

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА и РЕАБИЛИТАЦИЯ

MEDICAL AND SOCIAL EXPERT EVALUATION AND REHABILITATION



2

Том 22
2019



АННОТАЦИЯ

«Медико-социальная экспертиза и реабилитация»

Журнал «Медико-социальная экспертиза и реабилитация» — лидирующее медицинское научно-практическое междисциплинарное издание в области экспертной диагностики заболеваний с ограничениями жизнедеятельности и реабилитационных технологий. Журнал издается с 1998 года. Предметом журнала являются медицинские, психологические и социологические науки.

Цель издания: публикация материалов о результатах научных исследований и положительного опыта решения практических задач государственной службы медико-социальной экспертизы в Российской Федерации, передовых принципах диагностики, лечения и профилактики широкого спектра заболеваний во всех областях медицины.

Целевая аудитория: организаторы здравоохранения, врачи-эксперты бюро медико-социальной экспертизы, практикующие врачи лечебно-профилактических учреждений различных специальностей, специалисты научно-исследовательских организаций Российской академии наук, министерства труда и социальной защиты, сферы муниципального и государственного управления, преподаватели и аспиранты медицинских учебных заведений.

Основная тематика: журнал публикует статьи (передовые, оригинальные, обзоры, лекции, заметки из практики и т.д.), освещающие актуальные проблемы широкого круга нозологий во всех областях медицины; современные алгоритмы экспертной диагностики функциональных нарушений и ограничения жизнедеятельности, профилактики инвалидизирующих осложнений.

Отдельная тема — эпидемиология инвалидности с предоставлением обширного иллюстрационного материала, что делает публикации журнала информативными и наглядными и позволяет создавать информационное пространство для обеспечения решения проблем граждан с ограниченными возможностями с учетом региональных особенностей и Российской Федерации в целом.

В числе регулярно освещаемых сфер — международно-правовые акты по вопросам общественного здоровья, заболеваемости и инвалидности; инновации в реабилитационной индустрии; подходы к обеспечению «безбарьерной доступной среды» для инвалидов в соответствии с конвенцией ООН о правах инвалидов. Это способствует привлечению внимания к журналу широкого круга читателей.

В журнале увеличилось число аналитических статей, в которых освещаются проблемные вопросы клинико-экспертной диагностики и реабилитации граждан с нарушением функций, при этом излагаются различные точки зрения. Журнал поддерживает открытую дискуссию, ключевым направлением которой является дальнейшее совершенствование социально-правовой интеграции граждан с ограничениями жизнедеятельности.

Журнал содействует процессу непрерывного постдипломного образования путем предоставления информационной площадки для размещения материала, повышающего уровень теоретических знаний и умений практических врачей.

В состав редакционной коллегии, редакционного совета и экспертной группы рецензентов входят ведущие отечественные специалисты в области медико-социальной экспертизы, клинической медицины, психологии и социологии.

ABSTRACT OF THE JOURNAL

«Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation»

The Journal “Medical-social expertise and rehabilitation” is the leading medical scientific and practical interdisciplinary publication in the field of both expert diagnosis of diseases with disabilities and rehabilitation technologies. The Journal is published since 1998. The subject of the Journal is medical, psychological and sociological sciences.

The goal of publishing: publication of materials on results of research and positive experience in solving practical problems of civil service of medical and social expertise in the Russian Federation, the advanced principles of the diagnostics, management and prevention of a wide range of diseases in all areas of medicine.

Core audience: public health official, experts-doctors of the Bureau of Medical and Social Expertise, practitioners of health care institutions of various specialties, research workers of scientific institutions of the Russian Academy of Sciences, the Ministry of Labour and Social Protection, the scope of the municipal and state administration, teachers and postgraduate students of medical education institutions.

Main remit: the journal publishes articles (editorial, original, reviews, lectures, clinical notes, etc.), highlighting topical issues of a wide range of nosology in all areas of medicine; modern algorithms for expert diagnosis of functional disorders and limitations of the life activity, prevention of disabling complications. A separate theme is epidemiology of disability with the presentation of extensive illustrative material that distinguishes the publication of the Journal by informativeness and visual expression and allows to create the informational space for the solution problems of citizens with disabilities, with taking into account regional peculiarities and the Russian Federation as a whole. Among regularly highlighted areas there are International legal acts on issues of public health, disease and disability rate, innovations in the rehabilitation industry, approaches to the security of “barrier-free accessible environment” for people with disabilities according to the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. This promotes the wide range of readers to draw attention to the Journal.

In the Journal there has been increased the number of analytical articles, highlighting problematic issues of clinical expert diagnosis and rehabilitation of people with impaired function along with the presentation of different points of view. The Journal supports the open discussion with the key direction to the further improvement of the social and legal integration of citizens with disabilities.

The Journal provides the informational platform for the active support of the process of continuous postgraduate education, by means of publishing materials for testing the level of theoretical knowledge and skills of practitioners.

The editorial board of the Editorial Board and reviewers of the expert group are composed of leading Russian experts in the field of medical and social expertise, clinical medicine, psychology and sociology.

УЧРЕДИТЕЛЬ

ОАО «Издательство «Медицина»»
ЛР № 010215 от 29.04.1997 г.

Журнал индексируется:

- РИНЦ
- Google Scholar
- Ulrich's International Periodicals Directory
- WorldCat

Ответственность за

**достоверность
информации, содержащейся
в рекламных материалах,
несут рекламодатели.**

Журнал входит в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть опубликованы основные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук.

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС РЕДАКЦИИ:

107031, г. Москва,
ул. Петровка, д. 25, стр. 2
E-mail: msere@eco-vector.com

Зав. редакцией **Е.В. Киселёва**

Формат 60 x 88 1/8. Печать офсетная.
Печ. л. 13. Усл. печ. л. 12,09.
Заказ 1-3965-IV. Доп. тираж 30 экз.
Отпечатано в ООО
«Типография Фурсова».
196105, Санкт-Петербург,
ул. Благодатная, 69.
Тел.: (812) 646-33-77

**Подписка на печатную версию
через интернет:**
www.akc.ru, www.pressa-rf.ru

**Индекс по каталогу
«Пресса России»: Е47281**

Мед.-соц. эксперт.
и реабил. 2019;22(2):29–132.

ISSN 1560-9537 (Print)
ISSN 2412-2092 (Online)

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1998 г.

Том 22 • № 2 • 2019

Редакционная коллегия

Главный редактор: **С.Н. Пузин** — д-р мед. наук, проф., акад. РАН
Зам. главного редактора: **А.В. Гречко** — д-р мед. наук, проф.,
чл.-корр. РАН
Е.Е. Ачкасов — д-р мед. наук, проф.
Ответственный секретарь: **М.А. Шургая** — д-р мед. наук
Научный редактор: **С.С. Меметов** — д-р мед. наук, проф.

И.Г. Бакулин — д-р мед. наук, проф.; **С.А. Бойцов** — д-р мед. наук, проф., акад. РАН; **О.Т. Богова** — д-р мед. наук, проф.; **Г.В. Волинец** — д-р мед. наук, проф.; **Н.Г. Гончаров** — д-р мед. наук, проф.; **М.А. Дымочка** — д-р мед. наук; **В.А. Клевню** — д-р мед. наук, проф.; **Ю.Д. Криворучко** — д-р мед. наук; **А.В. Мартыненко** — д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАО; **С.Б. Маличенко** — д-р мед. наук, проф.; **В.Н. Потапов** — д-р мед. наук, проф.; **И.В. Пряников** — д-р мед. наук, проф.; **В.С. Полунин** — д-р мед. наук, проф.; **Л.Н. Рабинский** — проф., д-р тех. наук; **Г.В. Родоман** — д-р мед. наук, проф.; **К.А. Саркисов** — д-р мед. наук, проф.; **Б.А. Сырникова** — д-р мед. наук, проф.; **Д.А. Сычев** — чл.-корр. РАН, д-р мед. наук, проф.; **Л.П. Храпылина** — д-р экон. наук, канд. мед. наук, проф.; **Д.Ф. Хритинин** — д-р мед. наук, проф., чл.-корр. РАН; **С.А. Чандерли** — д-р мед. наук; **А.М. Чухраев** — д-р мед. наук, проф.

Редакционный совет

О.И. Аполихин — д-р мед. наук, чл.-корр. РАН (Москва);	К.Т. Керимов — д-р мед. наук (Баку, Азербайджан);
Н.В. Бакулина — д-р мед. наук, проф. (Санкт-Петербург);	В.В. Линник — д-р мед. наук, проф. (Москва);
Н.И. Брико — акад. РАН, д-р мед. наук, проф. (Москва);	М.А. Погосян — академик РАН, д-р тех. наук;
А.Ю. Гаспарян — д-р медицины, ассоциированный проф. (Бирмингем, Великобритания);	Н.В. Полунина — акад. РАН, д-р мед. наук, проф. (Москва);
С.В. Дармодахин — д-р социол. наук, проф., акад. РАО (Москва);	Г.Н. Пономаренко — д-р мед. наук, проф. (Санкт-Петербург);
Г.В. Джавришвили — д-р мед. наук, проф. (Тбилиси, Грузия);	А.Н. Разумов — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва);
Ю.И. Захарченко — д-р мед. наук (Краснодар);	Д.Г. Саидбеков — д-р мед. наук, проф. (Рим, Италия);
С.П. Запарий — д-р мед. наук, проф. (Москва);	Р.У. Хабриев — акад. РАН, д-р мед. наук (Москва);
Г.Е. Иванова — проф. (Москва);	Т.А. Хлудеева — канд. мед. наук (Москва);
Г.П. Котельников — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Самара);	Ю.А. Шельгин — д-р мед. наук, проф., акад. РАН (Москва).

FOUNDER
Izdatel'stvo "MEDITSINA"
LR №010215, 29.04.1997

The journal indexing in:

- Russian Science Citation Index
- Google Scholar
- Ulrich's International Periodical Directory
- WorldCat

The advertisers are responsible for the accuracy of the information contained in advertisements.

EDITORIAL CONTACTS:

25 bld. 2, Petrovka, 107031,
Moscow, Russia
E-mail: mser@eco-vector.com

Managing editor **E.V. Kiseleva**

Subscription via the Internet:
www.akc.ru, www.pressa-rf.ru

Med.-Sots. Ekspert. i. Reabil.
2019;22(2):29–132.

ISSN 1560-9537 (Print)
ISSN 2412-2092 (Online)

MEDICAL AND SOCIAL EXPERT EVALUATION AND REHABILITATION (MEDIKO-SOTSYAL'NAYA EKSPERTIZA I REABILITATSIYA)

QUARTERLY PEER-REVIEW MEDICAL JOURNAL

Published since 1998

Volume 22 • № 2 • 2019

Editorial Board

Editor-in-chief: **S.N. Puzin** — MD, PhD, DSc, Professor, Academician of RAS
Deputy Editors-in-chief: **A.V. Grechko** — MD, PhD, Professor, corresponding member of the RAS
E.E. Achkasov — MD, PhD, Professor
Executive Secretary: **M.A. Shurgaya** — MD, PhD
Scientific editor: **S.S. Memetov** — MD, PhD, Professor

I.G. Bakulin — Dr. med. Sciences, Professor; **S.A. Boytsov** — Dr. med. Sciences, Professor, academician of the Russian Academy of Sciences; **O.T. Bogova** — Dr. med. Sciences, Professor; **G.V. Volynets** — Dr. med. Sciences, Professor; **N.G. Goncharov** — Dr. med. Sciences, Professor; **M.A. Dymochka** — Dr. med. Sciences; **V.A. Klevno** — Dr. med. Sciences, Professor; **Yu.D. Krivoruchko** — Dr. med. Sciences; **A.V. Martynenko** — Dr. med. Sciences, Professor, corresponding member RAO; **S.B. Malichenko** — Dr. med. Sciences, Professor; **V.N. Potapov** — Dr. med. Sciences, Professor; **I.V. Pryanikov**, Dr. med. Sciences, Professor; **L.N. Rabinsky** — Professor, Dr. of technical Sciences; **V.S. Polunin** — Dr. med. Sciences, Professor; **G.V. Rodoman** — Dr. med. Sciences, Professor; **K.A. Sarkisov** — Dr. med. Sciences, Professor; **B.A. Syrnikova** — Dr. med. Sciences, Professor; **D.A. Sychev** — the corresponding member Russian Academy of Sciences, Dr. med. Sciences, Professor; **L.P. Khrapylina** — Dr. of Economics, PhD, Professor; **D.F. Khretinin** — Dr. med. Sciences, Professor, corresponding member. Wounds; **S.A. Chandirli** — Dr. med. Sciences; **M.A. Chukhraev** — Dr. med. Sciences, Professor

