

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА и РЕАБИЛИТАЦИЯ

MEDICAL AND SOCIAL EXPERT EVALUATION AND REHABILITATION



4

Том 22
2019



АННОТАЦИЯ

«Медико-социальная экспертиза и реабилитация»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT OF THE JOURNAL

«Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation»

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

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

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

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

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

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

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

УЧРЕДИТЕЛЬ

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

Журнал индексируется:

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

Ответственность

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

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

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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

Зав. редакцией **Е.В. Киселёва**

Формат 60 x 88 1/8. Печать офсетная.
Печ. л. 6. Усл. печ. л. 5,58.
Заказ 1-5191-IV. Доп. тираж 30 экз.
Отпечатано в ООО
«Типография Фурсова».
196105, Санкт-Петербург,
ул. Благодатная, 69.
Тел.: (812) 646-33-77

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

Индекс по каталогу
«Пресса России»: **E47281**

Мед.-соц. эксперт.
и реабил. 2019;22(4):197-244.

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

МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Основан в 1998 г.

Том 22 • № 4 • 2019

Редакционная коллегия

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

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

Редакционный совет

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

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

The journal indexing in:

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

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

EDITORIAL CONTACTS:

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

Managing editor **E.V. Kiseleva**

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

Med.-Sots. Ekspert. i. Reabil.
2019;22(4):197–244.

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

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

QUARTERLY PEER-REVIEW MEDICAL JOURNAL

Published since 1998

Volume 22 • № 4 • 2019

Editorial Board

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

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

Editorial Advisory Board

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

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ

Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Кожушко Л.А., Старобина Е.М., Шошмин А.В., Ходаковский М.Д., Царев А.М., Сиснева М.Е., Урманчеева М.А., Эгель О.О. Теоретические основы оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением

200

Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Хлудеева Т.А., Алиев А.К. Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Гериатрия»: контрольные практические задания; ситуационные задания

209

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»

216

CONTENTS

EXPERTISE AND REHABILITATION

Vladimirova O.N., Ishutina I.S., Kozhushko L.A., Starobina E.M., Shoshmin A.V., Hodakovskii M.D., Tsarev A.M., Sisneva M.E., Urmanceeva M.A., Egel O.O. Theoretical foundations for assessing the ability of persons with mental disorders to live independently, including with support

Puzin S.N., Chandirli S.A., Potapov V.N., Khludeeva T.A., Aliev A.K. Evaluation Fund for the working program of the training discipline (module) "Geriatrics": control practical tasks; situational tasks

Puzin S.N., Chandirli S.A., Bogova O.T., Korshikova Yu.I., Khludeeva T.A., Aliev A.K. 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"

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

О.Н. Владимирова¹, И.С. Ишутина¹, Л.А. Кожушко¹, Е.М. Старобина¹,
А.В. Шошмин¹, М.Д. Ходаковский¹, А.М. Царёв², М.Е. Сиснева³,
М.А. Урманчеева⁴, О.О. Эгель⁴

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЦЕНКИ СПОСОБНОСТИ ЛИЦ С НАРУШЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ПРОЖИВАТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО, В ТОМ ЧИСЛЕ С СОПРОВОЖДЕНИЕМ

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

² ГБОУ Псковской области «Центр лечебной педагогики и дифференцированного обучения», Псков, Российская Федерация

³ Межведомственная рабочая группа по разработке основных подходов к реформированию психоневрологических интернатов при Минтруде России, Москва, Российская Федерация

⁴ Санкт-Петербургская ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ», Санкт-Петербург, Российская Федерация

Для инвалидов, имеющих ограничения, затрудняющие обычную жизнедеятельность, в том числе вследствие нарушений психических/ментальных функций, развиваются технологии сопровождаемого проживания. Изучение теоретических основ экспертной оценки способности граждан с нарушениями психических/ментальных функций проживать самостоятельно поможет в разработке финансово-организационной модели предоставления им необходимых социальных услуг по сопровождению, а также медицинских, образовательных и иных услуг в рамках сопровождаемого проживания. В работе на основе методологии общенаучного дидактического метода познания использованы универсальные научные методы, методы и принципы реабилитационно-экспертной диагностики. Показатели численности лиц, нуждающихся в сопровождаемом проживании, получены в результате мониторинга, проведённого в 85 субъектах Российской Федерации по специально разработанной в Институте реабилитации и абилитации инвалидов ФНЦРИ имени Г.А. Альбрехта Минтруда России методике. Для разработки понятийного аппарата была использована концептуальная основа Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Термин «самостоятельное проживание» включает измеримые критерии разделов «Активность и участие» с особым вниманием к доменам подразделов «Самообслуживание» (d510–599) и «Бытовая жизнь» (d610–699). Критерии и домены МКФ обладают большой внутренней связностью, взаимным соответствием клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушения психического здоровья. В свете биопсихосоциальной модели инвалидности выделены следующие факторы, влияющие на способность лиц с нарушениями психических функций проживать самостоятельно и быть трудоспособным: биомедицинские, личностные, факторы активности и участия. Теоретические основы оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением, основаны на принципах гуманизма, интериоризации, нормализации жизни проживающих в стационарных учреждениях, комплексного подхода, максимальной объективизации, измеримости и унифицированности. Для этих целей разработаны критерии с использованием единой шкалы оценки МКФ. Разработанные критерии оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением, позволят решать вопросы о форме жизнеустройства и трудоустройства граждан с нарушениями психической функции, внедрять стационарозамещающие технологии и осуществлять разукрупнение стационарных учреждений.

Ключевые слова: сопровождаемое проживание, нарушение психических функций, оценка способностей, степень автономии лица.

Для цитирования: Владимирова О.Н., Ишутина И.С., Кожушко Л.А., Старобина Е.М., Шошмин А.В., Ходаковский М.Д., Царев А.М., Сиснева М.Е., Урманчеева М.А., Эгель О.О. Теоретические основы оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2019;22(4):200–208. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48952>

Для корреспонденции: Ходаковский Матвей Дмитриевич, младший научный сотрудник отдела медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Института реабилитации и абилитации инвалидов Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научный центр реабилитации инвалидов им. Г.А. Альбрехта» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации; адрес: 195067, Санкт-Петербург, ул. Бестужевская, д. 50, Россия; e-mail: hodak200@yandex.ru

*O.N. Vladimirova¹, I.S. Ishutina¹, L.A. Kozhushko¹, E.M. Starobina¹, A.V. Shoshmin¹,
M.D. Hodakovskii¹, A.M. Tsarev², M.E. Sisneva³, M.A. Urmanceeva⁴, O.O. Egel⁴*

**THEORETICAL FOUNDATIONS FOR ASSESSING THE ABILITY OF PERSONS
WITH MENTAL DISORDERS TO LIVE INDEPENDENTLY, INCLUDING WITH SUPPORT**

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

² Pskov region Center for Curative Pedagogy and Differentiated Education, Pskov, Russian Federation

³ Interdepartmental Working Group on the Development of Basic Approaches to Reforming Psychoneurological
Boarding Schools under the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation,
Moscow, Russian Federation

⁴ St. Petersburg Association of Public Communities of Parents of Disabled Children «GAOORDI»,
Saint-Petersburg, Russian Federation

