

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

С.Н. Пузин^{1,2,3}, С.А. Чандирли³, В.Н. Потапов³, Ю.И. Коршикова³,
Т.А. Хлудеева⁴, А.К. Алиев⁵



ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЕТЕНЦИЙ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ОРДИНАТОРАМИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «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) текущего контроля используется для оперативного и регулярного управления учебной, в том числе самостоятельной, деятельностью обучающегося. ФОС текущего контроля обеспечивает оценивание хода освоения разделов и тем учебной дисциплины (модуля). В условиях балльно-рейтинговой системы контроля результаты текущего оценивания используются в качестве показателя текущего рейтинга обучающегося.

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

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Потапов В.Н., Коршикова Ю.И., Хлудеева Т.А., Алиев А.К. Формы контроля знаний, умений, навыков, опыта деятельности и компетенций, формируемых в результате освоения ординаторами рабочей программы учебной дисциплины (модуля) «Гериатрия». *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2019;22(4):216–244. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48949>

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, V.N. Potapov³, Yu.I. Korshikova³, T.A. Khludeeva⁴, A.K. Aliev⁵

FORMS OF CONTROL OF KNOWLEDGE, ABILITIES, SKILLS, EXPERIENCE OF ACTIVITY AND COMPETENCES FORMED AS A RESULT OF DEVELOPMENT BY INTERNS OF THE WORKING PROGRAM OF A SUBJECT MATTER (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 monitoring WCF is used for the operational and regular management of training activities (including independent) of the student. The monitoring WCF provides an assessment of the progress in the development of sections and topics of the training discipline (module). In the conditions of the point-rating control system, the results of the current assessment are used as an indicator of the current rating of the student.

Keywords: *geriatrics, monitoring, control questions, test tasks, WCF attestations.*

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Potapov VN, Korshikova YuI, Khludeeva TA, Aliev AK. Forms of control of knowledge, abilities, skills, experience of activity and competences formed as a result of development by interns of the working program of a subject matter (module) “Geriatrics”. 2019;22(4):216–244. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48949>

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 10.09.2019

Accepted 01.12.2019

Список сокращений

АД — артериальное давление	МСЭ — медико-социальная экспертиза
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота	САД — систолическое артериальное давление
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт	СД — сахарный диабет
МКБ — международная классификация болезней	ЭКГ — электрокардиография

Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку ординатора

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

1. Что такое гериатрический синдром?

Ответ. Гериатрический синдром — многофакторное возрастассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов и функциональных нарушений.

2. Чем гериатрический синдром отличается от традиционного клинического синдрома?

Ответ. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах организма.

3. Назовите органы-мишени старческой астении.

Ответ. Выделяют следующие органы-мишени старческой астении:

- а) костно-мышечная система
- б) иммунная система
- в) нейроэндокринная система.

4. В чем проявляется старческая астения костно-мышечной системы?

Ответ. Проявления старческой астении костно-мышечной системы: снижается мышечная масса, происходят нарушения мышечной терморегуляции, снижается потребление мышцами кислорода, нарушается иннервация мышечной ткани, ее выносливость.

5. Каковы признаки старческой астении иммунной системы?

Ответ. Признаки старческой астении иммунной системы: снижается продукция и содержание иммуноглобулинов А и G, интерлейкина 2; активируется продукция провоспалительных цитокинов (интерлейкинов).

6. Что происходит с нейроэндокринной системой при старческой астении?

Ответ. При старческой астении происходят следующие изменения нейроэндокринной системы: снижается продукция и содержание гормона роста, эстрогена и тестостерона, инсулиноподобного фактора роста-1, витамина D. Происходит увеличение инсулинорезистентности, повышается симпатический тонус, нарастает стероидная дисрегуляция.

7. Каковы внешние факторы риска падения у лиц пожилого и старческого возраста?

Ответ. Факторы риска падений можно разделить на внутренние и внешние. К внешним факторам относятся дефекты окружающей среды, характер обуви и одежды; неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы.

8. Что относится к дополнительным клиническим проявлениям тревожно-депрессивного состояния у лиц пожилого и старческого возраста?

Ответ. К дополнительным клиническим проявлениям тревожно-депрессивного состояния у лиц пожилого и старческого возраста относятся:

- а) снижение способности к концентрации внимания
- б) снижение самооценки и неуверенность в себе
- в) идеи виновности и самоуничтожения
- г) мрачное и пессимистическое видение будущего
- д) идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства
- е) нарушенный сон
- ж) нарушенный аппетит.

9. Каковы общие закономерности изменения системы иммунитета при старении?

Ответ. С увеличением возраста человека отмечается прогрессирующая атрофия тимуса, значительное снижение продукции тимических гормонов, всей лимфоидной системы (селезенки, лимфатических узлов); отмечается также снижение количества «зрелых» Т-лимфоцитов в тимусе и периферической крови, увеличение числа незрелых и активированных лимфоцитов; снижение разнообразия антигенного репертуара лимфоцитов; снижение противоопухолевой устойчивости организма, резко снижена способность лимфоцитов активироваться собственными клетками организма.

10. Каковы клинические особенности сахарного диабета (СД) 2-го типа у пожилых пациентов?

Ответ. В пожилом возрасте часто имеет место:

- а) бессимптомное («немое») течение заболевания: отсутствие жажды, преобладание неспецифических жалоб на слабость, повышенную утомляемость, головокружение
- б) часто заболевание не выявляется до тех пор, пока на первый план не выйдут поздние осложнения СД (ретинопатия, нефропатия, синдром диабетической стопы, инфаркт или инсульт)
- в) затрудненное распознавание гипогликемических состояний.

11. Что относится к компенсаторным механизмам функционирования дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте?

Ответ. К механизмам, поддерживающим у пожилых и стариков газообмен между альвеолярным воздухом и внешней средой, несмотря на уменьшение дыхательного объема. К компенсаторным механизмам вентиляции легких относятся учащение дыхания, поддерживающее минутный объем дыхания на должном уровне; уменьшение резервного объема выдоха по сравнению с резервным объемом вдоха; повышение чувствительности периферических хеморецепторов к гипоксическому стимулу.

12. Каковы внутренние факторы риска падения у лиц пожилого и старческого возраста?

Ответ. Факторы риска падений можно разделить на внутренние и внешние. К внутренним факторам относятся одинокое проживание; прием лекарственных препаратов; наличие хронических заболеваний; нарушение двигательной функции и походки; малоподвижный образ жизни; когнитивные нарушения; нарушение питания; нарушение зрения.

13. Какие признаки включает в себя синдром старческой астении?

Ответ. Синдром старческой астении диагностируется при наличии трех и более из указанных признаков: 1) потеря веса (массы) тела темпом не менее чем 4,5 кг/год; 2) снижение силы кисти руки, определяемое с помощью динамометра; 3) общая слабость и повышенная утомляемость; 4) снижение скорости движений (медлительность); 5) снижение физической активности.

14. Что относится к основным клиническим проявлениям тревожно-депрессивного состояния у лиц пожилого и старческого возраста?

Ответ. К основным клиническим проявлениям тревожно-депрессивного состояния у лиц пожилого и старческого возраста относятся снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой; отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приносящей положительные эмоции; снижение энергии и повышенная утомляемость.

15. Каковы причины развития старческой астении?

Ответ. Выделяют две причины — старческую астению как фенотип, передающийся генетически, и как совокупность приобретенного дефицита функций на фоне полиморбидности. При этом чаще встречается так называемая приобретенная старческая астения на фоне кумуляции заболеваний. На частоту развития старческой астении влияют также социально-экономические условия жизни.

16. Чем характеризуется клиническая картина старческой астении?

Ответ. Клинически старческая астения характеризуется такими симптомами, как похудание, когда наблюдается снижение массы тела темпом не менее чем 4,5 кг/год; нарушение походки; снижение мышечной силы и развитие выраженной саркопении; развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности.

17. В чем причины синдрома мальнутриции?

Ответ. Процесс старения, как правило, сопряжен со снижением вкусовой чувствительности к потребляемой пище, синдромом «быстрого насыщения», при котором значительно снижается объем потребляемой пищи вследствие повышенной чувствительности центров насыщения продолговатого мозга. Все это вместе взятое приводит к снижению аппетита, снижению объема и качества принимаемой пищи и синдрому недостаточности питания.

18. Каковы основные проявления мальнутриции?

Ответ. Основными клиническими проявлениями мальнутриции являются снижение мышечной силы и выносливости, уменьшение объема физической активности, активности повседневной жизни, снижение массы тела.

19. Какие факторы должны учитываться при опросе и оценке состояния пациентов пожилого возраста?