Editorial Advisory Board

O.I. Apolikhin — Dr. med. Sciences, corresponding member of the Russian Academy of Sciences (Moscow);	V.V. Linnik — Dr. med. Sciences, Professor (Moscow);
N.V. Bakulina — Dr. med. Sciences, Professor (Saint Petersburg);	M.A. Poghosyan — academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. technical Sciences;
N.I. Briko — academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. med. Sciences, Professor (Moscow);	N.V. Polunina — academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. med. Sciences, Professor (Moscow);
A.Y. Gasparyan — Dr. med., associate Professor (Birmingham, UK);	G.N. Ponomarenko — Dr. med. Sciences, Professor (Saint Petersburg);
S.V. Darmodehin — Dr. sociology Sciences, Professor, Acad. RAO (Moscow);	A.N. Razumov — Dr. med. Sciences, Professor, Akadem. Russian Academy of Sciences (Moscow);
G.V. Javrisvili — Dr. med. Sciences, Professor (Tbilisi, Georgia);	D.G. Saidbegov — Dr. med. Sciences, Professor (Rome, Italy);
Yu.I. Zakharchenko — Dr. med. Sciences (Krasnodar);	R.U. Khabriev — academician of the Russian Academy of Sciences, Dr. med. Sciences (Moscow);
S.P. Zapariy — Dr. med. Sciences, Professor (Moscow);	T.A. Khludeeva — candidate of medical Sciences (Moscow);
G.E. Ivanova — Professor, head. Department (Moscow);	Yu.A. Shelygin — Dr. med. Sciences, Professor, Acad. Russian Academy of Sciences (Moscow).
G.P. Kotelnikov — Dr. med. Sciences, Professor, Acad. RAS (Samara);	
K.T. Kerimov — Dr. med. Sciences (Baku, Azerbaijan);	

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Кожушко Л.А., Владимирова О.Н., Лемке Н.П., Урманчеева М.А., Солдатов В.Ю. Организационно-финансовая модель сопровождаемого проживания

32

Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Хлудеева Т.А., Филиппов В.В. Тестовые задания текущей аттестации ФОС, оценивающие ход освоения ординаторами разделов и тем учебной дисциплины (модуля) «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация»

40

Пузин С.Н., Чандирли С.А., Шургая М.А., Дмитриева Н.В., Филиппов В.В., Шестаков Д.Ю., Эркенова Ф.Д. Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация»: тестовые задания промежуточной аттестации

61

Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Коршикова Ю.И., Аболь А.В., Шестаков Д.Ю. Оценочные средства текущей аттестации: контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора по специальности «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация»

79

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»

106

EXPERTISE AND REHABILITATION

Kozhushko L.A., Vladimirova O.N., Lemke N.P., Urmancheeva M.A., Soldatov V.Yu. Organizational and financial model of accompanied residence

Puzin S.N., Chandirli S.A., Bogova O.T., Potapov V.N., Khludeeva T.A., Filippov V.V. Test tasks of the current FOS certification that provide assessment of the progress of residents' development of sections and topics of the academic discipline (module) "Medical and social expertise and medical and social rehabilitation"

Puzin S.N., Chandirli S.A., Shurgaya M.A., Dmitriyeva N.V., Filippov V.V., Shestakov D.Yu., Erkenova F.D. Fund of evaluation funds for the work program of the discipline (module) "Medical and social expertise and medical and social rehabilitation": test tasks of intermediate certification

Puzin S.N., Chandirli S.A., Bogova O.T., Korshikova Yu.I., Abol' A.V., Shestakov D.Yu. Evaluation tools of current certification: control issues revealing theoretical training of a resident in the specialty "Medical and social expertise and medical and social rehabilitation"

Puzin S.N., Chandirli S.A., Shurgaya M.A., Potapov V.N., Paikov A.Yu. 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"

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

Л.А. Кожушко¹, О.Н. Владимирова¹, Н.П. Лемке²,
М.А. Урманчеева³, В.Ю. Солдатов⁴

ОРГАНИЗАЦИОННО-ФИНАНСОВАЯ МОДЕЛЬ СОПРОВОЖДАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ

¹ ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта» Минтруда России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ Санкт-Петербургская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ», Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁴ Оздоровительное объединение «Зеленый бор» Центрального банка Российской Федерации, Ленинградская область, г. Луга, Российская Федерация

Актуальность развития сопровождаемого проживания формирует потребность в обмене опытом и методологической поддержке субъектов Российской Федерации. Для организации деятельности по обеспечению мероприятий, направленных на развитие этого направления, был изучен и проанализирован опыт Санкт-Петербурга. Исследование проведено по результатам ежегодного мониторингового исследования материалов по организации технологий сопровождаемого проживания, представленных исполнительными органами власти 85 субъектов Российской Федерации. Изучены наиболее значимые показатели, отражающие системность и эффективность развития сопровождаемого проживания, а именно: принятые региональные нормативные правовые акты, регулирующие вопросы организации сопровождаемого проживания инвалидов; использование помещений для организации квартир; услуги по сопровождению и поставщики услуг; порядок отбора на сопровождаемое проживание и источники финансирования технологий. В результате исследования определены основные мероприятия в развитии этого направления в Санкт-Петербурге: расширение регионального перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг; выделение инвалидов трудоспособного возраста с нарушениями умственного развития в отдельную социальную группу; разработка рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания, в том числе для инвалидов трудоспособного возраста с нарушениями умственного развития при проживании в квартирах социального назначения; разработка отраслевых технологических регламентов на оказание мероприятий по сопровождению инвалидов; создание равных возможностей выхода на рынок социальных услуг как государственным, так и негосударственным организациям социального обслуживания; проведение инфраструктурных мероприятий; определение финансовых источников и др. Использование субъектами Российской Федерации рекомендаций по реформированию региональной нормативной правовой базы и проведение ключевых мероприятий позволит внедрять передовой опыт Санкт-Петербурга по организации различных форм сопровождаемого проживания.

Ключевые слова: сопровождаемое проживание, инвалидность, рейтинг субъектов РФ, социальные услуги, квартиры социального назначения.

Для цитирования: Кожушко Л.А., Владимирова О.Н., Лемке Н.П., Урманчеева М.А., Солдатов В.Ю. Организационно-финансовая модель сопровождаемого проживания. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(2):32–39. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48948>

Для корреспонденции: Кожушко Людмила Александровна, кандидат медицинских наук, руководитель отдела социальной реабилитации и абилитации инвалидов ФГБУ «ФНЦПИ им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России; адрес: 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, Россия; e-mail: l.timch@mail.ru

L.A. Kozhushko¹, O.N. Vladimirova¹, N.P. Lemke², M.A. Urmancheeva³, V.Yu. Soldatov⁴

ORGANIZATIONAL AND FINANCIAL MODEL OF ACCOMPANIED RESIDENCE

¹ Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, Saint Petersburg, Russian Federation

² Committee for Social Policy of St. Petersburg, Saint Petersburg, Russian Federation

³ St. Petersburg Association of Public Associations of Parents of Disabled Children “GAOORDI”, Saint Petersburg, Russian Federation

⁴ Wellness association “Zeleniy Bor” Bank of Russia, Leningrad region, Luga, Russian Federation

The relevance of the development of developing experience and methodological support of the constituent entities of the Russian Federation. To organize activities to provide activities aimed at the development of the direction, the experience of St. Petersburg, as a subject of the leader in the Russian Federation in the development of technologies for accompanied accommodation, was studied and analyzed. The study was conducted on the basis of the results of the annual monitoring study of materials submitted by the executive authorities of 85 constituent entities of the Russian Federation on the organization of technologies for accompanied accommodation. As a result of the study, the main activities in the development of this direction in St. Petersburg were identified: expanding the regional list of social services provided by social service providers; assigning disabled people of working age with intellectual disabilities to a separate social group; developing recommended individual social service programs, including: for disabled people of working age with intellectual disabilities

when living in social apartments, development of industry-specific technological regulations for the provision of measures to support disabled people, creation of equal opportunities to enter the social services market for both state and non-state social service organizations, implementation of infrastructure measures, identification of financial sources, etc. The use by the constituent entities of the Russian Federation of recommendations on reforming the regional regulatory legal framework and the implementation of key events will allow introducing the best practices of St. Petersburg in organizing various forms of accompanied residence.

Key words: *assisted living, rehabilitation, rating of subjects of the Russian Federation, social services, social apartments.*

For citation: Kozhushko LA, Vladimirova ON, Lemke NP, Urmancheeva MA, Soldatov VY. Organizational and financial model of accompanied residence. *Medical and social expertise and rehabilitation.* 2019;22(2):32–39. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48948>

For correspondence: Lyudmila Alexandrovna Kozhushko, candidate of medical Sciences, head of the Department of social rehabilitation and habilitation of disabled people, G.A. Albrecht Federal research center of the Ministry of labor of Russia; address: 50, Bestughevskaya street, Saint Petersburg 195067, Russia; e-mail: l.timch@mail.ru

Received 18.01.2019

Accepted 29.05.2019

Обоснование

Ратифицировав в 2012 г. Конвенцию о правах инвалидов, Россия взяла курс на выполнение всех ее норм и принципов, направленных на социальную интеграцию инвалидов, ликвидацию дискриминации, осуществление ими всех прав и основных свобод и на создание эффективных правовых механизмов обеспечения этих прав¹. В рамках этой деятельности в стране проводится реформа психоневрологических интернатов и развитие стационарозамещающих технологий, в том числе сопровождаемого проживания инвалидов — технологии социального обслуживания, предусматривающей предоставление инвалидам услуг и мероприятий по социальному сопровождению в местах их проживания в привычной благоприятной среде.

По результатам исследования ФГБУ «ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, по состоянию на 01.10.2019 работа по внедрению сопровождаемого проживания ведется в 69 (81,2%) субъектах Российской Федерации [1]. Уровень и динамика развития данного направления в них различна: в одних субъектах реализуется только подготовительный этап (Рязанская область, Алтайский край), в других — учебный этап сопровождаемого проживания (Воронежская, Самарская области). Наиболее высокие показатели сопровождаемого проживания выявлены в Санкт-Петербурге, Владимирской, Псковской, Ленинградской областях. В этой связи особую актуальность для развития технологий сопровождаемого проживания в стране приобретает необходимость изучения опыта передовых практик и разработки предложений для возможности использования этого опыта в других субъектах Российской Федерации, что и определило цели настоящего исследования.

Цель исследования — анализ федеральных и региональных нормативных правовых актов в соци-

альной сфере, используемых для организации сопровождаемого проживания, а также исследование показателей мониторинга сопровождаемого проживания по специальной разработанной в ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России методике с использованием параметрической статистики для обработки результатов.

Информация была предоставлена исполнительными органами власти 85 субъектов Российской Федерации. Изучены 193 показателя, которые включены в 7 разделов, рассматривающих широкий спектр вопросов: организацию сопровождаемого проживания (региональные нормативные правовые акты, этапы и формы внедрения); численность инвалидов, проживающих в условиях сопровождения и нуждающихся в них; трудовую и социальную занятость инвалидов; финансирование технологий и кадровое обеспечение; использование различных жилых помещений для организации квартир; изучение проблем, затрудняющих внедрение сопровождаемого проживания в субъектах Российской Федерации.

Сопровождаемое проживание: опыт Санкт-Петербурга

Санкт-Петербург реализует технологии сопровождаемого проживания с 2005 г. и создал за эти годы уникальную организационно-финансовую модель. Применены индивидуальная и групповая формы сопровождаемого проживания, реализованные в квартирах жилого фонда и учреждениях социального обслуживания. С 2018 по 2019 г. число инвалидов на сопровождаемом проживании возросло в Санкт-Петербурге на 30,6% — со 186 до 243 человек. Обеспечена их трудовая и дневная занятость. В социальном сопровождении инвалидов задействованы 77 специалистов, 10 из них в 2019 г. прошли повышение квалификации. В регионе проработаны вопросы по нормативно-правовому обеспечению

¹ Конвенция о правах инвалидов / Резолюция А/61/611, принята генеральной Ассамблеей ООН от 24 января 2007 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 2007; Федеральный закон Российской Федерации N 46-ФЗ от 3 мая 2012 г. «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Режим доступа: <http://base.garant.ru/70170066/>. Дата обращения: 10.01.2019.

технологий, определены порядок и объем предоставления социальных услуг при различных формах сопровождаемого проживания, в том числе граждан с психическими нарушениями, вопросы межведомственного взаимодействия, предоставления инвалидам жилья в специализированном и частном жилом фонде и др. В оказании услуг и мероприятий принимают участие как государственные, так и негосударственные организации. Для решения жилищного вопроса для целей сопровождаемого проживания привлекаются крупные инвесторы.