For people with disabilities who have limitations that impede normal life activities, including due to disorders of mental functions, technologies of accompanied living are developing. Development of theoretical foundations for an expert assessment of the ability of citizens with physical / mental disorders to live independently to develop a financial and organizational model for providing them with the necessary social support services, as well as medical, educational and other services within the framework of support. Based on the methodology of the general scientific didactic method of cognition, universal scientific methods, methods and principles of rehabilitation and expert diagnostics are used. The indicators of the number of persons in need of accompanied accommodation were obtained as a result of monitoring in 85 constituent entities of the Russian Federation according to a special methodology developed by Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n. a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation. The conceptual framework of the ICF was used to develop the conceptual apparatus. The term "living independently" includes measurable criteria for the Activity and Participation Sections, with particular emphasis on the self-care (d510–599) and domestic life (d610–699) domains. ICF criteria and domains have great internal coherence, mutual correspondence of clinical, clinical-psychological and medical-social aspects of mental health disorders. In the light of the biopsychosocial model of disability, the following factors have been identified that affect the ability of persons with mental disorders to live independently and be able to work: biomedical factors, factors of activity and participation, personal factors. The theoretical foundations for assessing the ability of persons with mental disorders to live independently, including with accompaniment, are based on the principles of humanism, interiorization, normalization of life for those living in inpatient institutions, an integrated approach, maximum objectification, measurability and uniformity. For these purposes, criteria have been developed using the Unified ICF Assessment Scale. The developed criteria for assessing the ability of persons with mental impairments to live independently, including with an accompaniment, will make it possible to solve questions about the form of life and employment of citizens with mental disorders, introduce inpatient-replacing technologies and carry out the downsizing of inpatient institutions.

Keywords: *accompanied accommodation, mental dysfunctions, assessment of the abilities of persons, the degree of person's autonomy.*

For citation: Vladimirova ON, Ishutina IS, Kozhushko LA, Starobina EM, Shoshmin AV, Hoda-kovskii MD, Tsarev AM, Sisneva ME, Urmancheeva MA, Egel OO. Theoretical foundations for assess-ing the ability of persons with mental disorders to live independently, including with support. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2019;22(4):200–208. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48952>

For correspondence: Khodakovskii Matvei Dmitrievich, Junoir Researcher at the Department of Medical and Social Expertise and Medical Rehabilitation of Disabled Persons, Institute for Rehabilitation and Abilitation of Disabled Persons of the Federal State Budgetary Institution "Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled n.a. G.A. Albrecht" of the Ministry of Labour and Social Protection of the Russian Federation; address: 50, Bestughevskaya street, Saint Petersburg 195067, Russia; e-mail: hodak200@yandex.ru

Received 10.09.2019

Accepted 01.12.2019

Обоснование

Статьей 19 Конвенции о правах инвалидов Организации Объединенных Наций [1] признаётся равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания, выбирать наравне с другими людьми своё место жительства, иметь равный доступ к услугам, в том числе вспомогательным (поддерживающим), оказываемым на дому и по месту жительства, включая персональную помощь для поддержки самостоятельного образа жизни в местном сообществе.

Право каждого человека на выбор места пребывания и жительства гарантируется Конституцией Российской Федерации¹ и Законом РФ от 25.06.1993

№ 5242-1 «О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации»².

Для реализации этих прав инвалидами, имеющими ограничения, затрудняющие обычную жизнедеятельность, в том числе вследствие нарушений психических/ментальных функций, развиваются технологии сопровождаемого проживания. Сопровождаемое проживание инвалидов — это стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления инвалидам социальных услуг, услуг по реабилитации и абилитации, образовательных услуг и проведения мероприятий по социальному

¹ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/. Дата обращения: 10.01.2019.

² Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_2255/. Дата обращения: 10.01.2019.

сопровождению инвалидов в целях компенсации (устранения) обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшить условия жизнедеятельности и сохранения пребывания в привычной, благоприятной для него среде [2].

Реализация данной технологии может осуществляться с использованием различных методов и услуг. Для определения перечня услуг, необходимого при сопровождаемом проживании инвалидов, необходимы критерии, основанные на современном представлении о здоровье и инвалидности.

Цель исследования — разработка основ экспертной оценки способности граждан с нарушениями психических/ментальных функций проживать самостоятельно, включая финансово-организационную модель предоставления им необходимых социальных услуг по сопровождению, а также медицинских, образовательных и иных услуг в рамках сопровождения.

Методы

На основе методологии общенаучного дидактического метода познания использованы универсальные научные методы (структурно-функциональный, системно-структурный, статистического анализа и синтеза); методы и принципы реабилитационно-экспертной диагностики. Показатели численности лиц, нуждающихся в сопровождаемом проживании, получены в результате мониторинга в 85 субъектах Российской Федерации по специально разработанной Институтом реабилитации и абилитации инвалидов ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России методике.

Результаты

Российская Федерация, как и многие страны мира, переходит от традиционной медицинской модели, рассматривающей ограничения жизнедеятельности как персональную проблему, вызванную непосредственно болезнью, к комплексной биопсихосоциальной модели [3, 4], которая утверждает, что причина инвалидности — это не только заболевание как таковое, но и комплексное сочетание условий, многие из которых обусловлены социальным окружением, и личностные характеристики индивидуума. Такой подход предопределяет коллективную ответственность общества за изменения, необходимые для полноценного участия лиц с ограничениями жизнедеятельности во всех сферах общественной жизни.

У инвалидов с данными нарушениями выявляют, как правило, коммуникативные, поведенческие, интеллектуальные и эмоциональные отклонения, значительно влияющие на их интеграцию и социализацию в обществе, и требующие особых мер для организации их жизнеустройства, в том числе трудоустройства, включая их сопровождение.

В 2019 г., по данным субъектов Российской Федерации, численность инвалидов, нуждающихся в сопровождаемом проживании, составила 10 847 человек, из них 89,2% инвалидов с нарушениями психической функции.

Численность инвалидов, получающих услуги в рамках сопровождаемого проживания, составила в 2019 г. 3485 человек, увеличившись по сравнению с 2018 г. практически на 40%. В 2019 г. было направлено на сопровождаемое проживание 1,5 тыс. человек.

Для разработки понятийного аппарата была использована концептуальная основа Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [4]. Термин «самостоятельное проживание» включает измеримые критерии разделов «Функций организма», преимущественно «Умственные функции» (b110–b199), «Активность и участие», с особым вниманием к доменам подразделов «Самообслуживание» (d510–599) и «Бытовая жизнь» (d610–699) [4]. Под термином «быть трудоспособным» понимались категории МКФ из подраздела «Основные сферы жизни», включающие виды активности, важные для успешной трудовой деятельности, занятости, образования (d840–859) (рис. 1). Критерии и домены МКФ обладают большой внутренней связностью, взаимным соответствием клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушения психического здоровья [4].

Использовалась следующая терминологическая база:

Самостоятельный образ жизни инвалидов — равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания (вести всестороннюю жизнедеятельность) при равных с другими людьми вариантах выбора, которое обеспечивается при поддержке государства, учитывает особенности функционирования и ограничений жизнедеятельности инвалидов и включает:

1) возможность выбора наравне с другими людьми своего места жительства и то, где и с кем проживать;

2) доступ к разного рода услугам, оказываемым на дому, по месту жительства, и иным вспомогательным услугам на базе местного сообщества, включая персональную помощь, необходимую для поддержки жизни;

3) доступность объектов и услуг социальной инфраструктуры [5].

