

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра гериатрии, медико-социальной экспертизы с курсом общей врачебной практики**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки

31.08.31 Гериатрия

 /С.Г. Кечеджиева/

« 04 » 12 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Заведующая кафедрой гериатрии, медико-
социальной экспертизы с курсом общей
врачебной практики

 /С.Г. Кечеджиева/

« 04 » 12 2024 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Гериатрия
Направление подготовки	31.08.31 Гериатрия
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2024

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Коды и наименование компетенций	Наименование компетенций
УК-3	Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-5	Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5	Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
ОПК-6	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
ОПК-8	Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ПК-1	Готов к проведению обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса
ПК-2	Готов к назначению лечения пациентам пожилого и старческого возраста; контролю его эффективности и безопасности

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
УК-3	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	3 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	6 с эталоном ответов
УК-5	Задание закрытого типа на установление соответствия	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	2 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	2 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	2 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	7 с эталоном ответов

	Задание закрытого типа на установление последовательности	4 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	4 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	26 с эталоном ответов
Всего		330 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	УК-3	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Установите соответствие между этапом организации работы гериатрического кабинета и ответственным за его выполнение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Разработка и утверждение графика приема пациентов. 2. Организация систематического повышения квалификации по вопросам деменции для среднего персонала. 3. Обеспечение кабинета расходными материалами и лекарствами для неотложной помощи. 4. Проведение первичного гериатрического обследования (комплексной гериатрической оценки). 5. Координация взаимодействия с социальной службой по конкретному пациенту. <p>А. Врач-гериатр (руководитель). Б. Медицинская сестра. В. Младший медицинский персонал.</p>	<p>1А 2А 3Б 4А 5А</p>
2.	УК-3	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Установите соответствие между видом медицинской помощи гериатрическому пациенту и звеном/специалистом, которое преимущественно ее осуществляет под руководством врача-гериатра:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проведение занятий по лечебной физкультуре для пациента с остеоартритом. 2. Консультация по подбору технических средств реабилитации (ходунки, кресло-каталка). 3. Ежедневный уход, кормление, смена белья у пациента с тяжелой деменцией. 4. Контроль артериального давления и обучение самоконтролю. 5. Оценка когнитивных функций по шкале MMSE. 6. Психологическая поддержка пациента в ситуации горя. <p>А. Врач-гериатр. Б. Средний медицинский персонал (медсестра/брат). В. Младший медицинский персонал (санитарка/сиделка). Г. Врач ЛФК/инструктор. Д. Врач-психиатр/медицинский психолог.</p>	<p>1Г 2Г 3В 4Б 5А 6Д</p>

		Е. Социальный работник/эрготерапевт.	
3.	УК-3	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите правильную последовательность действий руководителя гериатрической команды при организации госпитализации пациента с синдромом старческой астении и острой спутанностью сознания (делирием).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести целевой инструктаж младшего медицинского персонала по особенностям наблюдения и безопасного ухода за пациентом с делирием. 2. Назначить лекарственную терапию, направленную на коррекцию делирия, и немедикаментозные методы (ориентирование, привлечение родственников). 3. Провести экстренный междисциплинарный консилиум с врачом-неврологом, психиатром и медицинской сестрой для дифференциальной диагностики и составления плана. 4. Провести первичный осмотр пациента, оценить жизненно важные функции и степень тяжести состояния. 5. Распределить задачи между членами команды: врач-ординатор собирает анамнез у родственников, медсестра берет анализы, санитар обеспечивает безопасную среду. 	4 3 2 5 1
4.	УК-3	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите правильную последовательность действий при организации работы смены в гериатрическом отделении в начале рабочего дня.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести пятиминутный «летучий» разбор сложных пациентов с врачами и старшей медсестрой для синхронизации действий. 2. Ознакомиться с журналом передачи смены, обратив особое внимание на инциденты за прошедшие сутки (падения, ухудшения состояния). 3. Откорректировать планы обследования и лечения на день на основе ночных данных и текущего состояния пациентов. 4. Лично обойти палаты пациентов группы высокого риска совместно с дежурной медсестрой. 5. Дать четкие поручения младшему медицинскому персоналу по текущим санитарно-гигиеническим задачам с учетом приоритетов. 	2 4 1 3 5
5.	УК-3	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Ситуация: В гериатрическом отделении находится пациентка 84 лет с синдромом старческой астении, тяжелым остеоартрозом, депрессией и выраженными когнитивными нарушениями. За ней ухаживает дочь, которая эмоционально истощена. Лечение проводят врач-гериатр, медицинская сестра, врач-физиотерапевт, клинический психолог и социальный работник.</p> <p>Вопрос: Как Вы, как лечащий врач и руководитель мультидисциплинарной команды (МДК), организуете процесс оказания помощи этой пациентке? Опишите шаги: от проведения встречи МДК до реализации и контроля общего плана ведения (Гериатрического сестринского ухода).</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Сбор информации: Проведу всестороннюю гериатрическую оценку (КГО), соберу заключения всех специалистов. Важно включить оценку состояния ухаживающего (дочери) социальным работником или психологом.</p> <p>Подготовка и проведение встречи МДК: Назначу встречу с обязательным участием всех ключевых специалистов. Определию цель встречи: разработка единого, согласованного плана ведения с учетом приоритетов (безопасность, купирование боли, коррекция депрессии, разгрузка</p>

			<p>ухаживающего).</p> <p>Формулирование целей: На встрече совместно с командой и, по возможности, с пациенткой и ее дочерью сформулируем реалистичные кратко- и долгосрочные цели (например, «увеличить дистанцию ходьбы с помощью ходунков на 10 метров за 2 недели», «подобрать антидепрессант с минимальными холинолитическими эффектами», «организовать 2 часа дневного пребывания в отделении 3 раза в неделю для разгрузки дочери»).</p> <p>Распределение ролей и ответственности: Четко закреплю задачи: медсестра – контроль приема лекарств, обучение дочери технике перемещения; физиотерапевт – индивидуальные занятия; психолог – работа с пациенткой и консультирование дочери; социальный работник – поиск ресурсов для помощи; врач-гериатр – медикаментозная коррекция, координация, мониторинг взаимодействий препаратов.</p> <p>Документирование и информирование: План будет подробно задокументирован в истории болезни, доступен всем членам команды. Его ключевые положения простым языком объясню пациентке и ее дочери.</p> <p>Контроль и корректировка: Назначу дату следующей встречи МДК (например, через 2 недели) для оценки прогресса по целям. Буду ежедневно отслеживать выполнение плана через медсестру и обходы, гибко внося изменения при необходимости (например, при побочных эффектах лекарств).</p>
6.	УК-3	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Ситуация: В Вашем гериатрическом отделении высок процент внутрибольничных падений пациентов. Анализ показывает, что основные причины: несвоевременное сопровождение пациентов в туалет, загроможденные коридоры, неадаптированная обувь пациентов.</p> <p>Вопрос: Разработайте программу мероприятий по снижению риска падений, учитывая необходимость координации действий врачей, среднего и младшего медицинского персонала.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Программа будет носить системный, а не разовый характер:</p> <p>Создание рабочей группы: Включу в нее заведующего отделением, старшую медсестру, палатную медсестру, младших медбратьев/сестер, физиотерапевта.</p> <p>Внедрение унифицированной оценки риска: Обязательное использование шкалы падений (например, шкалы Морзе) при поступлении и регулярно.</p> <p>Обучение персонала: Проведу тренинги для всего персонала по правилам перемещения пациентов, использованию средств опоры,</p>

			<p>действиям при высоком риске. Четкие протоколы действий: Для младшего персонала: Регламент регулярного (например, каждые 2 часа) предложения помощи в посещении туалета маломобильным пациентам. Контроль за наличием у пациентов противоскользящей обуви. Для среднего персонала: Обязательная маркировка в документах и над кроватью пациентов с высоким риском. Контроль за соблюдением протоколов младшим персоналом. Для врачей: Обязательный анализ лекарственной терапии у пациентов с риском падений (седативные, гипотензивные) и ее коррекция. Для всех: Правило «чистых коридоров» – незамедлительное устранение препятствий. Изменение среды: Привлеку администрацию для установки дополнительных поручней, надкроватных тревожных кнопок, обеспечения отделения ходунками и креслами-каталками. Мониторинг и обратная связь: Введу ежемесячный учет и разбор каждого случая падения на летучке. Не для поиска виноватых, а для анализа системных сбоев. Результаты (снижение процента падений) буду доводить до команды для поддержания мотивации.</p>
7.	УК-3	<p>Дайте развернутый ответ Ситуация: Вам необходимо внедрить в практику отделения новый протокол профилактики делирия у послеоперационных гериатрических пациентов, включающий немедикаментозные методы (раннюю активизацию, когнитивную стимуляцию, коррекцию сенсорного дефицита). Вопрос: Опишите Ваш план действий по внедрению этого протокола, чтобы он реально выполнялся всеми сменами персонала, а не остался на бумаге.</p>	<p>Эталонный ответ: Внедрение через обучение, вовлечение и удобство использования: Подготовительный этап: Изучу протокол сам. Адаптирую его под реалии нашего отделения (какие ресурсы есть, каких нет). Создам краткую, наглядную памятку-алгоритм (чек-лист) на одного пациента. Привлечение «агентов изменений»: Обсужу протокол со старшей медсестрой и наиболее уважаемыми палатными медсестрами. Учту их практические замечания. Их поддержка ключевая для внедрения среди среднего персонала. Обучение в несколько этапов: Проведу не одну лекцию, а серию коротких (15-20 мин) инструктажей для разных смен. Акцент на «почему» (снижение страданий, осложнений, нагрузки</p>

			<p>на персонал) и «как» (конкретные действия для медсестры, младшего брата, родственников). Использую разбор реальных случаев.</p> <p>Обеспечение ресурсами: Добьюсь, чтобы в отделении были очки, слуховые аппараты-усилители, материалы для простых когнитивных упражнений (кроссворды, картинки).</p> <p>Встраивание в рутину: Внедрую чек-лист в сестринскую документацию или в лист ежедневного обхода.</p> <p>Например, графы: «очки надеть», «ходунки у кровати», «побеседовал 10 мин».</p> <p>Мониторинг и обратная связь: Первые 2 недели буду лично проверять выполнение на утренних обходах. Отмечу и похвалю первых последователей. Через месяц проанализирую данные по частоте делирия и обсужу с командой положительные сдвиги, связывая их с новой практикой.</p>
8.	УК-3	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>Как вы будете мотивировать членов команды (врачей, медсестер) к регулярному использованию комплексной гериатрической оценки (КГО) в условиях высокой загруженности отделения?</p>	<p>Эталонный ответ: Краткое описание мер: например: 1) Демонстрация на данных, как КГО сокращает неплановые консультации и осложнения; 2) Распределение компонентов КГО между членами команды согласно их компетенциям; 3) Введение кратких, адаптированных скрининговых форм и их цифровизация для упрощения работы).</p>
9.	УК-3	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>Назовите три ключевых показателя, которые вы, как руководитель гериатрической команды, будете отслеживать для оценки эффективности организации помощи пациентам с переломом шейки бедра на госпитальном этапе?</p>	<p>Эталонный ответ: Краткий список показателей, например: 1) Время от поступления до операции (при плановом вмешательстве); 2) Частота развития послеоперационных делириев; 3) Доля пациентов, начавших вертикализацию/реабилитацию в первые 24 часа после операции).</p>
10.	УК-3	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>1. Основной инструмент оперативного планирования работы отделения гериатрии на смену/сутки:</p> <p>а) Годовой план работы отделения.</p> <p>б) Расстановка кадров (график дежурств) и маршрутизация пациентов.</p> <p>в) Штатное расписание.</p> <p>г) План повышения квалификации сотрудников.</p>	б
11.	УК-3	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>2. При организации работы младшего медицинского персонала в гериатрическом отделении особое внимание уделяется:</p> <p>а) Умению проводить сложные диагностические процедуры.</p> <p>б) Обучению правилам безопасного перемещения пациентов и профилактики падений.</p> <p>в) Навыкам ведения медицинской документации.</p>	б

		г) Умению интерпретировать результаты лабораторных анализов.	
12.	УК-3	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>3. Ключевой принцип организации медицинской помощи гериатрическому пациенту, требующему участия нескольких специалистов:</p> <p>а) Параллельное консультирование всеми врачами одновременно.</p> <p>б) Назначение врача-куратора (чаще всего гериатра) для координации плана лечения.</p> <p>в) Последовательное привлечение специалистов по мере ухудшения состояния.</p> <p>г) Принятие решений исключительно родственниками пациента.</p>	6
13.	УК-3	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>4. При возникновении конфликта между медицинской сестрой и родственником пациента, руководитель (врач-гериатр) должен в первую очередь:</p> <p>а) Немедленно наказать медицинскую сестру.</p> <p>б) Выслушать обе стороны в спокойной обстановке, изучить документацию.</p> <p>в) Поручит разобраться старшей медицинской сестре.</p> <p>г) Извиниться перед родственником, не разбираясь в ситуации.</p>	6
14.	УК-3	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>5. Основная цель проведения пятиминуток в начале рабочего дня в гериатрическом отделении:</p> <p>а) Обсуждение личных вопросов сотрудников.</p> <p>б) Доведение ключевой информации о тяжелых пациентах, задачах на день, изменениях в регламентах.</p> <p>в) Проведение полноценного клинического разбора.</p> <p>г) Выявление виновных за предыдущие ошибки.</p>	6
15.	УК-3	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>6. Какой документ является основным для регламентации взаимодействия в мультидисциплинарной команде гериатрического отделения?</p> <p>а) Трудовой договор с сотрудником.</p> <p>б) Положение (регламент) о мультидисциплинарном ведении пациента, включающее роли, алгоритмы и точки взаимодействия.</p> <p>в) Журнал учета рабочего времени.</p> <p>г) Приказы главного врача по общим вопросам.</p>	6

16.	УК-5	<p>Соотнесите этапы профессионального развития ординатора-гериатра с их содержанием.</p> <p>Этап</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Самооценка и рефлексия 2. Постановка целей развития 3. Выбор инструментов развития 4. Реализация плана 5. Оценка результата и коррекция траектории <p>Содержание</p> <p>А. Прохождение курсов повышения квалификации по паллиативной помощи, получение сертификата.</p> <p>Б. Анализ собственных дефицитов: слабое владение навыком оценки когнитивного статуса (тест MoCA).</p> <p>В. Защита выпускной квалификационной работы по гериатрической фармакотерапии и смена участка с терапевтического на гериатрический.</p> <p>Г. Формулировка задачи: «К концу 2-го года обучения освоить расширенную батарею тестов для оценки хрупкости (FRALL, «Возраст не помеха»).</p> <p>Д. Участие в вебинарах, стажировка в гериатрическом центре, работа с наставником.</p>	<p>1-Б, 2-Г, 3-Д, 4-А, 5-В.</p>
17.		<p>Установите соответствие между мотивом смены карьерной траектории в гериатрии и вариантом решения задачи развития.</p> <p>Мотив</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Высокий эмоциональный выгорание из-за тяжести хронических больных 2. Интерес к организационно-управленческой работе в домах престарелых 3. Желание снизить частоту очных контактов (риск инфекций) при сохранении помощи пожилым 4. Тяга к функциональному восстановлению, а не к лечению болезней <p>Решение</p> <p>А. Пройти профпереподготовку по «Организации здравоохранения» и претендовать на должность заведующего отделением сестринского ухода.</p> <p>Б. Освоить навыки телемедицины (курс 144 часа) и вести удаленное наблюдение пациентов с АГ и деменцией.</p> <p>В. Получение специализации «Гериатрическая реабилитация», работа в мультидисциплинарной амбулаторной команде.</p> <p>Г. Прохождение тренинга по управлению стрессом и супервизия, совмещение гериатрии с паллиативной помощью</p>	<p>1-Г, 2-А, 3-Б, 4-В.</p>
18.	УК-5	<p>Преодоление профессионального выгорания (личностное развитие)</p> <p>Восстановите правильную последовательность стратегий личностного развития для преодоления синдрома эмоционального выгорания у гериатра.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Освоение техник саморегуляции (дыхательные практики, майндфулнес) во время коротких пауз между приемами. 2. Расширение профессионального кругозора (запись на смежную узкую специальность — паллиативная помощь) для снижения рутины. 3. Пересмотр рабочего графика с внедрением «блоков фокусированной работы» без отвлечений. 4. Признание наличия симптомов выгорания и 	<p>4 3 1 2 5</p>

		анализ профессиональных стресс-факторов. 5. Наставничество над младшим ординатором для восстановления чувства профессиональной ценности.	
19.	УК-5	Внедрение нового клинического протокола (реагирование на изменения в стандартах) Расположите в хронологическом порядке действия врача-гериатра при появлении нового международного протокола по лечению деменции. 1. Интеграция новых правил в личный алгоритм ведения пациента. 2. Первичное применение протокола под супервизией опытного коллеги. 3. Анализ протокола на предмет отличий от текущей практики. 4. Ознакомление с текстом протокола через профессиональные базы данных (PubMed, Cochrane). 5. Критическая оценка протокола и его применимости к российской популяции пациентов 80+.	4 5 3 2 1
20.	УК-5	Вы — ординатор 2-го года обучения по специальности «Гериатрия». После серии успешных докладов на конференциях вам предложили: Вариант А: остаться в клинике и через 2 года стать заведующим гериатрическим отделением (после курсов по управлению). Вариант Б: поступить в аспирантуру, затем работать в научном центре геронтологии. Опишите пошаговый план принятия решения с учетом самооценки своих сильных и слабых сторон	Эталонный ответ: Пошаговый план принятия решения: Самооценка компетенций по шкале: Клинические навыки (ведение гериатрических пациентов, полипрагмазия, паллиативная помощь). Организационные способности (работа с персоналом, отчетность). Научно-исследовательские навыки (статистика, написание статей, дизайн исследования). Личностные качества (усидчивость vs. динамичная работа). Сбор объективной информации: Условия поступления в аспирантуру (наличие мест, темы диссертаций, научный руководитель). Условия административного роста (необходимость профпереподготовки по управлению, стаж). Оценка долгосрочных последствий (5 лет): Финансовые перспективы. Удовлетворенность работой. Возможность совмещения (научная работа + клиническая практика). Пробный шаг (на 1 месяц).
21.		Представьте, что за время обучения в ординатуре вы осознали: ваших знаний в паллиативной помощи и гериатрической фармакотерапии достаточно, но не хватает навыков психологической поддержки пациентов с когнитивными нарушениями и коммуникации с их семьями. Опишите конкретные шаги по ликвидации этого дефицита. В какие	Эталонный ответ: Диагностика дефицита: самооценка на основе обратной связи от куратора, пациентов, симуляционных тренингов. План развития: краткосрочно: онлайн-курс по