Анализ региональных нормативных правовых актов

Организация сопровождаемого проживания на территории Санкт-Петербурга осуществляется в соответствии с нормативной правовой и методической базой федерального уровня. Данный вопрос регламентирован приказом Минтруда России «Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях» (N 847 от 14.12.2017)², а также федеральными законами:

- Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации (N 442-ФЗ от 28.12.2013)³;
- О социальной защите инвалидов в Российской Федерации (N 181-ФЗ от 24.11.1995)⁴;
- Об образовании в Российской Федерации (N 273-ФЗ от 29.12.2012)⁵;
- О занятости населения в Российской Федерации (N 1032-1 от 19.04.1991)⁶.

В Санкт-Петербурге принят ряд региональных нормативных правовых актов:

- О специализированном жилищном фонде Санкт-Петербурга (N 100-15 от 04.04.2006)⁷;
- О социальном обслуживании населения в Санкт-Петербурге (N 717-135 от 26.12.2014)⁸.

Постановления Правительства Санкт-Петербурга утвердили региональную программу по социальной поддержке инвалидов; порядок предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге; жилые помещения в домах системы социального обслуживания населения; положения о размере и порядке выплаты компенсации

поставщику или поставщикам социальных услуг, которые включены в реестр поставщиков социальных услуг Санкт-Петербурга, но не участвуют в выполнении государственного задания (заказа), при получении у них гражданином социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой.

Комитетом по социальной политике Санкт-Петербурга утверждены:

- 1) рекомендуемые индивидуальные программы социального обслуживания получателей социальных услуг в разрезе форм социального обслуживания, видов социальных услуг и категорий получателей социальных услуг (распоряжение № 466-р от 29.12.2016⁹);
- 2) отраслевые технологические регламенты оказания государственных услуг в сфере социальной защиты населения, предоставляемых в полустационарной форме социального обслуживания» (распоряжение № 181-р от 14.04.2017¹⁰);
- 3) порядок межведомственного взаимодействия Центра организации социального обслуживания при реализации полномочий по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг.

Для оптимального внедрения технологий сопровождаемого проживания в практику региональными органами власти были приняты следующие решения: расширение регионального перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг, по сравнению с федеральным перечнем (с 33 до 108 услуг), который утвержден нормативно; выделение инвалидов трудоспособного возраста с нарушениями умственного развития в отдельную социальную группу; разработка рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания в разрезе видов социальных услуг и категорий получателей социальных услуг, в том числе для инвалидов трудоспособного возраста с нарушениями умственного развития при проживании в квартирах социального назначения; разработка отраслевых технологических регламентов на оказание мероприятий по сопровождению инвалидов, в которых прописаны виды сопровождения, периодичность выполнения и ресурсы при разных формах социального обслуживания.

² Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_285429/. Дата обращения: 10.01.2019.

³ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. Дата обращения: 10.01.2019.

⁴ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/. Дата обращения: 10.01.2019.

⁵ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/. Дата обращения: 10.01.2019.

⁶ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60/. Дата обращения: 10.01.2019.

⁷ Режим доступа: <https://peterburg-pravo.ru/zakon/2006-04-04-n-100-15/>. Дата обращения: 10.01.2019.

⁸ Режим доступа: <https://gu.spb.ru/laws/165615/>. Дата обращения: 10.01.2019.

⁹ Режим доступа: https://www.xn--n1afcqx--plai/Documents/FedZakon/Raspor_Komiteta_N446-r_2019.pdf. Дата обращения: 10.01.2019.

¹⁰ Режим доступа: <https://www.gov.spb.ru/static/writable/ckeditor/uploads/2017/05/05/R%20KSP%20181-%D1%80%2014.04.2017.pdf>. Дата обращения: 10.01.2019.

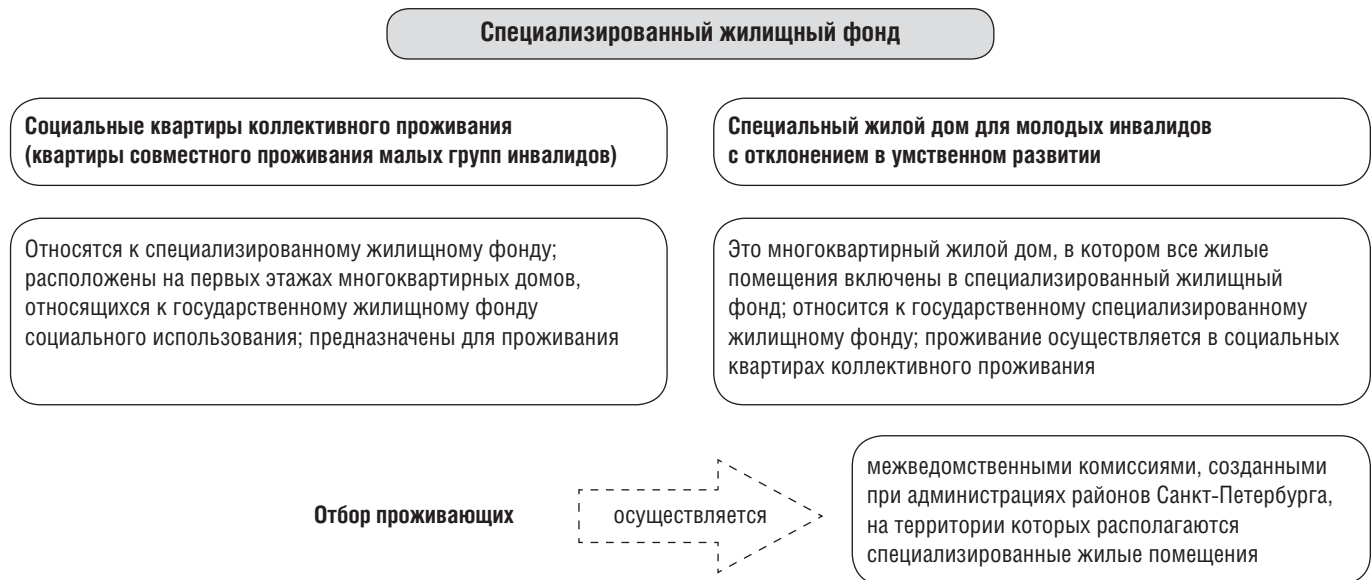


Рис. 1. Схема использования специализированного жилого фонда для организации сопровождаемого проживания в Санкт-Петербурге

Нормативные правовые документы, регулирующие реализацию технологий сопровождаемого проживания в Санкт-Петербурге, могут служить основой для разработки аналогичных документов в других субъектах Российской Федерации.

Этапы реализации сопровождаемого проживания: характеристика и используемые виды жилых помещений

Реализация технологий сопровождаемого проживания в Санкт-Петербурге осуществляется на этапах учебного и постоянного сопровождаемого проживания.

Учебный этап реализуется путем создания тренировочных квартир на базе районных центров социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов, являющихся нестационарными учреждениями; стационарных учреждений социального обслуживания (домов-инвалидов для детей с отклонениями в умственном развитии и психоневрологических интернатов); жилого фонда города.

Проживание в тренировочных квартирах является промежуточным этапом подготовки инвалидов к самостоятельному проживанию вне стационарных учреждений.

Сопровождаемое проживание на постоянной основе в городе осуществляется путем организации квартир в жилом фонде города независимо от назначения (социального, специализированного, индивидуального и коммерческого)¹¹, а также путем строи-

тельства отдельных жилых домов государственной и негосударственной формы собственности.

Строительство жилых домов для инвалидов с отклонениями в умственном развитии было предусмотрено постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 22.12.2009 N 1460 (с изменениями от 12.12.2011)¹², а с 2015 г. включено в перечень мероприятий подпрограммы 2 «Модернизация и развитие социального обслуживания населения» государственной программы Санкт-Петербурга «Социальная поддержка граждан в Санкт-Петербурге» на 2015–2020 гг., утвержденной постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 23.06.2014 N 497¹³, а также закреплено в статье 5 Закона Санкт-Петербурга N 100-15¹⁴. Технология создания квартир социального назначения для постоянного проживания инвалидов, в том числе с психическими нарушениями, является не только абсолютно уникальной технологией реабилитационной деятельности для России, но и совершенно особым типом специализированного жилья для этой категории людей (рис. 1).

Социальные квартиры предоставляются для проживания молодым инвалидам с отклонениями в умственном развитии, имеющим реабилитационный потенциал, сохранившим частичную способность к самообслуживанию в быту и не нуждающимся в постоянном постороннем уходе.

Квартира представляет собой специально подготовленное и оборудованное жилое помещение, где каждому инвалиду предоставляется отдельная ком-

¹¹ Жилищный кодекс Российской Федерации от 29.12.2004 N 188-ФЗ (ред. от 27.12.2019). Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51057/. Дата обращения: 10.01.2019.

¹² Режим доступа: <https://www.lawmix.ru/zakonodatelstvo/1170023>. Дата обращения: 10.01.2019.

¹³ Режим доступа: <http://rsfb.ru/media/uploads/userfiles/2015/10/12/4.pdf>. Дата обращения: 10.01.2019.

¹⁴ Закон Санкт-Петербурга от 04.04.2006 N 100-15 «О специализированном жилищном фонде Санкт-Петербурга», ст. 5. Режим доступа: <https://peterburg-pravo.ru/zakon/2006-04-04-n-100-15/>. Дата обращения: 10.01.2019.

ната. Инвалиды проживают практически самостоятельно: работают в меру своих возможностей, лично оплачивают жилищно-коммунальные расходы, посещают культурно-массовые мероприятия, самостоятельно обслуживают себя при домашнем сопровождении социальными работниками. Сопровождение инвалидов осуществляется отделениями домашнего сопровождения и социального патронажа инвалидов с ограниченными умственными возможностями, являющимися структурными подразделениями государственных центров социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Санкт-Петербурга.

Инвалиды, проживающие в квартирах социального назначения, осуществляют трудовую деятельность в отделениях социально-трудовой реабилитации «Карлсон», где заняты в полном цикле приготовления пищи или получают навыки в «мини-прачечной». Все инвалиды оформлены по трудовому договору и получают заработную плату.

С 2015 г. в реализации технологии сопровождаемого проживания стали участвовать некоммерческие организации и бизнес. В рамках общественно-частного партнерства реализуется проект по развитию системы жизненного устройства людей с интеллектуальными нарушениями «Новая Охта». Проект осуществлен строительной организацией ПАО «Группа ЛСР» совместно с Санкт-Петербургской ассоциацией общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ» при поддержке Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга и Комитета по труду и занятости населения Санкт-Петербурга.

В рамках указанного проекта функционируют два дома сопровождаемого проживания, в которых постоянно проживают 38 человек в возрасте от 18 до 52 лет, имеющих инвалидность 1-й и 2-й группы, из них трое передвигаются на колясках.

Условия проживания в домах приближены к домашним. Социальное обслуживание осуществляет-

ся в форме «обслуживания на дому» и организовано службой сопровождения «ГАООРДИ», которая предоставляет услуги 24 часа в сутки.

Трудовая и дневная занятость инвалидов обеспечена работой в центре дневного пребывания «ГАООРДИ» и трудовой мастерской, которую оборудовала для них в шаговой доступности ПАО «Группа ЛСР». В центре дневного пребывания осуществляется полустационарное обслуживание; предоставляется полный набор услуг, включенный в перечень. В мастерской представлены такие виды деятельности, как валяние изделий из шерсти, роспись ткани методом холодного батика, производство открыток ручной работы. Вечерами и в выходные дни мастерская работает по принципу «антикафе», куда могут приходить все желающие. На базе мастерской проводятся различные творческие и культурные мероприятия с участием аниматоров, мастеров различных ремесел и волонтеров.

Проект был признан успешным и вошел в ТОП-100 лучших проектов, реализованных с использованием гранта Президента Российской Федерации на развитие гражданского общества. Запланировано строительство еще трех домов сопровождаемого проживания (сдача в эксплуатацию в 2020 и 2022 гг.).

Создание социальных квартир коллективного проживания и строительство специальных жилых домов сопровождаемого проживания влияет как на снижение очереди в государственные стационарные учреждения социального обслуживания населения, так и на повышение качества жизни инвалидов.

Механизм предоставления услуг в рамках сопровождаемого проживания

Организационно-правовой механизм индивидуальной формы сопровождаемого проживания сложился из нескольких этапов (рис. 2).