Способность к самостоятельному образу жизни инвалида — способность инвалида осуществлять самостоятельный образ жизни (в том числе с использованием технологий сопровождаемого проживания и иных стационарозамещающих технологий), а также жизни в сообществе с учётом его особенностей функционирования и ограничений жизнедеятельности.

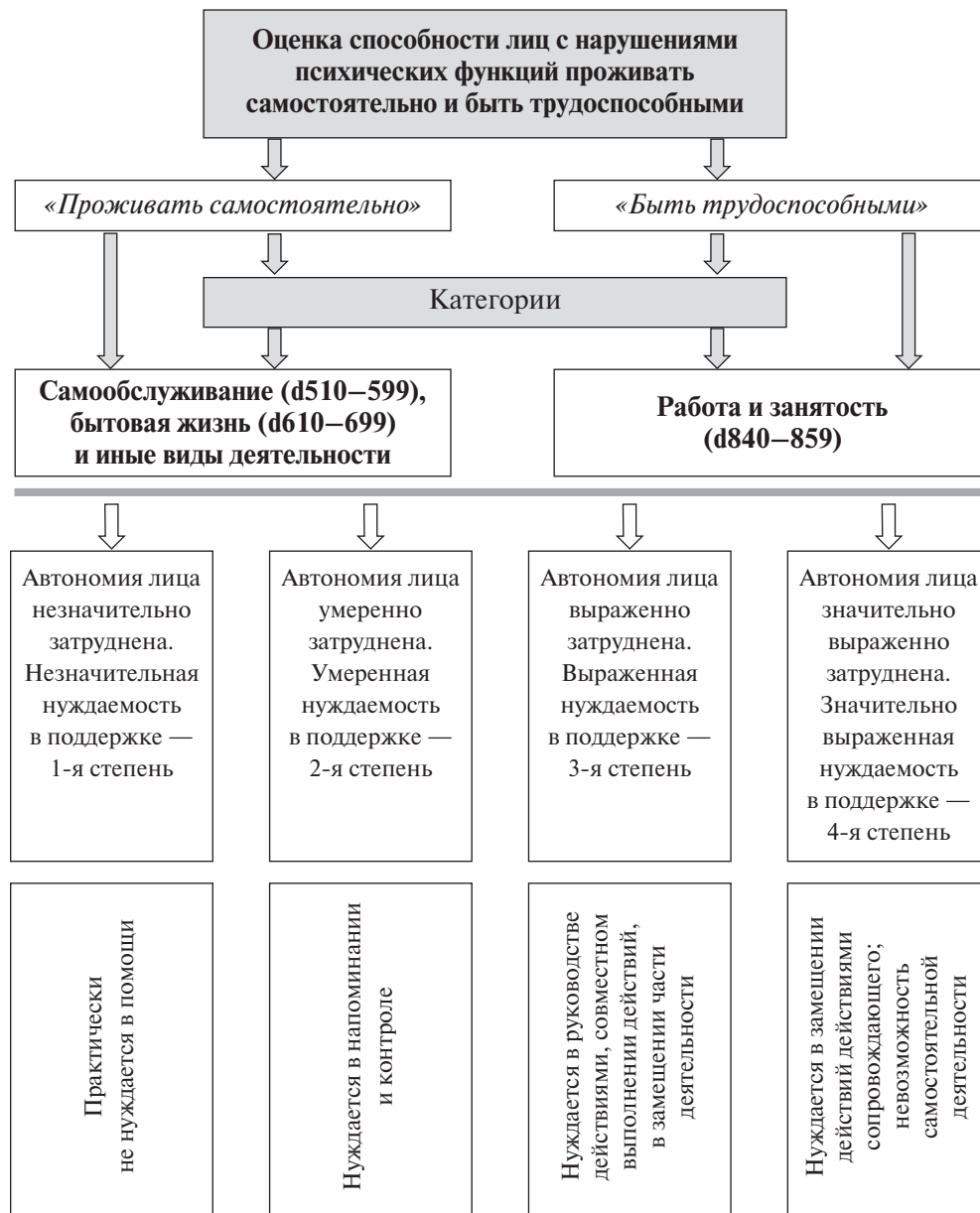


Рис. 1. Оценка способности лиц с нарушениями психических функций проживать самостоятельно и быть трудоспособным

Степень автономии лица — интегральный показатель, который определяет способность гражданина действовать самостоятельно и/или с помощью других лиц при осуществлении жизнедеятельности и используется в системе сопровождаемого проживания для оценки нуждаемости в услугах для сопровождаемого проживания.

Использование категорий МКФ в качестве критериев для оценки самостоятельного проживания и трудоспособности лиц с нарушениями психических функций позволило:

- уточнить и систематизировать понятия, необходимые для проведения оценки;
- измерить признаки с помощью единой шкалы МКФ;
- использовать в качестве критериев не столько медицинские показатели, сколько активность

и участие граждан в обычных социальных отношениях в естественных жизненных ситуациях;

- обосновать потребность в мультидисциплинарной бригаде при проведении оценки [5].

Целью оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением, является определение степени автономии лица для решения организационно-финансовых вопросов предоставления социальных услуг по сопровождению и иных услуг (медицинских, образовательных и других) на основе регулярности, определения объёма, вида (характера) сопровождения и необходимости персонального ассистирования.

В свете биопсихосоциальной модели инвалидности выделены следующие факторы, влияющие на способность лиц с нарушениями психических

функций проживать самостоятельно и быть трудоспособным:

- биомедицинские факторы, связанные с состоянием здоровья (психических/ментальных и иных функций организма инвалидов), а также мотивация;
- факторы активности и участия (другими словами, функционирование и ограничения жизнедеятельности) в соответствии с категориями МКФ, которые иначе могут быть определены как психосоциальные факторы;
- личностные факторы: возраст, пол, опыт, характер, доход, социальный статус, профессия и др.

Таким образом, задачи оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением, включают:

- 1) изучение, анализ и оценку биомедицинских факторов;
- 2) оценку функционирования индивидуума;
- 3) изучение, анализ и оценку психосоциальных факторов (активность и участие);
- 4) изучение, анализ и оценку личностных факторов;
- 5) заключение о степени автономии лица, регулярности, объёме, виде (характере) сопровождения и необходимости персонального ассистирования.

Область применения оценки: может быть использована специалистами социальной сферы, здравоохранения, образования, общественных организаций инвалидов для решения задач сопровождаемого проживания лиц с нарушением психической функции.

Методы, используемые при оценке:

- опрос (интервью) лица с нарушением психической функции;
- опрос (интервью) лиц из ближайшего окружения (законный представитель, опекун, члены семьи, специалисты, сотрудники стационарного учреждения, волонтеры и др.);
- объективная оценка (при уточнении биомедицинских факторов);
- документальный: изучение и анализ документов;
- корреспондентский: получение документов;
- наблюдения;
- тестирование навыков, имитации навыков [5].

Теоретические основы оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением, основаны на принципах:

- гуманизма, с позиций которого инвалидность представляет собой ситуацию, в которой нормальное функционирование и качество жизни человека возможно за счёт механизмов компенсации и конструирования специальных условий помощи и поддержки;
- интериоризации, который предполагает, что способности и возможности человека развива-

ются из внешних процессов, распределённых между двумя людьми, и это касается, в том числе, и возможностей людей с особыми потребностями;

- нормализации жизни проживающих в стационарных учреждениях и стимулирования активного участия инвалидов в решении собственных жизненных задач;
- комплексного подхода, который заключается в оценке не только степени выраженности психической функции, но и показателей жизнедеятельности в бытовой, общественной и профессиональной сфере, а также взаимного влияния факторов функционирования и окружающей среды на индивидуума;
- максимальной объективизации, измеримости и унифицированности критериев в разных системах, странах и времени: для этих целей разработаны критерии с использованием единой шкалы оценки МКФ.

