

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА и РЕАБИЛИТАЦИЯ

MEDICAL AND SOCIAL EXPERT EVALUATION AND REHABILITATION



3

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

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. 8. Усл. печ. л. 7,44.
Заказ 1-5190-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»: **E47281**

Мед.-соц. эксперт.
и реабил. 2019;22(3):133–196.

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

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1998 г.

Том 22 • № 3 • 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. Дармодехин — 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(3):133–196.

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 • № 3 • 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

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» 136

Севастьянов М.А., Божков И.А., Бондарев С.А., Владимирова О.Н., Пономаренко Г.Н., Пузин С.Н., Ачкасов Е.Е., Солдатов В.Ю. Сертификат для обеспечения техническими средствами реабилитации инвалидов и пострадавших на производстве 163

Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Коршикова Ю.И., Пайков А.Ю., Аболь А.В., Хлудеева Т.А. Ситуационные задания к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация» 168

Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Хлудеева Т.А., Алиев А.К. Фонд оценочных средств, формируемых в результате промежуточной аттестации ординаторов по учебной дисциплине (модулю) «Гериатрия» 174

EXPERTISE AND REHABILITATION

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" 136

Sevastyanov M.A., Bozhkov I.A., Bondarev S.A., Vladimirova O.N., Ponomarenko G.N., Puzin S.N., Achkasov E.E., Soldatov V.Yu. Certificate for the provision of technical means for the rehabilitation of disabled people and injured at work 163

Puzin S.N., Chandirli S.A., Bogova O.T., Korshikova Yu.I., Paikov A.Yu., Abol' A.V., Khludeeva T.A. Situational tasks for the working program of the educational discipline (module) "Medical and social expertise and medical and social rehabilitation" 168

Puzin S.N., Chandirli S.A., Bogova O.T., Potapov V.N., Khludeeva T.A., Aliev A.K. Fund for evaluation funds formed as a result of intermediate certification of residents in the educational discipline (module) "Geriatrics" 174

© 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 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 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, аттестация ФОС.

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Коршикова Ю.И., Аболь А.В., Шестаков Д.Ю. Оценочные средства текущей аттестации: контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора по специальности «Медико-социальная экспертиза и медико-социальная реабилитация». *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(3):136–162. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER50507>

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(3):136–162. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER50507>

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 06.06.2019

Accepted 09.08.2019

Список сокращений

БМСЭ — бюро медико-социальной экспертизы	МСЭ — медико-социальная экспертиза
ИБС — ишемическая болезнь сердца	СД — сахарный диабет
ИПРА — индивидуальная программа реабилитации и абилитации	УЗИ — ультразвуковое исследование
МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра	УПТ — утрата профессиональной трудоспособности
	ЭКГ — электрокардиография

Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку ординатора

Теоретические основы социальной гигиены и общественного здоровья

1. Что вы понимаете под санитарно-просветительной работой?

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

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

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

3. Что такое третичная профилактика?

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

4. Перечислите методы медико-социальных исследований.

Ответ:

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

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

Ответ:

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

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

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

7. Какие статистические показатели характеризуют тяжесть первичной инвалидности?

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

Организационные основы медико-социальной экспертизы и экспертно-реабилитационной диагностики

8. Что такое «самообслуживание»?

Ответ. Самообслуживание — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, навыки личной гигиены. Самообслуживание включает удовлетворение основных физиологических потребностей (умывание, причесывание, чистку зубов, гигиену после физиологических отправок, 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 инвалиду 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 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 (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: быстро прогрессирующий (злокачественный) вариант артериальной гипертензии; острые осложнения артериальной гипертензии (инсульт, инфаркт миокарда и др.); необходимость рационального трудоустройства (уменьшение объема производственной деятельности, обучение или переобучение для приобретения новой непротивопоказанной профессии); стойкая декомпенсация функционирования органов-мишеней (хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек и др.); последствия хирургической коррекции артериальной гипертензии.

48. В каких случаях нарушается полостное пищеварение?

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

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

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

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

Ответ: на ЭКГ регулярный синусовый ритм.

51. Что относится к эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии?

Ответ: дилатация правых камер сердца и патологическая трикуспидальная регургитация.

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

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

53. Что отражает клинический (общий) анализ крови?

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

54. Какую информацию можно получить при биохимическом исследовании крови?

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

55. Какие инструментальные методы исследования вы знаете?

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

56. В чем заключается суть этиологии болезни?

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

57. На какие группы по происхождению подразделяют этиологические факторы?

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

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

58. Что означает понятие «патогенез заболевания»?

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

59. Какие исходы болезней вы знаете?

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

60. Что представляет собой осложнение болезни?

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

61. Что такое симптом?

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

62. Что такое синдром?

Ответ. Синдром — совокупность симптомов с общим патогенезом.

63. На что направлена этиотропная фармакотерапия?

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

64. На что направлена патогенетическая фармакотерапия?

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

65. На что направлена симптоматическая фармакотерапия?

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

66. В чем суть проведения заместительной фармакотерапии?

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

67. С какой целью проводится профилактическая терапия?

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

68. Каковы основные принципы назначения лекарственного препарата?

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

69. В чем суть побочного действия лекарственного препарата?

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

70. В чем заключается суть немедикаментозных методов лечения?

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

71. Какие наиболее распространенные немедикаментозные методы лечения вы знаете?

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

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

72. Что такое трудоспособность? Какие факторы определяют трудоспособность?

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

Факторами, определяющими трудоспособность, являются:

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

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

Ответ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- а) спирография с оценкой объема форсированного выдоха за одну секунду, форсированной жизненной 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 неизмененные 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 спленомегалией, 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 полифекацией, 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, скинтиграфия, рентгенография и биопсия почек по показаниям. Дополнительно при диализе: биохимические показатели адекватности (Kt/V, содержание мочевины и крови до и после диализа; гемоглобин и альбумин крови; рентгенограммы костей). Дополнительно после нефротрансплантации: функция трансплантата, показатели иммунологического статуса, УЗИ трансплантата.

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

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

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

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

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

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

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

Ответ. При экспертной оценке состояния больного ревматоидным артритом учитываются:

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

116. Каковы критерии диагностики системной красной волчанки?

Ответ:

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

117. Что включает реабилитация при системной красной волчанке?

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

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

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

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

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

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

120. Назовите критерии МСЭ при остром лейкозе.

Ответ. Основные критерии МСЭ при остром лейкозе:

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

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

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

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

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

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

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

Ответ:

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

124. Какие ориентиры в сфере двигательной активности и мышечной силы должны иметь место в деятельности 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 B12-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-липпротеиды, 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, эластотометрия)
- 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 удается 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.: ГЭ-ОТАР-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 клинко-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. [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.)]
7. Пузин С.Н., Осадчий А.И., Ачкасов Е.Е. Междисциплинарная структура реабилитологии. Руководство. Т. 1 «Основы теории и практики комплексной медико-социальной реабилитации». М.: Литтерра, 2016. 326 с. [Puzin SN, Osadchy AI, Achkasov EE. Interdisciplinary structure of rehabilitation. Vol. 1 «Fundamentals of the theory and practice of complex medical and social rehabilitation». Moscow: Litterra; 2016. 326 p. (In Russ.)]
8. Заболотных И.И., Кантемирова Р.К., Ишутина И.С. Основы клинко-экспертной диагностики патологии внутренних органов: руководство для врачей. 3-е изд. СПб.: СпецЛит, 2017. — 222 с. [Zabolotnykh II, Kantemirova RK, Ishutina IS. Fundamentals of clinical and expert diagnostics of internal organ pathology: a guide for doctors. 3rd ed. St. Petersburg: SpetsLit; 2017. 222 p. (In Russ.)]

Поступила 06.06.2019
Принята к печати 09.08.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

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

Соавторы:

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

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]

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

М.А. Севастьянов¹, И.А. Божков², С.А. Бондарев³, О.Н. Владимиров⁴,
Г.Н. Пономаренко⁴, С.Н. Пузин^{3,5}, Е.Е. Ачкасов³, В.Ю. Солдатов⁶

СЕРТИФИКАТ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ И ПОСТРАДАВШИХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

¹ ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Минтруда России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

³ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

⁴ ФГБУ «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Минтруда России, Санкт-Петербург, Российская Федерация

⁵ ФГБНУ «Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии», Москва, Российская Федерация

⁶ Оздоровительное объединение «Зелёный бор» Центрального банка Российской Федерации, Ленинградская область, г. Луга, Российская Федерация

В статье представлены результаты медико-социологического исследования, проведённого в 85 субъектах Российской Федерации среди инвалидов и пострадавших на производстве. В ходе исследования было опрошено две группы респондентов, отобранных случайным способом и сопоставимых по полу и возрасту: 562 инвалида с причиной инвалидности «общее заболевание» и 442 пострадавших на производстве. В результате анкетирования получена не только информация о видах технических средств реабилитации (ТСР), получаемых респондентами; проблемах, возникающих в процессе обеспечения ТСР; уровне необходимой респонденту помощи при выборе изделий и их поставщиков, но также оценка основных опасений респондентов, связанных с введением нового механизма обеспечения с использованием сертификата. Установлено, что контингент пострадавших на производстве в большей степени нуждается в технических средствах реабилитации, компенсирующих ограничения способности к самостоятельному передвижению и трудовой деятельности, в отличие от инвалидов, среди которых достоверно больший процент лиц нуждается в ТСР, компенсирующих нарушения способности к самообслуживанию. Ранговые места основных проблем, связанных с обеспечением ТСР, совпадают в обеих группах. Более половины опрошенных ожидают улучшения системы обеспечения ТСР в случае введения электронного сертификата.

Ключевые слова: пострадавшие на производстве, инвалиды, технические средства реабилитации, электронный сертификат.