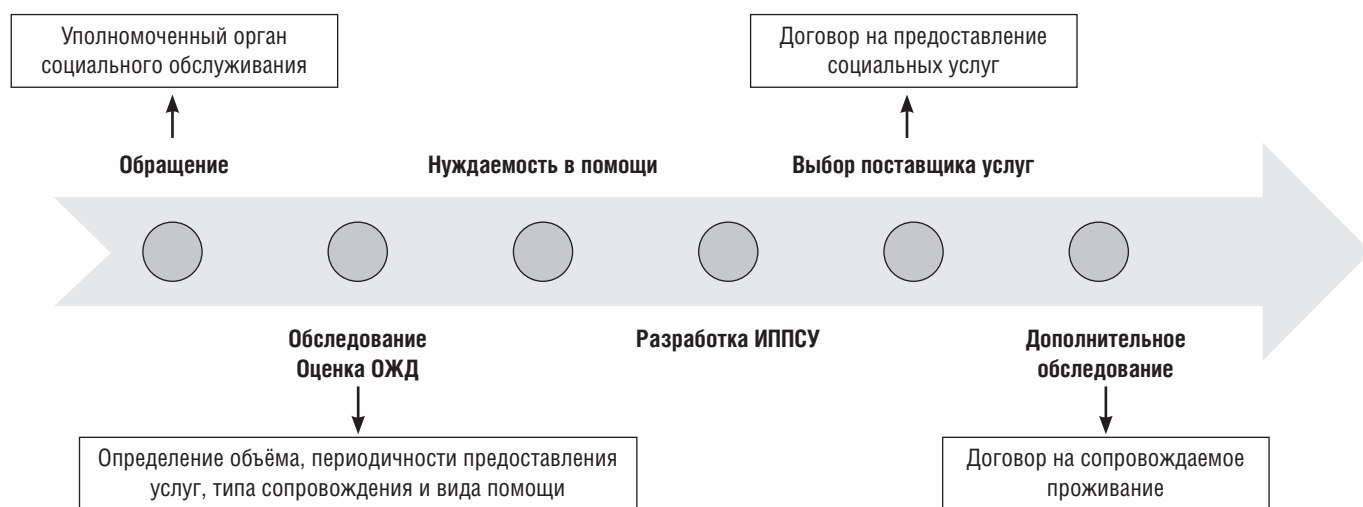


Рис. 2. Механизм предоставления услуг в рамках сопровождаемого проживания

Примечание. ОЖД — ограничение жизнедеятельности, ИППСУ — индивидуальная программа предоставления социальных услуг.

1. Обращение инвалида (или его представителя), нуждающегося в сопровождаемом проживании, в районное бюро СПб ГКУ «Центр организации социального обслуживания» к социальному участковому.
 2. Обследование инвалида проводится с целью определения его мотивации, нуждаемости в объеме услуг и мероприятиях по сопровождению. Осуществляется коллегиально (социальный работник, психолог, педагог и др.). Возможно проведение в организации, в которой инвалид получает социальные услуги: в этом случае в уполномоченную организацию подается заключение с результатами обследования.
 3. Оценка состояния жизнедеятельности: определение объема, периодичности предоставления услуг и характера сопровождения.
 4. Разработка индивидуальной программы предоставления социальных услуг (ИППСУ) с учетом индивидуальной нуждаемости и выраженности ограничения жизнедеятельности (ОЖД), которая разрабатывается на основе рекомендуемой индивидуальной программы предоставления социального обслуживания (РИПСО). Рекомендуемая программа включает предоставление социально-бытовых, социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-экономических и социально-правовых услуг (всего 32 различные услуги).
 5. Определение поставщика услуг из реестра поставщиков социальных услуг в Санкт-Петербурге.
 6. Заключение договора с поставщиком услуг. Граждане, признанные нуждающимися в социальном обслуживании и направляемые на сопровождаемое проживание, вправе выбирать одного из поставщиков социальных услуг в Санкт-Петербурге, указанного в индивидуальной программе предоставления социальных услуг в качестве рекомендуемых. Поставщиком социальных услуг может выступать любая организация независимо от организационно-правовой формы. Поставщик услуг оказывает инвалиду услуги на дому согласно ИППСУ. Им же оказываются мероприятия по социальному сопровождению, но только те, что утверждены РИПСО и, следовательно, входят в ИППСУ: например, сопровождение к врачу, сопровождение на социокультурные мероприятия и др.
Групповая форма сопровождаемого проживания организована аналогично индивидуальной форме, но имеет специфические особенности:
 - а) «инвалиды трудоспособного возраста с нарушениями умственного развития при проживании в квартирах социального назначения» выделены в отдельную социальную группу (категория получателей социальных услуг), для которых утверждена РИПСО 30;
 - б) зависимости от категории и тяжести ограничений жизнедеятельности определена различная нуждаемость в социальном обслуживании (вид и форма), разработано три состава РИПСО для обслуживания на дому и в полустационарной форме, которые отличаются по количеству и по составу услуг:
 - для инвалидов с 1-й степенью ОЖД состав РИПСО содержит больше социально-педагогических, социально-психологических услуг и услуг с целью повышения коммуникативного потенциала и меньше — социально-медицинских и социально-бытовых услуг;
 - для инвалидов со 2-й и 3-й степенью выраженности ОЖД, соответственно, увеличено количество социально-медицинских и социально-бытовых услуг и снижено число социально-педагогических, социально-психологических услуг и услуг с целью повышения коммуникативного потенциала.
- Для граждан, которые не могут работать, разрабатываются дополнительно социально-трудовые услуги. С ними оформляется дополнительный договор на оказание услуг в полустационарной форме социального обслуживания, им предоставляются услуги из двух РИПСО.
- Разработан и утвержден отраслевой регламент социального сопровождения инвалидов с нарушениями умственного развития при проживании в социальных квартирах сопровождаемого проживания. Прописаны виды сопровождения, периодичность выполнения и ресурсы при разных формах социального обслуживания. Все мероприятия в регламенте обозначены как «работы», условия их выполнения бесплатны и должны выполняться специалистами служб сопровождаемого проживания.
7. Направление инвалида в организацию, реализующую технологии сопровождаемого проживания: в Санкт-Петербурге несколько организаций, являющихся организаторами постоянного сопровождаемого проживания, из них 1 государственная и 2 общественных, которые также являются поставщиками социальных услуг, входящими реестр поставщиков предоставления социальных услуг. Механизм предоставления услуг в рамках сопровождаемого проживания одинаков для всех организаций независимо от формы собственности и правовой принадлежности.
 8. Дополнительное обследование инвалида проводится коллегиально специалистами, предоставляющими услуги по сопровождаемому проживанию, в частности социальным работником, психологом, педагогом, организатором сопровождаемого проживания и др. Выясняется желание инвалида проживать в группе, его мотивация; оцениваются общее психическое самочувствие, возможность проживания в коллективе; диагно-

стируются интеллектуальное развитие и способности к освоению новых знаний, а также умения и навыки на бытовом уровне и т.д. Специалисты выявляют вредные привычки, склонности к различным видам девиаций; определяют профессиональные способности и интересы, уровень профессиональной подготовки, наличие профессии, а также способности, увлечения и интересы в сфере творчества, досуга и отдыха и т.д. (критерии отбора в группу изложены в приказе Минтруда России N 847 от 14.12.2017).

9. Определение нуждаемости в дополнительных услугах и мероприятиях (медицинских, социальных, образовательных, культурно-досуговых), а также мероприятий по обеспечению трудовой и социальной занятости инвалида.
10. Разработка индивидуальной программы жизненного устройства инвалида содержит конкретный перечень, объем, содержание и временной график предоставления комплекса услуг. Не реже 1 раза в год программа должна пересматриваться и корректироваться при необходимости.

Финансирование сопровождаемого проживания

В настоящее время отдельной целевой статьи в бюджете Санкт-Петербурга на реализацию технологии сопровождаемого (поддерживаемого) проживания не предусмотрено.

Финансирование государственных учреждений социальной защиты населения, реализующих технологию сопровождаемого проживания, осуществляется на основании соглашений о выделении субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг по предоставлению социального обслуживания в различных формах социального обслуживания (на дому, полустационарная, стационарная форма социального обслуживания при постоянном или пятидневном проживании).

Финансовое обеспечение предоставления социальных услуг негосударственными поставщиками социальных услуг осуществляется путем выплаты компенсации поставщикам социальных услуг, которые включены в реестр поставщиков социальных услуг Санкт-Петербурга, но не участвуют в выполнении государственного задания (заказа).

Бюджетные ассигнования на оплату социальных услуг, предоставленных получателям социальных услуг негосударственными поставщиками социальных услуг, предусматриваются в бюджете субъекта Российской Федерации в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 28.12.2013

N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»¹⁵. Правительством Санкт-Петербурга утверждено Положение о размере и порядке выплаты компенсации поставщику или поставщикам социальных услуг, которые включены в реестр поставщиков социальных услуг Санкт-Петербурга, но не участвуют в выполнении государственного задания (заказа), при получении у них гражданином социальных услуг, предусмотренных индивидуальной программой от 29.12.2014 № 1288¹⁶.

В соответствии с пунктом 1.3 данного Положения, компенсация выплачивается за услуги, предоставленные бесплатно либо за частичную плату получателям социальных услуг, имеющим на это право в соответствии с Федеральным законом N 442-ФЗ¹⁷ и законом Санкт-Петербурга N 717-135¹⁸.

Размер платы за предоставление социальных услуг и порядок взимания платы за предоставление социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге утверждены постановлением Правительства Санкт-Петербурга от 30.06.2016 № 530 «О размере платы за предоставление социальных услуг, порядке взимания платы за предоставление социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге и внесении изменений в постановление Правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1283».

Выводы

Анализ опыта Санкт-Петербурга по созданию условий для сопровождаемого проживания инвалидов позволил определить *ряд мероприятий*, реализация которых в субъектах Российской Федерации позволит внедрять технологии сопровождаемого проживания.

1. Подготовка нормативных правовых и методических документов по развитию технологий сопровождаемого проживания, включающих:
 - расширение регионального перечня социальных услуг, предоставляемых поставщиками социальных услуг, по сравнению с федеральным перечнем;
 - выделение инвалидов трудоспособного возраста, нуждающихся в сопровождаемом проживании, в отдельную социальную группу (категорию получателей социальных услуг);
 - разработка рекомендуемых индивидуальных программ социального обслуживания в разрезе видов социальных услуг и категорий получателей социальных услуг, в том числе для инвалидов трудоспособного возраста, нуждающихся в сопровождаемом проживании;

¹⁵ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. Дата обращения: 10.01.2019.

¹⁶ Режим доступа: <http://www.prima-lex.ru/index.php?docid=47148>. Дата обращения: 10.01.2019.

¹⁷ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/. Дата обращения: 10.01.2019.

¹⁸ Режим доступа: <https://gu.spb.ru/laws/165615/>. Дата обращения: 10.01.2019.

- разработка отраслевых регламентов на оказание мероприятий по сопровождению инвалидов, в которых прописаны виды сопровождения, периодичность выполнения и ресурсы при разных формах социального обслуживания.
- 2. Создание равных возможностей выхода на рынок социальных услуг как государственным, так и негосударственным организациям социального обслуживания (в том числе коммерческим, некоммерческим организациям и индивидуальным предпринимателям).
- 3. Организация, координация и межведомственное взаимодействие по вопросам сопровождаемого проживания, которое заключается в определение участников сопровождаемого проживания (органов власти, общественных организаций и др.), полномочий участников, правовое закрепление отношений между ними и др.
- 4. Проведение инфраструктурных мероприятий, в том числе по использованию уникального опыта по строительству отдельных домов сопровождаемого проживания внутри квартала обычной жилой застройки.
- 5. Определение финансовых источников сопровождаемого проживания (государственных, негосударственных).
- 6. Подготовка кадров для работы в этом направлении.
- 7. Проведение информационных мероприятий.

Заключение

Таким образом, созданная организационно финансовая модель сопровождаемого проживания в Санкт-Петербурге на практике доказала свою эффективность и определила данный субъект Российской Федерации одним из лидеров в этом направлении.

В основе успеха лежит отлаженное межведомственное взаимодействие государственных служб, определяющее алгоритм взаимодействия различных организаций и разработку инновационных нормативно-правовых механизмов.

Использование субъектами Российской Федерации рекомендаций по реформированию региональной нормативной правовой базы позволит внедрять передовой опыт Санкт-Петербурга по организации различных форм сопровождаемого проживания.

Создание условий, замещающих обслуживание в стационаре, на сопровождение лиц с тяжелыми нарушениями здоровья в обычных местах проживания предопределяет интеграцию людей с инвалидностью в активную жизнедеятельность общества и способствует повышению их качества жизни.