Под «критерием» (от греч. *kriterion*) понимают существенный, отличительный признак, на основании которого производятся оценка, определение или классификация чего-либо.

Критерии способности лиц с нарушениями психических функций проживать самостоятельно и быть трудоспособными включают ряд диагностических блоков (**рис. 2**).

Критерии оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно и быть трудоспособным (далее — критерии) должны учитывать (**рис. 3**):

- регулярность услуг сопровождения;
- объём услуг сопровождения;
- вид (характер) сопровождения;
- необходимость услуг персонального ассистента.

Регулярность сопровождения — показатель, определяющий частоту и периодичность в поддержке и сопровождении инвалида в зависимости от степени выраженности автономии лица.

Объём сопровождения — показатель количества времени, требуемого для поддержки и сопровождения инвалида с целью организации его жизнеустройства, который является критерием степени автономии лица.

Виды (характер) сопровождения — показатель, определяющий тип сопровождения в системе сопровождаемого проживания в зависимости от наличия персонального ассистента, является критерием степени автономии лица.

Форма сопровождаемого проживания — понятие в сопровождаемом проживании, используемое для определения индивидуального или группового проживания.

Регулярность и объём услуг по сопровождению лица с нарушением психической функции определяют по следующим количественным характеристикам [2]:

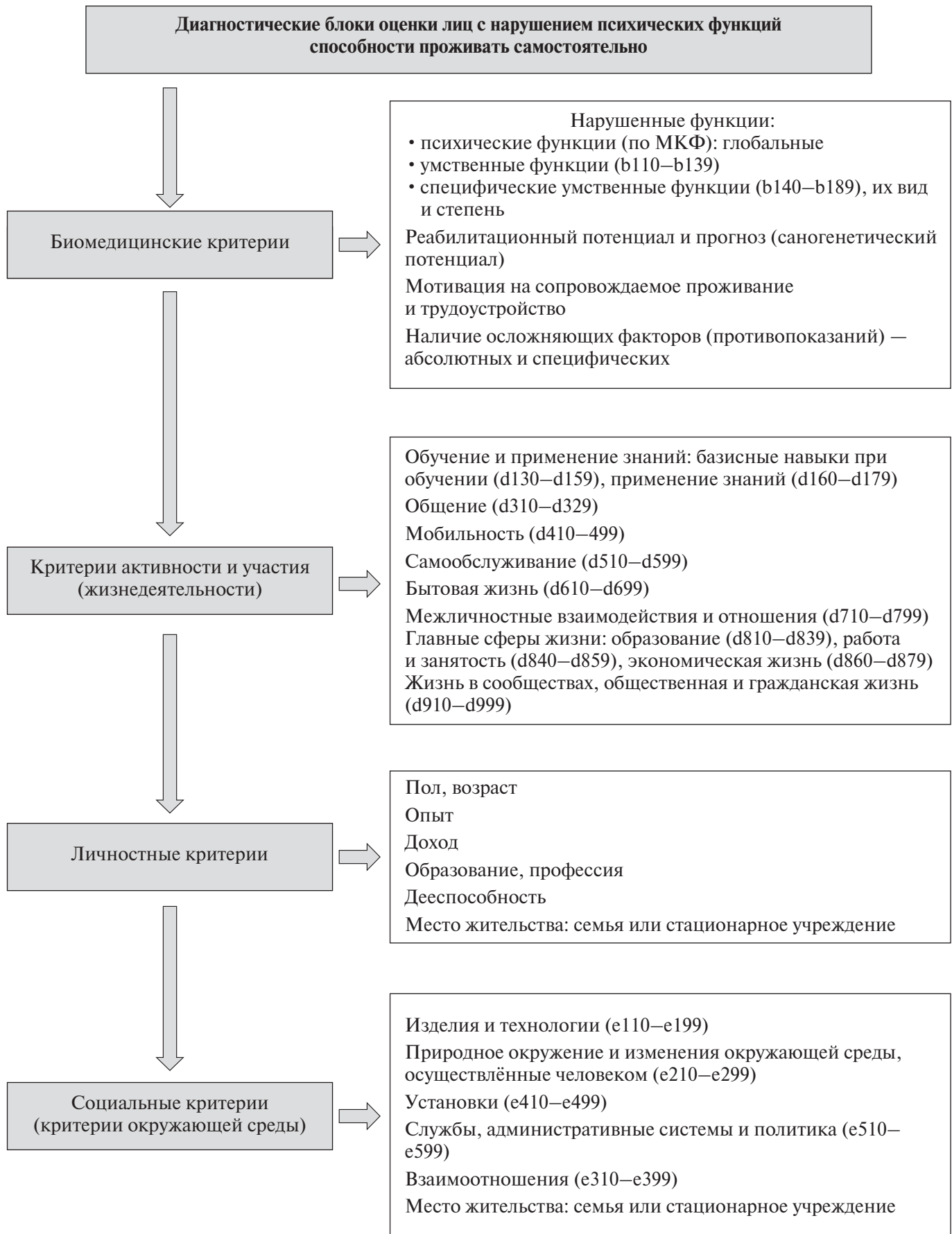


Рис. 2. Диагностические блоки оценки лиц с нарушением психической функции самостоятельного проживания