Для цитирования: Севастьянов М.А., Божков И.А., Бондарев С.А., Владимиров О.Н., Пономаренко Г.Н., Пузин С.Н., Ачкасов Е.Е., Солдатов В.Ю. Сертификат для обеспечения техническими средствами реабилитации инвалидов и пострадавших на производстве. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019;22(3):163–167. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER50505>

Для корреспонденции: Владимиров Оксана Николаевна, кандидат медицинских наук, директор Института реабилитации и абилитации инвалидов, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; адрес: 195067, Россия, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50; e-mail: reabin@center-albreht.ru

*M.A. Sevastyanov¹, I.A. Bozhkov², S.A. Bondarev³, O.N. Vladimirova⁴, G.N. Ponomarenko⁴,
S.N. Puzin^{3,5}, E.E. Achkasov³, V.Yu. Soldatov⁶*

CERTIFICATE FOR THE PROVISION OF TECHNICAL MEANS FOR THE REHABILITATION OF DISABLED PEOPLE AND INJURED AT WORK

¹ St. Petersburg Institute for Advanced Training of Medical Experts, Saint Petersburg, Russian Federation

² North-West State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russian Federation

³ Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

⁴ Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, Saint Petersburg, Russian Federation

⁵ Federal Scientific Clinical Center for Resuscitation and Rehabilitation, Moscow, Russian Federation

⁶ Wellness association “Zeleniy Bor” Bank of Russia, Leningrad region, Luga, Russian Federation

The article presents the results of a medical-sociological study of behavior in 85 constituent entities of the Russian Federation among the disabled and injured at work. In the course of the study, two groups of respondents were interviewed, randomly selected and comparable in terms of sex and age: 562 persons with disabilities with the cause of disability “common disease” and 442 injured at work. As a result of the questionnaire, information was obtained on the types of HRM received by respondents, problems arising in the process of providing HRM, the level of assistance needed by the respondent in choosing

products and their suppliers, as well as assessing the main concerns of respondents associated with the introduction of a new mechanism for providing with the use of a certificate. It has been established that the contingent of industrial victims is more in need of technical means of rehabilitation that compensate for the limitations of the ability to move independently and work, in contrast to the disabled, among whom a significantly greater percentage of people need SMW to compensate for the impairment of the ability to self-service. The rankings of the main problems associated with the provision of TCP in both groups coincide. More than half of the respondents expect an improvement in the system of providing technical support in the event of an electronic certificate.

Key words: *injured at work, disabled people, technical means of rehabilitation, electronic certificate.*

For citation: Sevastyanov MA, Bozhkov IA, Bondarev SA, Vladimirova ON, Ponomarenko GN, Puzin SN, Achkasov EE, Soldatov VYu. Certificate for the provision of technical means for the rehabilitation of disabled people and injured at work. *Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*. 2019;22(3):163–167. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER50505>

For correspondence: Oksana Nikolaevna Vladimirova, Candidate of Medical Sciences, Director of the Institute for Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Federal State Budgetary Institution “Federal Scientific Center for Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht” of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation; address: 50, Bestughevskaya street, Saint Petersburg 195067, Russian Federation; e-mail: reabin@center-albreht.ru

Received 25.06.2019

Accepted 09.08.2019

Обоснование

Использование технических средств реабилитации (ТСР) позволяет компенсировать или полностью устранить ограничения жизнедеятельности инвалидов и пострадавших на производстве в результате несчастных случаев и профессиональных заболеваний. На необходимость их использования указано как в Конвенции о правах инвалидов [1], так и в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 № 181-ФЗ [2]. На несовершенство действующих механизмов обеспечения ТСР лиц с ограничениями жизнедеятельности указывалось в целом ряде работ. К основным недостаткам можно отнести недостаточный учёт индивидуальных особенностей и потребностей получателя; низкое качество предоставляемых изделий; длительный срок от возникновения потребности (нуждаемости в ТСР) до обеспечения изделиями; низкий размер возмещения расходов при выплате компенсации за самостоятельно приобретённое изделие [3, 4]. Однако в последние 15 лет существенных изменений в действующем порядке не наблюдалось. При этом Минтруд России уже несколько лет анонсирует введение дополнительного способа предоставления ТСР на основе электронного сертификата. Так, на Московском финансовом форуме-2019 прозвучало сообщение о разработке дополнительного механизма обеспечения инвалидов ТСР — электронного сертификата, который позволит максимально учесть пожелания самих людей с инвалидностью. Использование электронного сертификата позволит инвалидам самостоятельно выбирать нужные им средства реабилитации и расплачиваться за них с помощью сертификата «так же легко, так же свободно, как любой простой банковской картой» [5].

Цель исследования — изучить мнение инвалидов и пострадавших на производстве по вопросам, связанным с обеспечением ТСР и возможностью введения целевого электронного сертификата.

Методы

Анкетирование инвалидов и пострадавших на производстве проводилось в 85 субъектах Российской Федерации с использованием разработанной авторами анкеты, позволяющей получить информацию о видах ТСР, получаемых респондентом; проблемах, возникающих в процессе обеспечения ТСР; уровне необходимой респонденту помощи при выборе изделий и их поставщиков, а также оценить основные опасения респондентов, связанные с введением нового механизма обеспечения.

Всего было опрошено 562 инвалида и 442 пострадавших на производстве (около 15 человек в каждом из субъектов федерации). В ходе анализа полученных результатов были выполнены подсчёт числа положительных и отрицательных ответов и их процентное соотношение, а также сравнительный анализ мнений группы пострадавших на производстве и инвалидов. Достоверность различий определялась с помощью критерия χ^2 . Различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$ (критическое значение критерия χ^2 — 3,84), т.е. утверждение о том, что состояние респондента (инвалид или пострадавший) ассоциировано с выбором категории, считалось верным.

Результаты

Обеспечиваются тем или иным видом ТСР в обеих группах около 40% опрошенных. Наиболее часто инвалиды и пострадавшие на производстве обеспечиваются тростями, костылями, креслами-коляска-

Таблица

Нуждаемость респондентов (инвалидов и пострадавших на производстве) в технических средствах реабилитации

Техническое средство реабилитации (ТСР)	Показатель нуждаемости в ТСР среди респондентов, на 100 человек	
	у инвалидов	у пострадавших
1	2	3
Протез верхней конечности	2,3	6,1
Протез нижней конечности	9,6	19,0
Трость	27,1	36,7
Костыли	14,8	15,2
Ходунки	8,5	4,8
Поручни	5,5	3,0
Параподиум, вертикализатор	1,4	0,9
Кресло-коляска с ручным приводом	19,4	12,0
Кресло-коляска с электроприводом	3,2	2,3
Ортезы (бандажи, тьюторы, аппараты, корсеты)	18,5	22,2
Обувь (ортопедическая или на протез)	17,1	28,3
Противопролежные матрац, подушка	7,3	5,2
Приспособления для бытовой деятельности (крючки, захваты)	0,9	1,8
Слуховой аппарат	9,4	12,4
Подгузники	14,1	8,1
Средства для стомированных больных	6,1	1,6
Кресло-стул с санитарным оснащением	7,8	5,2
Функциональная кровать	1,1	0,9
Сиденья для ванны	4,3	2,5
Подъёмник для ванной	1,1	1,6
Лестничный подъёмник для кресла-коляски	0,4	0,7

ми с ручным приводом, ортезами и ортопедической обувью.

Частота предоставления ТСР в процентах представлена в **табл.**

Достоверно более часто, чем в группе инвалидов, пострадавшим на производстве предоставляются протезы верхних конечностей ($\chi^2 = 9,3$), протезы нижних конечностей ($\chi^2 = 18,4$), ортопедическая обувь ($\chi^2 = 18,1$) и трости ($\chi^2 = 10,6$), достоверно менее часто — подгузники ($\chi^2 = 8,5$), средства для стомированных больных ($\chi^2 = 12,6$), кресла-коляски с ручным приводом ($\chi^2 = 10,0$), ходунки ($\chi^2 = 5,5$) и поручни ($\chi^2 = 3,9$). Таким образом, можно говорить о том, что контингент пострадавших на производстве в большей степени нуждается в ТСР, компенсирующих ограничения способности к самостоятельному передвижению и трудовой деятельности, в отличие от инвалидов, среди которых достоверно больший процент лиц нуждается в ТСР, компенсирующих нарушения способности к самообслуживанию.

Распространённость основных проблем, с которыми сталкиваются инвалиды и пострадавшие на производстве при получении ТСР, представлена на **рис. 1**.

Наиболее часто респондентов не устраивает продолжительность периода от момента возникновения нуждаемости до момента предоставления ТСР (около 50% общего числа респондентов). Инвалиды достоверно более часто не удовлетворены продолжительностью данного периода. Второе ранговое место занимают проблемы, связанные с низким качеством изделий (достоверные различия между группами отсутствуют). Третье — проблемы, связанные с невозможностью выбора поставщика изделий (достоверные различия между группами отсутствуют). Инвалидов, достоверно более часто, чем пострадавших на производстве, беспокоят проблемы, связанные с низким размером возмещения при самостоятельном приобретении изделий и отсутствием индивидуального подхода при обеспечении ТСР. В целом можно сказать, что удовлетворённость пострадавших на производстве процессом обеспечения ТСР и предоставляемыми изделиями несколько выше, чем среди инвалидов.

Ожидают улучшения действующей практики предоставления ТСР при введении нового механизма обеспечения около половины опрошенных. В частности, ожидается рост качества предоставляемых изделий, сокращение сроков их предоставле-



Рис. 1. Распространённость основных проблем по ответам инвалидов и пострадавших на производстве, %



Рис. 2. Риски, связанные с введением нового механизма обеспечения, по ответам инвалидов и пострадавших на производстве, %

ния, прогнозируется также расширение возможностей по индивидуальному подбору изделий и выбору поставщика. При этом респонденты обращают внимание на возможность реализации ряда рисков, связанных с введением нового механизма обеспечения (рис. 2).

Наибольшие опасения (около 50%) в обеих группах связаны с недостатком информации о сертификате, длительностью процедуры получения сертификата и его низкой стоимостью. Возникновение необходимости консультирования при самостоятельном выборе ТСР или их поставщиков суммарно беспокоит около 60% респондентов. При этом отмечается чёткая зависимость необходимости консультирования от вида ТСР. Если в среднем в помощи профессиональных консультантов нуж-

дается около 55% респондентов, то в аналогичных услугах при подборе слуховых аппаратов, протезов верхних и нижних конечностей, изделий для стоматологических больных нуждается более 70% опрошенных.