		<p>профессиональные и личностные качества вам придется «инвестировать» прежде всего?</p>	<p>психологии старения и коммуникативным техникам (например, на платформах НМО), участие в мастер-классах по немедикаментозной коррекции поведенческих симптомов деменции.</p> <p>среднесрочно: супервизия с медицинским психологом, освоение шкал оценки нейрокогнитивного статуса (MoCA, MMSE).</p> <p>практическая отработка: ведение дневника сложных коммуникативных случаев с последующим разбором в группе ординаторов.</p> <p>Личностные инвестиции: эмпатия, стрессоустойчивость, гибкость в общении, способность к рефлексии.</p> <p>Профессиональные: клиническое мышление в условиях неопределённости, навыки междисциплинарного взаимодействия.</p>
22.	УК-5	<p>Дайте краткий ответ. Вопрос: Какое одно конкретное изменение в вашем текущем расписании или привычках позволит высвободить 3–4 часа в неделю для изучения современных гериатрических протоколов?</p>	<p>Эталонный ответ: Пример: «Сократить пролистывание соцсетей на 30 минут каждый день».</p>
23.	УК-5	<p>Дайте краткий ответ. Какую одну тему (навык, курс, социальную активность) из области геронтопсихологии вы должны добавить в свой индивидуальный план развития в этом году, чтобы повысить свою конкурентоспособность при переходе из стационара в хоспис?</p>	<p>Эталонный ответ: Пример: «Основы коммуникации с пациентом с деменцией и его семьей».</p>
24.	УК-5	<p>Какое действие наиболее эффективно для долгосрочного профессионального развития врача-гериатра в условиях растущего числа пациентов с полиморбидностью?</p> <p>А) Освоение смежной специальности «Терапия» без учёта гериатрических особенностей Б) Регулярное участие в междисциплинарных конференциях и получение сертификатов по гериатрической фармакотерапии В) Повторение базовых навыков общего осмотра без изучения новых методик Г) Полный переход на административную работу в поликлинике</p>	Б
25.	УК-5	<p>Какой из перечисленных методов относится к инструментам оценки личностного развития врача-ординатора?</p> <p>А) Анализ финансовой отчётности отделения Б) Ведение рефлексивного дневника с разбором сложных клинических случаев В) Составление только ежемесячных отчётов о количестве пролеченных пациентов Г) Ежедневное заполнение формы учёта рабочего времени без анализа ошибок</p>	Б
26.	УК-5	<p>При планировании смены карьерной траектории с работы в стационаре на амбулаторную гериатрическую службу, что врач должен проанализировать в первую очередь?</p> <p>А) Только размер будущей заработной платы Б) Свои актуальные компетенции в ведении</p>	Б

		пациентов с деменцией и падениями В) Мнение соседей о такой смене работы Г) Цвет стен в новой поликлинике	
27.	УК-5	Какой метод самооценки наиболее объективен для выявления пробелов в личностном развитии врача-гериатра? А) Исключительно самоанализ без внешней обратной связи Б) Сравнение своих навыков с требованиями профессионального стандарта «Врач-гериатр» и получение 360-градусной обратной связи (коллеги, медсёстры, пациенты) В) Оценка только количества научных публикаций Г) Субъективное ощущение «я всё знаю»	Б
28.	УК-5	Ординатор планирует через 3 года стать руководителем гериатрического центра. Какая компетенция из перечисленных является приоритетной для развития уже на этапе ординатуры? А) Только навык венопункции Б) Управление командой и основы проектного менеджмента в здравоохранении В) Исключительно знание геронтопсихологии Г) Умение заполнять только историю болезни	Б
29.	УК-5	Что из нижеперечисленного НЕ является барьером для профессионального развития в гериатрии? А) Эйджизм (возрастная дискриминация) в отношении пожилых пациентов Б) Низкая мотивация к обучению из-за профессионального выгорания В) Ежегодное прохождение курсов НМО по актуальным вопросам гериатрии Г) Отсутствие системы наставничества в учреждении	В
30.	УК-5	Какой документ является основой для планирования собственного профессионального развития в ординатуре по гериатрии? А) Должностная инструкция санитарки Б) Учебный план и рабочие программы дисциплин, а также ФГОС по специальности «Гериатрия» В) Расписание столовой больницы Г) Личный дневник пациента	Б
31.	УК-5	Как часто рекомендуется врачу пересматривать свой индивидуальный план профессионального развития (ИПРР) для его адекватности? А) Один раз в 10 лет Б) Никогда после утверждения В) Не реже 1 раза в 6–12 месяцев с учётом результатов промежуточной оценки компетенций и изменений в системе здравоохранения Г) Только при увольнении	В
32.	ОПК-4	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между жалобой/симптомом и наиболее информативным первичным диагностическим методом в условиях поликлиники: 1. Одышка и кашель у курильщика со стажем 20 лет. 2. Тупая, ноющая боль в эпигастрии, связанная с приемом пищи.	1 Б 2 Д 3 Б 4 Г 5 А

		<p>3. Длительный субфебрилитет и ночная потливость.</p> <p>4. Остро возникшая сильная головная боль с тошнотой и светобоязнью.</p> <p>5. Приступообразные загрудинные боли при физической нагрузке.</p> <p>Варианты методов:</p> <p>А. Электрокардиография (ЭКГ) в покое и с нагрузкой.</p> <p>Б. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>В. Экспресс-тест на тропонин.</p> <p>Г. Люмбальная пункция.</p> <p>Д. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).</p> <p>Е. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови.</p>	
33.	ОПК-4	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Установите соответствие между предполагаемым диагнозом и обязательным инструментальным исследованием для его подтверждения/исключения на амбулаторном этапе:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Подозрение на хроническую сердечную недостаточность с систолической дисфункцией. 2. Подозрение на желчнокаменную болезнь при болях в правом подреберье. 3. Подозрение на язвенную болезнь желудка. 4. Подозрение на фибрилляцию предсердий (по данным анамнеза и аускультации). 5. Подозрение на обструктивное апноэ сна (храп, дневная сонливость). <p>Варианты исследований:</p> <p>А. Суточное мониторирование ЭКГ (Холтер).</p> <p>Б. Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).</p> <p>В. Эхокардиография (ЭхоКГ).</p> <p>Г. Ультрасонография (УЗИ) органов брюшной полости.</p> <p>Д. Полисомнография или респираторный скрининг.</p>	<p>1 В</p> <p>2 Г</p> <p>3 Б</p> <p>4 А</p> <p>5 Д</p>
34.	ОПК-4	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Установите соответствие между патологическим состоянием и наиболее вероятными изменениями в общем анализе крови:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Острая бактериальная пневмония. 2. Железодефицитная анемия. 3. Вирусная инфекция (ОРВИ). 4. Хроническая почечная недостаточность. 5. Аллергическая реакция (например, на лекарство). <p>Варианты изменений:</p> <p>А. Нормохромная нормоцитарная анемия.</p> <p>Б. Лейкопения, лимфоцитоз.</p> <p>В. Гипохромная микроцитарная анемия.</p> <p>Г. Эозинофилия.</p> <p>Д. Нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево.</p>	<p>1 Д</p> <p>2 В</p> <p>3 Б</p> <p>4 А</p> <p>5 Г</p>
35.	ОПК-4	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Установите соответствие между синдромом и основным лабораторным критерием его диагностики по результатам биохимического анализа крови:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Синдром цитолиза гепатоцитов. 2. Холестатический синдром. 3. Синдром острой почечной недостаточности. 4. Метаболический синдром/инсулинорезистентность. 5. Подагра. <p>Варианты критериев:</p> <p>А. Повышение уровня мочевой кислоты.</p> <p>Б. Повышение уровня аланинаминотрансферазы</p>	<p>1 Б</p> <p>2 Д</p> <p>3 В</p> <p>4 Г</p> <p>5 А</p>

		(АЛТ) и аспартатаминотрансферазы (АСТ). В. Повышение уровня креатинина и мочевины. Г. Повышение уровня общего холестерина, триглицеридов, глюкозы. Д. Повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ).	
36.	ОПК-4	<p>Прочитайте текст и установите последовательность действий врача общей практики при первичном приеме пациента с острой загрудинной болью продолжительностью 20 минут.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценить состояние по протоколу ABC (дыхательные пути, дыхание, кровообращение), измерить АД, ЧСС, сатурацию (SpO₂). 2. Снять и немедленно интерпретировать 12-канальную ЭКГ. 3. Собрать краткий, целенаправленный анамнез (характер боли, иррадиация). 4. Обеспечить венозный доступ, взять кровь на тропонин и общий анализ. 5. Провести физикальный осмотр (аускультация сердца и легких, оценка периферического кровообращения). 6. Назначить обезболивание (нитроглицерин, анальгетик) при отсутствии противопоказаний. 	1 3 2 5 4 6
37.	ОПК-4	<p>Прочитайте текст и установите последовательность действий врача при обращении пациента с лихорадкой, кашлем с мокротой и слабостью в течение 3 дней.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести физикальное обследование: аускультацию и перкуссию легких, измерить ЧДД, температуру. 2. Назначить общий анализ крови и анализ на С-реактивный белок (СРБ) или прокальцитонин. 3. Собрать анамнез заболевания и эпидемиологический анамнез, оценить тяжесть по шкале CURB-65. 4. Назначить рентгенографию органов грудной клетки. 5. Начать эмпирическую антибактериальную терапию в соответствии с тяжестью состояния. 6. Исключить другие причины (провести диф. диагностику с ОРВИ, бронхитом). 	3 1 2 4 5
38.	ОПК-4	<p>Прочитайте текст и установите последовательность действий врача при поступлении пациента с острой болью в правой подвздошной области.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Собрать анамнез боли (локализация, миграция, характер, симптомы раздражения брюшины). 2. Пропальпировать живот, проверить перитонеальные симптомы (Щеткина-Блюмберга, Ровзинга). 3. Оценить общее состояние и витальные функции (температура, АД, пульс). 4. Назначить общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (амилаза, АЛТ, АСТ). 5. Назначить ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 6. Принять решение о необходимости срочной 	3 1 2 4 5 6

		консультации хирурга.	
39.	ОПК-4	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите правильную последовательность действий врача при первичном выявлении у пациента стойкого повышения АД до 160/100 мм рт. ст.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Провести суточное мониторирование артериального давления (СМАД) для подтверждения диагноза. 2. Назначить скрининговые исследования: общий анализ мочи, ЭКГ, глюкозу и креатинин крови, липидный спектр. 3. Опросить пациента о факторах риска и симптомах, измерить АД на обеих руках. 4. Провести физикальный осмотр (оценка ИМТ, аускультация сердца и сосудов). 5. Оценить сердечно-сосудистый риск и поражение органов-мишеней (по данным ЭКГ, глазного дна). 6. Исключить симптоматическую гипертензию (при подозрении назначить УЗИ почек, альдостерон-рениновое соотношение). 	3 4 1 2 5 6
40.	ОПК-4	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>К вам на прием обратилась женщина 60 лет с жалобами на общую слабость, одышку при умеренной физической нагрузке, периодическое головокружение и извращение вкуса (желание есть мел). Пациентка связывает состояние с тяжелой работой. При осмотре: бледность кожных покровов и видимых слизистых, тахикардия 98 уд/мин, АД 100/65 мм рт.ст., систолический шум на верхушке сердца. Опишите ваш диагностический алгоритм для установления причины анемического синдрома.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Этап 1. Подтверждение и классификация анемии.</p> <p>Общий анализ крови с ретикулоцитарным индексом: Оценка уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитарных индексов (MCV, MCH, MCHC, RDW). Определение морфологического типа анемии (микро-, нормо-, макроцитарная). Подсчет ретикулоцитов для оценки активности костного мозга.</p> <p>Биохимический анализ крови: Сывороточное железо, ферритин (основной маркер запасов железа), трансферрин, ОЖСС, насыщение трансферрина. Ферритин < 30 нг/мл — патогномичный признак абсолютного дефицита железа.</p> <p>Этап 2. Определение патогенетического варианта (дифференциальная диагностика).</p> <p>При микроцитарной гипохромной анемии и низком ферритине — диагноз железодефицитная анемия (ЖДА).</p> <p>При нормоцитарной анемии с нормальным/повышенным ферритином + признаки воспаления (повышение СОЭ, СРБ) — анемия хронических заболеваний (АХЗ).</p> <p>При макроцитарной анемии — исследование витамина В12 и фолиевой кислоты.</p> <p>Этап 3. Поиск причины ЖДА (обязательный этап).</p> <p>Источник хронической кровопотери:</p> <p>Эзофагогастродуоденоскопия</p>

			<p>(ЭГДС) и колоноскопия — стандарт обследования для исключения онкопатологии и других причин кровопотери из ЖКТ, особенно при положительном анализе кала на скрытую кровь или у пациентов старше 40-45 лет.</p> <p>У женщин— консультация гинеколога для исключения меноррагий.</p> <p>Исследование кала на скрытую кровь (иммунохимический метод) минимум 3-кратно.</p> <p>Нарушение всасывания: При подозрении — обследование у гастроэнтеролога (атрофический гастрит).</p> <p>Алиментарный фактор: Детальный пищевой анамнез, исключить синдром мальнутриции.</p>
41.	ОПК-4	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 65 лет, проходит диспансеризацию. В биохимическом анализе крови выявлено: креатинин 150 мкмоль/л (при норме до 115), мочевины 9,5 ммоль/л, СКФ (расчетная по формуле СКД-ЕРІ) — 45 мл/мин/1,73м². В ОАМ: плотность 1010, белок 0,33 г/л, эритроциты 2-3 в п/зр. Артериальное давление 145/90 мм рт.ст. Жалоб нет. Как вы интерпретируете эти данные? Каков дальнейший диагностический алгоритм?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Интерпретация: У пациента диагностируются признаки хронической болезни почек (ХБП) 3а стадии (по уровню СКФ), сопровождающейся протеинурией и артериальной гипертензией. Требуется подтверждение хронизации и уточнение этиологии.</p> <p>Алгоритм:</p> <p>Подтверждение хронизации процесса: Повторная оценка СКФ через 3 месяца для исключения острого повреждения почек. Сбор нефрологического анамнеза (длительность АГ, прием нефротоксичных препаратов, НПВП, подагра, СД).</p> <p>Оценка степени поражения почек и поиск причины:</p> <p>Суточная моча на микроальбуминурию/протеинурию и креатинин для точной количественной оценки.</p> <p>УЗИ почек с доплерографией почечных артерий — оценка размеров, кортико-медуллярной дифференцировки, исключение обструкции, кист, признаков нефросклероза, стеноза почечных артерий.</p> <p>Исследование мочевого осадка (анализ мочи по Нечипоренко, проба Аддиса-Каковского) для выявления активного мочевого синдрома.</p> <p>Оценка сердечно-сосудистого риска и сопутствующей патологии: Липидный спектр, гликированный гемоглобин, мочевая кислота.</p> <p>Направление к нефрологу для</p>

			решения вопроса о проведении биопсии почки (при неясной этиологии, быстропрогрессирующем течении, выраженной протеинурии >1 г/сут).
42.	ОПК-4	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Женщина 62 лет жалуется на периодические ноющие боли в правом подреберье и эпигастрии, возникающие через 30-40 минут после приема жирной или жареной пищи, иногда сопровождающиеся горьким привкусом во рту. Боли не иррадируют. Объективно: живот мягкий, болезненный в точке проекции желчного пузыря (симптом Кера). Стул регулярный. Опишите поэтапный план обследования для установления диагноза.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Этап 1. Подтверждение/исключение желчнокаменной болезни и острого воспаления.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости .</p> <p>Оценивается: наличие конкрементов, толщина стенки желчного пузыря (>3-4 мм — признак хронического холецистита), его сократимость, состояние внепеченочных протоков, паренхимы печени и поджелудочной железы.</p> <p>Биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ, билирубин общий и прямой, амилаза. Для выявления холестаза и сопутствующего панкреатита.</p> <p>Этап 2. Дифференциальная диагностика при отсутствии камней (ДЖВП vs патология желудка).</p> <p>Фиброзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) с тестом на Helicobacter pylori — для исключения гастрита, язвенной болезни, дуоденита, которые могут давать сходную симптоматику.</p> <p>При исключении патологии желудка и ДПК — динамическая холецистография (УЗИ с желчегонным завтраком) для оценки моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря и определения типа дискинезии (гипо- или гиперкинетический).</p> <p>Этап 3. Уточняющие методы (по показаниям).</p> <p>При подозрении на холедохолитиаз или неоднозначных данных УЗИ — МР-холангиопанкреатография (МРХПГ).</p> <p>При упорном болевом синдроме для исключения микролитиаза или билиарного сладжа — повторное УЗИ в динамике. КТ.</p>
43.	ОПК-4	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>В приемное отделение доставлен мужчина 60 лет с жалобами на интенсивную боль в левой подвздошной области, возникшую около 6 часов назад, тошноту, однократную рвоту. Стула не было 2 дня, газы не отходят. Температура 37,8°C. Объективно: живот асимметричен, вздут, резко болезненный в левой подвздошной области, там же определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика ослаблена. Каков необходимый минимум обследования для постановки предварительного диагноза и определения тактики?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Предварительный диагноз: Острая кишечная непроходимость толстого кишечника (? опухолевого генеза) с признаками перитонита.</p> <p>Минимум обследования в приемном отделении:</p> <p>Экстренные лабораторные анализы: ОАК (лейкоцитоз, сдвиг формулы), биохимия (электролиты, креатинин, лактат – маркер ишемии), амилаза, группа крови и</p>

		Какой метод диагностики будет ключевым?	<p>резус-фактор, коагулограмма. Ключевой инструментальный метод №1: Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении и латеропозиции (на левом боку). Ожидаемые находки: раздутые газом петли толстой кишки с уровнями жидкости («чаши Клойбера»), возможно, «симптом арки» при завороте. Отсутствие газа в прямой кишке. Ключевой метод №2 (определяющий тактику): КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Проводится при подтверждении непроходимости на Rg для точного определения: уровня и причины обструкции (опухоль, заворот, инвагинация, спайки), жизнеспособности кишки (признаки ишемии, пневматоз стенки), наличия свободного газа (признак перфорации) или выпота. Тактика: Результаты КТ являются основой для решения о срочном оперативном вмешательстве. Пациент подлежит немедленной госпитализации в хирургический стационар. До операции — установка назогастрального зонда, инфузионная терапия.</p>
44.	ОПК-4	<p>Дайте краткий ответ Пациент 65 лет жалуется на несимметричные отеки голеней. При осмотре: отек левой голени плотный, кожа гиперемирована, локальная гипертермия +2°C, болезненность при пальпации по ходу сосудистого пучка. Отек правой голени мягкий, безболезненный, кожа с коричневатым оттенком (гиперпигментация). Сформулируйте два наиболее вероятных диагноза и назовите срочный инструментальный метод для верификации диагноза.</p>	<p>Эталонный ответ: Острый тромбоз глубоких вен голени слева. Хроническая венозная недостаточность, стадия трофических расстройств. Метод: ультразвуковая доплерография (УЗДГ) или дуплексное сканирование вен нижних конечностей.</p>
45.	ОПК-4	<p>Дайте краткий ответ При аускультации легких у пациента с лихорадкой, кашлем и слабостью вы слышите крепитацию над нижней долей правого легкого. О чем свидетельствует этот физикальный признак?</p>	<p>Эталонный ответ: Крепитация свидетельствует о наличии жидкого воспалительного экссудата в альвеолах (стадия опеченения при долевой пневмонии).</p>
46.	ОПК-4	<p>Дайте краткий ответ Пациент жалуется на «голодные» и ночные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приема пищи. Назовите два неинвазивных теста первой линии для подтверждения наиболее вероятной инфекционной причины такого симптомокомплекса.</p>	<p>Эталонный ответ: Дыхательный уреазный тест с 13С-мочевинной или определение антигена <i>Helicobacter pylori</i> в кале (ИФА-анализ).</p>
47.	ОПК-4	<p>Дайте краткий ответ Пациент 72 лет с одышкой при ходьбе и пастозностью голеней. Для дифференциальной диагностики между сердечной и несердечной причиной симптомов вы назначили анализ на NT-proBNP. Результат — 120 пг/мл (референс для</p>	<p>Эталонный ответ: Результат в пределах нормы позволяет с высокой вероятностью исключить хроническую сердечную недостаточность (ХСН) как причину симптомов. Необходимо</p>