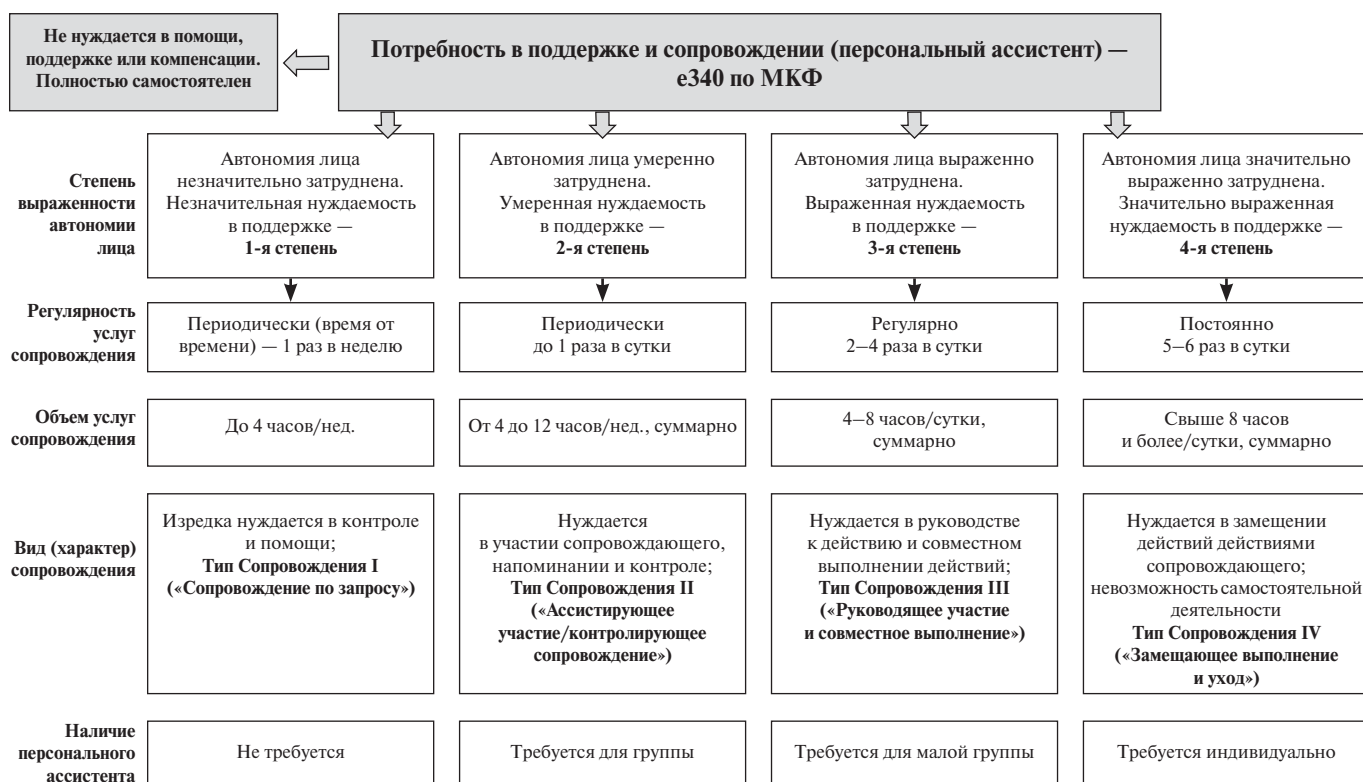


Рис. 3. Критерии оценки способности лиц с нарушениями психических функций проживать самостоятельно и быть частично трудоспособным

- регулярность услуг (постоянно, регулярно, периодически);
- длительность предоставления услуг (в день/неделю), выраженную в единицах времени (от 4 до 24 ч в день/неделю).

Постоянное сопровождение требуется инвалидам с тяжелыми множественными нарушениями, ежедневно нуждающимся в постоянном присмотре, помощи и уходе: длительность предоставления услуг — свыше 8 ч и до 24 ч/сут.

Регулярное сопровождение необходимо инвалидам, которые могут частично обслуживать себя, взаимодействовать и ориентироваться в ближайшем окружении, но каждый день нуждаются в регулярной помощи, частых напоминаниях, иногда в замещающем исполнении: длительность предоставления услуг — от 4 до 8 ч/сут.

Периодическое сопровождение — инвалидам, которые несколько раз в неделю нуждаются в напоминании, содействии или помощи сопровождающих при исполнении действий для решения отдельных задач организации своей жизни: длительность предоставления услуг — от 4 до 12 ч/нед. [5].

Вид (характер) сопровождения является важной его характеристикой наряду с объемом и длительностью сопровождения, отражает виды необходимой помощи и компенсации при выполнении действий и функций (т.е. основные домены «активности и участия» МКФ).

С учётом единой шкалы оценки МКФ предлагается выделить следующие виды необходимой помощи и компенсации:

0 — не нуждается в помощи и компенсации (т.е. отсутствие необходимости помощи и компенсации при выполнении действия или функции в той или иной категории);

1 — нуждается в напоминании и контроле (т.е. нуждается в наблюдении, побуждении для начала, продолжения или завершения действия, в итоговом исполнительном контроле);

2 — нуждается в участии сопровождающего (т.е. нуждается в наблюдении, демонстрации действия, манипуляциях объектами и средой со стороны сопровождающего, организации ситуации взаимодействия для облегчения начала, продолжения или завершения действия, в удалении отвлекающих стимулов, контроле выполнения и итоговом исполнительном контроле);

3 — нуждается в руководстве к действию и совместном выполнении действий (т.е. нуждается в наблюдении, получении точных инструкций или физическом руководстве для начала, побуждения, завершения действия, в непосредственном включении сопровождающего в процесс выполнения действия, в том числе в форме физического контакта; в контроле выполнения и итоговом исполнительном контроле);

4 — нуждается в замещении действий действиями сопровождающего (т.е. сопровождающий вы-

полняет действие вместо получателя помощи, компенсируя его неспособность в зависимости от специфики нарушения).

Категория «Не нуждается в помощи и компенсации» означает, что инвалид выполняет действие самостоятельно, безопасно, с достаточным уровнем точности, сообразным объёмом затрачиваемых усилий, адекватным взаимодействием с окружающими людьми, объектами и средой.

Под «действием» в широком смысле понимается процесс, направленный на реализацию цели или решение задачи.

В модели оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением, значимой является оценка инвалидов выполнять любую трудовую деятельность, которая необходима для решения организационно-финансовых вопросов сопровождаемой занятости.

Сопровождение при содействии занятости инвалида — оказание индивидуальной помощи незанятому инвалиду при его трудоустройстве, создание условий для осуществления им трудовой деятельности и ускорения его профессиональной адаптации на рабочем месте, а также формирование пути его передвижения до места работы и обратно и по территории работодателя (Закон РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 № 1032-1³).

Оценка способности выполнять любую трудовую деятельность с позиций сопровождаемого проживания проводится с целью выявления вида сопровождения при выполнении трудовой деятельности:

- а) *периодическое сопровождение трудовой деятельности* — трудоустройство на открытом рынке труда с периодическим сопровождением (сопровожаемое трудоустройство или сопровождаемая трудовая деятельность) для инвалидов с когнитивными и иными психическими нарушениями умеренной степени, для инвалидов с когнитивными и иными психическими нарушениями лёгкой степени и с сочетанными нарушениями, которые могут выполнять рабочие инструкции, соблюдать трудовую дисциплину, правила безопасного труда с периодическими напоминанием, работать с периодическим контролем и помощью наставника. Возможна нуждаемость в помощи в передвижении до места работы и обратно и по территории работодателя;
- б) *регулярное сопровождение трудовой деятельности* — трудоустройство на открытом рынке труда с регулярным сопровождением (сопровожаемое трудоустройство или сопровождаемая трудовая деятельность) для инвалидов с когнитивными и иными психическими нарушениями умеренной степени и с сочетанными нарушениями,

которые могут выполнять рабочие инструкции, соблюдать трудовую дисциплину, правила безопасного труда с регулярным напоминанием, работать под регулярным контролем и с регулярной помощью наставника. Необходима помощь в передвижении до места работы и обратно и по территории работодателя;

- в) *постоянное сопровождение трудовой деятельности* — включение в трудовую деятельность на базе интеграционных или лечебно-производственных мастерских (сопровожаемая трудовая деятельность) для инвалидов с тяжёлыми множественными нарушениями в сочетании с когнитивными нарушениями и иными психическими нарушениями умеренной степени, для инвалидов с когнитивными и иными психическими нарушениями тяжёлой степени, ежедневно нуждающихся в постоянном контроле за трудовой деятельностью, замещении трудовых действий действиями наставника при частичном выполнении трудовых функций, при невозможности решения проблем, принятия решений в процессе выполнения трудовой деятельности;
- г) *невозможность выполнять трудовую деятельность* — для инвалидов с тяжёлыми множественными нарушениями, в том числе с когнитивными и иными психическими нарушениями тяжёлой степени, ежедневно нуждающихся в постоянном присмотре, помощи и уходе. Альтернативой для этой группы является организация сопровождаемой полезной дневной занятости.