Заключение

Анализ данных проведённого анкетирования позволяет сделать вывод о необходимости совершенствования системы обеспечения пострадавших на производстве ТСР с целью уменьшения сроков обеспечения, повышения адресности предоставления изделий и их качества. Изменение действующей системы обеспечения посредством введения электронного сертификата, по мнению потребителей услуг, будет способствовать улучшению текущей ситуации.

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Участие авторов. О.В. Владимирова, М.А. Севастьянов, И.А. Божков — формирование идеи, сбор и обработка материала, написание текста статьи; Г.Н. Пономаренко, С.А. Бондарев, С.Н. Пузин, Е.Е. Ачкасов — обсуждение идеи, редактирование текста статьи. Все авторы внесли значимый вклад в проведение исследования, подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Конвенция о правах инвалидов. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 61/106 от 13.12.2006. [The Convention on the rights of persons with disabilities. The resolution adopted by the UN General Assembly 61/106 of 13 December 2006. (In Russ.)] Доступно по: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. Ссылка активна на 15.01.2019.
2. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». [Federal law of 24.11.1995 N 181-FZ «O sotsialnoi zashchite invalidov d Rossiiskoi Federatsii». (In Russ.)] Режим доступа:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/. Дата обращения: 12.01.2019.

3. Божков И.А., Дикаев С.У., Максимов А.В., Севастьянов М.А. Анализ возможностей совершенствования правового регулирования действующего порядка обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации в связи с подписанием и ратификацией Российской Федерацией Конвенции о правах инвалидов // *Юридическая мысль*. — 2013. — №1. — С. 59–64. [Bozhkov IA, Dikaev SU, Maksimov AV, Sevastyanov MA. Analysis of the possibilities for improving the legal regulation of the current procedure for providing disabled persons with technical means of rehabilitation in connection with the signing and ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities by the Russian Federation. *Legal Thought*. 2013;(1):59–64. (In Russ.)]
4. Озина А.М., Галкина М.И. Актуальные проблемы обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации // *Современное общество и власть*. — 2016. — №3. — С. 308–313. [Ozina AM, Galkina MI. Actual problems of providing disabled people with technical means of rehabilitation. *Modern society and power*. 2016;(3):308–313. (In Russ.)]
5. Выступление заместителя министра труда и социальной защиты РФ Григория Лекарева на «Московском финансовом форуме-2019». [Speech by the Deputy Minister of Labor and Social Protection of the Russian Federation Grigory Lekarev at the “Moscow Financial Forum-2019”. (In Russ.)] Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/social/invalid-defence/431>. Дата обращения: 12.01.2019.

Поступила 25.06.2019

Принята к печати 09.08.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

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

Соавторы:

Севастьянов Михаил Александрович, к.м.н. [Mikhail A. Sevastianov, PhD]; e-mail: mike.seva1972@yandex.ru, SPIN-код: 6468-4136, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3441-6712>

Божков Игорь Александрович, д.м.н. [Igor A. Bozhkov, MD, PhD]; e-mail: kuratorksm@szgmu.ru, SPIN-код: 7240-8346, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5586-9633>

Пonomаренко Геннадий Николаевич, д.м.н. [Gennadii N. Ponomarenko, MD, PhD]; e-mail: reabin@center-albreht.ru

Бондарев Сергей Анатольевич, д.м.н. [Sergei A. Bondarev, MD, PhD]; e-mail: sabondarev@yandex.ru

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: <http://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

Ачкасов Евгений Евгеньевич, д.м.н. [Evgenii E. Achkasov, MD, PhD]; e-mail: 2215.g23@rambler.ru

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

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

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

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

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

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

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

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

⁵ ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

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

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

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

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

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

S.N. Puzin^{1, 2, 3}, S.A. Chandirli³, M.A. Korshikova³, N.V. Dmitriyev³, A.Yu. Paikov^{4, 5}, A.V. Abol⁴, T.A. Khludeeva⁶

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

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

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

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

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

⁵ Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, Russian Federation

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

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

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

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

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

Received 10.07.2019
Accepted 09.08.2019

Список сокращений

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

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

Ситуационные задачи (этап собеседования)

Ситуационная задача 1

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

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

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

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

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

Вопрос 1. Проявлениями сердечной недостаточности у больного являются:

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

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

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

Вопрос 3. Клиническим и функциональным диагнозом у пациента является:

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

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

Ответ:

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

Вопрос 5. Критериями ограничения жизнедеятельности у пациента являются:

Ответ:

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

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

Ответ: противопоказано.

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

Ответ: трикуспидальной недостаточностью.

Ситуационная задача 2

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЭКГ вернулась к исходной на 3-й мин отдыха.

Поступает для повторного обследования, выбора тактики лечения.

Вопрос 1. Какова дальнейшая стратегия обследования?

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

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

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

Ответ: как проявление спазма коронарных артерий.

Вопрос 3. Нужно ли вносить изменения в проводимую терапию?

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

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

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

Ситуационная задача 3

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

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

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

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

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

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

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

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

Вопрос 1. Сформулируйте ваш диагноз.

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

Вопрос 2. Какие данные позволили поставить именно этот диагноз?

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

Вопрос 3. Какая группа инвалидности показана пациенту?

Ответ: пациенту показана II группа инвалидности.

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

Ответ. Требуется:

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

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

Ситуационная задача 4

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

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

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

Вопрос 1. Противопоказанными видами и условиями труда являются:

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

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

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

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

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

Ситуационная задача 5

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

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

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

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

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

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

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

Диурез с задержкой жидкости 200–300 мл.

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

Вопрос 1. Сформулируйте предварительный диагноз.

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

Вопрос 2. Какие обследования необходимы для уточнения диагноза?

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

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

Вопрос 3. Какая группа инвалидности показана пациенту?

Ответ: I группа инвалидности.

Вопрос 4. Оцените ИПРА инвалида.

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

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

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

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

Поступила 10.07.2019

Принята к печати 09.08.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

Чандирли Севда Айдыновна, д.м.н., доцент [Sevda A. Chandirli, MD, PhD, Associate Professor];

тел.: +7 (499) 255-55-20, e-mail: cha-seva2@yandex.ru, SPIN-код: 8633-9570,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1869-0869>

Соавторы:

Пузин Сергей Никифорович, д.м.н., профессор, академик РАН [Sergey N. Puzin, MD, PhD, Professor,

Academician of the RAS]; e-mail: s.puzin2012@yandex.ru, SPIN-код: 2206-0700,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9711-3532>

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

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

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

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

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

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

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

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

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1, 2, 3}, С.А. Чандирли³, О.Т. Богова³, В.Н. Потапов³,
Т.А. Хлудеева⁴, А.К. Алиев⁵

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОРДИНАТОРОВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ) «ГЕРИАТРИЯ»

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

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

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

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

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

Фонд оценочных средств (ФОС) промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) предназначен для оценки степени соответствия сформированных компетенций у обучающихся с требованиями федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования. Промежуточная аттестация проводится в форме, установленной учебным планом программы: зачет, дифференцированный зачет, экзамен, курсовая работа, отчет.

Ключевые слова: *гериатрия, промежуточный контроль, контрольные вопросы, тестовые задания, аттестации ФОС.*

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Потапов В.Н., Хлудеева Т.А., Алиев А.К. Фонд оценочных средств, формируемых в результате промежуточной аттестации ординаторов по учебной дисциплине (модулю) «Гериатрия». *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2019; 22(3):174–196. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48950>

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, A.K. Aliev⁵

FUND FOR EVALUATION FUNDS FORMED AS A RESULT OF INTERIM CERTIFICATION OF RESIDENTS IN THE TRAINING DISCIPLINE (MODULE) «GERIATRICS»

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

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

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

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

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

The WCF of intermediate certification of students by discipline (module) is intended to assess the degree of compliance of the formed competencies among students with the requirements of the GEF WO. Intermediate certification is carried out in the form established by the curriculum of the program: offset, differentiated offset, exam, coursework, report.

Key words: *geriatrics, intermediate control, control questions, test tasks, WCF attestations.*

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Bogova OT, Potapov VN, Khludeeva TA, Aliev AK. Fund for evaluation funds formed as a result of intermediate certification of residents in the educational discipline (module) “Geriatrics”. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2019;22(3):174–196. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48950>

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 17.06.2019

Accepted 09.08.2019

Список сокращений

АД — артериальное давление
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
ИМ — инфаркт миокарда
ИПРА — индивидуальная программа реабилитации и абилитации
КГО — комплексная гериатрическая оценка

МСЭ — медико-социальная экспертиза
ОЖД — ограничение жизнедеятельности
ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких
ЭКГ — электрокардиография

Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора

Проведение обследования пациентов пожилого
и старческого возраста с целью установления диагноза
и определения функционального статуса

1. Какие существуют основные гипотезы старения?

Ответ. Нейроэндокринная теория старения предполагает, что процесс возрастных изменений происходит из-за трансформации нервной и эндокринной функций, которые имеют решающее значение для гомеостаза. Иммунная теория старения базируется на гипотезе, что старение косвенно контролируется сетью клеточных и молекулярных иммунных механизмов. Теломерная теория утверждает, что клетки кожи человека — фибробласты — способны к делению «в пробирке» не более 50 раз. Это явление назвали «пределом Хейфлика» в честь первооткрывателя. Генно-регуляторная теория была основана на гипотезе, что первичные и основные изменения происходят в регуляторных генах — наиболее активных и наименее защищенных структурах ДНК, которые могут определять темп и последовательность включения и выключения структурных генов, отвечающих за возрастные изменения в структуре и функции клеток.

2. Какие заболевания относятся к возрастассоциированным?

Ответ. К возрастассоциированным заболеваниям относятся заболевания сердечно-сосудистой и опорно-двигательной систем, болезнь Альцгеймера, сахарный диабет 2-го типа, онкологические заболевания.

3. Какие изменения системы крови наблюдаются при старении?