Ответ:

- а) частичная или полная потеря некоторых функций, затрудняющих контакт (зрение, слух, речь)
- б) пожилые люди могут и не упомянуть о симптомах, которые они считают частью нормального старения (например, одышка, дефицит слуха или зрения, проблемы с памятью, недержание мочи, нарушение походки, запор, головокружение, падения)
- в) нетипичные проявления заболевания
- г) усугубление функционального расстройства как единственное проявление заболевания
- д) проблемы с памятью
- е) страх перед госпитализацией
- ж) зависимые от возраста заболевания и проблемы: депрессия, когнитивные расстройства и др.

20. Каковы особенности картины инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста?

Ответ. Инфаркт миокарда у пожилых людей реже начинается с типичной ангинозной картины. У больных старше 60 лет чаще встречаются аритмическая, астматическая, гастралгическая, церебральная, периферическая, бессимптомная формы инфаркта миокарда.

21. Как проявляется безболевая форма инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста?

Ответ. Безболевая форма инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста нередко бывает при сахарном диабете, может проявляться немотивированной слабостью, головной болью, головокружением, небольшой одышкой, тошнотой, декомпенсацией диабета. Бессимптомные формы инфаркта миокарда чаще выявляются случайно во время профилактических осмотров (ЭКГ-находка).

22. Какие изменения происходят в структуре почек с возрастом?

Ответ. Наблюдаются следующие возрастные изменения структуры почек: уменьшение массы почек; снижение почечного кровотока; изменение клубочков и базальной мембраны канальцев; склерозирование почечных артериол.

23. Каковы особенности больных пожилого и старческого возраста?

Ответ. Основными особенностями больных пожилого и старческого возраста являются:

- а) наличие инволюционных функциональных и морфологических изменений со стороны различных органов и систем
- б) часто наличие у одного больного двух и более заболеваний (полиморбидность)
- в) преимущественно хроническое течение заболеваний
- г) атипичность клинических проявлений заболеваний
- д) наличие старческих болезней
- е) социально-психологическая дезадаптация.

24. На что чаще всего указывает систолический шум у пациентов пожилого возраста?

Ответ. У пациентов пожилого возраста систолический шум наиболее часто указывает на склероз аортального клапана: как правило, этот шум не имеет гемодинамической значимости, хотя при нем может быть повышен риск инсульта. Он достигает пика во время ранней систолы и редко может быть услышан в сонной артерии.

25. Каковы особенности склероза аортального клапана у пациентов пожилого возраста?

Ответ. У пациентов пожилого возраста шум стеноза аортального клапана может определяться с трудом, поскольку он может быть слабее; 2-й уровень тона сердца редко слышен; снижение пульсового давления является редкостью. Кроме того, у многих пожилых пациентов со стенозом аортального клапана движение крови вверх по сонной артерии не замедляется из-за уменьшения эластичности сосудистой стенки.

26. Когда проводится ПАП-тест женщинам старше 65 лет?

Ответ. Женщинам старше 65 лет следует проводить гинекологическое обследование с цитологическим тестом (ПАП-тест) при развитии симптомов возможной патологии, если ранее имелось по крайней мере 2 отрицательных результата ПАП-теста с промежутком в 1 год. Если женщине была проведена гистерэктомия, ПАП-тесты необходимы при сохранении ткани шейки матки.

27. Какие возрастные изменения могут наблюдаться при гинекологическом обследовании пациенток пожилого возраста?

Ответ. В постменопаузе снижение уровня эстрогена приводит к атрофии влагалища и слизистой оболочки уретры; слизистая влагалища становится сухой и наблюдается атрофия циркулярных складок. Яичники через 10 лет после наступления менопаузы прощупываться не должны; пальпируемые яичники предполагают наличие рака. Пациентки должны быть обследованы на предмет выпадения уретры, влагалища, шейки матки и матки.

28. Как меняется походка у пожилых людей?

Ответ. Нормальные возрастные изменения походки могут быть следующими:

- а) укорочение шага из-за ослабления икроножных мышц или из-за ухудшения чувства баланса
- б) снижение скорости ходьбы из-за укорочения шагов
- в) увеличение времени нахождения в двойной позиции (когда обе ноги находятся на земле), которое может быть обусловлено нарушением баланса или страхом падения
- г) сокращение объема движений в суставах
- д) изменения в позе ходьбы (например, большее отклонение таза книзу из-за абдоминального ожирения, слабости мышц передней брюшной стенки и напряжения мышц-сгибателей бедер).

29. Как меняется ахилло-сухожильный рефлекс с возрастом?

Ответ. Симметричное ослабление ахилло-сухожильного рефлекса или его отсутствие присущи пожилым пациентам и не свидетельствуют о патологии. Причиной являются уменьшение эластичности сухожилия и замедление нервной проводимости в длинной рефлекторной дуге сухожилия. Асимметричный ахилло-сухожильный рефлекс обычно указывает на заболевание (например, пояснично-крестцовый радикулит).

30. Какие показатели используются для оценки наличия ожирения у пожилых больных?

Ответ. Для оценки ожирения пожилых людей следует использовать окружность талии и соотношение окружностей талии и бедер. Риски, связанные с ожирением, возрастают при окружности талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин, или если соотношение окружностей талии и бедер >0,9 у мужчин и >0,85 у женщин.

31. Как проявляется боль при аппендиците у пожилых пациентов?

Ответ. При аппендиците у пожилых пациентов боли возникают в правом нижнем квадранте, а не перимбиликально. Боль в животе может быть диффузной, а не локализована в правом нижнем квадранте, хотя болезненность в этом квадранте является значимым ранним симптомом.

32. Как клинически проявляется бактериемия у пожилых пациентов?

Ответ. Бактериемия вызывает незначительный подъем температуры у большинства пожилых пациентов, хотя и повышение температуры может полностью отсутствовать. Источник бактериемии может быть трудно определенным. Пожилые пациенты, как правило, имеют неспецифические проявления заболевания (например, общее недомогание, потерю аппетита, ночное потоотделение, необъяснимые изменения душевного состояния).

33. Каковы особенности заболеваний желчевыводящих путей у пожилых больных?

Ответ. Желчные расстройства могут привести к неспецифическому ухудшению психического и физического состояния в виде слабости, спутанности сознания, потери мобильности без желтухи, повышения температуры или болей в животе. Единственным указанием могут быть нарушения лабораторных показателей функции печени.

34. Изложите классификацию старческой астении по этапам развития

Ответ. Старческая астения, согласно классификации, сформулированной рабочей группой Канадского исследования здоровья и старения (CSHA, 2009), 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 леченных 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.

35. Перечислите основные гериатрические синдромы.

Ответ. К основным гериатрическим синдромам относятся анорексия, апатия, хронический болевой синдром, возрастной андрогенный дефицит, дегидратация, пролежни, деменция, депрессия, синдром насилия над стариками, гипотермия, недержание мочи, инсомния, нестабильность и падения, когнитивный дефицит, обстипационный синдром, нарушения слуха и нарушения зрения.

36. Какие шкалы используются при проведении специализированного гериатрического осмотра?

Ответ. Специализированный гериатрический осмотр основан на применении опросников и шкал, основными из которых являются «Оценка риска развития синдрома мальнутриции», «Оценка двигательной активности у пожилых», «Мини-исследование умственного состояния», «Оценка депрессии (Шкала Бека)», «Оценка независимости в повседневной жизни».

37. Какова патогенетическая и организационная основа старческой астении?

Ответ. Старческая астения патогенетически является проявлением характерной для пожилого и старческого возраста полиморбидности, а организационной основой оказания помощи при данном синдроме является гериатрический уход.

38. Что такое саркопения?

Ответ. Саркопения — гериатрический синдром, характеризуемый прогрессирующей генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц, повышающий риск неблагоприятных исходов, в частности формирования зависимости от посторонней помощи, снижения качества жизни и смерти.

39. Что представляет собой скрининговый опросник «Возраст не помеха»?

Ответ. В России для скрининга старческой астении был разработан опросник «Возраст не помеха», который включил 7 вопросов, касающихся потери веса, сенсорных дефицитов, падений, симптомов депрессии и когнитивных нарушений, недержания мочи и снижения мобильности. Заполнять опросник может как медицинская сестра или немедицинский персонал (например, волонтеры), так и сам пациент. За каждый положительный ответ на вопрос пациент набирает 1 балл, за отрицательный ответ — 0 баллов. Максимальное число набранных баллов по опроснику — 7.

40. Какие варианты функциональной активности существуют?

Ответ. Существуют два основных варианта функциональной активности — базовая и инструментальная. Базовая функциональная активность включает в себя элементарные действия по самообслуживанию — одевание, личную гигиену, прием пищи, возможность пользоваться туалетом, контроль тазовых функций,

перемещение на небольшие расстояния, подъем по лестнице. Инструментальная функциональная активность включает более сложные элементы повседневной деятельности — совершение покупок, прием лекарств, приготовление пищи, возможность пользоваться телефоном и транспортом, стирка вещей и уборка квартиры.

41. Какие шкалы используются для оценки функциональной активности?

Ответ. Для оценки базовой функциональной активности чаще всего используется индекс Бартела. Наиболее распространенным вариантом для оценки инструментальной функциональной активности является шкала Лоутона.