Заключение

Разработанные критерии оценки способности лиц с нарушением психических функций проживать самостоятельно, в том числе с сопровождением, позволяют решать вопросы о форме жизнеустройства и трудоустройства граждан с нарушениями психической функции, внедрить стационарозамещающие технологии и осуществить разукрупнение стационарных учреждений, таких как психоневрологические интернаты.

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

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

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

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Конвенция о правах инвалидов. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей ООН 61/106 от 13.12.2006. [The Convention on the rights of persons with disabilities. The reso-

³ Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_60/. Дата обращения: 10.01.2019.

- lution adopted by the UN General Assembly 61/106 of 13 December 2006. (In Russ.)] Доступно по: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml. Ссылка активна на 15.01.2019.
2. Приказ Минтруда России от 14 декабря 2017 г. N 847 «Об утверждении методических рекомендаций по организации различных технологий сопровождаемого проживания инвалидов, в том числе такой технологии, как сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях». [Order № 164-r of the Government of the Russian Federation “Ob utverzhdenii metodicheskikh rekomendacii po organizacii razlichnikh tekhnologii soprovozhdaemogo prozhivaniia invalidov, v tom chisle takoi tekhnologii, kak soprovozhdaemoe sovmestnoe prozhivanie malykh grupp invalidov v otdelnikh zhilykh pomeshcheniakh”, dated 2017 December 14. (In Russ.)] Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/1278>. Дата обращения: 12.01.2019.
 3. РООИ Перспектива. Социальная модель понимания инвалидности. [ROOI Perspektiva. Social model for understanding disability. (In Russ.)] Режим доступа: <https://perspektiva-inva.ru/social-approach>. Дата обращения: 12.01.2019.
 4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. — Женева: ВОЗ, 2001. [International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO; 2001. (In Russ.)]
 5. Владимирова О.Н., Кожушко Л.А., Демина Э.Н., и др. Сопровождаемое проживание. Организационные и методические основы. Методическое пособие. — СПб.: ЦИАЦАН, 2019. — 144 с. [Vladimirova ON, Kozhushko LA, Demina EN, et al. Soprovozhdaemoe prozhivanie. Organizatsionnye i metodicheskie osnovy. Metodicheskoe posobie. Saint Petersburg: TSIATSAN; 2019. 144 p. (In Russ.)]

Поступила 10.09.2019

Принята к печати 01.12.2019

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Автор, ответственный за переписку:

Ходаковский Матвей Дмитриевич [Matvei D. Khodakovskii]; e-mail: hodak200@yandex.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6953-5191>

Соавторы:

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

Ишутина Инна Сергеевна, к.м.н. [Inna S. Ishutina, PhD]; e-mail: in.ishutina@yandex.ru, SPIN-код: 3433-3029,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6640-904X>

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

Старобина Елена Михайловна, д.п.н. [Elena M. Starobina, MD, PhD]; e-mail: estarobina@yandex.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1820-9307>

Шошмин Александр Владимирович, к.б.н. [Alexander V. Shoshmin, PhD]; e-mail: shoshminav@mail.ru,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1928-275X>

Царёв Андрей Михайлович, к.п.н. [Andrei M. Tsarev, PhD]; e-mail: org573@pskovedu.ru

Сиснева Мария Евгеньевна [Maria E. Sisneva]; e-mail: msisneva@rencap.com

Урманчиева Маргарита Алексеевна [Margarita A. Urmancheeva]; e-mail: president@gaoordi.ru

Эгель Ольга Орестовна [Olga O. Egel]; e-mail: egel@gaoordi.ru

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2019

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) «ГЕРИАТРИЯ»: КОНТРОЛЬНЫЕ ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ; СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАНИЯ

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

Под фондом оценочных средств (ФОС) понимают комплекс контрольных измерительных материалов, предназначенных для оценивания компетенций как на разных стадиях обучения (текущий контроль), так и по завершении отдельных этапов (промежуточный контроль) и основной образовательной программы (итоговая аттестация). При проектировании оценочных средств особое место отводится выявлению важных компетенций (знания, умения, навыки), необходимых для квалифицированного решения новых задач. В качестве оценочных средств, применяемых с этой целью, разработаны тематические ситуационные задания и контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора.

Ключевые слова: *гериатрия, ситуационные задания, практическая подготовка, аттестации ФОС.*

Для цитирования: Пузин С.Н., Чандирли С.А., Богова О.Т., Хлудеева Т.А., Алиев А.К. Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Гериатрия»: контрольные практические задания; ситуационные задания. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.* 2019;22(4):209–215. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48951>

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, T.A. Khludeeva⁴, A.K. Aliev⁵

EVALUATION FUND FOR THE WORKING PROGRAM OF THE TRAINING DISCIPLINE (MODULE) “GERIATRICS”: CONTROL PRACTICAL TASKS; SITUATIONAL TASKS

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 evaluation funds fund refers to a set of control measuring materials designed to evaluate competencies both at different stages of training (current control) and at the completion of individual stages (intermediate control) and the main educational program (final certification).

At design of estimated means the special place is allocated to identification of the important competences (knowledge, abilities, skills) necessary for the qualified solution of new tasks. As evaluation tools used for this purpose, thematic situational tasks and control tasks have been developed that identify the practical training of the resident.

Key words: *geriatrics, situational tasks, practical training, WCF certification.*

For citation: Puzin SN, Chandirli SA, Bogova OT, Khludeeva TA, Aliev AK. Evaluation Fund for the working program of the training discipline (module) “Geriatrics”: control practical tasks; situational tasks. *Medical and social examination and rehabilitation.* 2019;22(4):209–215. DOI: <https://doi.org/10.17816/MSER48951>

For correspondence: Chandirli Sevda Aydynovna, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of Geriatrics and Medical and Social Expertise, Federal State Budgetary Institution DPO “Russian Medical Academy of Continuing Professional Education” Ministry of Health of Russia, 125993, Moscow, st. Barrikadnaya, d. 2/1, 8 499 255 55 20; e-mail: cha-seva2@yandex.ru

Received 10.09.2019

Accepted 01.12.2019

Список сокращений

АД — артериальное давление

ЛПВП — липопротеиды высокой плотности

ЛПНП — липопротеиды низкой плотности

ЭКГ — электрокардиография

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Больная, 83 года, обратилась к врачу поликлиники с жалобами на головную боль, слабость, снижение настроения. Живет одна, родственников нет. Отмечает частые падения, из-за чего в последнее время боится выходить на улицу без посторонней помощи. Похудела в течение года на 7 кг. Инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, онкологические заболевания отрицает. При осмотре отмечается низкий вес, бледность кожных покровов. Артериальное давление (АД) в положении сидя 160/80 мм рт.ст., общий холестерин 6,86 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) 4,82 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) 2,25 ммоль/л, гликированный гемоглобин (HbA1c) 7,2%.

Вопрос 1. Каковы действия врача поликлиники?

Ответ: назначение консультации гериатра, а при его отсутствии — проведение комплексной гериатрической оценки.

Вопрос 2. Определите состояние здоровья у данного пациента по клинической шкале старческой астении.

Ответ: легкая старческая астения.

Вопрос 3. Проведите скрининг по шкале «Возраст не помеха».

Ответ. По шкале получены 4 положительных ответа, что позволяет отнести больную к категории «хрупкий пациент».

Вопрос 4. Каковы признаки и симптомы у данного пациента, указывающие на старческую астению?