Ответ. С возрастом происходит уменьшение относительной массы крови (до 65–70 мл/кг), концентрации альбуминов, в результате чего снижается альбумино-глобулиновый коэффициент, что ведет к замедлению скорости оседания эритроцитов. Возникают гиперглобулинемия, увеличивается остаточный азот, холестерин крови, уменьшается количество бикарбонатов. Все это способствует понижению рН крови (метаболический ацидоз). Уменьшение общей массы красного костного мозга и его пролиферативной активности ведет к снижению количества эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов (лейкопения старости), ограничению функционального резерва эритропоэза и лейкопоэза в экстремальных ситуациях. С возрастом повышается активность свертывающей системы крови: увеличивается содержание антигемофильного глобулина А (VIII), фибриногена (I), фибринстабилизирующего фактора (XIII) и компенсаторно повышается активность антисвертывающей системы: увеличивается содержание гепарина при снижении его активности, фибринолитическая активность. Все это способствует повышению свертываемости крови, образованию тромбов.

4. Какие состояния лежат в основе синдрома «старческой астении»?

Ответ: недостаточность питания (мальнутриция), возрастное уменьшение массы и силы мышц (саркопения) и нарушение метаболических процессов с дисфункцией внутренних органов, включая головной мозг.

5. Какие существуют органы-мишени старческой астении?

Ответ. Выделяют следующие органы-мишени старческой астении:

- а) костно-мышечная система: снижается мышечная масса, происходят нарушения мышечной терморегуляции, снижается потребление мышцами кислорода, нарушается иннервация мышечной ткани, ее выносливость

- б) иммунная система: снижается продукция и содержание иммуноглобулина А, G, интерлейкина 2; активируется продукция провоспалительных цитокинов (интерлейкин 6)
- в) нейроэндокринная система: снижается продукция и содержание гормона роста, эстрогена и тестостерона, инсулиноподобного фактора роста-1, витамина D; увеличивается инсулинорезистентность, симпатический тонус, стероидная дисрегуляция.

6. Что такое «саркопения»?

Ответ. Саркопения — это возрастассоциированная мышечная слабость, сопряженная с провоспалительной цитокинемией, оксидативным стрессом. Данное состояние является пусковым патогенетическим фактором формирования нарушений баланса с синдромом падений, остеопении.

7. Какова классификация «старческой астении» по этапам развития?

Ответ. Наиболее полной является классификация этапов развития или стадий старческой астении, сформулированная рабочей группой, проводившей Канадское исследование здоровья и старения (CSHA, 2009). Старческая астения, согласно данной классификации, может проходить следующие этапы развития:

- а) сохранность здоровья: пациенты активны, энергичны, имеют высокий уровень мотивации, не ограничены в физической активности
- б) хорошее здоровье: имеются заболевания в неактивной фазе, которые несколько снижают функциональное состояние
- в) хорошее здоровье при наличии успешно леченых хронических заболеваний: имеются отдельные симптомы хронических заболеваний, которые хорошо контролируются проводимой терапией, но в еще большей степени снижают функциональное состояние
- г) состояние с волнообразным течением заболеваний (старческая преастения): частые периоды обострения, декомпенсации патологии, что в значительной степени снижает функциональные возможности
- д) легкая старческая астения: незначительные ограничения активности
- е) умеренная старческая астения: формирование потребности в длительном по времени уходе
- ж) выраженная старческая астения: необходим постоянный тщательный уход
- з) терминальная стадия заболевания.

8. Каковы механизмы возрастных изменений толерантности к глюкозе?

Ответ. Основными причинами возрастных изменений постпрандиальной гликемии являются изменения основных механизмов, отвечающих за метаболизм глюкозы:

- а) снижение секреции инсулина поджелудочной железой в ответ на пищевую нагрузку
- б) снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и снижение захвата глюкозы периферическими тканями
- в) продукция глюкозы печенью с возрастом существенно не меняется, в связи с чем гликемия натощак с возрастом изменяется крайне редко.

9. Особенности электрокардиографической картины инфаркта миокарда (ИМ) у больных пожилого и старческого возраста.

Ответ. Для ИМ у пожилых людей характерно:

- а) запаздывание развития ЭКГ-изменений по отношению к клинической симптоматике
- б) высокий процент ИМ без зубца Q
- в) поражения субэндокардиального, базального, нижнего отделов левого желудочка, ЭКГ-диагностика которых затруднена
- г) затяжное и рецидивирующее течение (отмечается медленная динамика клинической симптоматики, лабораторных показателей, данных ЭКГ)
- д) многочисленные осложнения (тромбоэмболия легочной артерии), инсульт, отек легких, перикардит, аневризма сердца, сложные нарушения ритма и проводимости)
- е) ИМ часто протекает на фоне предшествующих изменений ЭКГ (выраженная гипертрофия желудочков, блокады ветвей и ножек пучка Гиса, синдром WPW, рубцовые изменения после перенесенного ИМ, ЭКГ-признаки аневризмы левого желудочка), которые могут стать причиной ошибочного диагноза (как гипер-, так и гиподиагностики ИМ).

10. Что такое комплексная гериатрическая оценка (КГО) и в чем ее основные задачи?

Ответ. Комплексная гериатрическая оценка — междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку не только медицинских, но и психологических, социальных проблем и функциональных способностей пожилого человека. Основными задачами КГО являются:

- а) оценка функциональных способностей стареющего человека
- б) оценка соматического здоровья
- в) исследование психического статуса и психического здоровья
- г) изучение факторов социально-бытового окружения.

11. Каковы этапы психологического старения?

Ответ.

1-й этап. Сохраняется психологическая связь человека с видом деятельности до периода пенсии. При разговоре чувствуется профессиональная принадлежность.

2-й этап. Круг интересов сужается. Выпадают профессиональные связи. В разговоре преобладают бытовые темы: погода, успехи детей и внуков, информация телепередач и т.д.

3-й этап. Главенствующее положение занимают заботы о личном здоровье. Любимые темы разговоров о лекарствах, травах, методах лечения, профессиональных и личных качествах врача.

4-й этап. Круг интересов ограничивается витальными потребностями: еда, покой, сон. Общение почти отсутствует.

12. Какова профилактика развития старческой астении?

Ответ. Профилактика синдрома должна заключаться в следующем:

- а) контроле приема пищи и регуляции рациона
- б) физической активности
- в) профилактике атеросклероза
- г) попытке избежать социальной изоляции
- д) купировании болевого синдрома
- е) регулярных медицинских осмотрах.

13. Что относят к основным формам поражения сердца и сочетанным заболеваниям у больных пожилого и старческого возраста?

Ответ. К основным формам поражения сердца и сочетанным заболеваниям у больных пожилого и старческого возраста относят:

- а) сочетание гипертонической болезни с хронической ишемической болезнью сердца (иногда также с сахарным диабетом), хронического легочного сердца с ишемической болезнью сердца
- б) комбинированную гипертрофию обоих желудочков
- в) дилатацию обоих предсердий
- г) одновременное или последовательное развитие нескольких отдаленных друг от друга очагов некроза разной глубины
- д) наложение свежего инфаркта на предшествующие рубцовые изменения той же либо контралатеральной локализации
- е) нарушение внутрижелудочковой проводимости на фоне предшествующей гипертрофии левого или правого желудочка, частое сочетание с различными нарушениями ритма.

14. Как проявляется гипертиреоз у пожилых больных?

Ответ. Гипертиреоз может не вызывать характерных признаков (глазные симптомы, увеличение щитовидной железы). Вместо этого симптомы и признаки могут быть неявными и включать тахикардию, потерю веса, утомляемость, слабость, сердцебиение, тремор, фибрилляцию предсердий, сердечную недостаточность. Пациенты могут выглядеть апатичными, а не гиперкинетичными.

15. Дайте определение старческой астении.

Ответ. Старческая астения — гериатрический синдром, характеризующийся возрастассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим и влияет на тактику ведения пациента.

16. Как проявляется гипотиреоз у пожилых больных?

Ответ. Гипотиреоз может проявляться очень слабо у пожилых пациентов. Наиболее распространенные симптомы неспецифичные (например, усталость, слабость, падение). Возможны анорексия, потеря веса, артралгии. Непереносимость холода, прибавка веса, депрессия, парестезии, выпадение волос, мышечные

судороги встречаются реже, чем у пациентов молодого возраста; когнитивная дисфункция является более распространенной.

17. Какова клиника инфаркта миокарда у пожилых больных?

Ответ. Инфаркт миокарда гораздо чаще, чем болью в груди, может проявиться обильным потоотделением (диафорез), одышкой, дискомфортом в эпигастрии, обмороком, слабостью, рвотой или спутанностью сознания.

18. Как клинически проявляется пневмония у пожилых больных?

Ответ. Пневмония может проявить себя недомоганием, отсутствием аппетита или спутанностью сознания. Тахикардия и тахипноэ являются общими симптомами, но может отсутствовать повышение температуры. Кашель может быть умеренным и необильным, без гнойной мокроты, особенно у обезвоженных пациентов.

19. Дайте определение преастении?

Ответ. Преастения — состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно недостаточных для постановки диагноза старческой астении.

20. Какова клиническая картина язвенной болезни у пожилых больных?

Ответ. Язвенная болезнь может не вызывать характерных симптомов язвы; боль может отсутствовать или быть неспецифической. Диспепсия (как правило, дискомфорт в эпигастрии со вздутием живота, тошнота или раннее насыщение) является более обычной у пожилых, чем у молодых пациентов. Пожилые пациенты имеют склонность к более частым и тяжелым гастроинтестинальным кровотечениям, которые, однако, могут быть абсолютно безболезненными. Может произойти медленная нераспознанная потеря крови, в результате которой развивается тяжелая анемия.

21. Каковы особенности инфекций мочевых путей у пожилых больных?

Ответ. Инфекции мочевых путей могут иметь афебрильное течение у пожилых пациентов. Пожилые больные могут испытывать головокружение, спутанность сознания, потерю аппетита, усталость или слабость, но при этом могут не проинформировать врача о наличии дизурии, частоте и нетерпимости позывов на мочеиспускание.

22. В чем заключается комплексная гериатрическая оценка?

Ответ. Комплексная гериатрическая оценка — многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и выявление социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности.

Назначение лечения пациентам пожилого и старческого возраста,
контроль его эффективности и безопасности

23. Какие основные проблемы фармакотерапии у лиц пожилого возраста существуют?