42. Каковы факторы риска развития старческой астении?

Ответ. Факторы риска развития старческой астении:

- а) возраст
- б) низкий уровень образования и дохода
- в) депрессия
- г) низкий уровень физической активности
- д) полипрагмазия
- е) плохое питание
- ж) плохая гигиена полости рта
- з) заболевания (эндокринные и онкологические заболевания, деменция).

43. Какие специалисты проводят комплексную гериатрическую оценку?

Ответ. Комплексная гериатрическая оценка проводится:

- а) врачом-гериатром
- б) медицинской сестрой
- в) специалистом по когнитивным нарушениям (невролог, психотерапевт, психиатр)
- г) специалистом по социальной работе
- д) логопедом
- е) психологом
- ж) инструктором по ЛФК.

44. Каковы наиболее частые осложнения старческой астении?

Ответ. Наиболее характерным осложнением синдрома старческой астении может быть сосудистая деменция и ряд психических расстройств (делирий, спутанность сознания, галлюцинаторно-бредовые расстройства).

45. Каковы особенности зубцов желудочкового комплекса ЭКГ пожилого пациента?

Ответ:

- а) расщепление и уширение желудочкового комплекса до 0,10
- б) снижение вольтажа комплекса
- в) уменьшение амплитуды зубца Т как отражение снижения уровня процессов реполяризации в миокарде
- г) удлинение QT-интервала в связи со снижением сократительной способности миокарда
- д) с V_1 по V_3 слабо нарастает амплитуда зубца R, что затрудняет диагностику инфаркта миокарда межжелудочковой перегородки у пожилых людей
- е) часто зубец S регистрируется вплоть до отведения V_6 как результат эмфиземы легких.

46. Каковы особенности ритма на ЭКГ у пожилых больных?

Ответ:

- а) правильный синусовый ритм
- б) уменьшается выраженность дыхательной аритмии
- в) синусовая брадикардия
- г) уменьшается степень учащения синусового ритма при переходе из горизонтального в вертикальное положение
- д) дыхательные колебания ритма
- е) реакция на маневр Вальсальвы и хронотропный ответ на атропин
- ж) нарушения ритма и проводимости: экстрасистолия, мерцательная аритмия, синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярные блокады и блокады ножек пучка Гиса.

47. Каковы лабораторные особенности СД у пожилых?

Ответ:

- а) отсутствие гипергликемии натощак
- б) преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии
- в) повышение с возрастом почечного порога для глюкозы.

Отсутствие гипергликемии натощак и преобладание гипергликемии после еды указывают на то, что в пожилом возрасте для выявления СД нельзя ограничиваться эпизодическими измерениями уровня глюкозы крови только натощак, и исследование гликемии через 2 ч после еды является обязательным.

Уровень глюкозурии при диагностике СД или при оценке степени его компенсации в настоящее время не является достаточно информативным, так как в пожилом возрасте почечный порог для глюкозы смещается к 12–13 ммоль/л. Следовательно, даже очень плохая компенсация СД не всегда будет сопровождаться появлением глюкозурии.

48. Каковы особенности клинических проявлений сердечной недостаточности у пожилых больных?

Ответ. Сердечная недостаточность у пожилых больных может вызвать спутанность сознания, возбуждение, анорексию, слабость, бессонницу, усталость, потерю веса или сонливость, пациенты могут не сообщать об одышке. Ортопноэ может вызвать ночные волнения у пациентов. Периферические отеки являются менее определенными. У пациентов, прикованных к кровати, отек может возникать в крестцовой области, а не в нижних конечностях.

49. Какие существуют основные формы старческой астении по причине развития?

Ответ. По причине развития старческой астении выделяют две формы — старческую астению как фенотип, передающийся генетически (Fried-like), и как совокупность приобретенного дефицита функций на фоне полиморбидности (Rockwood-like). В возрасте 65–80 лет чаще встречается приобретенная старческая астения на фоне кумуляции заболеваний; в возрасте 80–84 лет частота встречаемости обеих форм старческой астении выравнивается, а в возрасте старше 85 лет отмечается генетически обусловленная форма.

50. Как объективно оценивается степень тяжести старческой астении?

Ответ. Для диагностики и объективного определения степени тяжести старческой астении часто применяется индекс старческой астении: чем он выше, тем в большей степени выражен дефицит функций и, соответственно, увеличена потребность в уходе. В частности, показатель индекса 0–0,2 балла расценивается как отсутствие старческой астении; 0,2–0,4 балла — умеренно выраженная старческая астения; 0,4 балла и выше — выраженная старческая астения.

51. Какие состояния лежат в основе развития старческой астении?

Ответ. В основе развития старческой астении находится три возрастзависимых состояния: синдром недостаточности питания (мальнутриция), саркопения и снижение метаболического индекса и физической активности.

52. Какие признаки включает в себя синдром старческой преастении?

Ответ. Синдром старческой преастении диагностируется при наличии 1 или 2 из указанных признаков:

- 1) потеря веса (массы) тела
- 2) снижение силы кисти руки
- 3) общая слабость и повышенная утомляемость
- 4) снижение скорости движений (медлительность)
- 5) снижение физической активности.

53. Какие основные жалобы могут предъявлять пациенты с синдромом старческой астении?

Ответ. Пациенты с синдромом старческой астении могут предъявлять жалобы на повышенную утомляемость, снижение активности, нарастание трудностей при ходьбе или при подъеме по лестнице, изменение походки, падение, похудение, потерю памяти, потерю аппетита, снижение слуха, замедление речи.

54. Чем деменция при старческой астении отличается от недементных когнитивных нарушений?

Ответ. Важным отличием деменции от недементных когнитивных нарушений является снижение повседневной функциональной активности и формирование зависимости от помощи окружающих при развитии деменции. Когнитивные расстройства — это ухудшение по сравнению с исходным индивидуальным и/или средними возрастными и образовательными уровнями одной или нескольких следующих когнитивных функций — памяти, внимания, праксиса, гнозиса, речи или исполнительных функций.

55. Какие основные факторы влияют на возникновение и развитие синдрома старческой астении?

Ответ. Основные факторы, влияющие на возникновение и развитие синдрома старческой астении:

- а) возраст: 65–70 лет и особенно 80 лет и выше; в каждые последующие 5 лет риск прогрессирования синдрома старческой астении увеличивается примерно на 20%
- б) пол: чаще развивается у пожилых женщин
- в) одиночество
- г) проживание в сельской местности
- д) низкий уровень образования и низкий уровень материального обеспечения; наличие хронических (прогрессирующих) соматических и нервно-психических заболеваний.

56. Какой уровень целевого артериального давления (АД) у пожилых больных?

Ответ. Целевое систолическое АД у пожилых пациентов без старческой астении составляет 140–150 мм рт.ст. У пожилых пациентов <80 лет возможно назначение антигипертензивной терапии при систолической АД (САД) >140 мм рт.ст. и достижение целевого уровня САД <140 мм рт.ст. Целевое АД у пожилых пациентов со старческой астенией определяется врачом-гериатром на основании комплексной гериатрической оценки.

57. Какие существуют факторы развития пролежней у пожилых больных?

Ответ. Риск развития пролежней у госпитализированных пожилых пациентов повышен, что связано с наличием следующих факторов риска:

- а) ограничение физической активности
- б) недостаточность питания
- в) недержание мочи
- г) неврологические нарушения.

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

58. Что относится к факторам, осложняющим лечение пожилых пациентов?

Ответ. К факторам, осложняющим лечение пожилых пациентов, относятся:

- а) возрастные изменения фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств
- б) соматическая и психическая коморбидность
- в) снижение когнитивных функций и низкая обучаемость пациентов
- г) социальные факторы (одиночество, беспомощность, бедность)
- д) низкая приверженность лечению.

59. Какие возрастные физиологические изменения могут приводить к выраженным изменениям на различных этапах фармакокинетики лекарственных средств?

Ответ. На этапе всасывания: уменьшение желудочной секреции, площади всасывания, моторики ЖКТ, кровотока в ЖКТ, кровотока на периферии, увеличение рН в желудке, атрофия мышц.

На этапе распределения: уменьшение сердечного выброса, общего содержания воды в организме, массы тела, альбуминов; увеличение жировой массы тела, α -кислого гликопротеина.

На этапе метаболизма: уменьшение общего количества изоферментов цитохрома P450, индукции ферментов, массы печени, кровотока в печени, активности оксидазных систем со смешанной функцией.

На этапе экскреции: уменьшение размеров почек, почечного кровотока, скорости клубочковой фильтрации, секреции в канальцах.

60. Какие принципы лежат в основе питания пожилых и людей старческого возраста?

