный характер гипертонии).
- Холестерин крови общий: атерогенные (ХС ЛНП) и антиатерогенные (ХС ЛВП) фракции являются факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений и требуют самостоятельного лечения при повышении (ХС_{общ.} $>4,9$ ммоль/л и ХС ЛНП $>3,0$ ммоль/л).
- Глюкоза крови натощак и нагрузочный тест с глюкозой: исключение сахарного диабета.
- Общий анализ мочи и суточный анализ мочи на белок: выявление протеинурии, микроальбуминурии, исключение воспалительного процесса в почках (отсутствие лейкоцитов и бактерий в общем анализе мочи).

- Ультразвуковое дуплексное исследование брахиоцефальных сосудов: исключение периферического атеросклероза (поражение органов мишеней и ассоциированное состояние в случае клинически значимого сужения сосуда).

Ситуационная задача 4

Больной Г., 47 лет, сменный мастер по ремонту оборудования сталелитейного цеха; работал в условиях воздействия профессиональной вредности (пыль), в результате чего возникло профессиональное заболевание легких; трудоустроен по основной профессии со снижением квалификации.

Анамнез. За последние полгода отмечает ухудшение состояния в виде частых респираторных инфекций; приступов удушья в течение дня и ночью, во время которых принимает вынужденную позу; одышку при физической нагрузке (подъем на 3-й этаж, быстрая ходьба); приступы кашля со скудным отхождением мокроты серого цвета, возникающие на холодный воздух, при курении; выраженную слабость, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке. ЖЕЛ 49% от должной.

Рентгенограмма пациента в прямой проекции: диффузное увеличение прозрачности легочной ткани, прогиб купола диафрагмы книзу, зияние переднего средостения.

Вопрос 1. Противопоказанными видами и условиями труда являются:

Ответ: тяжелый физический труд; работа, связанная с действием поллютантов и в условиях повышенной влажности.

Вопрос 2. В настоящее время клинко-функциональное состояние пациента соответствует диагнозу:

Ответ: Хронический бронхит смешанной этиологии, эмфизема легких. ДН 3-й ст.

Вопрос 3. В экспертном заключении МСЭ представленного пациента должно быть отражено:

Ответ: ограничение к трудовой деятельности 1-й степени с причиной «профессиональное заболевание», определение III группы инвалидности и 20% утраты профессиональной трудоспособности.

Ситуационная задача 5

Больная К., 74 года, пенсионер. Жалобы на удушье в ночные часы и в положении лежа, одышку в покое, усиливающуюся при минимальной физической нагрузке. Боли в сердце не беспокоят.

Анамнез. длительно артериальная гипертензия (максимальное АД 240/120 мм рт.ст.). Длительно ишемическая болезнь сердца. Острый инфаркт миокарда в 1997 г. Длительно нарушения ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий. Состояние после имплантации электрокардиостимулятора в 2007 г. по поводу АВ-блокады 2-й степени, брадикардии. Появление симптомов ХСН (одышка,

отеки голеней) около 4 лет. Резкое ухудшение состояния в течение последних 6 мес в виде появления и усиления вышеописанных жалоб.

Объективно. Состояние тяжелое. Акроцианоз губ. Пастозность правой голени. Дыхание ослабленное везикулярное, влажные хрипы в нижней доле правого легкого. Частота дыхания 22 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 60 уд./мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный; печень по краю реберной дуги.

ЭКГ: фибрилляция предсердий; ритм кардиостимулятора с ЧЖС 65 в мин.

ЭхоКГ: аорта 3,6 см (N 2,0–3,7); левое предсердие увеличено — 6,4 см (N 2,0–4,0); левый желудочек расширен: конечный диастолический размер 6,3 см (N 4,0–5,5); сократимость миокарда левого желудочка снижена, ФВ 43%. Толщина межжелудочковой перегородки 1,0 см, толщина задней стенки левого желудочка 1,0 см (N 0,7–1,1). Недостаточность митрального клапана 2–3-й ст. Выявляются зоны акинеза по передней стенке.

Рентгенография органов грудной клетки: тень электрокардиостимулятора. Средостение расширено за счет верхней полой вены. Лёгкие: изменений инфильтративного характера не выявляются. Лёгочный рисунок видоизменен: расширены верхнедолевые сосуды. Имеются нарушения легочной гемодинамики: венозная легочная гипертензия. Корни легких малоструктурны, не расширены. Диафрагма обычно расположена. Сердце в поперечнике расширено влево. Кардиоторакальный индекс 55% (N <50%). Аорта уплотнена, не расширена. Верхняя полая вена расширена. Непарная вена расширена.

Диурез с задержкой жидкости 200–300 мл.

Больная получает следующую терапию: бисопролол в дозе 2,5 мг 2 раза в день (принимала ранее); верошпирон по 25 мг 2 раза в день (в 9.00 и в 11.00); изосорбид 5-мононитрат-ретард по 40 мг 1 раз в день (утро); нитроглицерин внутривенно; Лазикс по 20 мг внутривенно; фуросемид по 20 мг внутрь; аспирин по 100 мг 1 раз в день (вечер); симvastатин по 20 мг.