Конфликт интересов. Авторы данной 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. Владимирова О.Н., Кожушко Л.А., Демина Э.Н., и др. Сопровождаемое проживание. Организационные и методические основы. Методическое пособие. — СПб.: ЦИАЦАН, 2019. — 144 с. [Vladimirova ON, Kozhushko LA, Demina EN, et al. Soprovozhdaemoe prozhivanie. Organizatsionnye i metodicheskie osnovy. Metodicheskoe posobie. Saint Petersburg: TsIATsAN; 2019. 144 p. (In Russ.)]

Поступила 18.01.2019

Принята к печати 29.05.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

Кожушко Людмила Александровна, к.м.н. [Lyudmila A. Kozhushko, PhD]; e-mail: l.timch@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3291-6606>

Соавторы:

Владимирова Оксана Николаевна, к.м.н. [Oksana N. Vladimirova, PhD], e-mail: vladox1204@yandex.ru, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6692-2882>

Лемке Наталья Петровна [Natalia P. Lemke], e-mail: natalya.lemke@mail.ru

Урманчеева Маргарита Алексеевна [Margarita A. Urmancheeva], e-mail: gaoordi@mail.ru

Солдатов Владимир Юрьевич, к.м.н. [Vladimir Yu. Soldatov, PhD], e-mail: b9SoldatovVYU@cbr.ru

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵ Krasnogorskiy State Hospital № 1, Krasnogorsk, Russian Federation

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

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

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

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

Received 01.03.2019

Accepted 29.05.2019

Список сокращений

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

СОДЕРЖАНИЕ ТЕСТОВОГО ЗАДАНИЯ

(Инструкция: выберите один правильный ответ)

Теоретические основы социальной гигиены и общественного здоровья

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

7. Какие статистические показатели характеризуют тяжесть первичной инвалидности:

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

Ответ: а.

Организационные основы медико-социальной экспертизы и экспертно-реабилитационной диагностики

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

10. Клинико-функциональные критерии экспертизы профессиональной трудоспособности включают:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

13. В интегративное понятие реабилитационного потенциала пациентов входят:

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

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

Ответ: д.

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

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: а.

16. Что может послужить показанием к проведению эхокардиографического исследования:

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

Ответ: а.

17. С помощью эхокардиографии можно диагностировать:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: г.

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

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

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: г.

21. Группа инвалидности III определяется больным интерстициальными заболеваниями легких:

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

Ответ: в.

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

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

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

Ответ: в.

23. Наиболее информативный метод диагностики цирроза печени:

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

Ответ: г.

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

- а) активность амилазы

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

Ответ: а.

25. Биохимический маркер первичного билиарного цирроза печени:

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

29. Диарея является частым симптомом:

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

Ответ: б.

30. Наиболее достоверным признаком обострения хронического панкреатита является:

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

Ответ: в.

31. В лечении гиперкинетической формы дискинезии желчного пузыря используют:

- а) H2-блокаторы гистамина

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

Ответ: в.

32. Физиологическое порталное давление достигает максимально:

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

Ответ: в.

33. «Золотым стандартом» диагностики постхолецистэктомического синдрома является:

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

Ответ: д.

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

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

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

Ответ: в.

35. Стадия ХБП диагностируется на основании:

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

Ответ: а.

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

36. Для оценки ревматоидного артрита важно наличие системных проявлений:

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

38. Оценка клинических симптомов ревматоидного артрита включает:

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

Ответ: а.

39. К основным диагностическим критериям ревматизма относят:

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

Ответ: д.

40. Маркером системной красной волчанки является:

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

Ответ: б.

41. Реабилитационный прогноз при системной красной волчанке зависит:

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

Ответ: в.

42. Реабилитационный прогноз при системной красной волчанке является неблагоприятным:

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

Ответ: а.

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

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

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

Ответ: д.

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

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

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

Ответ: д.

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

Ответ: д.

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

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: г.

48. Преимущественный возраст развития рассеянного склероза:

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

Ответ: б.

49. О тяжести заболевания рассеянным склерозом IV степени свидетельствуют:

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

Ответ: д.

50. Критерии тяжелого течения транзиторных ишемических атак:

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

д) эпизоды кратковременной потери сознания

Ответ: г.

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

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

55. Синдром Лериша характеризуется поражением:

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

Ответ: а.

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

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

д) 3–3,5 мес

Ответ: д.

57. При гастрэктомии средние сроки временной утраты трудоспособности составляют:

а) 40–45 дней

б) 1,5–2 мес

в) 2,5–3 мес

г) 3–3,5 мес

д) 5,6–8 мес

Ответ: д.

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

а) от 1,5 до 2 мес

б) 3–4 мес

в) 6–8 мес

г) 9–12 мес

д) 1–2 года

Ответ: в.

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

а) от 1,5 до 2 мес

б) 3–4 мес

в) 6–8 мес

г) 9–12 мес

д) 1–2 года

Ответ: б.

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

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

а) до 140°

б) до 150°

в) до 160°

г) до 170°

д) до 180°

Ответ: г.

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

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

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

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

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

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

Ответ: а.

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

а) отсутствии фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый

б) отсутствии фаланг трех пальцев кисти, исключая первый

в) отсутствии трех пальцев кисти, включая первый

г) отсутствие фаланг двух пальцев

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: а.

65. При внутрисуставном переломе лопатки срок иммобилизации составляет:

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: г.

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

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: в.

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

- а) 0–10%
- б) 10–30%

- в) 40–60%
- г) 70–90%
- д) 100%

Ответ: в.

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

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

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

Ответ: б.

77. Задачи МСЭ пациентов с онкологическим заболеванием:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: б.

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

82. Особенности ограничения жизнедеятельности при психических заболеваниях заключаются:

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

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

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

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

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

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

Ответ: г.

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

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

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

Ответ: г.

88. Инвалидность I группы по зрению устанавливается сроком:

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

Ответ: в.

89. Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: г.

91. Для острого приступа первичной закрытоугольной глаукомы характерны:

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

Ответ: а.

92. Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:

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

Ответ: а.

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

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: а.

95. Болезнь Меньера может быть причиной для установления инвалидности:

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

Ответ: в.

96. Для отосклероза не является характерным:

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

Ответ: в.

97. Наиболее частая причина врожденной и ранней детской тугоухости:

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

Ответ: а.

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

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

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

Ответ: в.

99. Благоприятный клинический и реабилитационный прогноз возможен:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: а.

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

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

- а) сколиоза
- б) аутизма

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: д.

Порядок проведения медико-социальной экспертизы

105. Какой документ является лишним для начала МСЭ:

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

Ответ: г.

106. Назовите основные принципы реализации реабилитационных или абилитационных мероприятий:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: б.

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

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

- а) ЧС природного характера

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

Ответ: а.

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

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

Поступила 01.03.2019

Принята к печати 29.05.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

Чандирли Севда Айдыновна, д.м.н., доцент [*Sevda A. Chandirli*, MD, PhD, Associate Professor];
тел.: +7 (499) 255-55-20, e-mail: cha-seva2@yandex.ru, SPIN-код: 8633-9570,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1869-0869>

Соавторы:

Пузин Сергей Никифорович, д.м.н., профессор, академик РАН [*Sergey N. Puzin*, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; e-mail: s.puzin2012@yandex.ru, SPIN-код: 2206-0700,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

Богова Ольга Таймуразовна, д.м.н., доцент, профессор кафедры [*Olga T. Bogova*, MD, PhD, Associate Professor, Professor]; e-mail: bogova.olga@yandex.ru, SPIN-код: 6116-0120,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5406-7225>

Потапов Владимир Николаевич, д.м.н., профессор [*Vladimir N. Potapov*, MD, PhD, Professor];
e-mail: profpotapov@mail.ru, SPIN-код: 9953-2018, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5469-5731>

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

Хлудеева Татьяна Александровна [*Tatiana A. Hludееva*]

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1,2,3}, С.А. Чандирли³, М.А. Шургая³, Н.В. Дмитриева³,
В.В. Филиппов⁴, Д.Ю. Шестаков⁵, Ф.Д. Эркенова⁶

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»: ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

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

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

⁶ ООО «Центральный институт дерматокосметологии», Москва, Российская Федерация

Основные акценты оценивания хода освоения ординаторами разделов и тем учебной дисциплины в условиях современных требований к качеству и объективизации образовательного процесса перенесены на организацию тестового испытания. В данной публикации представлены тестовые задания промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация».

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

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Шургая М.А., Дмитриева Н.В., Филиппов В.В., Шестаков Д.Ю., Эркенова Ф.Д. Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация»: тестовые задания промежуточной аттестации. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(2):61–78. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48945>

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, N.V. Dmitriyeva³, V.V. Filippov⁴,
D.Yu. Shestakov⁵, F.D. Erkenova⁶

FUND OF EVALUATION FUNDS FOR THE WORK PROGRAM OF THE DISCIPLINE (MODULE) «MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION»: TEST TASKS OF INTERMEDIATE CERTIFICATION

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 Krasnogorskii State Hospital № 1, Krasnogorsk, Russian Federation

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

⁶ Limited Liability Company Central Institute of Dermato-Cosmetology, Moscow, Russian Federation

The main emphasis of assessment of the course of development by residents of sections and topics of the educational discipline in the conditions of modern requirements for quality and objectification of the educational process has been transferred to the organization of the test. This publication presents the test tasks of intermediate certification in the discipline (module) “Medical and social expertise and medical and social rehabilitation”.

Key words: test tasks, medical-social examination, medical-social rehabilitation, certification of FOS.

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Shurgaya MA, Dmitriyeva NV, Filippov VV, Shestakov DYU, Erkenova FD. Fund of evaluation funds for the work program of the discipline (module) “Medical and social expertise and medical and social rehabilitation”: test tasks of intermediate certification. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2019;22(2):61–78. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48945>

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 15.03.2019
Accepted 29.05.2019

Список сокращений

АД — артериальное давление	МСЭ — медико-социальная экспертиза
БМСЭ — бюро медико-социальной экспертизы	СД — сахарный диабет
ДН — дыхательная недостаточность	ФК — функциональный класс
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота	ХБП — хроническая болезнь почек

СОДЕРЖАНИЕ ТЕСТОВОГО ЗАДАНИЯ

(Инструкция: выберите один правильный ответ)

Теоретические основы социальной гигиены и общественного здоровья

1. Факторы, оказывающие влияние на здоровье населения:

- а) генетические
- б) природно-климатические
- в) уровень и образ жизни населения
- г) уровень, качество и доступность медицинской помощи
- д) все вышеперечисленное

Ответ: д.

2. Какие показатели характеризуют современное состояние инвалидности в России:

- а) численность инвалидов в целом среди населения
- б) уровни первичной инвалидности в России и регионах
- в) показатели медицинской, социальной и профессиональной реабилитации
- г) показатели трудовой занятости инвалидов
- д) все перечисленное

Ответ: д.

3. Что из перечисленного не определяет социальную гигиену как науку:

- а) это область медицины, изучающая влияние социальных факторов на состояние здоровья населения
- б) это наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов окружающей среды на здоровье
- в) составляет теоретическую основу здравоохранения
- г) это наука о здоровье человека

Ответ: г.

Организационные основы медико-социальной экспертизы и экспертно-реабилитационной диагностики

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

- а) изучение базовых социальных характеристик человека, связанных с профессионально-трудовой деятельностью

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

Ответ: д.

Организационно-правовые основы реабилитации инвалидов.

Медико-социальная реабилитация как основной инструмент создания инвалидам равных с другими гражданами возможностей осуществления их конституционных прав

5. В индивидуальную программу реабилитации и абилитации входят программы, кроме:
- а) медицинской реабилитации
 - б) профессиональной реабилитации
 - в) социальной реабилитации
 - г) бытовой реабилитации

Ответ: г.

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

6. Электрокардиографическим признаком ишемии миокарда при выполнении пробы с физической нагрузкой является:
- а) проходящее горизонтальное смещение сегмента ST на 1 мм и более
 - б) формирование отрицательного зубца Т
 - в) появление блокады ножек пучка Гиса
 - г) появление экстрасистолии
 - д) пароксизм мерцательной аритмии

Ответ: а.

7. Нормальное количество жидкости, которое можно визуализировать в полости перикарда при проведении эхокардиографического исследования:
- а) 20–80 мл
 - б) 100 мл
 - в) 500 мл
 - г) 200–300 мл
 - д) 100–200 мл

Ответ: а.