Ответ. В основе питания пожилых и людей старческого возраста лежат следующие основные принципы:

- а) соответствие количества энергии или калорийности потребляемой человеком пищи по количеству расходуемой энергии в течение дня при движении
- б) сохранение баланса питательных веществ (белков — 15%, жиров — 30%, углеводов — 55% суточной калорийности), витаминов и минеральных веществ
- в) соблюдение режима питания: прием пищи не реже 4–5 раз в день, в одно и то же время, не переедая перед сном.

61. Назовите основные группы геропротекторов?

Ответ:

- а) антиоксиданты
- б) ингибиторы перекрестного связывания
- в) нейротропные средства
- г) гормоны щитовидной железы, коры надпочечников, половые гормоны и контрацептивы, мелатонин и пептиды эпифиза
- д) антидиабетические средства
- е) иммуномодуляторы
- ж) энтеросорбенты
- з) адаптогены.

62. Какие существуют виды паллиативной помощи?

Ответ. Существует три вида паллиативной помощи:

- а) хосписная, главная цель которой — всесторонняя забота о пациенте с неизлечимым заболеванием в тяжелой стадии; болевым синдромом, который невозможно купировать в домашних условиях; невозможностью ухода со стороны членов семьи
- б) терминальная — всесторонняя паллиативная помощь пациенту в последние дни его жизни
- в) помощь выходного дня проводится в выделенные дни, чтобы родственники, которые постоянно заняты уходом за тяжелым больным, могли отдохнуть. Этим занимаются специалисты в дневных стационарах, отделениях при хосписах или выездные патронажные службы на дому у больного.

63. Какие существуют формы организации паллиативной помощи?

Ответ. Паллиативная помощь больным может быть организована тремя способами:

- а) в домашних условиях: в основе ухода на дому должна лежать преемственность лечения в больнице, включающая обезболивание, уход, социальную, психологическую поддержку
- б) амбулаторно: в кабинете противоболевой терапии
- в) стационарно: в специализированных отделениях и отделениях сестринского ухода при больницах, в хосписах и домах сестринского ухода.

64. Каковы причины нежелательных реакций на введение лекарственных средств у пожилых больных?

Ответ. Причины нетипичных (идиосинкразизирующих) труднопрогнозируемых реакций на введение лекарственных средств у пожилых больных:

- а) снижение количества рецепторов
- б) изменение аффинитета рецепторов
- в) изменение пострецепторных сигнальных каскадов
- г) нарушение гомеостатических физиологических механизмов «обратной связи».

65. Как подбирается доза лекарственного средства пожилому больному?

Ответ. При назначении лекарственного средства пожилому больному следует подбирать дозу следующим образом:

- а) начинать с низкой стартовой дозы (как правило, 30–50% от дозы для пациентов среднего возраста)
- б) для достижения желаемого эффекта повышать дозу постепенно
- в) при титровании дозы опираться на клинико-лабораторные данные
- г) во избежание «каскада назначений» априори рассматривать каждый новый симптом как реакцию на введение лекарства, пока не будет доказано обратное.

66. Каковы причины сниженной комплаентности у пожилых больных?

Ответ. Проявления сниженной комплаентности у пожилых больных:

- а) неточное соблюдение схемы приема лекарственных средств
- б) прекращение приема лекарственных средств в ответ на улучшение самочувствия
- в) прием большей или меньшей дозы лекарственных средств.

67. Что является основной проблемой медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте?

Ответ. Основными проблемами медикаментозной терапии в пожилом и старческом возрасте являются:

- 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 гипертензия 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.

68. В чем заключается фармакологическое сопровождение ухода за пожилыми больными?

Ответ. Фармакологическое сопровождение ухода заключается в следующем:

- а) важно избегать полипрагмазии и высоких доз препаратов
- б) при нарушении сна целесообразно применение тразодона или золпидема, важны гигиенические мероприятия по восстановлению сна
- в) при тревожно-депрессивном синдроме целесообразно применение ингибиторов обратного захвата серотонина
- г) при снижении массы тела необходимо применять энтеральные смеси
- д) необходима коррекция дефицита витамина D при его наличии.

69. Каковы особенности химиотерапии больным с синдромом старческой астении и преаестении?

Ответ. В отношении тех, у кого имеют место преаестения или астения, нужны специальные адаптированные схемы, поскольку агрессивная химиотерапия способна ускорить развитие развернутых проявлений старческой астении. Возрасториентированные схемы химиотерапии должны заключаться в снижении доз химиопрепаратов, использовании менее токсичных схем терапии; начало такой терапии должно быть непременно в больничных условиях, при этом важно особенно тщательно оценивать состояние пациента в ближайшем и отдаленном периоде после окончания химиотерапии.

70. Как проявляется дефицит витамина D у пожилых людей?

Ответ. Дефицит витамина D у пожилых людей приводит к миопатии, что может проявляться мышечной слабостью, особенно в проксимальных группах мышц, трудностями при ходьбе, поддержании равновесия, повышению риска падений и переломов.

71. Изложите принципы терапии у пациентов пожилого возраста с полиморбидностью и синдромом старческой астении.

Ответ. Принципы терапии у пациентов пожилого возраста с полиморбидностью и синдромом старческой астении:

- а) выделение приоритетного заболевания, лечение которого в данный момент времени позволит улучшить качество жизни пациента и прогноз его здоровья
- б) определение лечения, которое может быть прекращено в виду ограниченной пользы или высокого риска нежелательных явлений
- в) использование нефармакологических методов терапии (диета, физические упражнения, психологическая поддержка) как возможной альтернативы некоторым лекарственным препаратам.

72. Как проводится липидснижающая терапия (статины) пожилым больным?

Ответ. С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний всем пациентам старше 60 лет по назначению лечащего врача показано назначение липидснижающей терапии (статинов). Для первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых >75 лет (особенно в возрасте 80 лет и старше) назначение статинов не показано независимо от уровня холестерина.

73. По какому принципу проводится физическая активность для пожилых людей?

Ответ. Рекомендуется следующая практика физической активности для пожилых людей:

- а) следует уделять не менее 150 мин в неделю занятиям аэробикой средней интенсивности или не менее 75 мин/нед. занятиям аэробикой высокой интенсивности
- б) каждое занятие должно продолжаться не менее 10 мин
- в) при проблемах с суставами должны выполняться упражнения на равновесие, предотвращающие риск падений, 3 или более дней в неделю
- г) силовым упражнениям, где задействованы основные группы мышц, следует посвящать 2 или более дней в неделю

- д) если пожилые люди по состоянию своего здоровья не могут выполнять рекомендуемый объем физической активности, то они должны заниматься физическими упражнениями с учетом своих физических возможностей и состояния здоровья.

74. Каковы факторы, способствующие повышению числа нежелательных лекарственных реакций у пожилых больных?

Ответ. Факторы, способствующие повышению числа нежелательных лекарственных реакций у пожилых больных:

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

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

75. Каковы задачи реабилитации пожилых людей и инвалидов?

Ответ. Для пожилых людей минимальной задачей реабилитации является восстановление способности к самообслуживанию и независимости, улучшение психологического состояния и возвращение хорошего самочувствия, а максимальной — хотя бы частичное восстановление трудоспособности.

76. Каковы основные направления реабилитации пожилых пациентов?

Ответ. Оказание медицинской помощи, геронтологический уход, оказание социальной помощи, просвещение (информирование об особенностях стареющего организма, возможностях и потребностях пожилых людей).

77. Какие существуют виды реабилитации пожилых людей и инвалидов?

Ответ. Принято выделять следующие ее виды:

- а) медицинская реабилитация предполагает восстановление утраченных функций органов и систем, возвращение нормального самочувствия
- б) психологическая реабилитация проводится для поддержания хорошего настроения, а также веры в свои силы
- в) социальная реабилитация пожилых людей проводится для восстановления способности к самообслуживанию, достойного существования и взаимодействия с обществом
- г) профессиональная реабилитация (для работающих пожилых пациентов) предполагает восстановление способности человека к труду и профессиональной деятельности, а также обеспечение его работой
- д) просветительская реабилитация включает в себя информирование и консультирование по медицинским, социально-бытовым и юридическим вопросам
- е) геронтологический уход — комплекс мер по обслуживанию пожилых людей, учитывающий все возрастные физические и психологические особенности.

Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов
пожилого и старческого возраста

78. Перечислите необходимый минимум обследования больных СД при обращении в бюро МСЭ.

Ответ. Необходимый минимум обследования:

- а) 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)
- б) ЭКГ
- в) осмотр окулиста, невролога (состояние центральной и периферической нервной системы), хирурга (гноенные осложнения, трофические язвы).

Дополнительно:

- а) при нефропатии — пробы Зимницкого и Реберга, определение суточной протеинурии и микроальбуминурии, кислотно-основного состояния
- б) при ангиопатии нижних конечностей — доплерография и реовазография
- в) при энцефалопатии — электроэнцефалография и реоэнцефалография
- г) при поражении сердечно-сосудистой системы — эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ и артериального давления.

79. Какие степени нарушений функции выделяют при экспертизе патологии опорно-двигательного аппарата?