		возраста <300 пг/мл). Какова ваша тактика на основании этого результата?	продолжить диагностический поиск в иных направлениях (например, заболевания легких, анемия, патология почек).
48.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 1. Основной метод выявления характера и локализации боли у пациента: а) Перкуссия б) Целенаправленный опрос (сбор жалоб и анамнеза) в) Пальпация г) Назначение обезболивающих.	б
49.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 2. Что из перечисленного НЕ является обязательным компонентом сбора анамнеза? а) История настоящего заболевания (Historia morbi) б) История жизни (Anamnesis vitae) в) Результаты МРТ, проведенного до обращения г) Аллергологический анамнез	в
50.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 3. При аускультации легких у пациента с подозрением на пневмонию в нижней доле правого легкого вы слышите: а) Сухие рассеянные хрипы б) Влажные мелкопузырчатые хрипы и крепитацию в) Шум трения плевры по всем полям г) Жесткое дыхание без хрипов	б
51.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 4. Симптом Щеткина-Блюмберга проверяется для диагностики: а) Перикардита б) Плеврита в) Перитонита г) Менингита	в
52.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 5. Пациентка 65 лет жалуется на нарастающую слабость, одышку при привычной нагрузке, периодическое головокружение. В общем анализе крови: Hb 98 г/л, MCV (средний объем эритроцита) 72 фл (норма 80-100), ретикулоциты 1.2%. В биохимическом анализе: сывороточное железо снижено, общая железосвязывающая способность сыворотки (ОЖСС) повышена, ферритин 8 мкг/л. Какой наиболее вероятный тип анемии? Варианты ответов: а) В12-дефицитная анемия б) Железодефицитная анемия в) Анемия хронического заболевания г) Гемолитическая анемия д) Апластическая анемия	б
53.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 6. Первый лабораторный тест для диагностики железодефицитной анемии: а) Миелограмма б) Общий анализ крови с определением уровня гемоглобина, эритроцитов, MCV, MCH, RDW в) Уровень сывороточного железа г) Уровень ферритина	б
54.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 7. Первый лабораторный тест для диагностики железодефицитной анемии: а) Миелограмма б) Общий анализ крови с определением уровня гемоглобина, эритроцитов, MCV, MCH, RDW	б

		в) Уровень сывороточного железа г) Уровень ферритина	
55.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 8. Для скрининга сахарного диабета 2 типа у бессимптомного пациента с избыточным весом используется: а) Глюкоза мочи б) Глюкоза плазмы натощак и/или HbA1c в) Глюкозотолерантный тест (первый этап) г) Инсулин плазмы	б
56.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 9. Повышение уровня АЛТ и АСТ в 10 раз выше нормы наиболее характерно для: а) Хронического гепатита В б) Острого вирусного гепатита в) Жирового гепатоза г) Цирроза печени	б
57.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 10. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево (увеличение палочкоядерных нейтрофилов) чаще всего свидетельствует о: а) Вирусной инфекции б) Бактериальной инфекции в) Аллергической реакции г) приеме глюкокортикоидов	б
58.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 11. Основной маркер для оценки функции почек и стадии ХБП (хронической болезни почек): а) Общий белок мочи б) Скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по креатинину в) Уровень мочевины в крови г) Суточная протеинурия	б
59.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 12. Метод выбора для первичной диагностики внебольничной пневмонии у взрослого пациента: а) Компьютерная томография грудной клетки б) Рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях в) Флюорография г) УЗИ плевральных полостей	б
60.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 13. Пациент 65 лет с факторами риска (артериальная гипертензия, дислипидемия) жалуется на давящую загрудинную боль, возникающую при быстрой ходьбе на дистанцию около 300 метров и проходящую в покое через 3-5 минут. Какой следующий диагностический тест наиболее показан для подтверждения ишемической болезни сердца (ИБС)? Варианты ответов: а) Эхокардиография в покое б) Рентгенография органов грудной клетки в) Нагрузочная проба (велоэргометрия или тредмил-тест) г) Коронароангиография д) Суточное мониторирование ЭКГ (Холтер)	в
61.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 14. При подозрении на острый коронарный синдром (ОКС) в первую очередь необходимо снять: а) Суточное мониторирование ЭКГ (Холтер) б) ЭКГ в 12 отведениях в) Эхокардиографию	б

		г) ЭКГ с нагрузкой	
62.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 15. Показанием для проведения экстренной ФГДС является: а) Хронический гастрит б) Рвота «кофейной гущей» или мелена в) Изжога г) Подозрение на хеликобактерную инфекцию	б
63.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 16. Метод скрининга рака шейки матки у женщин: а) УЗИ органов малого таза б) Цитологическое исследование мазка с шейки матки (ПАП-тест) в) Кольпоскопия г) Анализ на ВПЧ	б
64.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 17. У пациента 65 лет остро возникшая слабость в правой руке и ноге, нарушение речи. Наиболее вероятный предварительный диагноз: а) Остеохондроз шейного отдела позвоночника б) Опухоль головного мозга в) Острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт) в левом полушарии г) Периферическая нейропатия	в
65.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 18. Дифференциальный диагноз между внебольничной пневмонией и обострением ХОБЛ основывается на: а) Данных анамнеза (курение, длительность симптомов), характере лихорадки, результатах рентгенографии и аускультации б) Только на уровне лейкоцитов в крови в) Только на наличии одышки г) Назначении пробной антибактериальной терапии	а
66.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 19. Основной клинический симптом, позволяющий заподозрить инфаркт миокарда, а не стенокардию напряжения: а) Боль за грудиной при ходьбе б) Загрудинная боль длительностью >20 минут, не купирующаяся нитроглицерином в) Одышка в покое г) Повышение артериального давления	б
67.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 20. Внезапная «кинжальная» боль в эпигастрии с последующим развитием доскообразного напряжения мышц передней брюшной стенки характерна для: а) Острого аппендицита б) Обострения язвенной болезни в) Перфорации язвы желудка или 12-перстной кишки г) Острого панкреатита	в
68.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 21. Диагностический минимум при первичном обращении пациента с подозрением на сахарный диабет (при наличии симптомов) включает: а) Анализ мочи на глюкозу б) Определение уровня глюкозы в плазме венозной крови в) Определение уровня С-пептида г) Глюкозотолерантный тест	б
69.	ОПК-4	Выберите один правильный ответ 22. Ложноотрицательный результат ПАП-теста (цитология шейки матки) может быть связан с:	а

		<p>а) Неправильным забором материала (не попали в зону трансформации)</p> <p>б) Слишком частым проведением теста</p> <p>в) Возрастом пациентки</p> <p>г) Наличием эрозии</p>	
70.	ОПК-4	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>23. Что из перечисленного является диагностической ошибкой на этапе обследования?</p> <p>а) Назначение лечения без установления предварительного диагноза</p> <p>б) Направление на консультацию к специалисту</p> <p>в) Использование клинических рекомендаций</p> <p>г) Повторная явка через неделю для контроля</p>	а
71.	ОПК-4	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>24. Изолированное повышение общего билирубина за счет непрямой (неконъюгированной) фракции при нормальных АЛТ, АСТ характерно для:</p> <p>а) Вирусного гепатита</p> <p>б) Синдрома Жильбера</p> <p>в) Механической желтухи</p> <p>г) Цирроза печени</p>	б
72.	ОПК-4	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>25. У пациента с длительным кашлем и похуданием на рентгенограмме органов грудной клетки обнаружено округлое образование в легком. Следующий диагностический шаг:</p> <p>а) Назначение антибиотиков и контроль через месяц</p> <p>б) Направление к онкологу/торакальному хирургу для дообследования (КТ, биопсия)</p> <p>в) Диагностика туберкулеза методом пробной терапии</p> <p>г) Назначение противовоспалительных препаратов</p>	б
73.	ОПК-4	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>26. Пациент 65 лет, курильщик с длительным стажем, жалуется на кашель с мокротой и одышку при небольшой физической нагрузке. При спирометрии после ингаляции сальбутамолом получены следующие данные: ОФВ1/ФЖЕЛ = 0,60; ОФВ1 = 55% от должного; постбронходилатационный тест отрицательный. Какой наиболее вероятный диагноз соответствует этим данным?</p> <p>Варианты ответов:</p> <p>а) Бронхиальная астма</p> <p>б) Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)</p> <p>в) Интерстициальная болезнь легких</p> <p>г) Сердечная недостаточность</p> <p>д) Бронхоэктатическая болезнь</p>	б
74.	ОПК-4	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>27. Пациентка 60 лет обратилась с острой интенсивной головной болью, возникшей внезапно во время физической нагрузки, сопровождающейся тошнотой и светобоязнью. В неврологическом статусе — ригидность затылочных мышц. Какой метод нейровизуализации необходимо выполнить в первую очередь для исключения жизнеугрожающего состояния?</p> <p>Варианты ответов:</p> <p>А) Рентгенография шейного отдела позвоночника</p> <p>б) Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга</p> <p>в) Компьютерная томография (КТ) головного мозга без контраста</p>	в

		г) Ультразвуковая доплерография брахиоцефальных артерий д) Электроэнцефалография (ЭЭГ)	
75.	ОПК-5	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между классом препаратов для лечения артериальной гипертензии и основным механизмом его действия: 1. Ингибиторы АПФ (например, эналаприл) 2. Тиазидные диуретики (например, гидрохлоротиазид) 3. Бета-адреноблокаторы (например, бисопролол) 4. Блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда (например, амлодипин) А. Уменьшение реабсорбции натрия и воды, снижение объема циркулирующей крови. Б. Периферическая вазодилатация за счет блокады входа кальция в гладкомышечные клетки сосудов. В. Снижение сердечного выброса за счет уменьшения частоты и силы сердечных сокращений. Г. Блокада образования ангиотензина II, приводящая к вазодилатации и снижению секреции альдостерона.	1Г 2А 3В 4-Б
76.	ОПК-5	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между заболеванием и препаратом выбора для длительной базисной противовоспалительной терапии (контроля заболевания): 1. Бронхиальная астма, персистирующая, средней степени тяжести. 2. Ревматоидный артрит (дебют, активность умеренная). 3. Язвенный колит, тотальное поражение, легкая степень. 4. Подагра (для профилактики повторных атак и снижения уровня мочевой кислоты). А. Месалазин. Б. Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС). В. Аллопуринол. Г. Метотрексат.	1Б 2Г 3А 4В
77.	ОПК-5	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между параметром контроля эффективности лечения и хроническим заболеванием, для которого он является ключевым: 1. Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови. 2. ОФВ1 (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду) и пиковая скорость выдоха. 3. Уровень ТТГ (тиреотропного гормона). 4. Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). А. Сахарный диабет 1 и 2 типа. Б. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и бронхиальная астма. В. Гипотиреоз на заместительной терапии левотироксином. Г. Подагра.	1Г 2Б 3В 4А
78.	ОПК-5	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между выявленной проблемой при лечении и наиболее вероятной причиной/ошибкой в тактике: 1. У пациента на фоне приема ибупрофена по поводу боли в спине появились отеки, повысилась АД, снизился диурез. 2. У пожилого пациента на фоне приема эналаприла появился сухой навязчивый кашель. 3. У пациента с мерцательной аритмией,	1Б 2А 3В 4Г

		<p>принимающего варфарин, внезапно появились множественные синяки и кровоточивость десен. МНО = 6.5.</p> <p>4. У пациента с внебольничной пневмонией на фоне лечения амоксициллином через 5 дней сохраняется лихорадка и инфильтрат на рентгенограмме.</p> <p>А. Побочное действие препарата, связанное с накоплением брадикинина.</p> <p>Б. Нефротоксическое действие нестероидного противовоспалительного препарата.</p> <p>В. Передозировка антикоагулянта, требующая коррекции.</p> <p>Г. Неэффективность эмпирической антибактериальной терапии, требующая ее смены.</p>	
79.	ОПК-5	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Тактика при впервые выявленной артериальной гипертензии 2 степени у пациента 63 лет без острых осложнений.</p> <p>Установите последовательность действий врача общей практики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. При недостижении целевого АД на монотерапии — назначить комбинированную антигипертензивную терапию. 2. Оценить общий сердечно-сосудистый риск и выявить поражение органов-мишеней (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ почек, осмотр глазного дна). 3. Дать рекомендации по модификации образа жизни (диета, ограничение соли, физическая активность). 4. Установить диагноз на основе серии измерений АД (в т.ч. СМАД или домашний мониторинг). 5. Начать терапию с одного препарата в минимальной дозе, оценить переносимость. 6. Назначить плановый контроль эффективности (достижение целевых уровней АД) через 2-4 недели. 	4 2 3 5 6 1
80.	ОПК-5	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Действия врача при выявлении у пациента с жалобами на изжогу эрозивного эзофагита (ГЭРБ) при ЭГДС.</p> <p>Установите последовательность назначений для лечения и контроля:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначить терапию ингибитором протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе 1 раз в день за 30-60 мин до еды. 2. Рекомендовать модификацию образа жизни (диета, подъем головного конца кровати, снижение веса, отказ от курения). 3. Назначить контрольную ЭГДС через 8 недель для оценки заживления эрозий и исключения осложнений. 4. При отсутствии эффекта и подтвержденной приверженности увеличить дозу ИПП до 2 раз в день или сменить препарат. 5. После заживления эрозий обсудить переход на «по требованию» или поддерживающую терапию для контроля симптомов. 	2 1 3 4 5
81.	ОПК-5	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Тактика ведения пациента с внебольничной пневмонией нетяжелого течения, оставляемого на амбулаторном лечении.</p> <p>Установите последовательность действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначить антибиотик перорально, следуя клиническим рекомендациям (например, 	2 1 3 4 5 6

		<p>амоксициллин).</p> <p>2. Оценить показания для госпитализации по шкалам (CRB-65, наличие факторов риска).</p> <p>3. Назначить жаропонижающие и муколитики по симптомам.</p> <p>4. Оценить эффект от стартовой антибиотикотерапии через 48-72 часа (температура, интоксикация, общее состояние).</p> <p>5. При отсутствии улучшения — сменить группу антибиотиков (например, на респираторный фторхинолон) или рассмотреть госпитализацию.</p> <p>6. Назначить контрольную рентгенографию органов грудной клетки через 4-6 недель при замедленном клиническом улучшении, у пациентов групп риска или для подтверждения разрешения.</p>	
82.	ОПК-5	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Алгоритм контроля эффективности лечения дислипидемии и оценки сердечно-сосудистого риска у пациента, начавшего прием статина.</p> <p>Установите последовательность:</p> <p>1. Оценить приверженность лечению и переносимость препарата, проанализировать возможные причины неэффективности.</p> <p>2. Назначить статин в дозе, соответствующей группе риска и целевым уровням Х-ЛПНП.</p> <p>3. Через 4-12 недель повторить липидограмму для оценки достижения целевого уровня Х-ЛПНП.</p> <p>4. Рассчитать суммарный сердечно-сосудистый риск (по SCORE) и определить индивидуальный целевой уровень Х-ЛПНП.</p> <p>5. При недостижении цели — увеличить дозу статина или добавить эзетимиб после повторной оценки приверженности.</p> <p>6. Назначить контроль активности АЛТ/КФК перед началом лечения и через 4-8 недель после старта/увеличения дозы.</p>	4 2 6 1 3 5
83.	ОПК-5	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Женщина 70 лет с постменопаузальным остеопорозом, перенесшая низкоэнергетический перелом лучевой кости 2 года назад. Получает пероральный алендронат 70 мг 1 раз в неделю в течение 1,5 лет. Переносимость хорошая. Приверженность лечению высокая.</p> <p>Задача: Как Вы будете оценивать эффективность и безопасность терапии бисфосфонатами через 1,5 года? Какие инструменты и методы диагностики Вы назначите? При каком результате Вы примете решение о продолжении терапии, а при каком – о необходимости ее модификации («лекарственные каникулы» или смена класса препаратов)?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Оценка эффективности:</p> <p>«Золотой стандарт»: Двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (ДРА, DXA) поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра. Эффективной терапия считается при стабилизации или увеличении минеральной плотности кости (МПК) по сравнению с исходным уровнем (Т-критерий). Снижение МПК на 5% и более в год – признак неэффективности или плохой приверженности.</p> <p>Биохимические маркеры костного ремоделирования: их снижение на 30-50% от исходного уровня через 3 месяца терапии является ранним предиктором эффективности.</p> <p>Оценка безопасности: Контроль креатинина, кальция, фосфора в крови. Опрос на наличие симптомов, подозрительных на атипичные переломы бедренной кости или остеонекроз челюсти</p>

			<p>(боль в бедре, паху, незаживающие язвы в полости рта после стоматологических вмешательств). Решение о продолжении/модификации: Продолжить терапию (еще 1,5-3 года): Если МПК стабильна или повысилась, нет новых переломов, маркеры ремоделирования низкие. Рассмотреть «лекарственные каникулы» (перерыв на 1-3 года): После 3-5 лет успешной терапии у пациента с низким/умеренным риском переломов. Эффект бисфосфонатов сохраняется. Сменить класс препаратов (на деносумаб или терипаратид): При неэффективности (снижение МПК, новый перелом на фоне терапии), непереносимости или при очень высоком риске переломов.</p>
84.	ОПК-5	<p>Дайте развернутый ответ Пациентка 72 лет с тяжелым остеоартритом коленных суставов, ожирением. Постоянно принимает ибупрофен 400 мг 3 раза в день для купирования боли. На приеме жалуется на усиление болей в эпигастрии, изжогу. В ОАК: Нв 105 г/л (был 130), Нт 32%. Задача: Оцените текущую терапию с точки зрения эффективности и безопасности. Предложите альтернативную схему лечения хронической боли с учетом возраста и коморбидности. Как Вы будете контролировать как анальгетический эффект, так и безопасность нового лечения?</p>	<p>Эталонный ответ: Оценка текущей терапии: Прием неселективного НПВП (ибупрофен) в высоких дозах и на постоянной основе у пациентки пожилого возраста крайне опасен. Эффективность, судя по жалобам, недостаточна. Осложнения: вероятно, НПВП-гастропатия с эрозиями/язвой (боль, анемия), высокий риск кровотечения, негативное влияние на почки и сердечно-сосудистую систему. Альтернативная схема: Немедикаментозное: Снижение веса, ЛФК для укрепления мышц, физиотерапия. Медикаментозное: Парацетамол – препарат первой линии в макс. дозе 3 г/сут (с осторожностью при здоровой печени). Местная терапия: НПВП-гель (диклофенак, кетопрофен) на область суставов. Болезнь модифицирующие препараты (хондрогад) курсами 2-3 раза в год. При неэффективности – рассмотреть селективный ингибитор ЦОГ-2 (целекоксиб) в минимальной эффективной дозе и обязательно в комбинации с ингибитором протонной помпы (омепразол, пантопразол) для гастропротекции. При очень сильной боли – консультация ревматолога/ортопеда для рассмотрения внутрисуставного введения глюкокортикоидов или</p>