8. Наиболее информативным методом при проведении дифференциальной диагностики между ишемической болезнью сердца и миокардиодистрофией является:
- а) электрокардиограмма
 - б) эхокардиография
 - в) биопсия миокарда
 - г) велоэргометрия
 - д) лекарственные электрокардиографические пробы

Ответ: г.

9. Какие признаки отличают миокардиодистрофию от других заболеваний сердца:
- а) наличие воспалительного процесса в миокарде
 - б) сочетание нарушений метаболических процессов и воспаления в миокарде
 - в) патологические изменения метаболизма миокардиоцитов
 - г) нарушений коронарной гемодинамики
 - д) иммуноаллергическое поражение миокарда

Ответ: в.

10. Как называется первично-хроническое некоронарогенное невоспалительное заболевание сердца, проявляющееся диффузным поражением миокарда с резким снижением его сократительной способности и прогрессирующей дилатацией полостей:

- а) рестриктивная кардиомиопатия
- б) гипертрофическая кардиомиопатия
- в) дилатационная кардиомиопатия
- г) ишемическая болезнь сердца
- д) миокардит

Ответ: в.

11. Показания для госпитализации больных ишемической болезнью сердца:

- а) впервые возникшая стенокардия
- б) стабильная стенокардия напряжения функционального класса (ФК) III ст.
- в) стабильная стенокардия напряжения ФК II ст.
- г) вариантная стенокардия
- д) проведение нагрузочных проб

Ответ: а.

12. Основным признаком левожелудочковой недостаточности является:

- а) слабость
- б) приступы сердечной астмы
- в) отеки ног
- г) венозный застой в большом круге кровообращения
- д) гепатомегалия

Ответ: б.

13. Лечение сердечной недостаточности при дилатационной кардиомиопатии включает:

- а) антагонисты кальция
- б) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- в) ингибиторы карбоангидразы
- г) ингибиторы фосфодиэстеразы
- д) блокаторы бета-адренорецепторов

Ответ: б.

14. Препаратами выбора для лечения гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) нитраты
- б) антагонисты кальция группы дигидропиридина
- в) бета-адреноблокаторы
- г) антикоагулянты
- д) нестероидные противовоспалительные средства

Ответ: в.

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

15. Для группы инвалидности III характерна степень нарушения функции дыхания:

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

Ответ: б.

16. При оценке профессионально-трудовых данных при проведении МСЭ больного бронхиальной астмой учитываются:

- а) уровень образования, основная профессия (специальность) и квалификация

- б) должность и профессия пациента 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 инвалида
- д) все перечисленное

Ответ: д.

17. Противопоказанными видами и условиями труда при дыхательной недостаточности I степени является:

- а) тяжелый физический труд
- б) физический труд любой интенсивности
- в) умственный труд с высоким нервно-психическим напряжением
- г) речевая нагрузка
- д) работа, связанная с длительным стоянием на ногах

Ответ: а.

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

18. Физиологическое портальное давление достигает максимально:

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

Ответ: в.

19. «Золотым стандартом» диагностики постхолецистэктомического синдрома является:

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

Ответ: д.

20. Степень ограничения способности к самообслуживанию II у больного с постхолецистэктомическим синдромом определяется:

- а) в связи с дренажом, наружным желчным свищом из-за необходимости перевязок, промывания дренажей 2–3 раза в неделю в течение длительного времени
- б) необходимостью использования вспомогательных средств и приспособлений для введения излившейся наружу желчи в желудочно-кишечный тракт
- в) тяжелой формой заболевания и осложнениями оперативного лечения с декомпенсацией функции пищеварения
- г) кахексией, печеночно-почечной недостаточностью IV степени
- д) неустраняемыми тяжелыми последствиями болезни и хирургических вмешательств

Ответ: в.

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

21. Больные ХБП считаются трудоспособными в случае:

- а) отсутствия отеков
- б) наличия изолированных изменений мочи
- в) отсутствия изменений мочи

- г) сопутствующей АГ I степени
- д) во всех перечисленных случаях

Ответ: д.

22. Группа инвалидности II устанавливается больным ХБП:

- а) с двумя и более обострениями в год, работающим в профессиях физического труда
- б) в сочетании с высоким артериальным давлением, работающим в профессиях умственного труда
- в) при ХБП IА стадии
- г) при ХБП IБ стадии
- д) при ХБП IВ стадии

Ответ: г.

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

23. Реабилитационный прогноз при системной красной волчанке является неблагоприятным:

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

Ответ: а.

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

24. Больным лимфолейкозом, имеющим инвалидность третьей группы, противопоказаны следующие виды и условия труда:

- а) тяжелый и средней степени тяжести физический труд
- б) труд, связанный с невозможностью соблюдения режима труда и отдыха
- в) работа с производными бензола
- г) работа, связанная с воздействием ионизирующей радиации
- д) все перечисленное

Ответ: д.

25. Противопоказанные виды и условия труда для больных миелолейкозом:

- а) работа, связанная с тяжелым нервно-психическим и физическим напряжением
- б) вынужденное положение тела с вибрацией
- в) воздействие ионизирующей радиации
- г) воздействие токсических веществ, влияющих на кроветворение
- д) все перечисленное

Ответ: д.

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

26. Когда начинают применять раннюю реабилитацию пациентов с инсультом:

- а) с первых суток
- б) в первую неделю пребывания в стационаре
- в) с момента перевода в реабилитационное отделение
- г) на амбулаторном этапе реабилитации

д) на санаторном этапе

Ответ: а.

27. Какие из нижеперечисленных состояний являются противопоказанием для проведения ранней реабилитации при инфаркте мозга:

- а) нарушение сознания
- б) глубокие парезы и параличи конечностей
- в) тромбозы и тромбозы вен
- г) легкие парезы конечностей
- д) атаксия

Ответ: в.

28. Какой метод психотерапии следует предпочесть в реабилитационной программе больного и инвалида среднего возраста с инфарктом мозга и умеренным двигательным дефицитом:

- а) личностно-ориентированный метод (клиент-центрированная терапия, психодинамическая психотерапия)
- б) рациональная психотерапия
- в) поведенческая психотерапия
- г) телесно-ориентированная психотерапия
- д) групповая психотерапия с привлечением пациентов, находящихся в фазе выздоровления

Ответ: д.

29. При экспертной оценке пациента с перенесенным инфарктом мозга, у которого после лечения в стационаре сохраняется стойкий умеренный правосторонний гемипарез, следует:

- а) установить I группу инвалидности
- б) установить II группу инвалидности
- в) установить III группу инвалидности
- г) назначить дообследование
- д) продлить срок временной нетрудоспособности

Ответ: в.

30. В БМСЭ при решении вопроса о трудоспособности после острого нарушения мозгового кровообращения учитываются данные, кроме:

- а) размеров пораженного отдела мозга по данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии
- б) степени восстановления утраченных функций
- в) способности к самообслуживанию
- г) психоэмоционального состояния
- д) профессии до заболевания

Ответ: д.

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

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

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

Ответ: г.

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

- а) рентгеноконтрастная ангиография

- б) тредмилметрия
- в) капилляроскопия
- г) ультразвуковая доплерография
- д) реовазография

Ответ: а.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

35. Синдром Лериша характеризуется поражением:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: д.

37. При гастрэктомии средние сроки временной утраты трудоспособности составляют:

- а) 40–45 дней
- б) 1,5–2 мес
- в) 2,5–3 мес
- г) 3–3,5 мес
- д) 5,6–8 мес

Ответ: д.

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

- а) от 1,5 до 2 мес
- б) 3–4 мес
- в) 6–8 мес
- г) 9–12 мес
- д) 1–2 года

Ответ: в.

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

- а) от 1,5 до 2 мес
- б) 3–4 мес
- в) 6–8 мес
- г) 9–12 мес
- д) 1–2 года

Ответ: б.

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

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

- а) до 140°
- б) до 150°
- в) до 160°
- г) до 170°
- д) до 180°

Ответ: г.

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

- а) до 8° и при разгибании бедра не менее 170°
- б) до 75° и при разгибании бедра не менее 170°
- в) до 75° и при разгибании бедра не менее 165°
- г) уменьшение амплитуды движения в сагиттальной плоскости до 60° и при разгибании бедра не менее 160°
- д) до 55° и при разгибании бедра не менее 160°

Ответ: а.

42. Умеренное нарушение статодинамической функции у детей устанавливается:

- а) при снижении интегрированной активности при ходьбе на 10–25%
- б) снижении биоэлектрической активности при ходьбе более чем на 55%
- в) укорочении конечности на 2–4 см
- г) укорочении конечности от 4 до 6 см
- д) гипотрофии мышц до 5% от должной

Ответ: г.

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

- а) отсутствии фаланг четырех пальцев кисти, исключая первый
- б) отсутствии фаланг трех пальцев кисти, исключая первый
- в) отсутствии трех пальцев кисти, включая первый
- г) отсутствие фаланг двух пальцев
- д) деформации пальцев кисти с уменьшением амплитуды движения более 60%

Ответ: б.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: а.

46. При внутрисуставном переломе лопатки срок иммобилизации составляет:

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: г.

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

- а) установить I группу инвалидности
- б) установить II группу инвалидности
- в) установить III группу инвалидности сроком на 1 год
- г) установить III группу инвалидности бессрочно
- д) трудоустройство в рамках реабилитации (врачебная комиссия через 1 год), а далее освидетельствуются повторно

Ответ: б.

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

- а) 3–4 нед.
- б) 5–6 нед.
- в) 8–10 нед.

- г) 10–12 нед.
- д) 13–15 нед.

Ответ: в.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

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

56. Причиной утяжеления инвалидности при раке желудка являются послеоперационные осложнения радикального лечения:

- а) несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза с развитием свищей
- б) демпинг-синдром
- в) синдром приводящей петли
- г) абсцессы в брюшной полости

д) все перечисленное

Ответ: д.

57. Критерии группы инвалидности II при раке желудка — это состояние после:

- а) гастрэктомии без последствий для пищеварительной функции
- б) при рецидиве опухоли и необходимости повторной операции
- в) паллиативного лечения
- г) химиотерапии
- д) всего перечисленного

Ответ: б.

58. Переосвидетельствование онкологического больного, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться:

- а) по его личному заявлению (заявлению его законного представителя)
- б) направлению медицинской организации в связи с изменением состояния здоровья
- в) при осуществлении главным бюро контроля за принятым решением
- г) по направлению учреждения социальной поддержки
- д) все перечисленное

Ответ: д.

59. В соответствии с общим Перечнем технических средств реабилитации и услуг, утвержденным Распоряжением Правительства РФ от 30.12.2005 N 2347, инвалиду с онкологическим заболеванием по показаниям предоставляется все, кроме:

- а) голосообразующего аппарата
- б) DES-стента
- в) моче- и калоприемника
- г) абсорбирующего белья, подгузников
- д) кресла-стула с санитарным оснащением

Ответ: б.

60. Прогноз трудоспособности считается сомнительным при раке желудка:

- а) I стадии
- б) II стадии
- в) IIIA стадии
- г) IIIB–IVA стадии
- д) IVB стадии

Ответ: г.

61. После гемиколэктомии и операции с низведением сигмовидной кишки в связи с раком толстой кишки период активной адаптации наступает в сроки:

- а) 2–3 мес
- б) 4–6 мес
- в) 6–8 мес
- г) 8–10 мес
- д) 10–12 мес

Ответ: б.

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

62. Психологическая диагностика при определении реабилитационных возможностей инвалида включает все, кроме:

- а) анализа социально-бытовых возможностей
- б) оценки особенностей личности
- в) анализа профессионально-трудовых возможностей
- г) анализа медико-биологических особенностей патологии

- д) оценки интеграционных возможностей

Ответ: г.

63. Социально-гигиеническая характеристика инвалидов вследствие пограничных психических расстройств:

- а) антисоциальные психопаты
- б) патологические лгуны
- в) лица с моносимптоматическими невротическими расстройствами в виде анорексии, энуреза, заикания (логоневрозы)
- г) лица с поведенческими реакциями типа реакций «протеста» и различными видами патологического развития личности
- д) все перечисленное

Ответ: д.

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

64. Препаратами выбора при лечении данного больного являются:

- а) тиазолидиндионы
- б) ингибиторы дипептидилпептидазы-4
- в) ингибиторы альфа-глюкозидазы
- г) меглитиниды
- д) препараты сульфонилмочевины

Ответ: д.

65. Для больных сахарным диабетом (СД) II типа легкой степени противопоказанными видами и условиями труда являются:

- а) физический труд средней тяжести
- б) работа, связанная с напряжением зрения, ходьбой
- в) умственный труд, связанный с нервно-психическим напряжением
- г) работа на конвейере
- д) работа, связанная с ночными сменами

Ответ: д.