Ответ. При экспертизе патологии опорно-двигательного аппарата выделяют 4 степени нарушений функции — незначительную, умеренную, выраженную, значительно выраженную.

80. 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 2 балла менее влияет на способность к самостоятельному передвижению, чем гемипарез в 3 балла.

81. 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.

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

Ответ. Умеренное ограничение жизнедеятельности (III группа инвалидности) у больных панкреатитом определяется 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).

83. 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 ЖКТ в результате заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнениями и последствиями их хирургического лечения и требующих мер социальной защиты, включая реабилитацию.

84. На чем основаны медико-социальные критерии инвалидности при ишемической болезни сердца?

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.

85. На каких основаниях можно оформить инвалидность по онкологии у пациентов с раком легких?

Ответ:

- а) прогрессивный рост рака с невозможностью радикального лечения
- б) продолжительное химиотерапевтическое или комбинированное лечение
- в) радикальное лечение опухоли, удаление одной доли.

86. 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 приводит к полной потере самостоятельности у этих людей в повседневной жизни, они не могут передвигаться и нуждаются в помощи посторонних.

87. На основании каких регламентирующих документов определяется группа инвалидности?

Ответ. Группа инвалидности определяется на основании Постановления Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.12.2009 № 1013н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».

88. Какой нормативный документ для определения нуждаемости освидетельствуемого в технических средствах реабилитации используете вы?

Ответ. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 28.12.2017 № 888н «Об утверждении перечня показаний и противопоказаний для обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации» в редакции от 16.03.2018.

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

89. Какие профилактические мероприятия актуальны при старческой астении?

Ответ. Среди профилактических мероприятий при старческой астении выделяют контроль за приемом пищи, увеличение физической активности, профилактику атеросклеротических изменений, снижение социальной изоляции, купирование болевого синдрома, систематические медицинские осмотры.

90. Какие модели характеризуют демографические процессы на Земле?

Ответ:

- а) модель «старого населения» соответствует районам с низкой рождаемостью, низкой детской смертностью и с высокой продолжительностью жизни
- б) модель «молодого населения» справедлива для районов с высокой рождаемостью, значительной общей и детской смертностью, высоким темпом естественного прироста.

91. Какова возрастная классификация по Всемирной организации здравоохранения?

Ответ. Всемирная организация здравоохранения разработала новую возрастную классификацию:
от 25 до 44 лет — молодой возраст
44–60 лет — средний возраст
60–75 лет — пожилой возраст
75–90 лет — старческий возраст
после 90 — долгожители.

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

92. Как обозначается синдром «старческой астении» в Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10)?

Ответ. Синдром «старческой астении» (frailty — хрупкость) в МКБ-10 обозначено шифром R54.

93. Каковы современные нормативные документы в области гериатрии и геронтологии?

Ответ. Современные нормативные документы в области гериатрии и геронтологии — это распоряжение Правительства РФ № 164-р от 05.02.2016, в котором утверждена стратегия действий в интересах лиц старшего поколения, и Приказ Министерства здравоохранения РФ № 41405 от 14.03.2016, в котором прописан порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

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

Ответ:

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

95. Что изучает геронтология?

Ответ. Геронтология — наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его основные проявления и факторы, влияющие на характер, темпы и интенсивность старческих изменений. Включает гериатрию (раздел клинической медицины, изучающий болезни людей старческого и пожилого возраста, разрабатывающий методы их диагностики, лечения и профилактики), геронгиению, геронтопсихологию, социальную геронтологию (изучает демографические, социальные и другие аспекты старости и старения), сравнительную (устанавливает общие и специфические закономерности старения организмов разных биологических видов) и эволюционную (выявляет закономерности и механизмы старения организмов в эволюционном аспекте).

96. Что такое социальная геронтология?

Ответ. Термин «социальная геронтология» был впервые употреблен американским ученым Э. Стиглицем в конце 1940-х годов. Социальная геронтология — это раздел геронтологии, решающий демографические и социально-экономические проблемы старения населения, в том числе условия существования и образ жизни старого человека. В социальном аспекте геронтология изучает эмоциональное состояние старых людей, место и положение старых людей в обществе, социальную политику в отношении старых людей.

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

97. Каков порядок оказания 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.

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

Ответ. Специализированная медицинская помощь по профилю «гериатрия» 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.

99. Каковы действия врача первичного звена при самостоятельном обращении пожилого пациента за медицинской помощью?

Ответ. Врач-терапевт участковый или врач общей практики (семейный врач) выявляет старческую астению, направляет пациентов со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру; составляет и выполняет индивидуальный план лечения пациентов со старческой астенией с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов; наблюдает пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже 1 посещения в 3 месяцев для медицинской сестры участковой и 1 посещения в 6 месяцев для врача); при необходимости организует консультацию врача-гериатра на дому.

100. В чем заключается медико-социальная и социально-медицинская помощь пожилым больным?

Ответ. Медико-социальная помощь направлена на обеспечение лечебных мероприятий и ухода с целью восстановления и поддержания здоровья и способностей к самообслуживанию пациента. Целью социально-медицинской помощи является поддержание и улучшение состояния здоровья граждан пожилого

возраста, осуществление реабилитационных мероприятий путем организации лечебно-оздоровительных мероприятий, предоставления медикаментов и медицинской техники, консультирования, содействия в своевременном получении квалифицированной медицинской помощи, а также решение других социально-медицинских проблем жизнедеятельности.

101. Что включает в себя индивидуальный план ведения пожилого пациента?

Ответ. Индивидуальный план ведения пожилого пациента включает рекомендации по следующим направлениям:

- а) уровень физической активности
- б) питание
- в) организация безопасного быта
- г) оптимизация лекарственной терапии
- д) необходимые лабораторные и инструментальные обследования, консультации специалистов
- е) использование средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде (средства передвижения, протезирования и ортезирования, коррекции сенсорных дефицитов и др.)
- ж) уровень потребности в посторонней помощи и в уходе, который может быть предоставлен медицинской и/или социальной службой.

102. Каковы основные функции гериатрического отделения (кабинета)?

Ответ. Основными функциями гериатрического отделения (кабинета) являются:

- а) прием пациентов по направлению врача-терапевта участкового и врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста или при самостоятельном обращении пациентов
- б) первичная комплексная гериатрическая оценка пациента: физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента; выявление хронических заболеваний и факторов риска их развития; выявление гериатрических синдромов
- в) формирование долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и осуществление контроля за их выполнением; оценка реабилитационного потенциала
- г) комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии
- д) разработка 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, осуществление контроля за их выполнением
- е) проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости у пациентов; организация и ведение школ для пациентов, а также для лиц, фактически осуществляющих уход за ними.

103. Назовите лечебно-профилактические учреждения гериатрического профиля.

Ответ. Различают лечебно-профилактические учреждения гериатрического профиля трех уровней: гериатрический центр; гериатрическая больница (отделения многопрофильной больницы); отделение медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

104. Каковы задачи стационарного этапа ведения пациентов с синдромом старческой астении?

Ответ. Задачами стационарного этапа ведения пациентов с синдромом старческой астении являются:

- а) обследование, лечение и реабилитация по поводу основного заболевания, послужившего причиной госпитализации
- б) поддержание и восстановление функциональной активности пациента
- в) предупреждение развития осложнений, связанных с госпитализацией (падения, делирий, пролежни и т.д.).

105. Когда и для чего была создана Международная ассоциация геронтологии и гериатрии (IAGG)?

Ответ. Международная ассоциация геронтологии и гериатрии (International Association of Gerontology and Geriatrics, IAGG) была основана в Бельгии в 1950 г. В спектр ее деятельности входит координация научных исследований в области геронтологии и гериатрии, унифицирование развития гериатрии как медицинской специальности в национальных системах здравоохранения. Данная организация имеет представительство в ООН.

106. Где оказывают медико-социальную и социально-медицинскую помощь пожилым больным?

Ответ. Медико-социальная помощь оказывается в стационарных учреждениях сферы здравоохранения, таких как отделения сестринского ухода. Социально-медицинская помощь предоставляется в стационарных учреждениях социального обслуживания граждан пожилого возраста — домах-интернатах для престарелых и инвалидов.

107. Где оказывают паллиативную помощь по профилю «гериатрия»?

Ответ. 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).

108. Кто оказывает специализированную медицинскую помощь по профилю «гериатрия»?

Ответ. Специализированная медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается врачом-гериатром в гериатрических отделениях медицинских организаций и в гериатрических центрах.

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

109. Назовите характерные черты, отличающие скорую медицинскую помощь от других видов медицинской помощи.

Ответ. Характерными чертами являются:

- а) безотлагательный характер ее предоставления в случаях оказания экстренной медицинской помощи и отсроченный — при неотложных состояниях (неотложная медицинская помощь)
- б) безотказный характер ее предоставления
- в) бесплатный порядок оказания скорой медицинской помощи
- г) диагностическая неопределенность в условиях дефицита времени
- д) выраженная социальная значимость.