			<p>гиалуроновой кислоты.</p> <p>План контроля:</p> <p>Эффективность: Оценка по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) боли, опросник WOMAC для оценки функции сустава. Цель – снижение ВАШ на 50% от исходного, улучшение повседневной активности.</p> <p>Безопасность: Контроль ОАК (Hb) через 1 месяц для оценки стабилизации анемии. Контроль креатинина, АЛТ, АСТ через 3 месяца. Опрос на наличие эпигастральных жалоб, черного стула. ЭГДС при сохранении жалоб со стороны ЖКТ.</p>
85.	ОПК-5	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>К вам на прием пришел мужчина 82 лет с жалобами на общую слабость, потерю веса (5 кг за последние 6 месяцев без диеты), редкие эпизоды недержания мочи. При осмотре: медленная походка, мышечная гипотрофия. Как вы оцените наличие и степень старческой астении? Сформулируйте комплексный план лечения и контроля его эффективности для этого пациента, выходящий за рамки медикаментозной терапии.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>1. Оценка астении:</p> <p>Необходимо использовать валидизированные инструменты. По фенотипическим критериям Фрида у пациента присутствуют минимум 3 из 5: 1) непреднамеренная потеря веса (>4.5 кг за год), 2) слабость (снижение силы хвата, подтвержденное динамометрией), 3) низкая скорость ходьбы (<0.8 м/с на дистанции 4-6 м), 4) низкая физическая активность, 5) истощение (опросник: «Чувствовали ли вы себя в последнее время полным упадком сил?»). Клинически значимая астения (преддементное состояние) подтверждается при ≥ 3 критериях. Провести комплексную гериатрическую оценку.</p> <p>2. Комплексный план (интервенции):</p> <p>Нутритивная поддержка: Консультация диетолога. Цель: потребление белка 1.2-1.5 г/кг идеальной массы тела в сутки. Обогащение рациона, при необходимости — сиппинговое питание (смеси). Контроль: прибавка >0.5 кг/мес, рост сывороточного альбумина.</p> <p>Физическая реабилитация: Направление к врачу ЛФК/физиотерапевту для составления программы мультимодальных тренировок: прогрессивные силовые упражнения (2-3 р/нед), аэробная нагрузка (ходьба 150 мин/нед), упражнения на баланс. Контроль: улучшение в тестах SPPB и тест «Встань и иди» <12 сек).</p> <p>Когнитивный тренинг и социализация: Скрининг когнитивных нарушений (MoCA-тест более чувствителен, чем MMSE). Рекомендация когнитивных</p>

			<p>тренировок, приглашение в «Школу активного долголетия», привлечение соработника.</p> <p>Лечение сопутствующих состояний: Обязательный скрининг депрессии (Гериатрическая шкала депрессии/GDS-15), коррекция дефицита витамина D (цель уровня в крови >30 нг/мл), B12, лечение недержания мочи (исключить инфекцию, запор).</p> <p>Оценка эффективности: Через 3-6 месяцев — повторная оценка КГО, тестам SPPB, тест «Встань и иди», динамика в опроснике по качеству жизни. Цель — реверсия в преастению или стабилизация состояния.</p>
86.	ОПК-5	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациенту 85 лет с АГ и перенесенным ишемическим инсультом в анамнезе (2 года назад) в настоящее время назначается амлодипин 10 мг/сут и периндоприл 10 мг/сут. На визите АД 145/85 мм рт.ст., ЧСС 72. Жалоб нет. При осмотре — умеренная ортостатическая гипотензия (падение АД на 20/10 мм рт.ст. через 1 мин стоя). Как вы оцените эффективность и безопасность текущей терапии? Каковы цели АД для данного пациента и как следует скорректировать лечение?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>1. Оценка терапии: Терапия формально эффективна по цифрам (<140/90), но категорически небезопасна из-за подтвержденной ортостатической гипотензии (ОГ). ОГ — независимый предиктор падений, обмороков, ишемии миокарда и мозга. Дозы препаратов (амлодипин 10 мг, периндоприл 10 мг) являются максимальными или субмаксимальными для любого возраста, что у пациента 85 лет с постинсультным анамнезом недопустимо.</p> <p>2. Целевой уровень АД: Согласно актуальным КР для пациентов ≥80 лет: Целевое АД систолическое = 130-150 мм рт.ст. (предпочтительно ближе к 140 мм рт.ст.). При хорошей переносимости и сохранной функциональности можно стремиться к <140 мм рт.ст., но только при отсутствии ОГ. Безопасность (отсутствие ОГ) абсолютно приоритетна над достижением целевых цифр.</p> <p>3. Коррекция лечения (пошагово): Шаг 1: Снизить дозу периндоприла до 5 мг/сут (иАПФ/БРА чаще вызывают ОГ). Если через 2-4 недели ОГ сохраняется, снизить дозу амлодипина до 5 мг/сут. Шаг 2: Мониторировать АД по схеме: утром, лежа после 5 мин отдыха, сидя, и через 1 и 3 минуты стоя. Цель: снижение систолического АД при вставании не более чем на 20 мм рт.ст., а главное — отсутствие симптомов. Шаг 3: Если после снижения доз АД сидя стабильно >150 мм рт.ст., можно осторожно вернуть один из</p>

			<p>препаратов к половинной дозе (амлодипин 5 мг), но только убедившись в отсутствии ОГ. Часто монотерапии в низкой дозе бывает недостаточно.</p> <p>Обучение: Рекомендовать пить достаточное количество жидкости, приподнять головной конец кровати, освоить технику медленного вставания, избегать приема гипотензивных препаратов на ночь.</p>
87.	ОПК-5	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>Пациент с впервые выявленной артериальной гипертензией (АГ) 1-й степени, низким сердечно-сосудистым риском. Какие нефармакологические методы лечения вы ему порекомендуете в первую очередь?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Снижение потребления соли (<5 г/сут), коррекция избыточной массы тела (ИМТ <25 кг/м²), регулярная аэробная физическая активность (≥150 мин/нед), ограничение алкоголя, отказ от курения, увеличение доли овощей, фруктов и цельнозерновых продуктов в рационе.</p>
88.	ОПК-5	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>Пациентка с гипотиреозом получает заместительную терапию левотироксином. Какой лабораторный показатель является ключевым для контроля адекватности дозы и как часто его следует оценивать после подбора поддерживающей дозы?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Тиреотропный гормон (ТТГ). После подбора стабильной поддерживающей дозы контроль осуществляется 1 раз в 6-12 месяцев при условии стабильного состояния и отсутствия беременности.</p>
89.	ОПК-5	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>У пациента с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с H. pylori, проведена эрадикационная терапия первой линии. Какой метод контроля ее эффективности вы выберете и когда его проведете?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Предпочтительный неинвазивный метод — дыхательный уреазный тест с 13С-мочевинной.</p> <p>Проводится не ранее чем через 4 недели после окончания курса антибиотиков и не ранее чем через 2 недели после отмены ингибиторов протонной помпы (ИПП) и препаратов висмута.</p>
90.	ОПК-5	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>Пациент с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), GOLD 2, группа В (низкий риск обострений, но выраженные симптомы). Какая группа препаратов является препаратом первого выбора для длительной терапии?</p>	<p>Первая линия терапии — монотерапия бронходилататором длительного действия (ДДБА, например, формотерол или сальметерол). Альтернатива — ДДАХД (тиотропий). Оценка эффекта через 3-6 месяцев. При недостаточном контроле симптомов — переход на комбинацию ДДБА + ДДАХД.</p>
91.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>1. Пациент с впервые диагностированной артериальной гипертензией 1 степени, низким сердечно-сосудистым риском. Ваша первоначальная тактика?</p> <p>а) Немедленно назначить комбинированную антигипертензивную терапию.</p> <p>б) Рекомендовать модификацию образа жизни с последующим контролем АД в течение 3-6 месяцев.</p> <p>в) Назначить бета-адреноблокатор в монотерапии.</p> <p>г) Направить на стационарное лечение.</p>	<p>б</p>

92.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>2. Основной клинический критерий эффективности стартовой антибактериальной терапии неосложненной внебольничной пневмонии на 3-й день:</p> <p>а) Полная нормализация температуры тела. б) Снижение температуры < 37.5°C, уменьшение интоксикации, улучшение самочувствия. в) Исчезновение хрипов при аускультации. г) Нормализация показателей общего анализа крови.</p>	б
93.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>3. Пациент 58 лет с сахарным диабетом 2 типа на метформине, без тяжелых осложнений и высокого риска гипогликемий. Целевой уровень HbA1c для данного пациента:</p> <p>а) < 6.0% б) < 7.0% в) < 8.0% г) < 8.5%</p>	б
94.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>4. Пациент длительно принимает ибупрофен по поводу хронической боли в спине. Для контроля гастротоксичности препарата наиболее целесообразно:</p> <p>а) Добавить блокатор H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин). б) Добавить ингибитор протонной помпы (омепразол). в) Рекомендовать принимать препарат натощак для лучшего всасывания. г) Заменить на селективный ингибитор ЦОГ-2 (целекоксиб) при сохранении рисков.</p>	б
95.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>5. Ключевой критерий контроля при лечении бронхиальной астмы:</p> <p>а) Отсутствие хрипов при аускультации. б) Нормальная пиковая скорость выдоха (ПСВ) раз в неделю. в) Достижение и поддержание контроля над симптомами (отсутствие ночных симптомов, ограничений повседневной активности, потребности в КДБА). г) Отсутствие эозинофилии в общем анализе крови.</p>	в
96.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>6. При лечении хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса (ХСНнФВ) для оценки эффективности терапии НЕ является первоочередным:</p> <p>а) Уменьшение одышки и отеков. б) Увеличение толерантности к физической нагрузке. в) Нормализация фракции выброса ЛЖ до нормальных значений (≥55%). г) Улучшение качества жизни.</p>	в
97.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>7. У пациента с неклапанной фибрилляцией предсердий и высоким риском инсульта (CHA₂DS₂-VASc = 4) для профилактики инсульта назначен варфарин. Целевой терапевтический диапазон МНО:</p> <p>а) 1.5-2.0 б) 2.0-2.5 в) 2.0-3.0 г) 2.5-3.5</p>	в

98.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>8. Пациентке 68 лет с остеопорозом и высоким риском переломов назначен алендронат. Для контроля эффективности терапии через 1-2 года наиболее информативно:</p> <p>а) Измерять маркеры костной резорбции в моче. б) Провести контрольную денситометрию костей (DXA). в) Ежегодно выполнять рентгенографию грудного и поясничного отдела позвоночника. г) Оценивать уровень общего кальция в крови.</p>	б
99.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>9. Пациент с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) получает терапию омепразолом 20 мг/сут. Основным критерий эффективности лечения через 4 недели:</p> <p>а) Нормализация pH в желудке. б) Полное исчезновение или значительное уменьшение изжоги. в) Отсутствие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы на ФГДС. г) Отрицательный дыхательный тест на <i>H. pylori</i>.</p>	б
100.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>10. При лечении острого неосложненного цистита у небеременной женщины препаратом выбора является фосфомицина трометамол. Клинический критерий эффективности:</p> <p>а) Исчезновение дизурии, поллакиурии и императивных позывов через 24-48 часов. б) Стерильный посев мочи через 3 дня после начала лечения. в) Нормализация общего анализа мочи через 5 дней. г) Отсутствие лейкоцитурии через неделю после окончания лечения.</p>	а
101.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>11. Пациенту с подагрой и частыми приступами артрита назначен аллопуринол для постоянного приема. Целевой уровень мочевой кислоты в сыворотке крови для контроля эффективности терапии:</p> <p>а) В пределах референсных значений лаборатории. б) < 360 мкмоль/л (или < 300 мкмоль/л при наличии тофусов или хронического артрита). в) < 500 мкмоль/л. г) Нормализация уровня в течение первого месяца терапии.</p>	б
102.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>12. Для контроля эффективности и безопасности стартовой терапии высокоинтенсивным статином (аторвастатин 40 мг) у пациента с ИБС через 4-12 недель необходимо оценить:</p> <p>а) Уровень общего холестерина. б) Уровень холестерина ЛПНП (целевой <1.8 ммоль/л), активность креатинфосфокиназы (КФК) и аланинаминотрансферазы (АЛТ). в) Только уровень триглицеридов. г) Скорость клубочковой фильтрации (СКФ).</p>	б
103.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>13. Пациент с умеренным депрессивным эпизодом начал прием СИОЗС (сертралин 50 мг/сут). Через какое время можно оценивать первоначальный клинический эффект терапии?</p> <p>а) 3-5 дней.</p>	б

		б) 2-4 недели. в) 6-8 недель. г) 3 месяца.	
104.	ОПК-5	Выберите один правильный ответ 14. При лечении хронической болезни почек (ХБП) С3а стадии для контроля прогрессирования НЕ является ключевым: а) Достижение целевого уровня АД (<130/80 мм рт. ст., при протеинурии <120/70). б) Контроль протеинурии (снижение до минимального уровня). в) Постоянная нормализация уровня креатинина в крови. г) Коррекция метаболических нарушений (гиперфосфатемия, вторичный гиперпаратиреоз).	в
105.	ОПК-5	Выберите один правильный ответ 15. Больному с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с <i>H. pylori</i> , проведена тройная эрадикационная терапия первой линии. Основным методом контроля ее эффективности: а) ИФА-анализ крови на IgG к <i>H. pylori</i> . б) Дыхательный уреазный тест (13С-УДТ) или определение антигена <i>H. pylori</i> в кале не ранее чем через 4 недели после окончания терапии и отмены ИПП. в) Быстрый уреазный тест при ФГДС сразу после лечения. г) Отсутствие диспептических жалоб у пациента.	б
106.	ОПК-5	Выберите один правильный ответ 16. Пациентке с впервые выявленным первичным гипотиреозом назначен левотироксин. Через какое время после начала или изменения дозы препарата необходимо провести контроль уровня ТТГ? а) Ежедневно. б) Через 6-8 недель. в) Через 3 месяца. г) Только при появлении симптомов тиреотоксикоза.	б
107.	ОПК-5	Выберите один правильный ответ 17. У пациента с ХОБЛ средней степени тяжести (GOLD 2) основная цель длительной терапии ингаляционными бронходилататорами: а) Увеличение форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ). б) Снижение частоты и тяжести обострений, улучшение толерантности к физической нагрузке и качества жизни. в) Полная нормализация показателей спирометрии. г) Полная ликвидация продуктивного кашля.	б
108.	ОПК-5	Выберите один правильный ответ 18. Для объективной оценки эффективности лечения туберкулеза легких в первую очередь используется: а) Ежедневный опрос пациента о самочувствии. б) Контроль мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) методом микроскопии и посева в динамике. в) Ежемесячная рентгенография органов грудной клетки. г) Контроль уровня С-реактивного белка.	б
109.	ОПК-5	Выберите один правильный ответ 19. Пациент с подтвержденной железодефицитной анемией получает препараты железа перорально. Первый лабораторный признак эффективности	а

		<p>лечения:</p> <p>а) Повышение количества ретикулоцитов (ретикулоцитарный криз) на 7-10 день терапии.</p> <p>б) Нормализация уровня гемоглобина через неделю.</p> <p>в) Нормализация уровня сывороточного железа через 3 дня.</p> <p>г) Исчезновение слабости через 5 дней.</p>	
110.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>20. Антибактериальная терапия при лечении острого бронхита, явно связанного с вирусной инфекцией (ринорея, фарингит, субфебрилитет):</p> <p>а) Не показана. Основное лечение – симптоматическое.</p> <p>б) Показана всегда для профилактики бактериальных осложнений.</p> <p>в) Показана при появлении гнойной (зеленой) мокроты.</p> <p>г) Показана при повышении температуры тела выше 38°C.</p>	а
111.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>21. Основной критерий эффективности терапии алиментарного (связанного с диетой) запора:</p> <p>а) Ежедневный самостоятельный стул без дискомфорта.</p> <p>б) Прием слабительных не более 2 раз в неделю.</p> <p>в) Установление регулярного стула на фоне диеты с повышенным содержанием клетчатки, приема достаточного количества жидкости и физической активности.</p> <p>г) Полное отсутствие метеоризма.</p>	в
112.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>22. Пациент с первичной открытоугольной глаукомой получает гипотензивные глазные капли (тимолол). Ключевой объективный показатель контроля заболевания:</p> <p>а) Отсутствие болей и дискомфорта в глазу.</p> <p>б) Стабилизация и достижение индивидуального целевого уровня внутриглазного давления (ВГД).</p> <p>в) Улучшение остроты зрения.</p> <p>г) Расширение полей зрения.</p>	б
113.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>23. Критерий микробиологической эффективности лечения онихомикоза стоп системным антимикотиком (тербинафин):</p> <p>а) Отрицательный результат микроскопии и/или посева фрагмента ногтя на грибы через 6-12 месяцев после завершения курса терапии.</p> <p>б) Исчезновение зуда и шелушения кожи стоп.</p> <p>в) Отрицательный посев с кожи через 2 недели от начала лечения.</p> <p>г) Полное отрастание здоровой ногтевой пластины.</p>	а
114.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>24. Женщина 72 лет с постоянной формой фибрилляции предсердий для профилактики инсульта получает варфарин. Какой показатель является ОСНОВНЫМ для оценки как эффективности, так и безопасности данной терапии и требует регулярного мониторинга?</p> <p>а) Общий анализ крови.</p> <p>б) Международное нормализованное отношение (МНО).</p> <p>в) Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ).</p>	б

		г)Уровень ферментов печени (АЛТ, АСТ).																	
115.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>Пациенту с внебольничной пневмонией нижней доли правого легкого. Назначен амоксициллин + клавулановая кислота.</p> <p>Через какое время после начала антибактериальной терапии следует провести ОСНОВНУЮ оценку ее клинической эффективности?</p> <p>а)Через 24 часа. б)Через 48-72 часа. в)Через 7 дней. г)После завершения всего курса лечения.</p>	б																
116.	ОПК-5	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>Мужчина 70 лет с ХСН с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) 40% получает: бисопролол 2.5 мг, эналаприл 10 мг 2 раза в день, спиронолактон 25 мг. Появление какого из перечисленных признаков на фоне лечения с наибольшей вероятностью будет свидетельствовать о ДЕКОМПЕНСАЦИИ ХСН и необходимости коррекции терапии?</p> <p>а) ЧСС в покое 68 уд/мин. б) Набор массы тела на 2 кг за 3 дня, усиление одышки, появление отеков голеней. в) Уровень калия крови 4.2 ммоль/л. г) Систолическое АД 125 мм рт.ст.</p>	б																
117.	ОПК-5	<p>Выберите два основных ответа</p> <p>Пациентка: Женщина 65 лет с СД 2 типа получает метформин 1000 мг 2 раза в сутки. Назначена цель терапии: HbA1c < 7.0%. Какие из перечисленных показателей являются ОСНОВНЫМИ для объективной оценки эффективности лечения в данной ситуации?</p> <p>а) Уровень глюкозы крови натощак. б) Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). в) Уровень постпрандиальной глюкозы. г) Отсутствие эпизодов тяжелой гипогликемии. д) Уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП).</p>	б г																
118.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. Установите соответствие между целями физической реабилитации при различных гериатрических синдромах и основными методами их достижения.</p> <table border="1" data-bbox="446 1523 1069 2038"> <thead> <tr> <th colspan="2">Цель</th> <th colspan="2">Метод</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Профилактика и лечение саркопении.</td> <td>А</td> <td>Силовые тренировки с отягощениями (резиновые ленты, легкие гантели).</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Улучшение баланса и профилактика падений.</td> <td>Б</td> <td>Статические и динамические упражнения на равновесие (стойка на одной ноге, ходьба по линии).</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Поддержание и увеличение амплитуды движений в</td> <td>В</td> <td>Пассивная и активная механотерапия на аппаратах.</td> </tr> </tbody> </table>	Цель		Метод		1	Профилактика и лечение саркопении.	А	Силовые тренировки с отягощениями (резиновые ленты, легкие гантели).	2	Улучшение баланса и профилактика падений.	Б	Статические и динамические упражнения на равновесие (стойка на одной ноге, ходьба по линии).	3	Поддержание и увеличение амплитуды движений в	В	Пассивная и активная механотерапия на аппаратах.	1А 2Б 3В
Цель		Метод																	
1	Профилактика и лечение саркопении.	А	Силовые тренировки с отягощениями (резиновые ленты, легкие гантели).																
2	Улучшение баланса и профилактика падений.	Б	Статические и динамические упражнения на равновесие (стойка на одной ноге, ходьба по линии).																
3	Поддержание и увеличение амплитуды движений в	В	Пассивная и активная механотерапия на аппаратах.																