Ответ: непреднамеренная потеря веса более 4,5 кг за год, депрессия и снижение настроения, зависимость от посторонней помощи и ограничение мобильности, саркопения и снижение веса, социальная изоляция.

Вопрос 5. Какие гериатрические синдромы наблюдаются у данного пациента?

Ответ: снижение веса (саркопения), депрессия, снижение функциональной активности.

Вопрос 6. Тактика лечения данного пациента?

Ответ: монотерапия АД низкими дозами с последующим титрованием. Не рекомендуется снижение веса и ограничение соли. Не рекомендуется назначение статинов и аспирина.

Ситуационная задача 2

У пациента Г., 76 лет, в течение последних 2 мес появились желтушность кожных покровов преходящего характера, кожный зуд, повышение температуры тела до 37,3°C, гипербилирубинемия (до 340–520 ммоль/л), билирубинурия. Селезенка не увеличена.

Вопрос 1. Дифференциальный диагноз следует проводить:

Ответ: с внутрипечёночным холестазом, желчнокаменной болезнью, раком головки поджелудочной железы.

Вопрос 2. Для распознавания подпеченочной (механической) желтухи из перечисленных методов диагностики наибольшее значение имеет:

Ответ: ретроградная панкреатохолангиография.

Вопрос 3. Сканирование печени наиболее результативно в диагностике:

Ответ: микронодулярного цирроза печени, очагового поражения печени, макронодулярного цирроза печени, застойного фиброза печени.

Вопрос 4. Конъюгированный (связанный) билирубин образуется в клетках печени с помощью фермента:
Ответ: глюкуронилтрансферазы.

Ситуационная задача 3

Пациент, 80 лет, жалуется на тошноту, тяжесть в эпигастриальной области, отрыжку, срыгивания, неприятный привкус во рту. Боль возникает сразу после еды, носит тупой ноющий характер, без иррадиации, постепенно стихает. Наблюдается у офтальмолога по поводу глаукомы, у уролога — по поводу аденомы простаты.

Вопрос 1. Дифференциальный диагноз следует проводить с заболеваниями:

Ответ: язвенной болезнью желудка, раком желудка, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Вопрос 2. Для уточнения диагноза необходимо выполнить исследования:

Ответ: фиброгастродуоденоскопию с биопсией, кал на скрытую кровь, рентгенографию желудка.

Вопрос 3. Для лечения можно использовать препараты:

Ответ: бактерицидные, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов.

Вопрос 4. Антихеликобактерным эффектом обладают:

Ответ: Трихопол, Де-Нол (коллоидный субцитрат висмута), кларитромицин.

Вопрос 5. Наиболее тяжелыми осложнениями хронического гастрита типа А являются:

Ответ: анемия мегалобластическая.

Ситуационная задача 4

У больного К., 78 лет, страдающего болезнью Бехтерева, ухудшилось самочувствие, появилась одышка в лежачем положении, периодические боли в области сердца сжимающего характера. Отмечаются акроцианоз, деформация грудной клетки вследствие выраженного кифоза грудного отдела и гиперлордоза шейного отдела позвоночника, уменьшение ее дыхательной экскурсии. Перкуторно — коробочный звук, при аускультации — ослабление дыхания. Частота дыхания 26 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. Частота сердечных сокращений 90 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см из-под правого края реберной дуги; селезенка не увеличена. Отеков нет. На рентгенограмме (прямая проекция) имеются рентгенологические признаки аневризмы аорты. На электрокардиограмме (ЭКГ) имеются признаки блокады правой ножки пучка Гиса.

Вопрос 1. Механизм развития отмеченных клинико-инструментальных показателей ухудшения состояния больного.

Ответ: повышение давления в системе легочной артерии.

Вопрос 2. Причина развития отмеченных клинико-инструментальных показателей ухудшения состояния больного — это:

Ответ: эмфизема легких, деформация грудной клетки.

Вопрос 3. Клиническая картина заболевания и результаты проведенных инструментальных исследований (рентгенография, ЭКГ) позволяют предположить у больного развитие:

Ответ: легочного сердца.

Вопрос 4. Дообследование больного должно включать:

Ответ: эхокардиографию, исследование функции внешнего дыхания.

Вопрос 5. Схема лечения больного должна включать:

Ответ: оксигенотерапию, дигидропиридины III поколения, салуретики.

Ситуационная задача 5

Больная Т., 75 лет, доставлена в больницу с подозрением на острый инфаркт миокарда. В отделении интенсивной терапии и реанимации на фоне проведения тромболитической терапии, инфузии нитратов, введения β -адреноблокаторов ангинозные боли длительностью до 30 минут рецидивировали 4 раза. На ЭКГ

во время каждого приступа отмечался подъем сегмента ST в отведениях V1–V6, достигающий 9 мм. После приступа ЭКГ приходила к норме. Кардиоспецифические маркеры (тропонин, миоглобин, креатинфосфокиназа, аспартатаминотрансфераза, лактатдегидрогеназа) крови не повышались.

Вопрос 1. Показатели ЭКГ соответствуют:

Ответ: ишемии субэндокардиальных отделов передней стенки левого желудочка.

Вопрос 2. Вероятный диагноз:

Ответ: спонтанная стенокардия.

Вопрос 3. С целью достижения быстрого эффекта и прекращения рецидива ангинозных болей больной целесообразно назначить:

Ответ: блокатор кальциевых каналов дигидропиридинового ряда.

Вопрос 4. Главные пробы для выявления вазоспастической стенокардии:

Ответ: холоддовая проба; интракоронарное введение ацетилхолина, метахолина, гистамина, дофамина.

Ситуационная задача 6

Профилактический осмотр прошел мужчина 72 лет, бывший спортсмен. В анамнезе наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена, хронических заболеваний нет, алкоголь употребляет по праздникам, курит до 5–7 сигарет в день, спортом не занимается.

Результаты профилактического осмотра: индекс массы тела 30,2 кг/м², объем талии 99 см; везикулярное дыхание, частота дыхательных движений 16 в минуту, тоны сердца приглушены, ритм не нарушен, частота сердечных сокращений 64 в минуту, АД 130/85 мм рт.ст., живот безболезнен при пальпации, печень и селезенка не увеличены, отеков нет.

Коэффициент корреляции между возрастом и МПО2 0,84.

В крови: общий холестерин 5,5 ммоль/л, ЛПНП 3,0 ммоль/л, триглицериды 1,8 ммоль/л, ЛПВП 1,2 ммоль/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 62 в минуту, горизонтальная электрическая ось сердца, блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопрос 1. Оцените нутритивный статус питания пациента:

Ответ: ожирение 1-й степени.

Вопрос 2. Оцените уровень артериального давления пациента:

Ответ: высокие границы нормальных значений АД.

Вопрос 3. Оцените общий сердечно-сосудистый риск:

Ответ: высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

Вопрос 4. Рекомендации по геропрофилактике у данного пациента.

Ответ: прием статина, умеренная физическая активность.

Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора

Формула Кокрофта–Голта для вычисления клиренса креатинина в зависимости от возраста пациента

$$\text{Клиренс креатинина (мл/мин)} = \frac{140 - \text{возраст (в годах)} \times \text{масса тела (кг)}}{72 \times \text{креатинин плазмы (мг/дл)}}$$

(для женщин результат необходимо умножить на 0,85).

