



© 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 неспецифичны (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 мальнутриции.

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) теофиллин 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, эластотонометрия)
- 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 дебилность, 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 Минздрава-медпрома 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 жатия, 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? // *ПМЖ*. — 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: akhmedaliev-05@mail.ru