		суставах.																							
		4	-	Г	Дыхательная гимнастика.																				
119.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. Установите соответствие между компонентом индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида и специалистом, ответственным за его реализацию/рекомендации.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Компонент ИПРА</th> <th colspan="2">Специалист</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Технические средства реабилитации (ТСР).</td> <td>А</td> <td>Врач-гериатр / врач ЛФК.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Мероприятия по профессиональной реабилитации.</td> <td>Б</td> <td>Медицинский психолог, психотерапевт.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Мероприятия по физической реабилитации.</td> <td>В</td> <td>Врач-профпатолог, специалист бюро МСЭ.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Мероприятия по психологической реабилитации</td> <td>Г</td> <td>Врач-реабилитолог, специалист бюро МСЭ (по ТСР).</td> </tr> </tbody> </table>			Компонент ИПРА		Специалист		1	Технические средства реабилитации (ТСР).	А	Врач-гериатр / врач ЛФК.	2	Мероприятия по профессиональной реабилитации.	Б	Медицинский психолог, психотерапевт.	3	Мероприятия по физической реабилитации.	В	Врач-профпатолог, специалист бюро МСЭ.	4	Мероприятия по психологической реабилитации	Г	Врач-реабилитолог, специалист бюро МСЭ (по ТСР).	<p>1Г 2В 3А 4Б</p>
Компонент ИПРА		Специалист																							
1	Технические средства реабилитации (ТСР).	А	Врач-гериатр / врач ЛФК.																						
2	Мероприятия по профессиональной реабилитации.	Б	Медицинский психолог, психотерапевт.																						
3	Мероприятия по физической реабилитации.	В	Врач-профпатолог, специалист бюро МСЭ.																						
4	Мероприятия по психологической реабилитации	Г	Врач-реабилитолог, специалист бюро МСЭ (по ТСР).																						
120.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. Установите соответствие между видами нарушений у гериатрического пациента после инсульта и рекомендуемыми видами занятий в рамках медицинской реабилитации.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Нарушение</th> <th colspan="2">Вид занятий</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Центральный гемипарез, спастичность.</td> <td>А</td> <td>Занятия с логопедом-афазиологом, нейропсихологом.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Постинсультная когнитивная дисфункция.</td> <td>Б</td> <td>Бобат-терапия, использование ортезов.</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Постинсультная депрессия.</td> <td>В</td> <td>Консультация и занятия с логопедом по специальным методикам, подбор диеты.</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Нарушения глотания (дисфагия).</td> <td>Г</td> <td>Занятия с клиническим психологом, психотерапевтом, вовлечение в социальные активности.</td> </tr> </tbody> </table>			Нарушение		Вид занятий		1	Центральный гемипарез, спастичность.	А	Занятия с логопедом-афазиологом, нейропсихологом.	2	Постинсультная когнитивная дисфункция.	Б	Бобат-терапия, использование ортезов.	3	Постинсультная депрессия.	В	Консультация и занятия с логопедом по специальным методикам, подбор диеты.	4	Нарушения глотания (дисфагия).	Г	Занятия с клиническим психологом, психотерапевтом, вовлечение в социальные активности.	<p>1Б 2А 3Г 4В</p>
Нарушение		Вид занятий																							
1	Центральный гемипарез, спастичность.	А	Занятия с логопедом-афазиологом, нейропсихологом.																						
2	Постинсультная когнитивная дисфункция.	Б	Бобат-терапия, использование ортезов.																						
3	Постинсультная депрессия.	В	Консультация и занятия с логопедом по специальным методикам, подбор диеты.																						
4	Нарушения глотания (дисфагия).	Г	Занятия с клиническим психологом, психотерапевтом, вовлечение в социальные активности.																						

121.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. Установите соответствие между техническим средством реабилитации (ТСР) и проблемой гериатрического пациента, для коррекции которой оно предназначено.</p> <table border="1" data-bbox="448 365 1070 1043"> <thead> <tr> <th colspan="2">ТСР</th> <th colspan="2">Проблема</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Ручка с утолщенным противоскользящим корпусом.</td> <td>А</td> <td>Ограничение подвижности, высокий риск развития пролежней.</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Противопрележневый матрас.</td> <td>Б</td> <td>Нарушение мелкой моторики, слабость в кисти (например, при артрите, последствиях инсульта).</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Тактильная трость.</td> <td>В</td> <td>Нарушение зрения (слепота, слабовидение).</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Туалетный стул (надкроватный или для ванной).</td> <td>Г</td> <td>Нестабильность, высокий риск падений при перемещении в туалете.</td> </tr> </tbody> </table>	ТСР		Проблема		1	Ручка с утолщенным противоскользящим корпусом.	А	Ограничение подвижности, высокий риск развития пролежней.	2	Противопрележневый матрас.	Б	Нарушение мелкой моторики, слабость в кисти (например, при артрите, последствиях инсульта).	3	Тактильная трость.	В	Нарушение зрения (слепота, слабовидение).	4	Туалетный стул (надкроватный или для ванной).	Г	Нестабильность, высокий риск падений при перемещении в туалете.	1Б 2А 3В 4Г
ТСР		Проблема																					
1	Ручка с утолщенным противоскользящим корпусом.	А	Ограничение подвижности, высокий риск развития пролежней.																				
2	Противопрележневый матрас.	Б	Нарушение мелкой моторики, слабость в кисти (например, при артрите, последствиях инсульта).																				
3	Тактильная трость.	В	Нарушение зрения (слепота, слабовидение).																				
4	Туалетный стул (надкроватный или для ванной).	Г	Нестабильность, высокий риск падений при перемещении в туалете.																				
122.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Установите последовательность этапов формирования индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА) для пациента-инвалида пожилого возраста. А) Разработка мероприятий по медицинской реабилитации. Б) Проведение комплексного реабилитационно-экспертного обследования. В) Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Г) Реализация и динамическое наблюдение в процессе выполнения ИПРА. Д) Формулировка реабилитационного диагноза и прогноза.</p>	В Б Д А Г																				
123.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Установите последовательность мероприятий при начале двигательной реабилитации лежачего гериатрического пациента после ишемического инсульта. А) Пассивные и активные с помощью движения в суставах. Б) Присаживание в кровати с опущенными ногами. В) Дыхательная гимнастика и позиционирование для профилактики контрактур. Г) Тренировка равновесия сидя на краю кровати. Д) Вставание и обучение стоянию с поддержкой.</p>	В А Б Г Д																				
124.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Установите последовательность этапов подбора и обучения использованию технического средства реабилитации (ТСР), например, ходунков. А) Оценка функциональных возможностей и</p>	А Д Б В Г																				

		<p>потребностей пациента (сила, баланс, выносливость).</p> <p>Б) Выдача рецепта/направления на ТСР с указанием технических характеристик.</p> <p>В) Обучение пациента и ухаживающих лиц безопасному использованию ТСР.</p> <p>Г) Функциональная оценка эффективности ТСР в повседневной деятельности.</p> <p>Д) Демонстрация и пробное применение ТСР в отделении/кабинете.</p>	
125.	ОПК-6	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите последовательность действий при выявлении у гериатрического пациента высокого риска падений в процессе реабилитации.</p> <p>А) Оценка домашней обстановки (сбор анамнеза, рекомендации по безопасности).</p> <p>Б) Обучение пациента технике безопасного перемещения и использованию средств опоры.</p> <p>В) Многофакторный анализ риска падений (баланс, зрение, медикаменты, ортостаз).</p> <p>Г) Коррекция медикаментозной терапии (отмена/замена психоактивных препаратов).</p> <p>Д) Назначение тренировок на равновесие и силовых упражнений для нижних конечностей.</p>	В Г Д Б А
126.	ОПК-6	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 78 лет, перенёс ишемический инсульт с остаточным гемипарезом справа. Имеет сопутствующие диагнозы: фибрилляция предсердий, ХСН II ФК, сахарный диабет 2 типа, остеоартроз коленных суставов. Направлен на прием к гериатру для разработки/коррекции Индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА). Опишите ваш поэтапный алгоритм действий на данном приеме. Что принципиально важно учесть при формировании реабилитационной программы для данного пациента?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Комплексная гериатрическая оценка (КГО): Это основа планирования. Недостаточно оценить только последствия инсульта. Необходимо:</p> <p>Физический статус: Детальная оценка степени пареза, спастичности, риска падений (тест «встань и иди»), болевого синдрома в суставах, баланса и походки.</p> <p>Когнитивный и эмоциональный статус: Скрининг на постинсультные когнитивные нарушения и депрессию (опросники МоСА, Госпитальная шкала тревоги и депрессии), которые являются главными ограничителями реабилитационного потенциала.</p> <p>Сенсорный дефицит: Проверка зрения, слуха.</p> <p>Нутритивный статус: Риск саркопении и мальнутриции (опросник MUST, измерение окружности голени).</p> <p>Функциональный статус: Оценка способности к самообслуживанию по шкалам (Бартел, IADL).</p> <p>Социальный статус и окружение: Живет один или с семьей? Наличие поручней, порогов, условий для реабилитации дома.</p> <p>Полипрагмазия: Анализ списка лекарств (выявление препаратов, повышающих риск падений, ортостатической гипотензии, влияющих на когницию).</p> <p>Расстановка приоритетов</p>

			<p>(целеполагание совместно с пациентом и семьей):</p> <p>Кратковременные цели (1-3 мес.): Предотвращение контрактур, обучение безопасным перемещениям в кровати и комнате, подбор вспомогательных средств ходьбы, коррекция терапии для оптимального контроля АД, ЧСС, гликемии.</p> <p>Долгосрочные цели (6-12 мес.): Максимально возможное восстановление самостоятельности в быту (одевание, туалет), профилактика повторного падения, социальная реинтеграция.</p> <p>Формирование междисциплинарной команды и ИПРА: Назначения должны быть конкретными и измеримыми.</p> <p>Врач ЛФК/реабилитолог: Индивидуальные занятия по кинезиотерапии для восстановления движений, уменьшения спастичности, тренировки равновесия. Важно: Учесть нагрузку на суставы при остеоартрозе (использовать щадящие методики, занятия в бассейне).</p> <p>Физический терапевт/эрготерапевт: Обучение пользованию техническими средствами реабилитации (ТСР) – трость, ходунки, адаптация жилого пространства, тренировка бытовых навыков.</p> <p>Невролог/логопед: При наличии – коррекция дизартрии, дисфагии.</p> <p>Клинический психолог: Работа с постинсультной депрессией и когнитивным тренингом.</p> <p>Диетолог: Коррекция питания с учетом диабета, сердечной недостаточности и риска саркопении (достаточное количество белка).</p> <p>Социальный работник: Решение вопросов о возможности получения помощи на дому, оформления льгот.</p> <p>Принципиально важные моменты для гериатра: Синдром хрупкости (frailty): Пациент в группе высокого риска. Реабилитация должна быть дозированной, но регулярной, с акцентом на силовые и балансовые упражнения для борьбы с саркопенией.</p> <p>Безопасность: Главный принцип – «Не навреди». Контроль витальных</p>
--	--	--	---

			<p>функций во время нагрузок, обучение родственников правилам перемещения пациента для профилактики падений и травм спины у ухаживающих.</p> <p>Ожидания пациента: Необходимо согласовать реалистичные цели. Восстановление до полной нормы маловероятно, но улучшение качества жизни и самостоятельности – достижимая цель.</p> <p>Координация: Гериатр выступает как менеджер случая, контролирует выполнение ИПРА и вносит коррективы.</p>
127.	ОПК-6	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациентка 82 лет с диагнозом «болезнь Альцгеймера, умеренная деменция». Поступила в гериатрическое отделение после низкоэнергетического перелома шейки бедра и его хирургического лечения (эндопротезирование). Как будет строиться программа медицинской реабилитации в условиях стационара с учетом ведущего когнитивного дефицита? Какие нелекарственные методы будут приоритетны?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Реабилитация после перелома у пациента с деменцией – сложная задача, требующая адаптации стандартных подходов.</p> <p>Организационные особенности:</p> <p>Среда: Палата с минимальным риском падений (низкая кровать, ночное освещение, отсутствие порогов). Желательно размещение в маломестной палате для снижения дезориентирующего воздействия.</p> <p>Персонал: Постоянный контакт с одними и теми же медсестрами и инструктором для установления доверия. Общение простое, четкое, с повторением инструкций.</p> <p>Режим: Четкий, предсказуемый распорядок дня снижает тревожность и поведенческие расстройства.</p> <p>Содержание реабилитационной программы:</p> <p>Ранняя активизация: Начинается на следующий день после операции для профилактики осложнений (пролежни, пневмония, тромбозы).</p> <p>Методы кинезиотерапии: Упрощенные, пошаговые инструкции. Акцент не на объяснении, а на показе и совместном выполнении («зеркальные нейроны»).</p> <p>Использование приемов, напоминающих бытовые действия.</p> <p>Короткие (по 10-15 минут), но частые занятия.</p> <p>Когнитивная стимуляция в процессе реабилитации: Включение в упражнения элементов, требующих простого счета, называния цветов, воспоминаний («Поднимите ногу, как будто вы нажимаете на педаль швейной машинки»).</p> <p>Тренировка повседневной</p>

			<p>активности (эрготерапия): Многократное повторение простых действий: причесаться, умыться, взять ложку. Это улучшает не только функционал, но и поддерживает когнитивные схемы.</p> <p>Социальное взаимодействие: Привлечение к групповым занятиям, если это не вызывает дистресса (простые игры, музыкотерапия, пет-терапия).</p> <p>Сенсорная интеграция: Массаж, тактильные стимулы для улучшения схемы тела.</p> <p>Работа с семьей: Обучение родственников безопасным техникам перемещения, общению и методам активизации пациентки дома.</p> <p>Приоритетные нелекарственные методы:</p> <p>Реалистичность цели: Основная цель – восстановить способность самостоятельно передвигаться (с помощью ходунков) и обслуживать базовые потребности для возвращения в привычную среду, а не достичь полной физической нормы.</p> <p>Мотивация через эмоции: Похвала, положительное подкрепление, использование приятных для пациентки воспоминаний и ассоциаций во время упражнений.</p> <p>Профилактика делирия: Адекватное обезболивание (недооценка боли ведет к делирию), коррекция водно-электролитного баланса, поддержание нормального циркадного ритма.</p>
128.	ОПК-6	<p>Дайте развернутый ответ Пациент 85 лет. Диагнозы: ХОБЛ III ст., ДН II ст.; ИБС, стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз; хроническая болезнь почек С3а ст.; остеопороз, кифосколиоз. Основная жалоба – выраженная одышка при минимальной нагрузке (одевание), что привело к полной гиподинамии и зависимости от родственников. Как построить программу легочной реабилитации с учетом тяжелой полиморбидности? Какие противопоказания/ограничения нужно строго соблюдать?</p>	<p>Эталонный ответ: Легочная реабилитация – ключевой метод улучшения качества жизни у таких пациентов, но требует крайне осторожного подхода. Предреабилитационная подготовка: Достижение медикаментозной стабильности: Оптимизация терапии ХОБЛ (ингаляционные кортикостероиды+бронходилататоры), ИБС, контроль АД. Оценка рисков: Провести нагрузочный тест (например, 6-минутная шаговая проба под мониторингом SpO₂, АД, ЭКГ) для определения толерантности. Обучение: Инструктаж по дыхательным техникам (диафрагмальное дыхание, дыхание</p>

			<p>через сомкнутые губы) еще до начала физических тренировок.</p> <p>Структура реабилитационной программы:</p> <p>Дыхательные упражнения: Основа программы. Укрепление дыхательных мышц, обучение эффективному откашливанию.</p> <p>Аэробные тренировки низкой интенсивности: Начальный этап – упражнения в положении сидя (VELOЭРГОМЕТР для рук, подъемы ног сидя). Контроль SpO2 (допустимое снижение не более чем на 4-5%). Использование кислородной поддержки во время тренировок при необходимости.</p> <p>Силовые тренировки: Очень дозированные, с малым весом, направленные на ключевые группы мышц (квадрицепсы, мышцы плечевого пояса) для облегчения повседневной деятельности.</p> <p>Постуральный дренаж и перкуссионный массаж: При наличии затрудненного отхождения мокроты.</p> <p>Нутритивная поддержка: У пациентов с ХОБЛ и ХБП высок риск кахексии и саркопении. Необходим адекватный белковый рацион с учетом функции почек.</p> <p>Строгие противопоказания и ограничения:</p> <p>Абсолютные: Нестабильная стенокардия, неконтролируемые аритмии, ОИМ в предыдущем месяце, острая дыхательная недостаточность.</p> <p>Относительные/требующие контроля:</p> <p>Гипоксемия: Тренировки только при SpO2 >90%. Применение кислорода.</p> <p>ХБП: Контроль водного баланса, избегание обезвоживания и перегрузки жидкостью.</p> <p>Остеопороз и кифосколиоз: Исключение упражнений с осевой нагрузкой на позвоночник и высоким риском падений. Акцент на безопасных упражнениях в положении сидя и лежа.</p> <p>Критерий остановки занятия: Появление ангинозной боли, выраженной одышки (по шкале Борга >5-6), головокружения, падения SpO2 ниже 88%, подъема АД >220/110 мм рт.ст.</p> <p>Цель – не увеличить толерантность</p>
--	--	--	---