Ответ:

- а) полипрагмазия
- б) применение лекарственных средств в случаях, когда фармакотерапия не показана
- в) неправильный выбор лекарственных средств, включая назначение лекарственных средств, не рекомендованных пожилым лицам
- г) недостаточное использование эффективных лекарственных средств
- д) применение неадекватной дозы лекарственных средств и/или продолжительности лечения
- е) повышенный риск развития нежелательных реакций от приема лекарственных средств и неблагоприятных последствий при взаимодействии лекарственных средств между собой
- ж) неадекватный мониторинг терапии.

24. Каковы основные принципы рационального питания у пациентов пожилого и старческого возраста?

Ответ. Пациентам с дефицитом массы тела и синдромом мальнутриции требуется прием нутритивных смесей. Необходимо соблюдение оптимального соотношения в суточном рационе белков, жиров и угле-

водов. Рекомендован дополнительный прием витаминов и микроэлементов. Диетотерапия продолжается 1–1,5 года с момента установления риска мальнотриции.

25. Каковы основные принципы паллиативной помощи?

Ответ:

- а) достоинство и автономия пациента
- б) непрерывность
- в) общение
- г) междисциплинарный и мультипрофессиональный подход
- д) поддержка родственников.

26. Какими документами регламентируется оказание паллиативной помощи в Российской Федерации?

Ответ. Оказание паллиативной помощи в РФ регламентируется базовыми документами — статьей 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению». С 1 января 2015 г. действует Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», направленный на удовлетворение индивидуальных потребностей пожилых людей в социальных услугах.

27. Каковы основные проблемы медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте?

Ответ:

- а) необходимость назначения более одного лекарственного препарата в силу полиморбидности данного возрастного контингента (вынужденная полипрагмазия)
- б) необходимость длительного применения медикаментов в связи с хроническим течением многих заболеваний (сердечная недостаточность, заболевания опорно-двигательного аппарата, артериальная гипертония и др.)
- в) нарушение фармакодинамики и фармакокинетики медикаментов на фоне возрастных инволюционных органов и систем, а также имеющейся гериатрической патологии
- г) нарушение комплаенса — недостаточное или неправильное выполнение предписанного режима медикаментозной терапии.

28. В чем заключается специализированная и паллиативная медицинская помощь по профилю «гериатрия»?

Ответ. Специализированная медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается врачом-гериатром в гериатрических отделениях медицинских организаций и в гериатрических центрах и включает диагностику и лечение заболеваний и гериатрических синдромов у пациентов со старческой астенией, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии, а также разработку плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования, коррекции сенсорных дефицитов, а также медицинскую реабилитацию. Паллиативная медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника; стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

29. Чему в первую очередь следует уделить внимание в вопросе питания у пожилых больных с синдромом старческой астении?

Ответ. Пациентам с синдромом старческой астении рекомендовано увеличение потребления белка 1,0–1,5 г/кг в сутки; использовать нутриционную поддержку в виде пищевых добавок (сиппинга). Не рекомендовано снижение веса пациентам с синдромом старческой астении со значением индекса массы тела 25–29,9 кг/м².

30. Какой целевой уровень витамина D рекомендуется пожилым больным?

Ответ. Дефицит витамина D соответствует концентрации 25(ОН)D <20 нг/мл (50 нмоль/л), недостаточность витамина D — 25(ОН)D от 20 до 30 нг/мл (от 50 до 75 нмоль/л), адекватные уровни — более 30 нг/мл (75 нмоль/л). Рекомендуемый целевой уровень 25(ОН)D при коррекции дефицита витамина D составляет 30–60 нг/мл (75–150 нмоль/л). Рекомендуемым препаратом для лечения дефицита витамина D является колекальциферол (D3).

31. Как влияет снижение величины почечного клиренса на фармакодинамику лекарственных препаратов?

Ответ. Снижение величины почечного клиренса приводит к увеличению периода полувыведения и концентрации лекарственного препарата в крови.

32. Какие нежелательные побочные реакции наиболее часто возникают при назначении антипсихотиков лицам старших возрастных групп?

Ответ. К наиболее актуальным нежелательным побочным реакциям для лиц старших возрастных групп, обусловленным фармакологическим действием антипсихотиков, относятся сердечно-сосудистые события (мозговой инсульт, инфаркт миокарда, нарушения сердечного ритма и проводимости, внезапная сердечная смерть), отеки, падения и переломы, нарушение походки, сонливость, спутанность, инфекционные осложнения.

33. Какие лекарственные препараты требуют снижения начальных доз и коррекции интервалом дозирования у лиц пожилого возраста?

Ответ. К числу лекарственных средств, требующих снижения начальных доз и коррекции интервалом дозирования у лиц пожилого возраста, относятся препараты с узким терапевтическим индексом:

- а) сердечные гликозиды
- б) цефалоспорины
- в) аминогликозиды
- г) антиаритмики
- д) теofilлин и др.

34. Какие факторы способствуют повышению числа нежелательных лекарственных реакций дозирования у лиц пожилого возраста?

Ответ. Факторы, способствующие повышению числа нежелательных лекарственных реакций:

- а) изменение фармакокинетики и фармакодинамики, связанное с заболеванием
- б) возрастные изменения фармакокинетики и фармакодинамики
- в) полипрагмазия и межлекарственные взаимодействия
- г) ятрогенные факторы.

35. Каковы основные причины снижения комплаентности у пожилых больных?

Ответ. Причины снижения комплаентности у пожилых больных:

- а) невнимательность и забывчивость пациента
- б) ошибки приема препаратов (нарушение мелкой моторики, нарушение зрения, затрудненное проглатывание)
- в) отсутствие доверительных отношений между врачом и пациентом
- г) наличие у пожилого пациента когнитивных расстройств.

Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, в том числе разработка плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента пожилого и старческого возраста

36. Какие основные цели преследует реабилитация пожилых людей?

Ответ: реактивация (повышение двигательной активности пациента); ресоциализация (обеспечение пожилых людей равными социальными возможностями); реинтеграция (приспособление гериатрического пациента к жизни в микросоциальной среде).

37. Какие основные моменты включает в себя реабилитация пожилых людей?

Ответ: оценку состояния больного; оценку гериатрического статуса и реабилитационного потенциала; обучение навыкам самообслуживания; выполнение лечебных процедур и рекомендаций.

38. Что относится к средствам малой реабилитации, применяемым при уходе за пожилыми больными?

Ответ. К средствам малой реабилитации, применяемым при уходе за пожилыми больными, относятся:

- а) кресла-коляски
- б) ходунки

- в) противопролежневые матрасы
- г) туалетные стулья
- д) функциональные кровати
- е) прикроватные столики
- ж) подъемники
- з) специальные столовые приборы
- и) реабилитационные пояса
- к) транспортировочные доски.

Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов пожилого и старческого возраста

39. Каким приказом регламентируются критерии, которые используют специалисты МСЭ при оценке эффективности индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА)?

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

40. Каковы показания для направления больного с бронхиальной астмой в бюро МСЭ?

Ответ. Показаниями для направления больного бронхиальной астмой в бюро МСЭ 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.).

41. Какие критерии следует учитывать при оценке ограничений жизнедеятельности (ОЖД) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ)?

Ответ. При оценке ОЖД у больных ХОБЛ необходимо учитывать:

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

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

Ответ. При выраженной степени нарушения пищеварения у больных нарушается способность к труду 2–3-й степени и способность к труду 1-й степени.

44. Назовите основные критерии установления III группы инвалидности при личностных расстройствах.

Ответ. Основными критериями для III группы инвалидности являются:

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

45. Каковы основные показания для направления больных сахарным диабетом в бюро МСЭ?

Ответ. Показания для направления в бюро МСЭ:

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

46. Какие обязательные обследования должны быть проведены пациентам с глаукомой при направлении на медико-социальную экспертизу?

Ответ. При поступлении на медико-социальную экспертизу пациент с глаукомой должен иметь следующие обязательные обследования:

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

47. В чем отличие ОЖД у лиц со старческой астенией от ОЖД лиц с инвалидностью?

Ответ. Характерное для лиц с инвалидностью ограничение повседневной активности вследствие поражения, как правило, одной ведущей системы и снижения одной ведущей функции может отсутствовать при старческой астении, когда наблюдается снижение многих функций вследствие мультиорганных возрастных и патологических процессов.

48. Назовите основные критерии установления II группы инвалидности при личностных расстройствах.

Ответ. Основными критериями II группы инвалидности являются:

- а) снижение интеллекта в 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, общению, передвижению 2-й степени, к обучению 2–3-й степени выраженности
- б) снижение интеллекта в степени тяжелой умственной отсталости (резко выраженная имбецильность), что ограничивает способность к обучению 2–3-й степени, к трудовой деятельности 2–3-й степени, к общению, передвижению и ориентации 2-й степени выраженности.

49. Назовите основные критерии установления I группы инвалидности при личностных расстройствах.

Ответ. Основными критериями I группы инвалидности являются:

- а) снижение интеллекта в 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 в степени глубокой умственной отсталости (идиотия) с выраженным недоразвитием речи, моторики, диспластичностью тела, простейшими полярными эмоциями.

Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной
и вторичной профилактике старческой астении,
формированию здорового образа жизни
и санитарно-гигиеническому просвещению населения

50. В чем заключается профилактика старческой астении?

Ответ. Профилактика старческой астении должна заключаться в FRAILTY (по первым буквам английского термина): F (food intake maintenance) — контроль приема пищи и регуляция рациона; R (resistance exercises) — физическая активность; A (atherosclerosis prevention) — профилактика атеросклероза; I (isolation avoidance) — избегать социальной изоляции; L (limit pain) — купировать болевой синдром; T (tai-chi or other balance exercises) — выполнение физических упражнений; Y (yearly functional checking) — регулярные медицинские осмотры.

51. В чем заключается основная стратегическая задача гериатрии?

Ответ. Основной стратегической задачей гериатрии является обеспечение и поддержание качества жизни пожилого больного.

52. Какие варианты демографической старости общества существуют?