Шкалы, тесты и опросники для выявления пациентов с синдромом старческой астении

В консенсусе, опубликованном в 2013 г. и объединившем международных экспертов в области гериатрии, для выявления пациентов с синдромом старческой астении предлагается использовать шкалу FRAIL. Британское гериатрическое общество в консенсусе 2014 г. предлагает использовать для выявления синдрома старческой астении определение скорости ходьбы, тест «Встань и иди» или опросник PRISMA-7.

Шкалы для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста

Для скрининга депрессии у пациентов пожилого и старческого возраста могут использоваться «Гериатрическая шкала депрессии» и «Шкала оценки здоровья». Для выявления депрессии у пациентов с умеренной или тяжелой деменцией рекомендовано использовать «Корнельскую шкалу депрессии».

Гериатрическая шкала депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15)

1. В целом, удовлетворены ли Вы своей жизнью?
 2. Вы забросили большую часть своих занятий и интересов?
 3. Вы чувствуете, что Ваша жизнь пуста?
 4. Вам часто становится скучно?
 5. У вас хорошее настроение большую часть времени?
 6. Вы опасаетесь, что с Вами случится что-то плохое?
 7. Вы чувствуете себя счастливым большую часть времени?
 8. Вы чувствуете себя беспомощным?
 9. Вы предпочитаете остаться дома, нежели выйти на улицу и заняться чем-нибудь новым?
 10. Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других?
 11. Считаете ли Вы, что жить — это прекрасно?
 12. Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным?
 13. Чувствуете ли Вы себя полным энергии и жизненной силы?
 14. Ощущаете ли Вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время?
 15. Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами?
- По одному баллу зачисляется за ответ «нет» на вопросы 1; 5; 7; 11; 13 и за ответ «да» на вопросы 2; 3; 4; 6; 8; 9; 10; 12; 14; 15.

Интерпретация результатов: 0–4 балла — нет депрессии; ≥5 баллов — вероятная депрессия.

Нормативы выполнения теста «Встань и иди» у здоровых людей в разных возрастных группах

Возрастная группа, лет	Время, сек (95% доверительный интервал)
60–69	8,1 (7,1–9,0)
70–79	9,2 (8,2–10,2)
80–99	11,3 (10–12,7)

Базовая функциональная активность (индекс Бартела) для определения уровня активности пожилого пациента

Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пожилого пациента, так и с целью его мониторинга.

Основные параметры опроса:

- прием пищи
- личная гигиена
- одевание
- прием ванны
- контроль мочеиспускания
- контроль дефекации
- посещение туалета
- вставание с постели (передвижение с кровати на стул и обратно)
- передвижение (на ровной поверхности)
- подъем по лестнице.

Интерпретация результатов: от 0 до 20 баллов — полная зависимость; от 20 до 60 баллов — выраженная зависимость; от 60 до 90 баллов — умеренная зависимость; 90–95 баллов — легкая зависимость; 100 баллов — нет зависимости.

Интерпретация результатов краткой шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE)

Итоговый балл выводится путем суммирования результатов по каждому из пунктов. Максимально в этом тесте можно набрать 30 баллов. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Результаты теста могут трактоваться следующим образом: 28–30 баллов — нет нарушений когнитивных функций; 24–27 баллов — предметные когнитивные нарушения; 20–23 балла — деменция легкой степени выраженности; 11–19 баллов — деменция умеренной степени выраженности; 0–10 баллов — тяжелая деменция.

Интерпретация результатов теста по оценке лобной функции (Frontal Assessment Battery, FAB) (батарея лобных тестов)

Интерпретация результатов теста: 16–18 баллов соответствуют нормальной лобной функции, 12–15 баллов — умеренной лобной дисфункции; 11 баллов и меньше — признаки лобной деменции.

Методика проведения теста «Встань и иди»

Тестируемый должен встать со стула, пройти отмеченное расстояние (3 м) в своем обычном темпе, развернуться, вернуться к стулу и сесть на него.

В норме здоровые пожилые люди обычно выполняют тест «Встань и иди» за 10 и менее секунд. У пациента с тяжелым синдромом старческой астении время выполнения теста может составить 2 минуты и более.

Результат теста «Встань и иди» более 14 секунд у проживающих дома пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении свидетельствует о наличии риска падений.

Методика проведения динамометрии

Динамометр берут в руку циферблатом внутрь. Руку отводят от туловища до получения с ним прямого угла. Вторую руку отпускают вниз вдоль туловища. С максимальной силой сжимают динамометр в течение 3–5 секунд. Для получения более точных результатов рекомендуется проводить трехкратное измерение силы пожатия на правой и левой руке. Время отдыха между подходами — не менее 30 секунд. Для оценки результатов можно использовать среднее или максимальное значение силы пожатия сильнейшей руки.

Ситуационная задача 7

У пациента в возрасте 73 лет диагностирована болезнь Паркинсона 1-й стадии: небольшие двигательные нарушения в левой руке, неспецифические симптомы: нарушение обоняния, немотивированная усталость, расстройства сна и настроения.

Составьте план реабилитации пациента.

Ответ:

- медикаментозная терапия;
- психологическая реабилитация (рациональная психотерапия);
- диета с низким содержанием белка;
- лечебная физкультура;
- физиолечение (магнитотерапия, электросон, электрофорез с Но-шпой, эуфиллином, аскорбиновой кислотой).

Ситуационная задача 8

Пациент в возрасте 73 лет направлен на медико-социальную экспертизу с основным диагнозом «Дорсопатия на фоне дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника (остеохондроз, спондилез, спондилоартроз). Нижний вялый парапарез. Нарушение функции тазовых органов». В направлении на медико-социальную экспертизу имеются записи о результатах инструментальных исследований (электронейромиография, магнитно-резонансная томография, ЭКГ) и данные объективных обследований терапевтом, ортопедом-травматологом, неврологом.

Дайте заключение о возможности или невозможности вынести экспертное заключение о группе инвалидности, и ваши действия.

Ответ: экспертное решение не может быть вынесено по следующим причинам:

- в основном диагнозе отсутствует клинично-функциональная составляющая (не указаны степень выраженности нижнего парапареза, степень выраженности нарушения функций тазовых органов);
- отсутствуют данные объективных обследований уролога, проктолога и данные обязательных инструментальных исследований (нарушение функции тазовых органов).

Для принятия экспертного решения необходимо составить программу дополнительного обследования освидетельствуемого.

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. 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.)]
2. Пузин С.Н., Шургая М.А., Потапов В.Н., и др. Стратификация риска сердечно-сосудистых осложнений гипертонической болезни и профилактика их инвали-

- дизирующих 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.)]
3. 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.)]
4. 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.)]
5. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., и др. Клинические рекомендации «Старческая астензия» // *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.)]
6. 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.)]
7. 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.)]

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>

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

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

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

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

⁴ 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 безболевого форма инфаркта миокарда у лиц пожилого возраста?

Ответ. Безболевого 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 определимым. 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 (идиосинкразических) 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 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.

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 trazодона 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 преастении?

Ответ. В отношении тех, у кого имеют место преастения 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. Рекомендуются 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-липидпротеиды, 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 (гнойные 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 оценке 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 длительного 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 длительного 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. Основной закон 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. Основной 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 присоединяющаяся болезнь, не влияющую на течение основного заболевания

Ответ: в.

52. Под эйджизмом 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 околосуставных 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., Прошаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // *Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича*. — 2012. — №4-5. — С. 66–84. [Il'nikitsky 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