			к нагрузке до нормы, а разорвать порочный круг «одышка → гиподинамия → мышечная слабость → усиление одышки». Даже минимальное увеличение мышечной силы может значительно улучшить способность к самообслуживанию.
129.	ОПК-6	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациентка 76 лет, самостоятельно проживающая. Обратилась с жалобами на прогрессирующую слабость, трудности при подъеме со стула и с кровати, несколько раз спотыкалась «на ровном месте», но падений не было. При осмотре: ИМТ = 20,5 кг/м², скорость ходьбы снижена, мышечная масса визуально уменьшена. Какое возраст-ассоциированное состояние (геронтологический синдром) вы заподозрите в первую очередь? Опишите программу реабилитационных (немедикаментозных) мероприятий, направленных на коррекцию этого состояния в рамках ИПРА.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Предполагаемый диагноз: Вероятный синдром саркопении (возрастное прогрессирующее генерализованное снижение скелетной мышечной массы, силы и функции). Требуется подтверждение: низкая мышечная сила (например, сила хвата кисти <16 кг для женщины), низкое количество или качество мышц (измерение окружности голени <33 см или подтверждение методами биоимпеданса/ DXA), низкая физическая производительность (скорость ходьбы ≤0,8 м/с). Данные пациента соответствуют клинической картине.</p> <p>Программа реабилитационных мероприятий (немедикаментозных):</p> <p>1. Силовые (резистивные) тренировки – «золотой стандарт»: Цель: Увеличение мышечной силы и массы, улучшение нейромышечной связи. Методика: Упражнения на основные группы мышц (ног, спины, рук). Начинать с минимального сопротивления (собственный вес тела, эластичные ленты-эспандеры). Дозировка: 2-3 раза в неделю, не подряд. 2-3 подхода по 8-12 повторений до ощущения умеренной усталости. Конкретные упражнения: вставания со стула (можно с помощью рук или с подкладкой), мини-приседания у стены, отведение ноги в сторону с опорой, сгибание рук с эспандером. Важно: Постепенное прогрессивное увеличение нагрузки (сильнее эспандер, больше повторений).</p> <p>2. Функционально-ориентированные тренировки: Цель: Улучшение навыков, необходимых в повседневной жизни, и профилактика падений. Методика: Упражнения, имитирующие бытовые действия: подъем с низкого стула/кровати, шаги через препятствие, ходьба с изменением направления,</p>

			<p>тренировка баланса в положении стоя (с надежной опорой!) – стойка на одной ноге.</p> <p>3. Нутритивная поддержка – обязательный компонент: Цель: Обеспечить строительный материал для мышц. Методика: Увеличение потребления белка до 1.2-1.5 г/кг массы тела в сутки. Распределение белка равномерно по приемам пищи (не менее 25-30 г за раз). Акцент на легкоусвояемые источники: яйца, рыба, курица, творог, сывороточный протеин (при отсутствии противопоказаний). Не забывать о достаточной калорийности рациона и витамине D (поддержка уровня в крови >30 нг/мл).</p> <p>4. Обучение безопасности: Адаптация жилья: противоскользящие коврики, поручни в ванной, удобная мебель достаточной высоты. Обучение технике безопасного падения и подъема с пола.</p> <p>5. Мониторинг и мотивация: Ведение дневника тренировок и питания. Постановка реалистичных краткосрочных целей (например, «встать со стула без помощи рук через 4 недели»). Занятия в малых группах под контролем инструктора ЛФК для поддержания мотивации. В рамках ИПРА это будет оформлено как направления к врачу ЛФК, диетологу, а также рекомендации по техническим средствам реабилитации (противоскользящие средства, поручни).</p>
130.	ОПК-6	Дайте краткий ответ Главный инструмент планирования реабилитации для инвалида?	Индивидуальная программа реабилитации (ИПРА).
131.	ОПК-6	Дайте краткий ответ На что в первую очередь направлена реабилитация при сердечной недостаточности у пожилых?	Повышение толерантности к нагрузке.
132.	ОПК-6	Дайте краткий ответ Ключевой метод поддержания функциональной независимости при остеоартрите?	Лечебная физкультура.
133.	ОПК-6	Дайте краткий ответ Назовите основной немедикаментозный метод реабилитации при саркопении.	Силовой тренинг
134.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ 1. Основной целью медицинской реабилитации пациента пожилого и старческого возраста является: а) Полное излечение от всех хронических заболеваний.	б

		<p>б) Максимально возможное восстановление или компенсация нарушенных функций, повышение качества жизни и независимости.</p> <p>в) Обеспечение исключительно медикаментозной терапии.</p> <p>г) Подготовка к хирургическому вмешательству.</p>	
135.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>2. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) – это:</p> <p>а) Выписка из истории болезни.</p> <p>б) Комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий виды, формы, сроки и исполнителей.</p> <p>в) Приказ о назначении инвалидности.</p> <p>г) Рекомендации по санаторно-курортному лечению.</p>	б
136.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>3. Какая из перечисленных проблем наиболее специфична для гериатрического пациента и требует учета при планировании реабилитации?</p> <p>а) Острая аппендицитная боль.</p> <p>б) Высокий риск падений, связанный с саркопенией, головокружением и полипрагмазией.</p> <p>в) Детские инфекционные заболевания.</p> <p>г) Необходимость вакцинации.</p>	б
137.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>4. К немедикаментозным методам реабилитации при остеоартрозе у гериатрического пациента НЕ относится:</p> <p>а) Лечебная физкультура.</p> <p>б) Физиотерапия.</p> <p>в) Назначение системного НПВП в максимальной дозе на постоянной основе.</p> <p>г) Эрготерапия (обучение пользованию средствами технической реабилитации).</p>	в
138.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>5. Принцип «реабилитация начинается с первого дня заболевания» при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) у пожилого человека подразумевает:</p> <p>а) Интенсивную силовую тренировку в остром периоде.</p> <p>б) Раннюю активизацию, позиционирование в кровати, пассивные упражнения для профилактики контрактур и пролежней.</p> <p>в) Полный покой до выписки из стационара.</p> <p>г) Начало реабилитации только после выписки домой.</p>	б
139.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>6. Для оценки риска падений у пожилого пациента в ходе реабилитации можно использовать тест:</p> <p>а) Измерение артериального давления.</p> <p>б) Тест «Встань и иди».</p> <p>в) Общий анализ крови.</p> <p>г) ЭКГ в покое.</p>	б
140.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>7. При реабилитации пациента с болезнью Паркинсона наиболее эффективна физическая активность, направленная на:</p> <p>а) Развитие абсолютной мышечной силы.</p> <p>б) Тренировку походки с преодолением эпизодов «застывания», упражнения на равновесие и растяжку.</p> <p>в) Высокоинтенсивные интервальные тренировки.</p> <p>г) Плавание на скорость.</p>	б

141.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>8. К средству технической реабилитации, предотвращающему развитие контрактур у лежачего гериатрического пациента, относится:</p> <p>а) Ходунки. б) Ортез на голеностопный сустав (тутор). в) Слуховой аппарат. г) Противопролежневый матрас.</p>	б
142.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>9. Абилизация инвалида пожилого возраста – это:</p> <p>а) Лечение острых инфекций. б) Система мероприятий, направленных на формирование новых функциональных возможностей, которых ранее не было (например, после ампутации). в) Процедура переосвидетельствования в МСЭ. г) Отказ от реабилитационных мероприятий.</p>	б
143.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>10. Кардиореабилитация пожилого пациента после инфаркта миокарда должна включать:</p> <p>а) Полный запрет на физическую активность. б) Дозированную физическую тренировку под контролем, коррекцию факторов риска, психологическую поддержку. в) Только медикаментозную терапию. г) Назначение строгого постельного режима на 3 месяца.</p>	б
144.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>11. Когнитивная реабилитация у пациента с легкими когнитивными нарушениями может включать:</p> <p>а) Полный отказ от умственной нагрузки. б) Тренировку памяти, внимания, использование мнемотехник, ведение дневника. в) Назначение высоких доз антипсихотиков. г) Изоляцию от общества.</p>	б
145.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>12. Оценка эффективности реабилитации гериатрического пациента НЕ может основываться только на:</p> <p>а) Улучшении показателей в функциональных тестах (например, тест ходьбы). б) Повышении индекса Barthel (индекс повседневной активности). в) Субъективном мнении родственников, не подкрепленном объективными данными. г) Снижении риска падений.</p>	в
146.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>13. Принцип мультидисциплинарности в гериатрической реабилитации подразумевает участие:</p> <p>а) Врача-гериатра, физиотерапевта, эрготерапевта, медицинской сестры, психолога, логопеда, социального работника. б) Только врача-гериатра и медицинской сестры. в) Только родственников пациента. г) Врачей узких специальностей без координации их действий.</p>	а
147.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>14. Важнейшим условием успешной реабилитации пациентов с деменцией является:</p> <p>а) Постоянная смена окружающей обстановки для стимуляции. б) Создание безопасной, структурированной и</p>	б

		предсказуемой среды, рутинных занятий. в) Интенсивные интеллектуальные нагрузки. г) Изоляция от семьи.	
148.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ 15. Цель эрготерапии в гериатрии – это: а) Исключительно медикаментозное лечение боли. б) Максимальное восстановление способности пациента к самостоятельной повседневной жизни (одевание, прием пищи, гигиена). в) Проведение хирургических операций. г) Назначение лечебного питания.	б
149.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ 16. Для профилактики и коррекции старческой саркопении в программу реабилитации обязательно включают: а) Гиподинамический режим. б) Резистентные (силовые) тренировки в сочетании с достаточным потреблением белка. в) Высококалорийную диету с низким содержанием белка. г) Массаж как основной метод.	б
150.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ 17. При оформлении направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ) для разработки ИПРА врач указывает: а) Только диагноз по МКБ. б) Диагноз, степень выраженности стойких нарушений функций, проведенное лечение, компенсаторные возможности, прогноз, цель направления на МСЭ. в) Только паспортные данные. г) Свои пожелания по размеру пенсии.	б
151.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ 18. При реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава у пациента 80 лет в раннем послеоперационном периоде важно избегать: а) Приведения и внутренней ротации оперированной ноги, скрещивания ног (риск вывиха). б) Любого движения в суставе. в) Дыхательной гимнастики. г) Приема обезболивающих.	а
152.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ 19. Паллиативная реабилитация в гериатрии – это: а) Отказ от любой помощи пациенту. б) Реабилитация, направленная на облегчение симптомов, поддержание текущего уровня функций и качества жизни у неизлечимых пациентов. в) Реабилитация, целью которой является полное восстановление трудоспособности. г) Только духовная поддержка.	б
153.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ 20. Основная задача реабилитации при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у пожилого человека – это: а) Увеличение времени пребывания в лежачем положении. б) Улучшение переносимости физической нагрузки, обучение технике дыхательных упражнений, в) Полное прекращение курения за один день без поддержки. г) Назначение длительной кислородотерапии всем пациентам без оценки.	б
154.	ОПК-6	Выберите один правильный ответ	а

		<p>21. При работе с гериатрическим пациентом соблюдение принципа «Не навреди» в реабилитации означает:</p> <p>а) Дозирование нагрузок с учетом полиморбидности, старческой астении и высокого риска осложнений.</p> <p>б) Отказ от реабилитации из-за возраста.</p> <p>в) Проведение максимально интенсивных нагрузок для быстрого результата.</p> <p>г) Назначение исключительно медикаментозной терапии.</p>	
155.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>22. Какое из утверждений об ИПРА верно?</p> <p>а) ИПРА является обязательной к исполнению только для социальных работников.</p> <p>б) ИПРА имеет рекомендательный характер для инвалида, но является обязательной к исполнению для органов власти и организаций, указанных в программе.</p> <p>в) ИПРА не подлежит корректировке.</p> <p>г) ИПРА разрабатывается лечащим врачом в поликлинике.</p>	б
156.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>23. Для оценки способности к самообслуживанию у гериатрического пациента используется индекс:</p> <p>а) Индекс массы тела (ИМТ).</p> <p>б) Индекс Бартел .</p> <p>в) Шкала комы Глазго.</p> <p>г) Шкала CHA₂DS₂-VASc.</p>	б
157.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>24. Нутритивная поддержка как компонент медицинской реабилитации пожилого пациента необходима для:</p> <p>а) Снижения массы тела у всех пациентов.</p> <p>б) Профилактики и лечения саркопении, улучшения заживления тканей, повышения эффективности физической терапии.</p> <p>в) Обеспечения исключительно парентерального питания.</p> <p>г) Удовлетворения вкусовых предпочтений без учета потребностей.</p>	б
158.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>25. При разработке программы реабилитации для пациента с деменцией ключевое значение имеет:</p> <p>а) Обучение сложным новым навыкам.</p> <p>б) Адаптация окружающей среды и использование сохранных навыков и автоматизмов.</p> <p>в) Применение только фармакологических методов коррекции поведения.</p> <p>г) Ограничение общения с родственниками.</p>	б
159.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>26. Критерием для прекращения курса медицинской реабилитации может служить:</p> <p>а) Желание родственников, даже если есть реабилитационный потенциал.</p> <p>б) Достижение поставленных реабилитационных целей или исчерпание реабилитационного потенциала (стабилизация состояния).</p> <p>в) Истечение 10 дней с момента начала, независимо от результата.</p> <p>г) Отказ пациента от одного из методов.</p>	б
160.	ОПК-6	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>27. Важнейшим аспектом реабилитации при</p>	б

		недержании мочи у пожилой женщины является: а) Назначение постоянного мочевого катетера. б) Тренировка мышц тазового дна (упражнения Кегеля), нормализация питьевого режима, лечение ургентности. в) Рекомендация пить меньше жидкости. г) Исключительно хирургическое лечение.	
161.	ОПК-7	Прочитайте текст и установите соответствие 1. Установите соответствие между видом медико-социальной экспертизы (МСЭ) и его основной целью в гериатрической практике: 1. Экспертиза временной нетрудоспособности. 2. Медико-социальная экспертиза для установления группы инвалидности. 3. Экспертиза профессиональной пригодности. 4. Экспертиза степени утраты способности к самообслуживанию и нуждаемости в посторонней помощи. А. Определение степени утраты способности к самообслуживанию и необходимости в социальной защите. Б. Оценка возможности выполнения работы по конкретной профессии с учетом возрастных изменений и заболеваний. В. Определение сроков временного освобождения от работы и необходимости перевода на более легкий труд. Г. Установление постоянной или длительной утраты способности к труду и другим видам деятельности с определением группы инвалидности.	1В 2Г 3Б 4А
162.	ОПК-7	Прочитайте текст и установите соответствие 2. Установите соответствие между гериатрическим синдромом и наиболее вероятным решением (заключением) при проведении экспертизы качества жизни и нуждаемости в постороннем уходе: 1. Тяжелые когнитивные нарушения (деменция) с дезориентацией. 2. Сенильная астения (frailty) с высоким риском падений. 3. Полифармация (10+ лекарств) с признаками ятрогении. 4. Изолированность и депрессия при сохранном базовом самообслуживании. А. Рекомендация по госпитализации в гериатрический стационар для коррекции терапии и составления плана лечения. Б. Признание нуждаемости в постоянном постороннем уходе (социальном или медицинском). В. Назначение курса геропротективных мероприятий, ЛФК, коррекция питания, организация контроля приема препаратов. Г. Рекомендация социального сопровождения, активизации в условиях дневного стационара или центра социального обслуживания.	1Б 2В 3А 4Г
163.	ОПК-7	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между клинической ситуацией пожилого пациента и рекомендуемым	1Б 2А 3В

		<p>видом экспертизы трудоспособности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пациент 68 лет после острого нарушения мозгового кровообращения с остаточным гемипарезом. 2. Пациент 72 лет с обострением хронического обструктивного бронхита. 3. Пациент 76 лет, водитель автобуса, с впервые выявленной умеренной когнитивной дисфункцией. 4. Пациент 80 лет с прогрессирующей болезнью Альцгеймера, проживающий одиноко. <p>А. Экспертиза временной нетрудоспособности (больничный лист).</p> <p>Б. Медико-социальная экспертиза для установления группы инвалидности.</p> <p>В. Экспертиза профессиональной пригодности.</p> <p>Г. Экспертиза нуждаемости в постоянном постороннем уходе (социально-медицинское заключение).</p>	4Г
164.	ОПК-7	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Установите соответствие между критерием оценки и видом экспертизы, для которого он является ключевым при проведении у пожилого человека:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Способность к передвижению, самообслуживанию, общению, контролю поведения, обучению, трудовой деятельности. 2. Острота и характер течения заболевания, вероятность благоприятного исхода. 3. Сохранность профессионально значимых функций (зрение, слух, скорость реакции, когнитивные функции) для конкретной работы. 4. Наличие и выраженность гериатрических синдромов (астения, когнитивные нарушения, недержание и др.). <p>А. Экспертиза профессиональной пригодности.</p> <p>Б. Экспертиза временной нетрудоспособности.</p> <p>В. Комплексная гериатрическая оценка (КГО) для определения нуждаемости в уходе.</p> <p>Г. Медико-социальная экспертиза (МСЭ) для установления инвалидности.</p>	1А 2Б 3А 4В
165.	ОПК-7	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Последовательность действий при установлении причины стойкой утраты трудоспособности у пациента пожилого возраста</p> <p>Действия:</p> <p>А. Анализ динамики функциональных возможностей и когнитивного статуса за последний год.</p> <p>Б. Проведение комплексной гериатрической оценки (КГО) для выявления синдромов старческой астении.</p> <p>В. Определение степени выраженности ограничений жизнедеятельности согласно критериям МКФ.</p> <p>Г. Формулировка экспертного заключения с указанием доминирующей причины инвалидности (болезнь, возрастная дегенерация, последствия травмы).</p> <p>Д. Сбор и оценка данных ранее проведенных обследований, эпикризов и заключений узких специалистов.</p>	ДБАВГ
166.	ОПК-7	Прочитайте текст и установите последовательность	ВАБГД