Ответ. Демографическая старость считается:

- а) подвижной, если доля лиц старше 60 лет в общей структуре населения составляет от 12 до 14%
- б) стабильной, если доля лиц старше 60 лет в общей структуре населения составляет от 15 до 19%
- в) сенильной депопуляцией, если доля лиц старше 60 лет в общей структуре населения свыше 20%.

Проведение анализа медико-статистической информации;
ведение медицинской документации; организация деятельности
находящегося в распоряжении медицинского персонала

53. Назовите документы, регламентирующие возможность направления граждан пожилого возраста в стационарные учреждения.

Ответ. Федеральным законом от 02.08.1995 № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» предусмотрена возможность направления граждан пожилого возраста в стационарные учреждения, находящиеся в ведении социальной сферы (дома-интернаты для престарелых), при наличии соответствующего пакета документов и отсутствии медицинских противопоказаний (венерические заболевания, туберкулез в активной стадии процесса, злокачественно протекающие опухолевые заболевания).

54. Каким нормативным документом определяется создание геронтологических кабинетов в участково-территориальных поликлиниках?

Ответ. В России Приказом Минздрава СССР № 347 от 19.04.1977 и № 1000 от 23.09.1981 предписывалось создать геронтологические кабинеты в участково-территориальных поликлиниках. Приказ Минздрава РСФСР № 19 от 01.02.1991 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц» способствовал открытию в лечебно-профилактических учреждениях отделений, имеющих специализацию на уходе за пациентами пожилого и старческого возраста.

55. Каким нормативным документом введена специальность «гериатрия» в Российской Федерации?

Ответ. Специальность «врач-гериатр» в Российской Федерации введена в 1995 г. Приказом Минздравмедпрома РФ № 33 от 16.02.1995.

Порядки оказания медицинской помощи;
клинические рекомендации по вопросам оказания
медицинской помощи; стандарты медицинской помощи

56. Какие существуют виды медицинской помощи по профилю «гериатрия»?

Ответ. Медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи.

57. Как организована гериатрическая служба в России?

Ответ. Гериатрическая служба предполагает единую трехуровневую систему, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и гериатрические центры. В гериатрических кабинетах и отделениях поликлиник будет осуществляться прием граждан пожилого и старческого возраста по направлению участкового врача либо при самостоятельном обращении. В ходе осмотра пациента будет проводиться комплексная гериатрическая оценка, выявление хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска, гериатрических синдромов и формироваться индивидуальный план профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, социальной и психологической адаптации. Второй стационарный уровень предполагает создание в многопрофильных стационарах отделений, где должна осуществляться специализированная медицинская помощь пациентам со старческой астенией и с заболеваниями терапевтического профиля. Учреждениями третьего уровня являются гериатрические центры, осуществляющие организационно-методическую, научную, лечебно-профилактическую и образовательную деятельность.

58. Какова основная цель деятельности гериатрических центров?

Ответ. Гериатрический центр — учреждение здравоохранения, организуемое в субъекте Российской Федерации или муниципальном образовании с численностью населения от 3000 человек. Основной целью деятельности Центра является организация и оказание специализированной гериатрической меди-

цинской помощи населению старших возрастных групп и лицам с признаками преждевременного старения организма.

59. Какие основные задачи решает гериатрический центр?

Ответ. Центр решает следующие задачи:

- а) мониторинг состояния здоровья лиц старших возрастных групп и потребности их в медицинской и медико-социальной помощи
- б) мониторинг выполнения государственных гарантий
- в) участие в разработке региональных и территориальных программ по совершенствованию медицинской помощи и лекарственного обеспечения указанным категориям граждан
- г) оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению старших возрастных групп; внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации, адаптированных к применению у пожилых больных
- д) проведение санитарно-просветительной работы, содействие в социально-психологической адаптации пожилым и обучение навыкам ухода за ними
- е) обеспечение взаимодействия с органами и учреждениями социальной защиты населения при решении медико-социальных вопросов.

60. Каковы условия создания гериатрического отделения и гериатрического кабинета?

Ответ. Гериатрическое отделение рекомендуется создавать в медицинской организации (ее структурном подразделении) при численности прикрепленного населения пожилого и старческого возраста 20 000 человек и более. Гериатрический кабинет рекомендуется создавать в медицинской организации (ее структурном подразделении) при численности прикрепленного населения пожилого и старческого возраста менее 20 000 человек.

61. Какова структура гериатрического центра?

Ответ. В структуру Центра включены:

- а) гериатрические стационарные отделения
- б) консультативное отделение
- в) отделение диагностики
- г) организационно-методический отдел
- д) вспомогательные подразделения и службы.

62. В чем заключается медико-социальная помощь?

Ответ. Медико-социальная помощь оказывается в двух основных формах — внестационарной и стационарной. Внестационарная помощь оказывается в отделениях медико-социальной помощи, которые являются структурными подразделениями амбулаторно-поликлинических учреждений, специализированного диспансера, медико-санитарной части. Стационарная помощь оказывается в учреждениях, предоставляющих длительный уход и наблюдение — от 1 до 3 месяцев и более (дома-интернаты, дома престарелых, гериатрические центры, больницы, дома и отделения сестринского ухода).

63. Каковы показания для госпитализации пациентов в гериатрические отделения?

Ответ. Показаниями для госпитализации пациентов в гериатрические отделения являются:

- а) заболевания терапевтического профиля у пациента с синдромом старческой астении, требующие госпитализации
- б) необходимость продления срока лечения в стационарных условиях с целью восстановления утраченной способности к самообслуживанию после хирургических вмешательств
- в) необходимость проведения обследования пациентов со старческой астенией и зависимостью от посторонней помощи при отсутствии возможности обследования в амбулаторных условиях.

64. Какие параметры социального статуса пожилого больного оцениваются при КГО?

Ответ. Оцениваются следующие параметры социального статуса пожилого больного:

- а) семейный статус
- б) круг общения и социальных контактов
- в) жилищные условия
- г) финансовые возможности
- д) рабочая активность, профессия
- е) образование

- ж) возможность заниматься привычной деятельностью (уборка дома, приготовление пищи, покупка продуктов и т.д.)
- з) потребность в уходе
- и) потеря близких, стрессы
- к) злоупотребление алкоголем
- л) религиозность.

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

65. 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.

66. Какие основные направления противоэпидемической работы в зоне чрезвычайной ситуации?

Ответ:

- а) контроль соблюдения санитарно-эпидемиологических требований за размещением, питанием, водоснабжением, банно-прачечным обслуживанием
- б) организация гигиенической экспертизы, мониторинга и лабораторного контроля качества продовольствия, питьевой воды, воздушной среды, почвы
- в) оценка эпидемиологической обстановки и ее прогнозирование, планирование и оптимизация комплекса противоэпидемических мер
- г) организация проведения комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заноса, возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний среди населения
- д) организация иммунизации по эпидемическим показаниям и экстренной профилактики (бактериофаги, противовирусные, иммуномодулирующие средства)
- е) организация активного мониторинга за инфекционной и паразитарной заболеваемостью населения
- ж) эпидемиологическое расследование случаев инфекционных и паразитарных болезней с установлением причинно-следственной связи формирования очагов.

Тестовые задания

(Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов)

Проведение обследования пациентов пожилого
и старческого возраста с целью установления диагноза
и определения функционального статуса

1. Для демографической ситуации в России характерно:

- а) увеличение продолжительности жизни
- б) повышение удельного веса лиц молодого возраста
- в) снижение продолжительности жизни
- г) снижение удельного веса лиц пожилого возраста
- д) омоложение населения

Ответ: а.

2. Хронобиологические возрастные изменения тесно коррелируют:

- а) с астрономическим временем
- б) временем выхода на пенсию

- в) временем принятия решений
- г) социальным временем
- д) психологическими характеристиками

Ответ: а.

3. Для определения биологического возраста неинформативными показателями являются:

- а) определение факторов свертывания крови
- б) длина теломер
- в) показатели оксидантного статуса
- г) показатели уровня антиоксидантной защиты
- д) показатели уровня гликозилирования

Ответ: а.

4. Показатели, прогрессивно возрастающие с возрастом:

- а) синтез гормонов гипофиза
- б) уровень глюкозы в крови
- в) сократительная способность миокарда
- г) количество форменных элементов крови
- д) половые гормоны

Ответ: а.

5. Фенотипическая модель старческой астении L. Fried включает критерии:

- а) непреднамеренная потеря веса, низкая сила пожатия, снижение скорости ходьбы
- б) повышенная утомляемость, тремор, снижение памяти
- в) хронический болевой синдром, низкий уровень физической активности, остеопороз
- г) повышенная утомляемость, дефицит витамина D, недержание мочи
- д) снижение памяти, дезориентация, тремор

Ответ: а.

6. Умеренные когнитивные расстройства отмечают:

- а) при острых и/или хронических цереброваскулярных расстройствах
- б) деменции
- в) делирии
- г) депрессивной псевдодеменции
- д) психозах

Ответ: а.

7. Выраженные и прогрессирующие нарушения памяти сначала на недавние, а затем и на отдаленные события жизни являются симптомом:

- а) болезни Альцгеймера
- б) хронических цереброваскулярных расстройств
- в) болезни Паркинсона
- г) болезни Гентингтона
- д) острых цереброваскулярных расстройств

Ответ: а.

8. Сочетание нарушений управляющих функций и прогрессирующих речевых расстройств характерно:

- а) для лобно-височной дегенерации
- б) болезни Альцгеймера
- в) дисметаболической энцефалопатии
- г) болезни Паркинсона
- д) деменции с тельцами Леви

Ответ: а.

9. Когнитивными расстройствами являются ухудшение по сравнению с исходными индивидуальными возрастными и образовательными уровнями:

- а) памяти, внимания, праксиса, гнозиса, речи или исполнительных функций
- б) памяти, внимания, праксиса, гнозиса, ориентации во времени и пространстве

- в) памяти, внимания, восприятия, функциональной активности
- г) внимания, восприятия, праксиса, гнозиса, речи
- д) восприятия, праксиса, речи

Ответ: а.

10. Базовая функциональная активность оценивается:

- а) индексом Бартела
- б) шкалой Лоутона
- в) тестом «Встань и иди»
- г) краткой батареей тестов физической активности
- д) тестом Мини-Ког

Ответ: а.