Вопрос 1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Ответ: Ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда в 1997 г.). Артериальная гипертензия III стадии, 3-й ст., риск очень высокий. Нарушения ритма и проводимости сердца: фибрилляция предсердий, постоянная форма. Состояние после имплантации электрокардиостимулятора в 2007 г. по поводу АВ-блокады 2-й степени, выраженной брадикардии. ХСН IIБ стадии, 3–4-й функциональный класс по NYHA (Нью-Йоркская классификация).

Вопрос 2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

Ответ. Дополнительных обследований для уточнения диагноза не требуется. Для правильной по-

становки диагноза достаточно имеющихся данных. Необходимо проведение лабораторной диагностики: биохимия крови (калий, креатинин, клиренс креатинина) для безопасного подбора медикаментозной терапии. Возможно проведение суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру для оценки правильности работы электрокардиостимулятора.

Вопрос 3. Какая группа инвалидности показана пациенту?

Ответ: I группа инвалидности.

Вопрос 4. Оцените ИПРА инвалида.

Ответ. Проводимая ИПРА инвалида требует коррекции. По-видимому, жалобы больной расценивают как проявление стенокардии, хотя особенности проявления и данные инструментальных обследований свидетельствуют в пользу симптомов сердечной недостаточности. Пациентку требуется лечить как больную с ХСН. Учитывая, что больная уже получает минимальную дозу бета-блокаторов, их отмены не требуется; необходимо добавить минимальную дозу ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента с последующим титрованием доз обоих препаратов до целевых. Добавить к терапии антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Отменить нитраты. Подобрать адекватную дозу диуретиков (сначала с превышением диуреза, но не более 400–500 мл, затем для поддержания сбалансированного диуреза).

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., Дмитриева Н.В., Пайков А.Ю., и др. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2020. Т. 23, № 1. С. 29–37. [Puzin SN, Dmitrieva NV, Paikov AYU, et al. Current problems of medical and social expertise. *Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2020;23(1):29–37. (In Russ.)]
2. Пузин С.Н., Шургая М.А., Меметов С.С., и др. Инвалидность в XXI веке. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21, № 1. С. 10–17. [Puzin SN, Shurgaya MA, Memetov SS, et al. Disability in the XXI century. The state of the problem of medical and social rehabilitation and habilitation of disabled people in modern Russia. *Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2018;21(1):10–17. (In Russ.)]
3. Пузин С.Н., Дымочка М.А., Бойцов С.А., и др. Эпидемиологическая картина инвалидности у различных де-

- мографических контингентов населения в Российской Федерации в аспекте социальной политики государства // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21, № 1. 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):50–54. (In Russ.)]
4. Храпылина Л.П., Косенко О.Ю., Винокуров А.С., и др. Перспективы вовлечения негосударственных организаций в предоставление социальных услуг населению // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2016. № 1. С. 6–9. [Khrapylina 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.)]
5. Хорькова О.В., Меметов С.С. Потребности в медицинской реабилитации инвалидов пожилого возраста // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. № 2. С. 90–97. [Khor'kova OV, Memetov SS. Needs in medical rehabilitation of elderly disabled people. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2020;(2):90–97. (In Russ.)]
6. Кобзев Ю.В. Актуальные вопросы социальной работы с пожилыми и инвалидами в России и за рубежом // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. № 2. С. 30–39. [Kobzev YuV. Actual issues of social work with the elderly and disabled in Russia and abroad. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2020;(2):30–39. (In Russ.)]
7. Чандирли С.А., Пузин С.С., Агаева Л.М., Филиппов В.В. Система медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие ишемической болезни сердца в современных условиях и приоритетные меры по ее совершенствованию // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. № 2. С. 108–118. [Chandirli SA, Puzin SS, Agaeva LM, Filippov VV. The system of medical and social rehabilitation of disabled people due to ischemic heart disease in modern conditions and priority measures for its improvement. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2020;(2):108–118. (In Russ.)]
8. Быковская Т.Ю., Меметов С.С., Шаркунов Н.П., и др. О совершенствовании порядка взаимодействия медицинских организаций с учреждениями медико-социальной экспертизы // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2019. № 1. С. 12–19. [Bykovskaya TYu, Memetov SS, Sharkunov NP, et al. About improvement of the order of interaction of medical organizations with institutions of medical and social expertise. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2019;(1):12–19. (In Russ.)]
9. Сертакова О.В., Родоман Г.В., Пузин С.Н., и др. Особенности организации экспертизы временной нетрудоспособности в условиях многопрофильного стационара // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. № 1. С. 6–12. [Sertakova OV, Rodoman GV, Puzin SN, et al. Features of the organization of the examination of temporary disability in a multidisciplinary hospital. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2015;(1):6–12. (In Russ.)]

Поступила 10.07.2019

Принята к печати 09.08.2019

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>

Коршикова Юлия Ивановна, к.м.н., доцент [Yuliya I. Korshikova, MD, PhD, Associate Professor];

e-mail: kjui39@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4498-7401>

Дмитриева Нина Васильевна [Nina V. Dmitrieva]; e-mail: ninamedexp@gmail.com,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4828-1644>

Пайков Андрей Юрьевич, к.м.н. [Andrey Y. Paykov, MD, PhD]; e-mail: andrpaikov@gmail.com,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9914-4239>

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

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