		<p>Этапы проведения экспертизы связи заболевания с профессией у работающего пенсионера</p> <p>Действия:</p> <p>А. Оценка профессионального маршрута и условий труда (факторы вредности, стаж).</p> <p>Б. Сопоставление динамики заболевания с периодами профессиональной деятельности.</p> <p>В. Клинико-лабораторное обследование для уточнения диагноза и стадии заболевания.</p> <p>Г. Установление временной связи между воздействием профессионального фактора и манифестацией болезни.</p> <p>Д. Заключение о наличии или отсутствии профессионального заболевания с учетом возрастных изменений.</p>	
167.	ОПК-7	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Алгоритм определения нуждаемости в постоянном постороннем уходе для пациента с деменцией</p> <p>Действия:</p> <p>А. Оценка способности к самообслуживанию по шкалам (например, Бартела, Лоутона).</p> <p>Б. Оценка когнитивных нарушений по шкалам (MMSE, Мока-тест).</p> <p>В. Проверка наличия поведенческих и психотических расстройств, рисков для себя и окружающих.</p> <p>Г. Определение степени утраты способности к самостоятельному проживанию.</p> <p>Д. Оформление медицинского заключения о нуждаемости в постоянном уходе.</p>	БАВГД
168.	ОПК-7	<p>Прочитайте текст и установите последовательность Последовательность при проведении экспертизы для оформления инвалидности в связи с последствиями инсульта</p> <p>Действия:</p> <p>А. Оценка неврологического дефицита.</p> <p>Б. Определение реабилитационного потенциала и прогноза восстановления функций.</p> <p>В. Анализ данных КТ/МРТ головного мозга и заключения невролога.</p> <p>Г. Установление стойкости нарушений функций (двигательных, речевых, гностических).</p> <p>Д. Формулировка клинико-экспертного диагноза и указание ограничений жизнедеятельности.</p>	ВАГБД
169.	ОПК-7	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 82 лет с ИБС, постоянной формой фибрилляции предсердий, ХБП 3 ст., сахарным диабетом 2 типа и остеоартрозом коленных суставов жалуется на выраженную общую слабость, головокружение и два эпизода падения за последний месяц. Он принимает 12 различных препаратов. Ваша задача как эксперта-гериатра — проанализировать связь между жалобами, падениями и проводимой терапией. На что вы обратите особое внимание в списке лекарств? Опишите возможный механизм ятрогенного ухудшения состояния и сформулируйте экспертные рекомендации по коррекции терапии.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Анализ препаратов на «красные флаги» для пожилых:</p> <p>Психотропные: Бензодиазепины (например, диазепам), Z-гипнотики (зопиклон) — высокий риск падений, спутанности.</p> <p>Антигипертензивные и диуретики: Возможна избыточная гипотензия, ортостаз, электролитные нарушения (гипокалиемия, гипонатриемия).</p> <p>Антиаритмики, антиангинальные: Высокие дозы бета-блокаторов, некоторых блокаторов кальциевых каналов могут усугублять брадикардию, слабость.</p> <p>Анальгетики: Нестероидные противовоспалительные препараты</p>

			<p>(НПВП) — риск кровотечений, ХБП.</p> <p>Антихолинергические препараты: (например, некоторые антидепрессанты, антигистаминные, средства при недержании) — могут вызывать спутанность, сухость во рту, тахикардию.</p> <p>Механизм: Полипрагмазия → фармакокинетические и фармакодинамические взаимодействия → усиление побочных эффектов (седация, ортостатическая гипотензия, аритмия) → снижение мозгового кровотока, нарушение постуральной стабильности → головокружение, слабость, падения → снижение функциональной активности и качества жизни.</p> <p>Экспертные рекомендации: Провести ревизию терапии с использованием критериев STOPP/START.</p> <p>Рассмотреть:</p> <p>Отмену или замену потенциально неадекватных препаратов.</p> <p>Коррекцию доз с учетом ХБП (рСКФ).</p> <p>Внедрение «медленного титрования» («start low, go slow»).</p> <p>Назначение не медикаментозных методов (ЛФК, физиотерапия при артрозе).</p> <p>Рекомендацию ведения единого письменного списка всех лекарств («паспорт лекарств»).</p>
170.	ОПК-7	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Оценка нуждаемости в паллиативной помощи и хосписах</p> <p>Задача: Пациентка 89 лет с распространенным раком молочной железы, множественными костными метастазами, хронической болью. Состояние прогрессивно ухудшается, полностью прикована к постели. Родственники настаивают на продолжении активной химиотерапии. Лечащий врач направляет вас для экспертной оценки: соответствует ли состояние пациентки критериям нуждаемости в паллиативной помощи, и как определить момент перехода от активной противоопухолевой терапии к паллиативной?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Критерии нуждаемости в паллиативной помощи: Наличие инкурабельного прогрессирующего заболевания (злокачественная опухоль IV ст.), выраженный болевой синдром, полная зависимость по шкале ADL (0-1 балл), прогноз жизни, ориентировочно, менее 6-12 месяцев (по шкалам Palliative Performance Scale или др.).</p> <p>Определение момента перехода: Это не «отказ от лечения», а смена цели. Критерии: неэффективность специфического противоопухолевого лечения, нарастание кахексии (анорексия-кахексия синдром), появление/усиление симптомов, снижающих качество жизни (некупируемая боль, одышка, выраженная слабость), предпочтения самой пациентки (если она способна их выразить).</p>

			<p>Экспертиза включает оценку бремени терапии vs ожидаемой пользы.</p> <p>Экспертная роль гериатра: Оценить гериатрический статус (frailty, нутритивный дефицит), который сам по себе может быть противопоказанием к агрессивной терапии.</p> <p>Сформулировать рекомендации по ведению полисимптоматики (боль, тошнота, запор), психологической поддержке семьи, организации ухода. Важно провести деликатную беседу с родственниками, объяснив цели паллиативной помощи.</p>
171.	ОПК-7	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Экспертиза риска и профилактика госпитализаций. Пациент 85 лет с ХОБЛ и хроническим легочным сердцем за последний год был госпитализирован 4 раза по поводу обострения ХОБЛ. Проведите экспертную оценку ситуации (аудит госпитализаций) с позиции гериатра. Какие предотвратимые факторы (медицинские, социальные, связанные с системой здравоохранения) вы будете искать? Сформулируйте индивидуальный план профилактики повторных госпитализаций (план управления случаем).</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Анализ предотвратимых факторов:</p> <p>Медицинские: Неадекватная базисная терапия ХОБЛ? Некорректная техника ингаляции? Не диагностированные/не леченные сопутствующие состояния (ночное апноэ, гастроэзофагеальный рефлюкс, депрессия)? Полипрагмазия с седативными препаратами, угнетающими дыхание?</p> <p>Социальные: Курение? Жилье с низкой температурой/сыростью? Недоедание? Отсутствие помощи в покупке лекарств, приготовлении пищи?</p> <p>Системные: Отсутствие обучения (школа для пациентов с ХОБЛ)? Нет плана действий при обострении на руках у пациента? Плохая преемственность между стационаром и поликлиникой? Отсутствие патронажных визитов.</p> <p>Индивидуальный план профилактики (управление случаем):</p> <p>Образование: Обучение технике ингаляции, распознаванию признаков обострения.</p> <p>Медикаментозный аудит: Оптимизация ингаляционной терапии, отмена седативных, вакцинация (грипп, пневмококк).</p> <p>Немедикаментозные меры: Дыхательная гимнастика, нутритивная поддержка (высококалорийное питание), ЛФК для поддержания мышечной массы.</p> <p>Социально-бытовая помощь: Организация доставки лекарств и продуктов, проверка жилищных условий.</p> <p>Координация: Назначение ответственного врача/медсестры в поликлинике, организация</p>

			регулярных телефонных контактов (телемониторинг), выдача письменного плана действий при обострении. Паллиативный подход (при необходимости): Обсуждение целей лечения и предпочтений пациента на случай тяжелого обострения.
172.	ОПК-7	<p>Дайте развернутый ответ Военно-врачебная экспертиза (ВВЭ) в гериатрической практике.</p> <p>Ветеран боевых действий, 70 лет, обращается для оформления документов на ВВЭ в связи с ухудшением здоровья. Имеет диагноз: ИБС, стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, АГ 3 ст., СН IIА, II ФК (NYHA). Как врач-гериатр, участвующий в работе экспертной комиссии, на какие особенности течения заболеваний и их последствий для жизнедеятельности в пожилом возрасте вы должны обратить внимание при формулировке заключения, отличные от оценки у пациента средних лет?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Акцент на функциональный исход, а не на нозологию: Не просто «ИБС», а «ИБС, приводящая к ограничению способности к передвижению (не может пройти более 200 м без остановки) и самообслуживанию (одышка при одевании)».</p> <p>Учет полиморбидности и синдрома старческой астении: Снижение переносимости нагрузок может быть обусловлено не только СН, но и саркопенией, остеоартрозом, что требует комплексной оценки.</p> <p>Оценка когнитивных функций: Наличие сосудистых или смешанных когнитивных нарушений, которые могут влиять на способность к трудовой деятельности (если таковая рассматривается) и самостоятельному проживанию.</p> <p>Анализ полипрагмазии: Влияние множественной терапии на качество жизни (побочные эффекты).</p> <p>Социальный контекст: Одиночество, необходимость в постороннем уходе, которые усугубляют последствия заболеваний.</p> <p>Заключение для ВВЭ в гериатрии должно более детально описывать фактические ограничения жизнедеятельности в привычной для пожилого человека среде (не труд на производстве, а ведение домашнего хозяйства, самообслуживание, передвижение в пределах квартиры/двора) и обосновывать нуждаемость в конкретных видах помощи (медицинской, социальной, технические средства реабилитации).</p>
173.	ОПК-7	<p>Дайте краткий ответ Пациент 78 лет, страдающий сахарным диабетом 2 типа, хронической сердечной недостаточностью II ФК и умеренными когнитивными нарушениями, перенес ОРВИ с лихорадкой. На какой максимальный срок вы можете единолично выдать листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении?</p>	<p>Эталонный ответ</p> <p>15 календарных дней. (Согласно Приказу Минздрава № 925н, врач при амбулаторном лечении имеет право единолично продлевать листок нетрудоспособности до 15 дней включительно).</p>
174.	ОПК-7	<p>Дайте краткий ответ Пациентке 82 лет после эндопротезирования</p>	<p>Эталонный ответ</p> <p>Решение принимает врачебная</p>

		тазобедренного сустава требуется продление листка нетрудоспособности на период реабилитации в условиях дневного стационара. Кто и на каком основании принимает такое решение?	комиссия (ВК) лечебной организации на основании оценки состояния пациента, клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи. Лечащий врач направляет документы пациента на рассмотрение ВК.
175.	ОПК-7	Дайте краткий ответ Какой основной документ, помимо амбулаторной карты, необходим для проведения экспертизы временной нетрудоспособности в случае направления пациента на МСЭ? Назовите его полное название.	Эталонный ответ Направление на медико-социальную экспертизу», оформленное по форме 088/у.
176.	ОПК-7	Дайте краткий ответ Пациент 80 лет, наблюдающийся с хронической сердечной недостаточностью III ФК, представил листок нетрудоспособности на 15 дней. Какие три ключевых параметра в записях амбулаторной карты или выписке из стационара вы изучите в первую очередь для оценки обоснованности сроков?	Эталонный ответ. Динамика симптомов (одышка, отеки, толерантность к нагрузке); данные объективного исследования (хрипы в легких, увеличение печени, ЧСС, АД); результаты инструментальных/лабораторных исследований (ЭхоКГ, ЭКГ, уровень NT-proBNP, креатинин, диурез).
177.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 1. Основным документом, определяющим категории жизнедеятельности при установлении инвалидности, является: а) История болезни б) Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в) Протокол заседания врачебной комиссии г) Выписка из амбулаторной карты	б
178.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 2. Для направления пациента пожилого и старческого возраста на МСЭ необходимо наличие: а) Только стойкого нарушения здоровья б) Стойкого нарушения функций организма, приводящего к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты в) Желания родственников получить пенсию г) Любого хронического заболевания	б
179.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 3. К критерию ограничения жизнедеятельности для установления инвалидности НЕ относится: а) Способность к самообслуживанию б) Способность к трудовой деятельности в) Способность к зачатию ребенка г) Способность к ориентации	в
180.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 4. Причина инвалидности «инвалидность с детства» устанавливается гражданину старше 18 лет, если инвалидность вследствие заболевания, травмы или дефекта, возникших в детстве, наступила: а) В любом возрасте б) до достижения 18 лет (либо в случае переосвидетельствования после 18 лет, если инвалидность была установлена в детстве) в) После 60 лет г) Только в возрасте до 10 лет	б
181.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 5. Основной документ, который заполняет лечащий	б

		врач для направления на МСЭ, — это: а) Справка об освобождении от работы б) Форма № 088/у-06 «Направление на медико-социальную экспертизу» в) Выписка из истории болезни г) Листок нетрудоспособности	
182.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 6. Индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА) инвалида: а) Является рекомендательным документом б) Имеет рекомендательный характер для исполнителей, но предоставляет инвалиду право на получение предусмотренных ею мероприятий и технических средств в) Обязательна для исполнения всеми организациями г) Составляется только на год	б
183.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 7. Максимальный срок, на который выдает листок нетрудоспособности один лечащий врач при амбулаторном лечении, составляет: а) 5 дней б) 15 дней в) 30 дней г) 90 дней	б
184.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 8. Пациенту 75 лет, который не работает и не является застрахованным лицом, при остром заболевании: а) Обязательно выдается листок нетрудоспособности б) Выдается справка произвольной формы по требованию пациента в) Выдается больничный лист, который он предъявит в Пенсионный фонд г) Не выдается никакой документ	б
185.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 9. При стойкой утрате трудоспособности пациента трудоспособного возраста лечащий врач должен: а) Продлевать больничный лист более 10 месяцев б) Направить пациента на МСЭ для установления группы инвалидности в) Выдать справку и закрыть больничный г) Посоветовать уволиться с работы	б
186.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 10. Основным документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность и являющимся основанием для назначения пособия, является: а) Выписка из амбулаторной карты б) Листок нетрудоспособности (больничный лист) в) Справка по форме № 095/у г) Рецептурный бланк	б
187.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 11. Военно-врачебная экспертиза проводится для определения: а) Стоимости лечения б) Годности к военной службе, службе в органах в) Потребности в санаторно-курортном лечении г) Степени вины в правонарушении	б
188.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 12. Судебно-медицинская экспертиза живых лиц в гериатрической практике чаще всего проводится с целью:	в

		<p>а) Установления диагноза</p> <p>б) Назначения лечения</p> <p>в) Определения степени тяжести вреда здоровью (например, при падениях, побоях)</p> <p>г) Получения инвалидности</p>	
189.	ОПК-7	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>13. Объектом судебно-медицинской экспертизы может быть:</p> <p>а) Только живой человек</p> <p>б) Только труп</p> <p>в) Живой человек, труп, вещественные доказательства, материалы дела</p> <p>г) Только материалы уголовного дела</p>	в
190.	ОПК-7	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>14. Дееспособность пожилого пациента — это:</p> <p>а) Его физическая активность</p> <p>б) Способность осознанно управлять своими гражданскими правами и обязанностями</p> <p>в) Наличие у него хронических заболеваний</p> <p>г) Способность к самообслуживанию</p>	б
191.	ОПК-7	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>15. Врачебная тайна при проведении экспертиз:</p> <p>а) Не соблюдается</p> <p>б) Может быть разглашена только по запросу суда, следственных органов в установленном законом порядке</p> <p>в) Может быть разглашена родственникам по их требованию</p> <p>г) Может быть использована в научных статьях без согласия</p>	б
192.	ОПК-7	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>16. При подозрении на жестокое обращение или насилие в отношении пожилого пациента врач обязан:</p> <p>а) Ничего не делать, чтобы не навредить репутации семьи</p> <p>б) Проинформировать органы внутренних дел или опеки</p> <p>в) Только поговорить с родственниками</p> <p>г) Выдать справку о побоях только по требованию пациента</p>	б
193.	ОПК-7	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>17. Необходимым условием для проведения любой экспертизы в отношении пожилого пациента является:</p> <p>а) Согласие его родственников</p> <p>б) Его добровольное информированное согласие (если он дееспособен)</p> <p>в) Только направление из поликлиники</p> <p>г) Решение врачебной комиссии</p>	б
194.	ОПК-7	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>18. При проведении экспертизы у пациента с деменцией и утратой дееспособности законным представителем является:</p> <p>а) Сосед</p> <p>б) Лечащий врач</p> <p>в) Опекун или попечитель, назначенный органом опеки</p> <p>г) Любой родственник</p>	в
195.	ОПК-7	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>19. Основной принцип оценки ограничений жизнедеятельности в гериатрии:</p> <p>а) Оценка только по диагнозам</p>	б

		б) Оценка по синдрому старческой астении (хрупкости), полиорганной недостаточности, зависимости в повседневной жизни в) Оценка только по возрасту г) Оценка только по данным инструментальных исследований	
196.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 20. Пациенту 82 года с болезнью Альцгеймера, дезориентирован, нуждается в постоянном постороннем уходе. Наиболее вероятное ограничение жизнедеятельности для МСЭ: а) Способность к ориентации и самообслуживанию б) Способность к обучению в) Способность к трудовой деятельности г) Способность к передвижению на транспорте	а
197.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 21. Консилиум или врачебная комиссия в гериатрическом стационаре для решения экспертных вопросов проводится для: а) Ежедневного осмотра б) Установления стойкости нарушений, определения степени утраты трудоспособности, принятия решения о направлении на МСЭ в) Назначения дорогостоящих лекарств г) Выписки пациента домой	б
198.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 22. «Синдром падений» у пожилого человека как причина обращения за экспертизой чаще всего оценивается с точки зрения: а) Причин и степени тяжести полученных травм (судебно-медицинский аспект) б) Определения инвалидности по зрению в) Годности к военной службе г) Профессионального заболевания	а
199.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 23. Пролежень IV стадии у лежачего пациента при проведении МСЭ оценивается как проявление ограничения способности: а) К общению б) К контролю за своим поведением в) К самообслуживанию и передвижению г) К обучению	в
200.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 24. Паллиативному пациенту с распространенным онкологическим заболеванием группа инвалидности устанавливается: а) Только после хирургического лечения б) Без указания срока переосвидетельствования (бессрочно). в) Только на 1 год г) Не устанавливается	б
201.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 25. При экспертизе трудоспособности пациента с умеренными когнитивными нарушениями (УКН) ключевое значение имеет оценка: а) Только его памяти б) Способности к выполнению прежней профессиональной деятельности, требующей концентрации и планирования в) Его физической силы г) Наличия высшего образования	б
202.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 26. При несогласии с решением бюро МСЭ пациент	б