110. Перечислите виды медицинской помощи, оказываемые пораженным при чрезвычайных ситуациях.

Ответ. В чрезвычайных ситуациях пострадавшим оказывается:

- а) скорая, в том числе скорая специализированная медицинская помощь
- б) первичная медико-санитарная помощь
- в) специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь
- г) паллиативная медицинская помощь.

111. Назовите меры медицинской помощи, которые будут оказаны пострадавшим при химических авариях

Ответ. Элементы специализированной медицинской помощи при химических авариях включают антидотную терапию, симптоматическое лечение, выведение токсичных веществ из организма.

Тестовые задания

(Инструкция: выберите один правильный ответ)

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

1. Гериатрия — это:

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

Ответ: а.

2. Старость — это:
- а) закономерно наступающий заключительный период возрастного развития
 - б) созидательный процесс, результат жизненного опыта
 - в) процесс, стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продолжительность жизни
 - г) разрушительный процесс, результат нарастающей с возрастом недостаточности физиологических функций органов
 - д) болезненный процесс угасания организма

Ответ: а.

3. К факторам риска у пожилых, непосредственно влияющим на смертность, относится:
- а) низкое систолическое давление на голени
 - б) высокое диастолическое давление на плечевой артерии
 - в) высокое систолическое давление на голени
 - г) высокое систолическое давление на плечевой артерии
 - д) низкое пульсовое давление

Ответ: а.

4. Причинами субъективных диагностических трудностей в гериатрии могут быть:
- а) отказ больного от проведения обследования
 - б) особенности психики больного
 - в) особенности соматического состояния больного
 - г) невозможность провести обследование
 - д) противопоказания к проведению обследования

Ответ: а.

5. Гетерогенность — это:
- а) различие во времени наступления старения различных органов и тканей
 - б) различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа
 - в) одновременное наступление старения всех органов и тканей
 - г) различная скорость развития возрастных изменений
 - д) различная выраженность процесса разных структур одного органа

Ответ: а.

6. Гетеротропность — это:
- а) неодинаковая выраженность процесса старения органов и тканей, в том числе в разных структурах организма
 - б) равноценная выраженность процесса старения различных органов и тканей и разных структур одного органа
 - в) различие во времени наступления старения различных органов и тканей
 - г) различная скорость развития возрастных изменений
 - д) различное время появления возрастных изменений

Ответ: а.

7. Прогнозирование темпов старения и возможной продолжительности жизни должно основываться на учете возраста:

- а) биологического
- б) календарного
- в) функционального
- г) патологического
- д) кардиопульмонального

Ответ: а.

8. Пониженный нутритивный статус соответствует индексу массы тела (в кг/м²):

- а) 19,5
- б) 15,5
- в) 20,0
- г) 30,0

д) 35,0

Ответ: а.

9. Гипотрофия имеет место при значениях индекса массы тела (в кг/м²):

а) 17,5–15,5

б) 26,0–26,9

в) 20,0–25,9

г) 19,0–19,9

д) 30,0–34,9

Ответ: а.

10. По формуле $V_{дж} = ИМТ \times 50$ мл можно определить должный суточный объем:

а) потребления жидкости

б) физической нагрузки

в) интеллектуальной нагрузки

г) витамина В12 в рационе

д) углеводов в рационе

Ответ: а.

11. В комплекс тестов для амбулаторного исследования по программе долговременного наблюдения старения не входят показатели:

а) генетические

б) антропометрические

в) лабораторные

г) функциональные

д) социально-экономические

Ответ: а.

12. Нарушения внимания и управляющих функций являются основной клинической характеристикой:

а) деменции с тельцами Леви

б) болезни Альцгеймера

в) лобно-височной дегенерации

г) дисметаболической энцефалопатии

д) шизофрении

Ответ: а.

13. Отличием деменции от недементных когнитивных нарушений является:

а) снижение повседневной функциональной активности и формирование зависимости от помощи окружающих

б) снижение психологической активности и потеря ориентации во времени

в) снижение инструментальной активности и социальная недостаточность

г) снижение социальной активности и формирование зависимости от помощи окружающих

д) снижение двигательной активности

Ответ: а.

14. Для скрининга синдрома старческой астении используется:

а) опросник «Возраст не помеха»

б) базовая функциональная активность

в) краткая шкала оценки питания

г) инструментальная функциональная активность

д) оценка когнитивных функций

Ответ: а.

15. Обязательными исследованиями у пациентов при старческой астении на амбулаторном этапе являются:

а) 25-ОН витамин D

б) лактатдегидрогеназа

в) тиреотропный гормон, Т₄_{своб}

г) фолиевая кислота

д) цианкоболамин

Ответ: а.

16. Показатели, прогрессивно снижающиеся с возрастом:

- а) функция половых желез
- б) онкотическое давление
- в) число лейкоцитов крови
- г) внутриглазное давление.
- д) тромбоциты крови

Ответ: а.

17. К основным теориям старения не относится:

- а) адаптационная теория Г. Селье
- б) программная (генетическая)
- в) клеточного повреждения
- г) теломеразная
- д) оксидантная

Ответ: а.

18. При старении неизменным остается показатель:

- а) количества форменных элементов крови
- б) функции пищеварительных желез
- в) функции половых желез
- г) чувствительности органов к гормонам
- д) сократительной способности миокарда

Ответ: а.

19. У пациента 78 лет наиболее вероятно можно обнаружить снижение:

- а) сократительной способности миокарда
- б) уровня глюкозы в крови
- в) уровня общего холестерина крови
- г) количества форменных элементов крови
- д) билирубина крови

Ответ: а.

20. К когнитивным функциям относят:

- а) внимание, память, праксис, восприятие (гнозис), речь, управляющие функции
- б) способность своевременно реагировать на поступающие от органов чувств сигналы
- в) поддерживать оптимальный уровень психической активности
- г) способность запоминать, сохранять и воспроизводить информацию
- д) память, социальную адаптивность

Ответ: а.

21. Причинами дисметаболической энцефалопатии могут быть:

- а) гипотиреоз, дефицит витамина В12, хроническое гипоксическое состояние
- б) гипертиреоз, дефицит железа
- в) дефицит витамина D
- г) гипокальциемия, ацидоз
- д) алкалоз, дефицит витамина D

Ответ: а.

22. Оптимальное соблюдение баланса белков, жиров и углеводов в рационе пожилого человека — это:

- а) 15–30–55%
- б) 15–25–60%
- в) 15–20–65%
- г) 15–15–70%
- д) 15–10–75%

Ответ: а.

23. Оптимальный уровень гидратации организма пожилого человека — это потребление жидкости в сутки:
- а) до 1,5 литров
 - б) 2 литров
 - в) 2,5 литров
 - г) 3 литров
 - д) 0,5 литров

Ответ: а.

24. В комплекс тестов для амбулаторного исследования по программе долговременного наблюдения старения не входят показатели:

- а) генетические
- б) физикального статуса
- в) антропометрические
- г) лабораторные
- д) функциональные

Ответ: а.

25. Для лиц пожилого возраста суточное количество потребляемой клетчатки должно составлять (г):

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

Ответ: а.

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

26. Врач при проведении фармакотерапии лицам пожилого и старческого возраста должен руководствоваться:

- а) возрастом
- б) когнитивными расстройствами
- в) полиморбидностью
- г) доступностью лекарственных средств

Ответ: а.

27. Метаболические метаморфозы при проведении фармакотерапии объясняются:

- а) повышением вероятности интоксикации медикаментами
- б) замедлением абсорбции медикаментов в ЖКТ
- в) снижением скорости ассимиляции медикаментов в печени
- г) наличием метаболических нарушений

Ответ: а.

28. Применение нестероидных противовоспалительных средств чревато:

- а) развитием эрозивно-язвенных процессов по ходу ЖКТ
- б) острой и хронической кровопотерей
- в) развитием коллаптоидных состояний
- г) повышением температуры тела

Ответ: а.

29. Влияние недостаточности кровообращения на результаты фармакотерапии включает:

- а) повышение концентрации в крови антибиотиков тетрациклинового ряда, производных фенотиазина, снотворных
- б) развитие аллергических реакций на медикаменты
- в) уменьшение эффекта снотворных препаратов
- г) нарушение экскреции лекарственных препаратов

Ответ: а.

30. Чрезмерное увлечение нейролептиками и снотворными может вести:

- а) к прогрессированию психической деградации
- б) усугублению гиподинамии с отрицательными последствиями для системы кровообращения
- в) риску травматических повреждений
- г) развитию аллергических реакций на медикаменты

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

31. Медико-социальная экспертиза в процессе реабилитации лиц пожилого возраста проводится:

- а) для освидетельствования с целью определения инвалидности
- б) медицинской экспертизы с целью оценки степени нарушенных функций организма
- в) определения нуждаемости в мерах социальной защиты и реабилитации
- г) определения нуждаемости в социальном обслуживании
- д) выдачи заключения о нуждаемости в санаторно-курортном лечении

Ответ: в.