11. Когнитивные и/или поведенческие нарушения, вторичные по отношению к депрессии, характеризуют:

- а) депрессивную псевдодеменцию
- б) деменцию с тельцами Леви
- в) болезнь Альцгеймера
- г) лобно-височную дегенерацию
- д) болезнь Паркинсона

Ответ: а.

12. Геронтология — это:

- а) наука о старении организма
- б) наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте
- в) наука, изучающая болезни пожилого возраста
- г) наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте
- д) наука о долголетию человека

Ответ: а.

13. Старение не характеризуется:

- а) адаптивностью
- б) эндогенностью
- в) постепенностью
- г) разрушительностью
- д) закономерностью

Ответ: а.

14. Исключением из индивидуальных факторов долгожительства являются:

- а) экологические
- б) генетические
- в) профессиональные
- г) социальные
- д) тип конституции

Ответ: а.

15. Исключением из факторов геропротекции является:

- а) снижение физической активности
- б) дозированная физическая активность
- в) снижение пищевого энергопоступления
- г) сохранение постоянной массы тела
- д) коррекция дефицита витамина D

Ответ: а.

16. Гетерокинетичность — это:

- а) различная скорость развития возрастных изменений
- б) различие во времени наступления старения различных органов и тканей
- в) одинаковая скорость развития возрастных изменений различных органов и тканей

- г) различная выраженность процесса старения органов и тканей
- д) различная выраженность процесса старения разных структур одного органа

Ответ: а.

17. Витаукт — это процесс:

- а) стабилизирующий жизнедеятельность организма
- б) снижающий надежность систем организма
- в) уменьшающий продолжительность жизни
- г) уменьшающий качество жизни
- д) снижающий адаптацию

Ответ: а.

18. Исключением из характеристик старения является:

- а) компенсаторность
- б) однонаправленность
- в) одномерность
- г) необратимость
- д) неизбежность

Ответ: а.

19. При физиологическом старении индивидуума его биологический возраст:

- а) совпадает с календарным
- б) опережает календарный
- в) соответствует адекватной возрастной группе
- г) соответствует адекватной профессиональной возрастной группе
- д) соответствует адекватной гендерной возрастной группе

Ответ: а.

20. Средняя суточная потребность в белках (в граммах):

- а) 100
- б) 400
- в) 300
- г) 200
- д) 500

Ответ: а.

21. Для лиц пожилого возраста суточное количество потребляемой клетчатки должно составлять (в граммах):

- а) 50
- б) 70
- в) 100
- г) 30
- д) 10

Ответ: а.

22. Основная группа риска перелома шейки бедра среди пожилых:

- а) лица, старше 80 лет с вертебробазилярной недостаточностью
- б) пожилые женщины, страдающие остеопорозом
- в) мужчины, старше 77 лет при наличии артропатии тазобедренного сустава
- г) пожилые граждане, страдающие сахарным диабетом 2-го типа
- д) пациенты в возрасте 65 лет в период обострения остеомиелита бедренной кости

Ответ: б.

Назначение лечения пациентам пожилого и старческого возраста,
контроль его эффективности и безопасности

23. Гериатрическая фармакотерапия — это:

- а) правило «малых доз» для лиц старше 80 лет

- б) рациональная фармакотерапия в гериатрической практике
- в) фитотерапия для пожилых и престарелых
- г) раздел гериатрии, изучающий особенности воздействия различных лекарственных средств на стареющий организм
- д) назначение более одного лекарственного препарата в силу полиморбидности старческого возраста

Ответ: г.

24. Противопоказание к назначению ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента:

- а) двусторонний стеноз почечной артерии
- б) дилатационная кардиомиопатия
- в) диабетическая нефропатия
- г) хроническая сердечная недостаточность
- д) глаукома

Ответ: а.

25. При назначении лечебной физкультуры больному ишемической болезнью сердца следует учитывать:

- а) данные велоэргометрии
- б) результаты ЭКГ
- в) состояние опорно-двигательного аппарата
- г) состояния психики

Ответ: а.

26. Влияние кишечной диспепсии с диареей на результаты лечения больных с сердечной недостаточностью:

- а) усиление токсического действия сердечных гликозидов и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента
- б) развитие гипокалиемии
- в) мышечная слабость
- г) общая слабость

Ответ: а.

27. Противоаритмическое действие сердечных гликозидов обусловлено:

- а) угнетением проводимости через AV-узел
- б) уменьшением возбудимости
- в) снижение автоматизма
- г) улучшением проведения через AV-узел
- д) снижением сократительной функции миокарда

Ответ: а.

28. Осложнения бесконтрольного применения антикоагулянтов включают:

- а) острые и хронические кровотечения
- б) развитие железодефицитной анемии
- в) снижение сопротивляемости организма к инфекционным агентам
- г) развитие интоксикации

Ответ: а.

Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, в том числе разработка плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента пожилого и старческого возраста

29. Виды реабилитации лиц пожилого возраста включают:

- а) овладение навыками аутотренировки
- б) диспансеризацию
- в) медицинский, психологический, социальный, просветительский, профессиональный, геронтологический уход

- г) обучение пользованию техническими средствами реабилитации
- д) скандинавскую ходьбу

Ответ: в.

30. В реабилитации нуждаются пожилые и старые люди:

- а) достигшие пенсионного возраста
- б) старше 75 лет, имеющие различные хронические заболевания
- в) с высоким риском инвалидизации или с инвалидностью
- г) не работающие, имеющие доход ниже прожиточного минимума
- д) нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи

Ответ: в.

31. Технические средства реабилитации инвалидов — это:

- а) палки для скандинавской ходьбы
- б) устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида
- в) очки для коррекции зрительных функций
- г) зубные протезы
- д) кардиостимулятор

Ответ: б.

32. Геронтологический уход — это:

- а) материальная помощь лежачему больному на оплату постороннего ухода
- б) медицинская помощь на дому лицам с ограничением способности к самообслуживанию 1-й степени
- в) социальное обслуживание
- г) предоставление средств медицинского ухода
- д) комплекс мероприятий по сохранению или восстановлению у престарелых способности к самообслуживанию, а также облегчению их интеграции в социум

Ответ: д.

33. Трудовая терапия в домах-интернатах для пожилых и инвалидов представляет собой:

- а) работы по уходу за приусадебным участком
- б) труд в специально-созданных условиях с использованием технических средств реабилитации
- в) специально-организованный вид занятости с учетом соматического здоровья пожилого человека
- г) исполнение отдельных видов работ по уборке жилых помещений
- д) участие в субботниках по озеленению

Ответ: в.

34. Способы стимуляции нейронов в центре движения коры головного мозга при реабилитации пожилых больных рассеянным склерозом включают:

- а) кинезиотерапию, магнитную стимуляцию, лечебную гимнастику, лекарственные препараты
- б) аутотренинг
- в) психолого-педагогическую коррекцию
- г) нетрадиционные способы лечения
- д) использование технических средств реабилитации

Ответ: а.

35. Социально-средовая реабилитация инвалидов — это:

- а) коррекция зрительных функций
- б) восстановление способности к ориентации в окружающей среде
- в) мероприятия по улучшению среды жизнедеятельности и условий для восстановления социального статуса
- г) проведение ежегодного планового стационарного лечения
- д) юридическая помощь

Ответ: в.

Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов пожилого и старческого возраста

36. Виды медицинских экспертиз, проводимых пациентам старших возрастных групп, включают:
- а) медицинский осмотр для получения справки о транспортабельности по состоянию здоровья
 - б) медико-социальную экспертизу
 - в) медицинское освидетельствование для допуска к вождению индивидуального транспортного средства
 - г) осмотр во врачебной комиссии для получения справки о возможности выезда за рубеж
 - д) диспансерное наблюдение

Ответ: г.

37. Обязательным условием проведения диспансеризации в отношении пожилых граждан является:
- а) ходатайство общественной организации инвалидов
 - б) направление органа социальной защиты
 - в) обращение соседей одиноко проживающего пожилого человека
 - г) определение суда
 - д) наличие информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя

Ответ: д.

38. Основные направления медицинской реабилитации лиц пожилого возраста включают:
- а) геронтологический уход
 - б) нетрадиционные способы лечения
 - в) психолого-педагогические методы
 - г) физические и механические методы (лечебная физкультура, эрготерапия, кинезиотерапия)
 - д) диспансерное наблюдение

Ответ: г.

39. Гериатрическая реабилитация — это:
- а) восстановительное лечение пожилых людей, имеющих комплекс заболеваний
 - б) комплекс медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение, поддержание, восстановление функционирования пожилых и старых людей, достижения ими независимости, улучшение качества жизни
 - в) процесс социально-бытовой адаптации инвалидов пожилого возраста
 - г) организация психиатрической помощи в медицинских организациях общего профиля
 - д) применение физиотерапевтических методов, улучшающих обмен веществ

Ответ: б.

40. Социальная недостаточность — это:
- а) социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи
 - б) уровень материального дохода ниже прожиточного минимума в регионе
 - в) размеры проемов дверей в квартире, ограничивающие возможность пользования креслом-коляской
 - г) отсутствие в месте проживания возможности для трудоустройства в соответствии с ИПРА инвалида
 - д) риск обострения заболевания при отсутствии в аптеке лекарства, назначенного врачом.

Ответ: а.

41. Индивидуальная программа реабилитации лиц пожилого возраста — это:
- а) рекомендации по социальному обслуживанию на дому
 - б) программа медицинской реабилитации
 - в) комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей к бытовой, социальной деятельности, утраченных в процессе старения
 - г) индивидуальная программа психологической поддержки
 - д) перечень доступных видов физической реабилитации

Ответ: в.

42. Правовой основой реабилитации инвалидов пожилого возраста является:

- а) Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»
- б) Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»
- в) Федеральный закон «О ветеранах»
- г) Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»
- д) Международная конвенция о правах инвалидов

Ответ: д.

43. Цель проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров — это:

- а) установление нуждаемости в мерах социальной защиты
- б) определение соответствия состояния здоровья работников выполняемой им работе
- в) составление программы медицинской и профессиональной реабилитации работника пенсионного возраста
- г) оценка профессиональных и деловых качества работника
- д) для допуска к профессиональной деятельности в связи с судимостью

Ответ: б.