66. К ограничению жизнедеятельности при СД приводят:

- а) наличие и выраженность ангиопатий
- б) нарушения сенсорных функций
- в) нарушения статодинамических функций
- г) нарушения вегетативных функций

Ответ: а.

67. Лишение инвалидности детей с СД после 14 лет невозможно, так как:

- а) инвалидность установлена бессрочно
- б) ребенок не овладел навыками инсулинотерапии
- в) ребенок не достиг 18 лет
- г) отсутствует улучшение состояния
- д) нет динамики в лабораторных показателях

Ответ: б.

68. Наиболее значимым для диагностики первичной глаукомы является:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: г.

70. Наиболее часто встречаемая форма первичной закрытоугольной глаукомы:

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

Ответ: а.

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

71. Категорически запрещается допуск к управлению транспортными средствами:

- а) при полной глухоте или глухонемоте
- б) болезни Меньера в состоянии стойкой ремиссии
- в) доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении
- г) хроническом двустороннем гнойном среднем отите с холестеатомой
- д) стойких изменениях в глотке, гортани, трахее, значительно затрудняющих дыхание

Ответ: д.

72. Не существует конструктивного (по месту ношения) вида слуховых аппаратов:

- а) дистанционных
- б) карманных
- в) заушных
- г) очковых
- д) внутриушных

Ответ: а.

73. Эффективность слухопротезирования не зависит:

- а) от степени снижения слуха
- б) профессиональной природы снижения слуха
- в) мотивированности пациента
- г) уровня преимущественного поражения слуха
- д) степени разборчивости речи и способности выделения полезного сигнала

Ответ: б.

74. Среди инвалидов вследствие болезней уха на данный момент наиболее многочисленной является группа:

- а) дети-инвалиды
- б) инвалиды I группы
- в) инвалиды II группы
- г) инвалиды III группы
- д) инвалиды молодого возраста

Ответ: г.

75. Тугоухость при глухоте (в дБ):

- а) 91 дБ
- б) 71–90 дБ

- в) 56–70 дБ
- г) 41–55 дБ
- д) ≤ 41 дБ

Ответ: а.

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

76. Назовите нарушения функций при туберкулезном поражении роговой оболочки глаза воспалительного, дистрофического характера:

- а) сохраняют функции жизнедеятельности
- б) обуславливают ограничение жизнедеятельности 1-й степени
- в) обуславливают ограничение жизнедеятельности 2-й степени
- г) обуславливают ограничение жизнедеятельности 3-й степени
- д) обуславливают ограничение жизнедеятельности 4-й степени

Ответ: б.

77. Максимальные сроки временной нетрудоспособности на амбулаторном этапе лечения при подостром диссеминированном туберкулезе составляют:

- а) 2–3 мес
- б) 5–6 мес
- в) 7–8 мес
- г) 10–12 мес
- д) 12–15 мес

Ответ: г.

78. Установите группу инвалидности при туберкулезном поражении роговой оболочки глаза со снижением остроты зрения в пределах 0,09–0,2, с коррекцией в лучше видящем глазу, сужением поля зрения на 20°:

- а) группа инвалидности I
- б) группа инвалидности II
- в) группа инвалидности III
- г) признать больного трудоспособным
- д) признать больного нетрудоспособным на период болезни

Ответ: в.

79. Какой вид трудовой деятельности может быть рекомендован после выздоровления пациенту с диагнозом свежего мягкоочагового туберкулеза:

- а) в специально созданных условиях труда
- б) на дому
- в) при помощи посторонних лиц
- г) без значительного физического и психического напряжения
- д) с помощью технических средств

Ответ: а.

80. Какую группу инвалидности рекомендуется назначить при диагнозе свежего мягкоочагового туберкулеза:

- а) группу инвалидности I
- б) группу инвалидности II
- в) группу инвалидности III без срока освидетельствования
- г) группу инвалидности III с последующим переосвидетельствованием через 1 год
- д) признать трудоспособным

Ответ: г.

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

81. Больному ребенку до 12 лет устанавливается инвалидность:
- а) при СД I типа в стадии компенсации
 - б) СД I типа в стадии субкомпенсации
 - в) СД I типа в стадии декомпенсации
 - г) СД I типа при любой стадии
 - д) наличии осложнений в виде диабетических микроангиопатий

Ответ: г.

82. При стойких параличах и глубоких парезах инвалидность больному детским церебральным параличом ребенку определяется сроком:

- а) на 1 год
- б) 2 года
- в) 5 лет
- г) до 18 лет
- д) бессрочно

Ответ: г.

**Порядок проведения медико-социальной
экспертизы**

83. Что из перечисленного не относится к техническим средствам реабилитации инвалида:

- а) трость опорная
- б) костыли
- в) ортез
- г) автомобиль

Ответ: г.

84. Какие виды диагностики включает в себя реабилитационно-экспертная диагностика при проведении медико-социальной экспертизы:

- а) клинико-функциональную
- б) психологическую
- в) социальную
- г) профессионально-трудовую
- д) все перечисленные

Ответ: д.

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

85. Что входит в перечень лечебно-эвакуационного обеспечения:

- а) медицинская сортировка, оказание экстренной медицинской помощи в очаге, эвакуация пораженных людей в соответствующее специализированное лечебное учреждение (отделение)
- б) медицинская сортировка, специализированная медицинская помощь, при необходимости полная санитарная обработка в лечебно-профилактических учреждениях территориального или ведомственного здравоохранения
- в) оба варианта

Ответ: в.

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. Родоман Г.В., Пузин С.Н., Сертакова О.В., и др. Научно-практические аспекты экспертизы трудоспособности в современных условиях // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. — 2015. — Т.18. — №2. — С. 4–7. [Rodoman GV, Puzin SN, Sertakova OV, et al. Scientific and practical aspects of the examination of working capacity in modern conditions. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2015;18(2):4–7. (In Russ.)]
2. Чандирли С.А., Пузин С.Н., Богова О.Т., Потапов В.Н. Особенности формирования инвалидности вследствие ишемической болезни сердца у лиц пенсионного возраста в Российской Федерации в период 2006–2017 гг. // *Успехи геронтологии*. — 2019. — Т.32. — №1-2. — С. 250–255. [Chandirli SA, Puzin SN, Bogova OT, Potapov VN. Features of the formation of disability due to ischemic heart disease in persons of retirement age in the Russian Federation in the period 2006–2017. *Uspekhi gerontologii*. 2019;32(1-2):250–255. (In Russ.)]
3. Богова О.Т., Дмитриева Н.В., Кузнецова Е.А., и др. Паллиативная помощь как направление медико-социальной деятельности. В кн.: *Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации* / Под ред. С.Н. Пузина, А.В. Гречко. — М., 2018. — С. 468–549. [Bogova OT, Dmitrieva NV, Kuznetsova EA, et al. Palliative care as a direction of medical and social activity. In: *Handbook of medical and social expertise and rehabilitation*. Ed. by S.N. Puzin, A.V. Grechko. Moscow; 2018. P. 468–549. (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. Пузин С.Н., Осадчий А.И., Ачкасов Е.Е. Внутридисциплинарная структура реабилитологии: руководство. Т.2: Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации. — М.: Литтерра, 2017. — 763 с. [Puzin SN, Osadchiy AI, Achkasov EE. Intra-disciplinary structure of rehabilitation: manual. Vol. 2: Fundamentals of theory and practice of complex medical and social rehabilitation. Moscow: Litterra; 2017. 763 p. (In Russ.)]
6. Пузин С.Н., Богова О.Т., Одебаева Р., и др. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2014. — №2. — С. 6–9. [Puzin SN, Bogova OT, Odebaeva R, et al. Rehabilitation of patients with coronary heart disease. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2014;(2):6–9. (In Russ.)]
7. 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.)]
8. Шмелева С.В. Медико-социальная реабилитация: учебник. — М.: РГСУ, 2013. — 208 с. [Shmeleva SV. Medical and social rehabilitation: a textbook. Moscow: Russian State Social University; 2013. 208 p. (In Russ.)]
9. Чандирли С.А., Герасимов А.Н., Караева А.Ф., и др. Прогнозирование риска развития инвалидности у пациентов с ишемической болезнью сердца // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2019. — №2. — С. 47–57. [Chandirli SA, Gerasimov AN, Karaeva AF, et al. Predicting the risk of disability in patients with coronary heart disease. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2019;(2):47–57. (In Russ.)]
10. Приказ Министерства труда и социального развития РФ от 27 августа 2019 г. № 585н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». [Order of the Ministry of Labor and Social Development of the Russian Federation No. 585n of August 27, 2019 «O klassifikatsiyakh i kriteriyakh, ispol'zuemykh pri osushchestvlenii mediko-sotsial'noi ehkspertizy grazhdan federal'nymi gosudarstvennymi uchrezhdeniyami mediko-sotsial'noi ehkspertizy». (In Russ.)]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/72921006/>. Дата обращения: 28.05.2020.

Поступила 15.03.2019

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>

Дмитриева Нина Васильевна [*Nina V. Dmitrieva*]; e-mail: ninamedexp@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4828-1644>

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

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

Эркенова Фатима Джамбулатовна [*Fatima D. Erkenova*]

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

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

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕЙ АТТЕСТАЦИИ: КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ВЫЯВЛЯЮЩИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКУЮ ПОДГОТОВКУ ОРДИНАТОРА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

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

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

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

⁴ ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области» Минтруда России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

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

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

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

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

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

S.N. Puzin^{1, 2, 3}, S.A. Chandirli³, O.T. Bogova³, M.A. Korshikova³, A.V. Abol⁴, D.Yu. Shestakov⁵

EVALUATION TOOLS OF CURRENT CERTIFICATION: CONTROL ISSUES REVEALING THEORETICAL TRAINING OF A RESIDENT IN THE SPECIALTY «MEDICAL AND SOCIAL EXPERTISE AND MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION»

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

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

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

⁴ Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Rostov Region, Rostov-on-Don, Russian Federation

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

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

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

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

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

Received 21.02.2019
Accepted 29.05.2019

Список сокращений

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

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

Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку ординатора

Теоретические основы социальной гигиены и общественного здоровья

1. Что вы понимаете под санитарно-просветительной работой?

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

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

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

3. Что такое третичная профилактика?

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

4. Перечислите методы медико-социальных исследований.

Ответ:

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

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

Ответ:

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

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

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

7. Какие статистические показатели характеризуют тяжесть первичной инвалидности?

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

Организационные основы медико-социальной экспертизы и экспертно-реабилитационной диагностики

8. Что такое «самообслуживание»?

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

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

Ответ:

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

10. Каковы основные направления социальной работы?

Ответ:

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

11. Каковы функции педагогической диагностики?

Ответ:

- а) функция обратной связи

- б) оценочная функция
- в) управленческая функция.

12. Что такое педагогический диагноз?

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

Педагогический диагноз должен содержать:

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

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

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

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

14. Что подразумевается под клиническим прогнозом?

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

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

15. Что такое трудоспособность? Какие факторы определяют трудоспособность?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Каковы критерии рациональности трудоустройства инвалида?

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

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

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

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

22. Из каких программ состоит ИПРА?

Ответ: из программы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации.

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

Ответ:

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

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

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

25. Назовите некоторые особенности МСЭ при профессиональных заболеваниях.

Ответ. При МСЭ профессиональных заболеваний:

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

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

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

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

27. На основании каких регламентирующих документов определяется группа инвалидности?

Ответ. Группа инвалидности определяется на основании Постановления Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 г. № 95 и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12. 2009 г. № 1013н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении МСЭ граждан федеральными государственными учреждениями МСЭ».

28. Чем характеризуется функциональный класс стенокардии?

Ответ. Функциональный класс характеризуется болью за грудиной, одышкой.

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

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

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

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

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

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

32. Что является основной причиной смерти больных инфарктом миокарда?

Ответ: фибрилляция желудочков.

33. Дайте определение миокардиту.

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

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

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

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

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

36. Кем разрабатывается и что включает ИПРА?

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

37. Кем и когда осуществляется оценка результатов реализации ИПРА?

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

38. Как проводится оценка эффективности результатов медицинской реабилитации?

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

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

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

40. Что такое атеросклероз?

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

41. Дайте определение ишемической болезни сердца.

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

42. Что такое стенокардия напряжения?

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

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

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

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

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

45. Какие гипертензии называются симптоматическими?

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

46. Какие исследования необходимы при артериальной гипертензии?

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

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

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

48. В каких случаях нарушается полостное пищеварение?

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

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

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

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

Ответ: на ЭКГ регулярный синусовый ритм.

51. Что относится к эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии?