32. Группа инвалидности лицам пенсионного возраста может устанавливаться на срок:

- а) период медицинской реабилитации
- б) полгода, 10 месяцев
- в) 5 лет
- г) 1 год, 2 года, бессрочно
- д) период переобучения для приобретения профессии при увольнении по сокращению штатов

Ответ: г.

33. Реабилитационный потенциал пожилого человека — это:

- а) потенциальные возможности адаптации к окружающей среде
- б) показатель степени выраженности отдельных нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности
- в) комплекс биологических и психофизиологических характеристик, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные возможности
- г) способность к трудовой деятельности
- д) внутренние резервы организма для борьбы с инфекционными заболеваниями

Ответ: в.

34. Основным законом страны, гарантирующий права пожилых людей — это:

- а) Федеральный закон «О ветеранах»
- б) Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- в) Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов»
- г) Конституция Российской Федерации
- д) Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»

Ответ: г.

35. Основным законодательный акт, определяющий право пожилых инвалидов на реабилитацию — это:

- а) классификации и критерии, используемые при медико-социальной экспертизе граждан
- б) Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»
- в) Правила признания лица инвалидом
- г) Порядок разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида
- д) Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Ответ: б.

36. Цель реабилитации пожилых людей заключается:
- а) в решении демографической ситуации в стране
 - б) восстановлении здоровья после перенесенного острого заболевания
 - в) профилактике инвалидности
 - г) улучшении качества жизни пожилого человека
 - д) предупреждении и замедлении процесса старения

Ответ: г.

37. Медицинская реабилитация пожилых — это:
- а) контроль за соматическими изменениями в организме пожилого человека
 - б) обязательное стационарное лечение 1 раз в год
 - в) специализированная медицинская помощь, направленная на поддержание или восстановление физических сил, улучшение мобильности
 - г) трудотерапия
 - д) специальная лечебная физкультура

Ответ: в.

38. Индивидуальная программа реабилитации лиц пожилого возраста — это:
- а) индивидуальная программа психологической поддержки
 - б) программа восстановительного лечения
 - в) рекомендации по адаптации к окружающей среде
 - г) комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление способностей к бытовой, социальной деятельности, утраченных в процессе старения
 - д) перечень доступных видов физической реабилитации

Ответ: г.

Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов пожилого и старческого возраста

39. Законодательные и иные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, медицинских экспертиз, выдачи листков временной нетрудоспособности, диспансерного наблюдения пациента с заболеваниями по профилю «гериатрия» включают:

- а) Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 31.01.2011 № 51н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям»; Приказ Роспотребнадзора от 20.05.2005 № 402 (ред. от 07.04.2009) «О личной медицинской книжке и санитарном паспорте»
- б) Федеральный закон от 21.11.2011 № 323 «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»
- в) Постановление Правительства Москвы от 28.12.1999 № 1228 «Об обязательных профилактических медицинских осмотрах и гигиенической аттестации»
- г) Методологические основы проведения предварительных и периодических медицинских осмотров лиц, работающих во вредных и (или) опасных условиях труда. Методические рекомендации (утв. Минздравсоцразвития России от 14.12.2005)
- д) Постановление Правительства Российской Федерации от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»

Ответ: б.

40. Целью федерального проекта «Старшее поколение» от 2019 года является:
- а) замена полисов обязательного медицинского страхования, выданных до 2011 года, на форму нового образца
 - б) составление федерального реестра лиц, нуждающихся в медицинской помощи на дому
 - в) поддержка, повышение качества жизни людей старшего возраста и продление активного периода жизни до 67 лет
 - г) проведение ежегодных медицинских осмотров у эндокринолога женщин в возрасте 55 лет и мужчин в возрасте 60 лет
 - д) проведение культурно-просветительской работы среди лиц старшего поколения

Ответ: в.

41. Особенностью выдачи работающим пенсионерам листка временной нетрудоспособности является:
- а) выдача на весь период лечения до восстановления трудоспособности
 - б) выдача на срок не более 4 месяцев
 - в) выдача больничного листка на срок до 4 месяцев, далее — справка
 - г) направление на медико-социальную экспертизу после одного месяца лечения
 - д) выдача справки об освобождении от работы до восстановления трудоспособности

Ответ: а.

42. Первичная диспансеризация пожилых людей — это:
- а) осмотр врачом общей практики для выявления факторов риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста
 - б) ежегодный осмотр врачом общей практики для коррекции лечения
 - в) периодическое амбулаторное обследование специалистом по профилю основного заболевания
 - г) комплекс обследований в целях раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний (состояний) для определения группы здоровья, профилактики осложнений и инвалидности
 - д) выход врача-гериатра на дом к пациенту, нуждающемуся в медицинском уходе

Ответ: г.

43. Основанием для направления лица пожилого возраста на медико-социальную экспертизу является:
- а) размер пенсионного обеспечения ниже минимального прожиточного уровня
 - б) нуждаемость в продлении листка временной нетрудоспособности
 - в) наличие стойких ограничений жизнедеятельности, обусловленных основным заболеванием
 - г) по настоянию пациента пожилого возраста
 - д) для получения заключения о нуждаемости в санаторно-курортном лечении

Ответ: в.

44. Критерием инвалидности у пожилых людей является:
- а) когнитивные расстройства
 - б) стойкие нарушения функций организма 1-й или 2-й степени
 - в) ограничение способности к трудовой деятельности 2-й степени
 - г) нуждаемость в постороннем медицинском уходе
 - д) нарушение здоровья со 2-й и более выраженной степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению 2-й или 3-й степени выраженности одной из основных категорий жизнедеятельности

Ответ: д.

45. Эффективность медицинской реабилитации пожилого пациента оценивается:
- а) врачом-гериатром
 - б) врачом-специалистом по медицинской реабилитации
 - в) врачом физической и реабилитационной медицины
 - г) медицинским психологом
 - д) коллективом врачей-специалистов различного профиля

Ответ: а.

46. Социальным значением реабилитации пожилых людей является:
- а) предупреждение и замедление процесса старения
 - б) восстановление здоровья после перенесенного заболевания
 - в) решение проблемы старения населения страны
 - г) улучшение качества жизни пожилого человека
 - д) показатель качества первичной медико-санитарной помощи пожилым

Ответ: в.

47. Выписка из индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида для выполнения мероприятий по медицинской реабилитации или абилитации работающего инвалида пожилого возраста направляется:

- а) врачу-специалисту по профилю заболевания, в связи с которым установлена группа инвалидности
- б) в медицинскую организацию, которой оформлено направление на медико-социальную экспертизу

- в) в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья
- г) врачу-гериатру
- д) по месту работы

Ответ: в.

48. Виды медико-социальной реабилитации лиц пожилого возраста включают:

- а) медицинскую, психологическую, социальную, просветительскую, профессиональную
- б) обучение пользованию техническими средствами реабилитации
- в) геронтологический уход
- г) овладение навыками аутотренировки
- д) диспансеризацию

Ответ: а.

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

49. Ранние признаки старческой астении у лиц пожилого и старческого возраста позволяет выявить:

- а) шкала оценки головокружения (Dizziness handicap inventory)
- б) опросник «Возраст не помеха»
- в) шкала падений Морсе (Morse Fall Scale)
- г) шкала равновесия Берга (Berg Balance Scale)
- д) шкала Рэнкина

Ответ: б.

50. К факторам риска старческой астении относят:

- а) депрессию
- б) высокий уровень физической активности
- в) снижение лекарственной нагрузки
- г) употребление витамина D
- д) низкохолестериновое питание

Ответ: а.

51. Для лиц пожилого и старческого возраста характерно явление полиморбидности, под которым понимают:

- а) одновременное назначение множества лекарственных средств или лечебных процедур
- б) наличие нескольких заболеваний, связанных единым патогенетическим механизмом
- в) наличие по меньшей мере двух хронических заболеваний у одного пациента одновременно, между которыми может отсутствовать причинно-следственная связь
- г) наличие множества причин, приводящих к одному заболеванию
- д) случайно присоединяющуюся болезнь, не влияющую на течение основного заболевания

Ответ: в.

52. Под эйдджизмом понимают:

- а) оптимизацию возможностей в области здоровья с целью повышения качества жизни по мере старения людей
- б) дискриминацию людей с хроническими заболеваниями и инвалидностью
- в) процесс старения человека
- г) создание стереотипов и дискриминацию отдельных людей или групп людей по возрастному признаку
- д) преувеличенный эгоцентризм взрослого населения

Ответ: г.

53. В соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения, пожилому возрасту соответствует промежуток:

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

- г) 60–75 лет
- д) 60–85 лет

Ответ: г.