Проведение и контроль эффективности мероприятий по первичной
и вторичной профилактике старческой астении,
формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому
просвещению населения

44. Нормативно-правовой акт, регулирующий оказание медицинской помощи гериатрическим больным в Российской Федерации, — это:

- а) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 № 38н
- б) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.04.2018 № 197н
- в) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.06.2015 № 344н
- г) Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.12.2012 № 1705н
- д) Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 № 1024н

Ответ: а.

45. Бесплатная медицинская помощь гериатрическим пациентам обеспечивается по программе:

- а) добровольного медицинского страхования
- б) обязательного медицинского страхования
- в) государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью
- г) бесплатных медицинских услуг
- д) платных медицинских услуг

Ответ: б.

46. Оценку эффективности социальной реабилитации проводят с помощью:

- а) теста на слухоречевую память
- б) шкалы Goldman
- в) индекса активности жизнедеятельности
- г) шкалы Рэнкина
- д) шкалы оценки психического здоровья (MMSE)

Ответ: в.

47. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения старческому возрасту соответствует промежуток:

- а) 80—95 лет
- б) 60—75 лет
- в) 25—45 лет
- г) 44—60 лет
- д) 75—90 лет

Ответ: д.

48. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения к долгожителям относят людей:

- а) старше 90 лет
- б) 60–75 лет
- в) 25–45 лет
- г) 44–60 лет
- д) 75–90 лет

Ответ: а.

Проведение анализа медико-статистической информации;
ведение медицинской документации;
организация деятельности находящегося в распоряжении
медицинского персонала

49. Под первичной заболеваемостью понимают:

- а) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, по поводу которых были обращения в данном году
- б) совокупность впервые выявленных у населения заболеваний за определенный промежуток времени
- в) случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет
- г) совокупность всех случаев госпитализации в связи с определенным заболеванием
- д) случаи госпитализаций, зарегистрированных в течение года

Ответ: б.

50. Документ, который используют для изучения заболеваемости по обращаемости, — это:

- а) талон амбулаторного пациента (форма № 025-12/у)
- б) медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у)
- в) направление на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у)
- г) талон на прием к врачу (форма № 024-4/у-88)
- д) направление на госпитализацию, обследование, консультацию (форма № 057/у-04)

Ответ: а.

51. Документ, который используют для изучения инфекционной заболеваемости, — это:

- а) экстренное извещение
- б) медицинская карта стационарного больного
- в) история болезни
- г) статистическая карта выбывшего из стационара
- д) журнал регистрации амбулаторных больных

Ответ: а.

52. Показатель оборота койки дает представление:

- а) о среднем числе больных, использовавших больничную койку в течение одного месяца
- б) средней длительности пребывания пациента на койке
- в) средней занятости койки в году
- г) среднем времени простоя койки
- д) среднем числе больных, использовавших больничную койку в течение года

Ответ: д.

53. Показатель больничной летальности определяется отношением числа:

- а) умерших в первые сутки к числу выбывших из стационара
- б) умерших в первые сутки к числу поступивших в стационар
- в) поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
- г) умерших в стационаре к числу выбывших из стационара
- д) поступивших в стационар к числу умерших в первые трое суток

Ответ: г.

**Порядки оказания медицинской помощи;
клинические рекомендации по вопросам оказания
медицинской помощи; стандарты медицинской помощи**

54. У больного 70 лет выявлена бактериурия при отсутствии клинической симптоматики. Ведение больного предполагает:

- а) наблюдение в амбулаторных условиях
- б) коррекцию водно-солевого баланса
- в) исследование биохимического состава крови
- г) ультразвуковое исследование
- д) антибактериальную терапию

Ответ: а.

55. Вторичная профилактика ревматизма при наличии порока сердца ревматической этиологии должна проводиться после последней атаки острой ревматической лихорадки:

- а) в течение 10 лет и более
- б) в течение 5 лет
- в) в течение 3 лет
- г) в течение 1 года
- д) в течение 6 месяцев

Ответ: а.

56. ЭКГ-признаком крупноочагового инфаркта миокарда является:

- а) желудочковая экстрасистолия
- б) инверсия зубцов Т
- в) подъем сегмента ST
- г) патологический зубец Q
- д) отрицательный зубец Р

Ответ: г.

57. Эхокардиографическим признаком стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является:

- а) трикуспидальная регургитация
- б) митральная регургитация, дилатация правого предсердия
- в) неполное смыкание створок митрального клапана
- г) гипертрофия и дилатация левого желудочка
- д) сужение левого атриовентрикулярного отверстия, дилатация правого желудочка

Ответ: д.

58. Диагноз пневмонии при наличии клинических признаков заболевания может быть установлен при выявлении на рентгенограмме легких изменений:

- а) участка затемнения, занимающего всю долю легкого
- б) обогащения легочного рисунка
- в) диффузной двусторонней диссеминации
- г) округлой полости с уровнем жидкости
- д) округлой пустой перстневидной полости

Ответ: а.

59. Рентгенологическим признаком легочного сердца является:

- а) повышение прозрачности легочных полей
- б) удлинение нижней дуги по левому контуру во 2-м косом положении
- в) выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции
- г) понижение прозрачности легочных полей

Ответ: б.

60. Основным показателем достижения ремиссии при лечении острого лейкоза является:

- а) число бластных клеток в костном мозге более 5%
- б) число бластных клеток в костном мозге менее 10%
- в) исчезновение бластных клеток из костного мозга

- г) исчезновение бластных клеток из крови
- д) исчезновение бластных клеток из костного мозга и крови

Ответ: а.

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

61. Первой фазой процесса оказания помощи при катастрофах является фаза:

- а) спасения
- б) сортировки
- в) изоляции
- г) эвакуации

Ответ: в.

62. Руководство медицинскими силами на месте чрезвычайной ситуации первично принимает на себя:

- а) любой медработник, первый оказавшийся на месте происшествия
- б) ответственный любой бригады скорой медицинской помощи, первой прибывшей на место происшествия
- в) только врач первой врачебной бригады скорой медицинской помощи, прибывшей на место происшествия
- г) только врач первой специализированной бригады скорой медицинской помощи, прибывшей на место происшествия
- д) только сотрудник региональной службы медицины катастроф, прибывший на место происшествия

Ответ: б.

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. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В. Старческая астения: что необходимо знать о ней врачу первичного звена? // *PMЖ*. — 2017. — Т.25. — №25. — С. 1820–1822. [Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Ostapenko VS, Sharashkina NV. Senile asthenia: what does a primary care physician need to know about it? *Russian Medical Journal*. 2017;25(25):1820–1822. (In Russ.)]
2. Сычев Д.А. Полипрагмазия в клинической практике: проблема и решения / под ред. В.А. Отделенова. — СПб.: Профессия, 2016. — 224 с. [Sychev DA. Polypragmasia in clinical practice: problem and solutions. Ed. by V.A. Otdelevov. Saint Petersburg: Profession; 2016. 224 p. (In Russ.)]
3. Богова О.Т., Пузин С.Н., Шургая М.А. Артериальная гипертония. Клинико-экспертная диагностика, профилактика, лечение. Учебное пособие. — М., 2015. — 112 с. [Bogova OT, Puzin SN, Shurgaya MA. Arterial hypertension. Clinical and expert diagnostics, prevention, treatment. Training manual. Moscow; 2015. 112 p. (In Russ.)]
4. Ильина Е.С., Богова О.Т., Синицина И.И., и др. Падения в стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией // *Нервно-мышечные болезни*. — 2018. — Т.8. — №3. — С. 19–27. [Ilina ES, Bogova OT, Sinitsina II, et al. Falls in the hospital in elderly patients with cardiovascular diseases and polypragmasia. *Neuromuscular Diseases*. 2018;8(3):19–27. (In Russ.)]
5. Пузин С.Н., Богова О.Т., Одебаева Р., и др. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2014. — №2. — С. 6–9. [Puzin CN, Bogova OT, Odebaeva R, et al. Rehabilitation of patients with coronary heart disease. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2014;(2):6–9. (In Russ.)]
6. Полищук Ю.И., Летникова З.В. Синдром старческой астении в геронтологии и гериатрии с точки зрения геронтопсихиатрии // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2018. — Т.28. — №4. — С. 71–74. [Polishchuk YuI, Letnikova ZV. The syndrome of senile asthenia in gerontology and geriatrics from the point of view of gerontopsychiatry. *Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(4):71–74. (In Russ.)]
7. Чукаева И.И., Ларина В.Н. Возраст-ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача-терапевта поликлиники // *Лечебное дело*. — 2017. — №1. — С. 6–15. [Chukaeva II, Larina VN. Age-associated conditions (geriatric syndromes) in the practice of a general practitioner of a polyclinic. *Lechebnoe delo*. 2017;(1):6–15. (In Russ.)]
8. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., и др. Клинические рекомендации «Старческая астения» // *Российский журнал гериатрической медицины*. — 2020. — №1. — С. 11–46. [Tkacheva ON, Kotovskaya YuV, Runikhina NK, et al. Clinical recommendations «Senile asthenia». *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020;(1):11–46. (In Russ.)]
9. Шлепцова М.В., Фролова Е.В. Распространенность основных гериатрических синдромов в практике врача-гериатра амбулаторного этапа и возможности их

коррекции // *Российский семейный врач*. — 2018. — Т.22. — №2. — С. 30–36. [Shleptsova MV, Frolova EV. Prevalence of the main geriatric syndromes in the practice of an outpatient geriatric physician and the possibility of their correction. *Russian Family Doctor*. 2018;22(2):30–36. (In Russ.)]

10. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752–762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.

Поступила 17.06.2019

Принята к печати 09.08.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

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

Соавторы:

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

Богова Ольга Таймуразовна, д.м.н., доцент [*Olga T. Bogova*, MD, PhD, Associate 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>

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

Алиев Ахмед Курбанович, ассистент кафедры [*Ahmed K. Aliiev*, Assistant Professor of the Department];
e-mail: akhmedaliiev-05@mail.ru