Ответ: дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация.

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

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

53. Что отражает клинический (общий) анализ крови?

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

54. Какую информацию можно получить при биохимическом исследовании крови?

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

55. Какие инструментальные методы исследования вы знаете?

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

56. В чем заключается суть этиологии болезни?

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

57. На какие группы по происхождению подразделяют этиологические факторы?

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

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

58. Что означает понятие «патогенез заболевания»?

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

59. Какие исходы болезней вы знаете?

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

60. Что представляет собой осложнение болезни?

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

61. Что такое симптом?

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

62. Что такое синдром?

Ответ. Синдром — совокупность симптомов с общим патогенезом.

63. На что направлена этиотропная фармакотерапия?

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

64. На что направлена патогенетическая фармакотерапия?

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

65. На что направлена симптоматическая фармакотерапия?

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

66. В чем суть проведения заместительной фармакотерапии?

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

67. С какой целью проводится профилактическая терапия?

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

68. Каковы основные принципы назначения лекарственного препарата?

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

69. В чем суть побочного действия лекарственного препарата?

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

70. В чем заключается суть немедикаментозных методов лечения?

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

71. Какие наиболее распространенные немедикаментозные методы лечения вы знаете?

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

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

72. Что такое трудоспособность? Какие факторы определяют трудоспособность?

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

Факторами, определяющими трудоспособность, являются:

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

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

Ответ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

81. Назовите некоторые особенности МСЭ при профессиональных заболеваниях:

Ответ. При МСЭ профессиональных заболеваний:

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

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

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

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

83. На основании каких регламентирующих документов определяется группа инвалидности?

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

84. Чем характеризуется умеренная степень нарушения пищеварения?

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

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

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

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

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

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

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

88. Какие осложнения чаще всего развиваются после резекции желудка?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ответ. 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.

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

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

94. Какие основные факторы развития мальабсорбции?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

99. Какие могут быть причины развития постхолецистэктомического синдрома?

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

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

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

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

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

102. Какими лабораторными показателями проявляется печеночная недостаточность?

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

103. Чем характеризуется развернутая картина гиперспленизма?

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

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

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

105. В каких случаях нарушается полостное пищеварение?

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

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

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

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

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

108. В чем суть назначения лечебного питания?

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

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

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

110. Для каких целей применяется рентгенография в гастроэнтерологии?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ответ. При экспертной оценке состояния больного ревматоидным артритом учитываются:

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

116. Каковы критерии диагностики системной красной волчанки?

Ответ:

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

117. Что включает реабилитация при системной красной волчанке?

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

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

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

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

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

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

120. Назовите критерии МСЭ при остром лейкозе.

Ответ. Основные критерии МСЭ при остром лейкозе:

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

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

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

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

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

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

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

Ответ:

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

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

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

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

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

Ответ. К таким причинам относят:

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

126. Профессиональная и социальная реабилитация инвалидов с рассеянным склерозом.

Ответ:

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

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

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

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

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

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

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

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

130. Каким поражением характеризуется Синдром Лериша?

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

131. Какие клинические проявления характерны для синдрома Лериша?

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

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

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

- а) способности к самообслуживанию

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

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

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

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

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

135. Какие осложнения чаще всего развиваются после резекции желудка?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

155. Что позволяет определить микрокомпьютерная томография?

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

156. Какие переломы являются маркерами при системном остеопорозе?

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

157. Какое исследование является самым достоверным при диагностике остеопороза?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

161. Как по функциональным свойствам подразделяются протезы верхних конечностей?

Ответ. Протезы верхних конечностей по функциональным свойствам подразделяются:

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

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

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

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

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

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

Ответ:

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

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

Ответ:

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

165. Какие обозначения предусмотрены в классификации по системе TNM?

Ответ:

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

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

Ответ:

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

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

Ответ:

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

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

Ответ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

172. Каковы основные критерии временной утраты трудоспособности при СД?

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

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

Ответ. Легкая степень СД:

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

Средняя степень тяжести СД:

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

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

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

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

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

175. Чем характеризуются нарушения зрения?

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

176. Представьте классификацию нарушений зрения.

Ответ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ответ. При длительном ношении слухового аппарата пороги не меняются.

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

Ответ. Исследование начинают с уха, лучше слышащего.

183. Что является критерием эффективности слухопротезирования?

Ответ. Критерием эффективности является степень удовлетворенности пациента.

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

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

Ответ:

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

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

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

186. Какова реабилитация больных туберкулезом?

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

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

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

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

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

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

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

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

Порядок проведения медико-социальной экспертизы

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Пузин С.Н., Рычкова М.А., Богова О.Т., и др. Медико-социальная деятельность. Учебное пособие. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 412 с. [Puzin SN, Rychkova MA, Bogova OT, et al. Medical and social activities. Textbook. Moscow: GEOTAR-Media; 2017. 412 p. (In Russ.)]
2. Пузин С.Н., Шургая М.А., Богова О.Т., и др. Клинические аспекты формирования клиничко-экспертного диагноза. Учебное пособие. — М.: МЕДпресс-информ, 2017. — 138 с. [Puzin SN, Shurgaya MA, Bogova OT, et al. Clinical aspects of the formation of a clinical and expert diagnosis. Textbook. Moscow: MEDpress-inform; 2017. 138 p. (In Russ.)]
3. Пузин С.Н., Дымочка М.А., Бойцов С.А., и др. Эпидемиологическая картина инвалидности у различных демографических контингентов населения в Российской Федерации в аспекте социальной политики государства // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2018. — Т.21. — №1-2. — С. 50–54. [Puzin SN, Dymochka MA, Boitsov SA, et al. Epidemiological picture of disability in various demographic groups of the population in the Russian Federation in the aspect of social policy of the state. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2018;21(1-2):50–54. (In Russ.)]
4. Пузин С.Н., Богова О.Т., Одебаева Р., и др. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // Вестник Всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2014. — №2. — С. 6–9. [Puzin SN, Bogova OT, Odebaeva R, et al. Rehabilitation of patients with coronary heart disease. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2014;(2):6–9. (In Russ.)]
5. Сертакова О.В., Родоман Г.В., Пузин С.Н., и др. Особенности организации экспертизы временной нетрудоспособности в условиях многопрофильного стационара // Вестник Всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2015. — №1. — С. 6–12. [Sertakova OV, Rodoman GV, Puzin SN, et al. Features of the organization of the examination of temporary disability in a multidisciplinary hospital. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2015;(1):6–12. (In Russ.)]
6. Храпылина Л.П., Косенко О.Ю., Винокуров А.С., и др. Перспективы вовлечения негосударственных организаций в предоставление социальных услуг населению // Вестник Всероссийского общества специалистов по МСЭ, реабилитации и реабилитационной индустрии. — 2016. — №1. — С. 6–9. [Khapylina LP, Kosenko OYu, Vinokurov AS, et al. Prospects for the involvement of non-governmental organizations in the provision of social services to the population. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and Rehabilitation Industry*. 2016;(1):6–9. (In Russ.)]
7. Пузин С.Н., Осадчий А.И., Ачкасов Е.Е. Междисциплинарная структура реабилитологии. / Руководство Том 1 «Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации», Издательство Литтерра, 2016. 326 с.
8. Заболотных И.И., Кантемирова Р.К., Ишутина И.С. Основы клиничко-экспертной диагностики патологии внутренних органов: руководство для врачей (3-е изд.), — СПб.: СпецЛит, 2017. — 222 с.

Поступила 21.02.2019

Принята к печати 29.05.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

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

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

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

Соавторы:

Пузин Сергей Никифорович, д.м.н., профессор, академик РАН [Sergey N. Puzin, MD, PhD, Professor, Academician of the RAS]; e-mail: s.puzin2012@yandex.ru, SPIN-код: 2206-0700, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

Богова Ольга Таймуразовна, д.м.н., доцент, профессор кафедры [Olga T. Bogova, MD, PhD, Associate Professor, Professor]; e-mail: bogova.olga@yandex.ru, SPIN-код: 6116-0120, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5406-7225>

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

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

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

© 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 ФГАУ 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. Основным атерогенным классом — 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: быстропрогрессирующий (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, гипопроteinемией 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 неизмененные 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 появление 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, аминоканцеренового 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 дебильность) 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 дебильность) 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. [Khrypylina 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>

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РЕАНИМАТОЛОГИИ И РЕАБИЛИТОЛОГИИ»

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Важным этапом на пути к полноценной активной жизни (выздоровлению) являются лечебно-профилактические мероприятия под наблюдением опытных докторов и заботливого персонала.

САНАТОРИЙ «ЛЫТКИНО»

Расположен на территории НИИ Реабилитологии, дер. Лыткино, Московской области

- Возможность прохождения высокотехнологичных медицинских исследований;
- Реабилитационные программы;
- Консультации ведущих специалистов НИИ Реабилитологии
- Бассейны и терренкур

САНАТОРИЙ «УЗКОЕ»

Здравница расположена в юго-западном округе Москвы, в живописном месте площадью 155 га. Ухоженная зеленая территория, окруженная вековыми соснами и елями, пруды.

**ИНКЛЮЗИВНЫЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
КОМПЛЕКС «ПОРЕЧЬЕ»**

Расположенный на 44 гектарах в экологически чистом хвойном лесу под Звенигородом.

- Комфортабельные жилые корпуса;
- Спортивные сооружения на открытом воздухе для проведения спортивных мероприятий и оздоровительных занятий;
- Тренажерный зал;
- Кафе, столовая, банкетный зал;
- Аудитории для занятий, лекториев и других мероприятий

ДОМ УЧЕНЫХ В ПОС. МОЗЖИНКА

Расположен в центре «Русской Швейцарии» возле Звенигорода, на берегу реки Москвы. Дом ученых был построен в 1955 г. для обслуживания академиков АН СССР и их семейств, проживающих в академических поселках Мозжинка и Луцино, и является местом их культурного отдыха. Дом ученых сегодня — это:

- Библиотека
- Развивающие и музыкальные занятия с детьми
- Спектакли для детей
- Концерты классической музыки
- Художественные и фото выставки
- Спортивные секции
- Музей истории Мозжинки
- Благоустроенная детская площадка

**ВИДЫ ОКАЗЫВАЕМОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:**

- Первичная медико-санитарная помощь (амбулаторно-поликлиническая) – 62 вида услуг;
- Дневной стационар – 21 вид услуг, в том числе анестезиология-реаниматология, медицинская реабилитация, неврология, нейрохирургия, хирургия, психиатрия;
- Специализированная (стационарная) помощь – 34 вида услуг, в том числе анестезиология-реаниматология, медицинская реабилитация, неврология, нейрохирургия, хирургия, психиатрия;
- Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь по нейрохирургии;
- Скорая медицинская помощь – 5 видов услуг;
- Паллиативная медицинская помощь – 10 видов услуг;
- Санаторно-курортное лечение – 33 вида услуг, в том числе по медицинской реабилитации

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

ЦЕНТР СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

полный спектр симуляционного оборудования и педагогических технологий по анестезиологии-реаниматологии

ГОСТИНИЦА ФНКЦ РР:

- Комфортабельные 1-2 комнатные, 1-4 местные номера для размещения;
- Конференц-зал на 240 мест, оснащенный современным мультимедийным оборудованием и возможностью проведения экспозиций;

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ:

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии
Кафедра психологии и реабилитационных технологий*

Диссертационный совет на соискание учёной степени кандидата и доктора медицинских наук.

**НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
РЕАБИЛИТОЛОГИИ**

Московская область, Солнечногорский район,
с/п. Соколовское, деревня Лыткино, д. 777
8 (495) 641-30-06 fnkcr@fnkcr.ru

**ИНСТИТУТ ВЫСШЕГО И ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

г. Москва, ул. Петровка, д. 25, стр. 2
8 (495) 650-96-77 edu@fnkcr.ru

ДОМ УЧЁНЫХ В ПОС. МОЗЖИНКА

Московская область,
Одинцовский район, п. Мозжинка, Дом учёных
8 (495) 992-53-29 dom_uchenih@fnkcr.ru

**«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ ИМЕНИ
В.А. НЕГОВСКОГО»**

г. Москва, ул. Петровка, д. 25, стр. 2
8 (495) 694-27-08 niior@fnkcr.ru

САНАТОРИЙ «УЗКОЕ»

г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 123 А, стр. 14
8 (495) 427-94-33 san-uzkoe@fnkcr.ru

**ИНКЛЮЗИВНЫЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ
КОМПЛЕКС «ПОРЕЧЬЕ»**

Московская область,
Одинцовский городской округ,
деревня Сальково
8 (495) 992-54-64 irk@fnkcr.ru