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

54. Медицинская статистика изучает:

- а) методы оценки качества оказания медицинской помощи
- б) организацию социальной помощи населению
- в) системы финансирования здравоохранения
- г) стандарты оказания медицинской помощи
- д) количественную сторону массовых явлений и процессов в медицине

Ответ: д.

55. Стандарты и порядки оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации устанавливаются на уровне:

- а) лечебно-профилактического учреждения
- б) региональном
- в) муниципальном
- г) федеральном
- д) местном

Ответ: г.

56. Модель для оценки качества оказания медицинской помощи — это:

- а) шкала Рэнкина
- б) ABC-анализ
- в) триада Донабедиана
- г) шкала Борга
- д) VEN-анализ

Ответ: в.

57. К трудовым действиям врача-гериатра в соответствии с профессиональным стандартом относится:

- а) проведение психопатологического обследования
- б) выявление у пациентов симптомов старческой астении
- в) назначение лечебных и диагностических внутрисуставных и околоуставных манипуляций пациентам с ревматическими заболеваниями
- г) назначение аллергенспецифической иммунотерапии пациентам с аллергическими заболеваниями
- д) выполнение диагностической аспирации сустава

Ответ: б.

58. Под общей заболеваемостью понимают:

- а) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, по поводу которых были обращения в данном году
- б) совокупность впервые выявленных заболеваний за один календарный год
- в) случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет
- г) совокупность всех случаев госпитализации в связи с определенным заболеванием
- д) совокупность впервые выявленных заболеваний за 5 календарных лет

Ответ: а.

Порядки оказания медицинской помощи,
клинических рекомендаций по вопросам оказания
медицинской помощи; стандарты медицинской помощи

59. У больного 64 лет, перенесшего инфаркт миокарда переднеперегородочной локализации, абсолютным показанием к имплантации постоянного кардиостимулятора является:

- а) атриовентрикулярная блокада дистальной локализации 3-й степени
- б) блокада левой ножки пучка Гиса
- в) блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса
- г) предсердная экстрасистолия и блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса
- д) фибрилляция предсердий

Ответ: а.

60. Мужчина 64 лет предъявляет жалобы на одышку, кашель, кровохарканье, серозно-сукровичные выделения из носа, осиплость голоса. При рентгенографии — двусторонние инфильтративные затемнения легких. При анализе крови — скорость оседания эритроцитов 60 мм/ч. Наиболее информативным лабораторным признаком для выявления ревматического заболевания у данного больного является:

- а) титр антител к ДНК
- б) активность щелочной фосфатазы
- в) титр ревматоидного фактора
- г) активность креатининфосфокиназы
- д) антицитоплазматические антитела к нейтрофилам

Ответ: д.

61. При микробиологическом исследовании мокроты больного острой пневмонией выделена *Klebsiella pneumoniae* в титре 10⁸. Для лечения целесообразно использовать:

- а) фторхинолоны
- б) полусинтетические пенициллины в больших дозах
- в) цефалоспорины 2-го поколения
- г) цефалоспорины 2-го или 3-го поколения в сочетании с аминогликозидами
- д) макролиды

Ответ: г.

62. Расчетная доза L-тироксина у больных старше 60 лет соответствует:

- а) 0,9 мкг/кг массы тела с увеличением дозы на 6,5–12,5 мкг каждые 2 дня
- б) 0,9 мкг/кг массы тела с увеличением дозы на 6,5–12,5 мкг каждые 7 месяцев
- в) 1,6–1,8 мкг/кг массы тела с увеличением дозы на 6,5–12,5 мкг каждые 7 дней
- г) 1,6–1,8 мкг/кг массы тела с увеличением дозы на 6,5–12,5 мкг каждые 2 месяца
- д) 1,6–1,8 мкг/кг массы тела с увеличением дозы на 25–50 мкг каждые 7 дней

Ответ: а.

63. Наиболее специфичным признаком спонтанной стенокардии на ЭКГ является:

- а) возникновение преходящей блокады ветвей пучка Гиса
- б) появление преходящих зубцов Q
- в) преходящий подъем сегмента ST
- г) инверсия зубцов T
- д) возникновение желудочковой тахикардии

Ответ: в.

64. При ультразвуковом исследовании ЖКТ плохо выявляются:

- а) холелитиаз
- б) рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатерова соска)
- в) гемангиома печени
- г) кисты и абсцессы поджелудочной железы
- д) очаговые процессы в печени (рак, киста, абсцесс)

Ответ: б.

65. Рентгенологическим признаком легочного сердца является:

- а) удлинение нижней дуги по левому контуру во II косом положении
- б) повышение прозрачности легочных полей
- в) выбухание второй дуги по левому контуру в прямой проекции
- г) понижение прозрачности легочных полей
- д) затемнение легочного рисунка

Ответ: а.

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

66. В фазу изоляции при катастрофах первая помощь:

- а) отсрочена
- б) оказывается в форме само- и взаимопомощи
- в) проводится спасательными формированиями
- г) проводится сотрудниками скорой медицинской помощи
- д) оказывается только пожилым людям, беременным и детям

Ответ: б.

67. Проведение мероприятий в режиме повседневной деятельности должно обеспечить:

- а) переход в режим повышенной готовности
- б) своевременное и качественное оказание санитарно-авиационной медицинской помощи и медицинской эвакуации
- в) планомерную деятельность сил и средств службы медицины катастроф
- г) полное оснащение формирований и учреждений службы медицины катастроф
- д) переход в режим чрезвычайной ситуации

Ответ: а.

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ткачева О.Н. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике // *Успехи геронтологии*. — 2017. — Т.30. — №2. — С. 236–242. [Tkacheva ON. Validation of the questionnaire for screening the syndrome of senile asthenia in outpatient practice. *Uspekhi gerontologii*. 2017;30(2):236–242. (In Russ.)]
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // *Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича*. — 2012. — №4-5. — С. 66–84. [Il'nitskiy AN, Proshaev KI. Specialized geriatric examination. *Gerontologicheskii zhurnal im. V.F. Kuprevicha*. 2012;(4-5):66–84. (In Russ.)]
3. Руководство по геронтологии / Под ред. В.Н. Шабалина. — М.: Цитадель-Трейд, 2005. — 796 с. [Guide to Gerontology. Ed. by V.N. Shabalin. Moscow: Tsitadel'-Treid; 2005. 796 p. (In Russ.)]
4. Турушева А.В., Фролова Е.В., Дегриз Ж.М. Эволюция теории старческой астении // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета*. — 2017. — Т.9. — №1. — С. 117–124. [Turusheva AV, Frolova EV, Degriz ZhM. Evolution of the theory of senile asthenia. *Bulletin of the North-Western State Medical University*. 2017;9(1):117–124. (In Russ.)]
5. Эделева А.Н., Сабгайда Т.П. Скрининг синдрома старческой астении среди пациентов участкового терапевта и пациентов отделений сестринского ухода // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2019. — Т.65. — №5. — С. 2. [Edeleva AN, Sabgaida TP. Screening of the syndrome of senile asthenia among patients of the district therapist and patients of the departments of nursing care. *Social Aspects of Public Health*. 2019;65(5):2. (In Russ.)]. doi: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-2.
6. Пузин С.Н., Шургая М.А., Потапов В.Н., и др. Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений гипертонической болезни и профилактика их инвалидизирующих последствий // *Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии*. — 2013. — №3. — С. 21–28. [Puzin SN, Shurgaya MA, Potapov VN, et al. Stratification of the risk of cardiovascular complications of hypertension and prevention of their disabling consequences. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, rehabilitation and rehabilitation Industry*. 2013;(3):21–28. (In Russ.)]
7. Лебедев А.А., Архипов И.В., Пузин С.Н., и др. От межведомственного подхода в организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста к национальному плану «Здоровое старение» // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. — 2013. — №4. — С. 4–7. [Lebedev AA, Arkhipov IV, Puzin SN, et al. From an interagency approach in the organization of palliative care for the elderly and senile to the national plan «Healthy Aging». *Medical and Social Examination and Rehabilitation*. 2013;(4):4–7. (In Russ.)]
8. Попова Е.П., Богова О.Т., Чандирли С.А., и др. Спектральный анализ вариабельности сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий на фоне применения соталола и бисопролола // *Вестник Российской академии медицинских наук*. — 2020. — Т.75. — №2. — С. 135–143. [Popova EP, Bogova OT, Chandirli SA, et al. Spectral analysis of heart rate variability in patients with atrial fibrillation on the background of sotalol and bisoprolol. *Bulletin of the Russian Academy of Medical Sciences*. 2020;75(2):135–143. (In Russ.)]
9. Chandirli SA, Puzin SN, Bogova OT, Potapov VN. Features of the formation of disability due to coronary heart disease in people of retirement age in the Russian Federation in period 2006–2017. *Adv Gerontol*. 2019;9(3):355–360.
10. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(5):780–791.

Поступила 10.09.2019

Принята к печати 01.12.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

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

Соавторы:

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

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>

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>

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

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