		или его законный представитель имеет право обжаловать его: а) Только в суде б) В вышестоящее главное бюро МСЭ, а затем в Федеральное бюро МСЭ в) Только в Министерство здравоохранения г) Только в прокуратуру	
203.	ОПК-7	Выберите один правильный ответ 27. Заключение, выдаваемое по результатам судебно-медицинской экспертизы живого лица, называется: а) Справка б) Выписка в) Акт судебно-медицинской экспертизы (освидетельствования) г) Решение комиссии	В
204.	ОПК-8	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между видом профилактики в гериатрии и конкретным клиническим примером. Клинические примеры: 1. Ежегодная вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции пациента 75 лет. 2. Назначение бисфосфонатов и рекомендации по предотвращению падений пациенту с установленным диагнозом остеопороза. 3. Проведение скрининговой денситометрии у женщины 70 лет с факторами риска остеопороза. 4. Обучение пациента, перенесшего инсульт, пользованию средствами реадaptации и упражнениям для профилактики контрактур. Варианты видов профилактики: А) Первичная профилактика Б) Вторичная профилактика (скрининг и ранняя диагностика) В) Третичная профилактика (предотвращение осложнений и реабилитация).	1 А 2 В 3 Б 4 В
205.	ОПК-8	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между профилактической мерой и синдромом/состоянием у пожилых, для которого она наиболее актуальна. Синдромы/состояния: 1. Профилактика острой почечной недостаточности. 2. Профилактика падений и связанных с ними переломов. 3. Профилактика тромбоза глубоких вен при длительной иммобилизации. Профилактические меры: А) Контроль водного баланса, отказ от потенциально нефротоксичных препаратов Б) «Медленный подъем», коррекция доз гипотензивных средств, использование поручней В) Оценка риска тромбоэмболических осложнений и использование компрессионного трикотажа	1 А 2 Б 3 В
206.	ОПК-8	Прочитайте текст и установите соответствие Установите соответствие между рекомендуемой вакциной для пожилых и заболеванием, против которого она направлена. Заболевания: 1. Профилактика опоясывающего лишая и постгерпетической невралгии. 2. Профилактика внебольничной пневмонии и ее осложнений. 3. Профилактика столбняка при бытовых травмах.	1 Б 2 А 3 В

		<p>Вакцины:</p> <p>А) Пневмококковая полисахаридная/конъюгированная</p> <p>Б) Герпес-зостерная рекомбинантная</p> <p>В) Против столбняка, дифтерии, коклюша</p>	
207.	ОПК-8	<p>Прочитайте текст и установите соответствие</p> <p>Установите соответствие между нутритивной проблемой пожилого возраста и мерой ее профилактики.</p> <p>Меры профилактики:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Обогащение рациона белком (1.0-1.2 г/кг/сут), силовые тренировки. 2. Достаточное пребывание на солнце, прием препаратов витамина D (чаще в лечебных дозах). 3. Контроль потребления жидкости (не менее 30 мл/кг/сут), акцент на несладкие напитки. <p>Нутритивные проблемы:</p> <p>А) Саркопения (возрастная потеря мышечной массы и силы)</p> <p>Б) Дегидратация (обезвоживание)</p> <p>В) Дефицит витамина D.</p>	<p>1 А</p> <p>2 В</p> <p>3 Б</p>
208.	ОПК-8	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите правильную последовательность действий гериатра при первичной оценке риска падений у пациента с болезнью Альцгеймера.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Назначить обследование для выявления ортостатической гипотензии. 2. Провести функциональные тесты (Timed Up and Go, тест на равновесие). 3. Опросить пациента и ухаживающих лиц об обстоятельствах предыдущих падений. 4. Оценить безопасность домашней обстановки (освещение, пороги, ковры). 5. Проверить зрение и слух. 6. Провести аудит принимаемых лекарств (седативные, гипотензивные). 	3 6 2 1 5 4
209.	ОПК-8	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите последовательность действий гериатра при планировании профилактических прививок для пациента 75 лет, впервые обратившегося в клинику.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Проверить/ввести вакцину против столбняка, дифтерии и коклюша. 2. Проверить статус вакцинации против пневмококка (ПКВ13/ППВ23) и при необходимости ввести. 3. Проверить наличие противопоказаний и согласие пациента. 4. Ввести ежегодную вакцину против гриппа. 5. Оценить сопутствующие заболевания и степень иммуносупрессии. 6. Проверить/ввести вакцину против опоясывающего лишая (рекомбинантную). 	5 3 4 2 6 1
210.	ОПК-8	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите последовательность действий гериатра для снижения лекарственной нагрузки у пациента, принимающего 12 препаратов.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сверить все лекарства с критериями STOPP/START для пожилых. 2. Обсудить с пациентом цели лечения и приоритеты. 	3 2 1 5 4

		<p>3. Составить полный список всех лекарств (рецептурных, безрецептурных, БАДов).</p> <p>4. Рассмотреть возможность депрескирования АГ, СД 2 типа при наличии.</p> <p>5. Исключить препараты без четких показаний или с дублирующим действием.</p>	
211.	ОПК-8	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите последовательность при выявлении риска недостаточности питания у амбулаторного пациента.</p> <p>Варианты действий:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Направить к диетологу для разработки индивидуального плана питания. 2. Провести опрос по скрининговой шкале MUST или MNA-SF. 3. Назначить лабораторное обследование (альбумин, преальбумин, лимфоциты). 4. Оценить жевательную функцию и состояние полости рта. 5. Исключить депрессию и когнитивные нарушения как причину снижения аппетита. 	2 4 5 3 1
212.	ОПК-8	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациентка 78 лет, самостоятельно обратилась к терапевту с жалобами на «общую слабость».</p> <p>Привычные показатели (АД, ЧСС, сахар крови) в пределах возрастной нормы. Какие компоненты комплексной гериатрической оценки (КГО) вы назначите для выявления скрытых гериатрических синдромов и профилактики их прогрессирования? Обоснуйте необходимость каждого компонента.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Цель КГО в данной ситуации — первичная и вторичная профилактика утраты функциональной независимости путем выявления скрытых или ранних признаков гериатрических синдромов. Обязательные компоненты:</p> <p>Оценка когнитивных функций (MMSE, MoCA или тест рисования часов). Обоснование: Раннее выявление легких когнитивных нарушений — основа профилактики деменции, делирия и проблем с комплаенсом. Позволяет начать когнитивный тренинг и коррекцию сосудистых факторов риска.</p> <p>Оценка эмоционального статуса (шкала GDS-15). Обоснование: Депрессия у пожилых часто проявляется соматическими жалобами. Недиагностированная депрессия ведет к отказу от лечения, социальной изоляции и ускорению функционального снижения.</p> <p>Оценка нутритивного статуса (опросник MNA-SF). Обоснование: Скрининг риска недостаточности питания и саркопении. Снижение мышечной массы — ключевой фактор риска падений, зависимости и смертности. Позволяет вовремя начать нутритивную поддержку.</p> <p>Оценка риска падений и физической активности (тест «Встань и пройди»). Обоснование: Замедление скорости ходьбы (>12 секунд,</p>

			<p>тест «Встань и пройди») — предиктор будущих падений и потери мобильности. Основа для назначения лечебной физкультуры. Оценка функционального статуса (шкалы по Лоутону, Бартелу). Обоснование: Выявление трудностей в сложных повседневных делах (Лоутона) — самый ранний маркер надвигающейся зависимости. Определяет потребность в социальной поддержке или эрготерапии.</p> <p>Скрининг сенсорных дефицитов (проверка слуха шепотной речью, зрения по таблице). Обоснование: Снижение слуха/зрения — предотвратимый фактор риска изоляции, депрессии и когнитивного снижения.</p> <p>Скрининг недержания мочи и социального анамнеза (вопросник ICIQ-SF, оценка жилищных условий, наличия ухода). Обоснование: Выявление социальной уязвимости и деликатных проблем, влияющих на качество жизни и риск госпитализации. Позволяет подключить социальные службы.</p>
213.	ОПК-8	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 82 лет с АГ, ИБС (стабильная стенокардия), остеоартрозом коленных суставов и хронической бессонницей принимает 12 различных препаратов ежедневно, включая диклофенак и диазепам на ночь. На что в первую очередь вы обратите внимание при анализе его терапии с целью профилактики нежелательных явлений? Опишите конкретные шаги вашего анализа.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Приоритет — профилактика ятрогенных осложнений (вторичная и третичная профилактика) на основе принципов депрескрайбинга.</p> <p>Аудит лекарств по критериям STOPP/START и списку Бирса:</p> <p>STOPP: Выявление потенциально нежелательных назначений (ПНН). Например: диазепам у пожилых (риск падений, делирия); диклофенак (НПВП) при АГ и в возрасте >75 лет (риск ЖК-кровоотечений, почечной недостаточности, сердечно-сосудистых осложнений).</p> <p>Оценка антихолинергической нагрузки (шкала АСВ). Обоснование: Высокий балл (>3) связан с когнитивными нарушениями, запором, задержкой мочи. Необходимо рассмотреть замену препаратов.</p> <p>Поиск дублирования терапии и синдрома «рациональной полипрагмазии»: Проверка препаратов одного класса под разными названиями. Оценка, оправдано ли количество препаратов с учетом</p>

			<p>полиморбидности.</p> <p>Переоценка целесообразности профилактической терапии с учетом продолжительности ожидаемой жизни и приоритетов пациента (например, статины для первичной профилактики у пациента >80 лет).</p> <p>Совместное принятие решений с пациентом: Обсуждение целей лечения (например, целевое АД <150/90 мм рт.ст. вместо <140/90 для упрощения схемы), согласование плана депрескрайбинга, фокусировка на улучшении качества жизни, а не только на достижении целевых показателей.</p> <p>Разработка плана безопасной отмены (депрескрайбинга): Поэтапное снижение доз ПНН (например, диазепама) с мониторингом состояния. Замена диклофенака на местные формы НПВП или парацетамол. Назначение нелекарственных методов лечения бессонницы (когнитивно-поведенческая терапия).</p>
214.	ОПК-8	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 70 лет с ХОБЛ средней степени тяжести и сахарным диабетом 2 типа отказывается от ежегодной вакцинации против гриппа, говоря: «В прошлом году прививался и все равно болел». Как вы построите беседу о важности вакцинопрофилактики в его случае? Перечислите, какие вакцины, помимо противогриппозной, ему показаны в рамках первичной и вторичной профилактики инфекций.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>План беседы (принципы мотивационного интервьюирования и информированного согласия):</p> <p>Подтверждение и эмпатия: «Я понимаю ваше разочарование. Иммунный ответ у всех разный, и вакцина действительно не гарантирует 100% защиты от заражения».</p> <p>Разъяснение основной цели вакцинации для пациента из группы риска: «Для человека с ХОБЛ и диабетом ключевая задача прививки — не столько предотвратить легкую простуду, сколько избежать тяжелых осложнений: пневмонии, острой дыхательной недостаточности, декомпенсации диабета, госпитализации в отделение реанимации. Даже в случае заболевания у привитых оно протекает значительно легче и с меньшим риском смерти».</p> <p>Приведение доказательств: «Крупные исследования показывают, что вакцинация снижает риск госпитализации и летального исхода от гриппа и его осложнений у пожилых с хроническими болезнями на 40-80%».</p>

			<p>Обсуждение коллективного иммунитета: «Ваша вакцинация также помогает защитить вашу супругу, которая тоже не молода, и внуков».</p> <p>Четкая и аргументированная рекомендация: «Как ваш врач, ответственный за профилактику осложнений ваших заболеваний, я настоятельно рекомендую вам ежегодную вакцинацию против гриппа как наиболее эффективную из доступных нам мер защиты».</p> <p>Рекомендуемый календарь вакцинации (помимо гриппа):</p> <p>Пневмококковая инфекция: Пневмококковая конъюгированная вакцина (ПКВ15, затем ППВ23 с интервалом или ПКВ20 однократно). Обоснование: Профилактика внебольничной пневмонии, менингита — ведущей причины смерти при ХОБЛ.</p> <p>COVID-19: Ревакцинация согласно действующим национальным и возрастным рекомендациям (ежегодно).</p> <p>Опоясывающий лишай (Herpes Zoster): Рекомбинантная вакцина — 2 дозы. Обоснование: Высокая эффективность в предотвращении постгерпетической невралгии, которая у пожилых протекает крайне тяжело.</p> <p>Дифтерия, столбняк, коклюш: Бустерная ревакцинация каждые 10 лет.</p>
215.	ОПК-8	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 80 лет, похудел на 4 кг за последний год «сам собой». Жалуется на снижение сил, быстро устает. При осмотре: индекс массы тела 20 кг/м², мышечная масса визуально снижена, скорость ходьбы замедлена. Какой диагноз вы заподозрите? Опишите комплексную программу профилактики дальнейшего прогрессирования этого состояния.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Предварительный диагноз: Старческая астения (frailty), вероятно, с саркопенией. Требуется подтверждение саркопении (оценка мышечной силы, массы; например, опросник SARC-F, ручная динамометрия).</p> <p>Программа профилактики (вторичная/третичная) — мультидисциплинарный подход:</p> <p>Нутритивная поддержка — основа лечения:</p> <p>Поиск причин потери веса (депрессия, дисфагия, плохие зубы, социальная изоляция).</p> <p>Увеличение потребления белка: Цель — 1.2-1.5 г/кг массы тела в сутки. Добавление легкоусвояемых белковых продуктов (яйца, рыба, творог, птица) в каждый прием пищи. При необходимости — использование</p>

			<p>сипингов (высокобелковых питательных смесей). Обеспечение достаточной калорийности рациона. Физические упражнения — второй ключевой компонент: Комбинированные тренировки: Назначение прогрессивных силовых (резистивных) упражнений 2-3 раза в неделю под контролем инструктора ЛФК для увеличения мышечной массы и силы. Плюс балансирующие и аэробные упражнения. Лечение сопутствующих состояний: Коррекция выявленных причин (депрессии, протезирование зубов, лечение дисфагии). Социальная поддержка: Организация помощи по покупке продуктов и приготовлению пищи, доставка готового питания. Медикаментозная терапия (строго по показаниям): Назначение витамина D в лечебных дозах при его дефиците (<30 нг/мл) для улучшения функции мышц. На сегодняшний день в рутинной клинической практике не существует лекарственных средств с доказанной эффективностью и безопасностью для лечения саркопении, одобренных для широкого применения. Применение анаболических стероидов, селективных модуляторов андрогенных рецепторов и других гормональных терапий не рекомендуется из-за серьезных побочных эффектов (сердечно-сосудистые события, гиперплазия простаты, гепатотоксичность) и должно ограничиваться рамками клинических исследований или узкими специализированными показаниями (например, доказанный гипогонадизм под наблюдением эндокринолога).</p>
216.	ОПК-8	<p>Дайте краткий ответ Назовите 3 стратегические цели профилактики хронических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста в практике врача-гериатра.</p>	<p>1) Сохранение функциональной независимости и качества жизни. 2) Профилактика или замедление развития старческой астении (frailty) и синдрома зависимости. 3) Модификация управляемых факторов риска с учётом полиморбидности и полипрагмазии.</p>
217.	ОПК-8	<p>Дайте краткий ответ Перечислите 4 основных домена всесторонней гериатрической оценки (КГО), которые являются обязательными для определения индивидуальной программы профилактики.</p>	<p>1) Когнитивный и эмоциональный статус. 2) Физический статус, мобильность и риск падений. 3) Нутритивный статус. 4) Лекарственная терапия (анализ полипрагмазии).</p>

218.	ОПК-8	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>Какие 3 хронических неинфекционных заболевания являются первоочередными мишенями для вторичной профилактики в гериатрической популяции ввиду высокой распространённости и инвалидизации?</p>	<p>1) Сердечно-сосудистые заболевания (АГ, ХСН, ИБС). 2) Остеопороз и остеоартрит. 3) Сахарный диабет 2 типа.</p>
219.	ОПК-8	<p>Дайте краткий ответ</p> <p>Сформулируйте 2 ключевых принципа фармакологической профилактики (например, назначения статинов, антигипертензивных) у пациентов позднего возраста.</p>	<p>1) Принцип «start low, go slow» (начни с малой дозы, увеличивай медленно). 2) Регулярный пересмотр необходимости всех препаратов (депрескрибинг) с учётом цели лечения, прогноза и риска побочных эффектов.</p>
220.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>1. Что является основной целью профилактики ХНИЗ в гериатрической практике?</p> <p>а) Полное излечение возраст-ассоциированных заболеваний.</p> <p>б) Предотвращение или отсрочка развития болезни, замедление её прогрессирования, сохранение функциональной активности и качества жизни.</p> <p>в) Сокращение количества назначаемых лекарственных препаратов.</p> <p>г) Акцент исключительно на продление жизни.</p>	б
221.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>2. Какой из перечисленных факторов риска ХНИЗ наиболее значим и распространён у лиц пожилого и старческого возраста?</p> <p>а) Гиподинамия.</p> <p>б) Нерациональное питание.</p> <p>в) Артериальная гипертензия.</p> <p>г) Курение.</p>	в
222.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>3. Что такое «полипрагмазия» и почему она представляет особую опасность для пожилых пациентов?</p> <p>а) Лечение одним препаратом, что часто недостаточно эффективно.</p> <p>б) Одновременный приём большого количества лекарств (обычно ≥ 5), что повышает риск побочных эффектов, взаимодействий и снижает приверженность лечению.</p> <p>в) Самостоятельный отказ пациента от приёма лекарств.</p> <p>г) Использование только растительных средств.</p>	б
223.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>4. Понятие «хрупкий» пациент в гериатрии — это:</p> <p>а) Пациент старше 90 лет.</p> <p>б) Пациент со снижением физиологических резервов, повышенной уязвимостью к стрессорам и высоким риском неблагоприятных исходов (госпитализация, инвалидность, смерть).</p> <p>в) Пациент с низкой массой тела (ИМТ < 18.5).</p> <p>г) Пациент, перенёсший несколько падений.</p>	б
224.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>5. Что такое «превентивная гериатрия»?</p> <p>а) Лечение острых заболеваний у пациентов старческого возраста.</p> <p>б) Система мероприятий, направленных на раннее выявление и коррекцию факторов риска утраты функциональной независимости.</p> <p>в) Социальное сопровождение одиноких пожилых людей.</p>	б

		г) Паллиативная помощь в терминальной стадии заболевания.	
225.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 6.Первичная профилактика атеросклероза у пожилого пациента с ожирением должна в первую очередь включать: а) Назначение статинов. б) Коррекцию диеты и расширение режима физической активности для снижения массы тела. в) Назначение антиагрегантов. г) Плановое ангиографическое исследование.	б
226.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 7.Какая целевая величина систолического артериального давления рекомендуется для большинства пациентов старше 65 лет с артериальной гипертензией? а) Менее 120 мм рт. ст. б) Менее 140 мм рт. ст. (в диапазоне 130–140 мм рт. ст. с учётом переносимости). в) Менее 150 мм рт. ст. г) Менее 160 мм рт. ст.	б
227.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 8.Ключевой компонент вторичной профилактики ИБС после перенесённого инфаркта миокарда у пожилого пациента — это: а) Длительный приём статинов, антиагрегантов, бета-блокаторов и/или иАПФ/БРА (при отсутствии противопоказаний). б) Курсовой приём метаболических препаратов дважды в год. в) Ограничение физической активности. г) Ежегодное санаторно-курортное лечение.	а
228.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 9.Для первичной профилактики инсульта у пациента пожилого возраста с фибрилляцией предсердий применяют: а) Назначение статинов. б) Назначение пероральных антикоагулянтов (при отсутствии противопоказаний) для профилактики кардиоэмболии. в) Назначение ноотропных препаратов. г) Бессолевою диету.	б
229.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 10.Основной показатель для контроля компенсации сахарного диабета 2 типа у пожилых — это: а) Уровень глюкозы в моче. б) Уровень глюкозы крови натощак. в) Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c). г) Уровень С-пептида.	в
230.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 11.Какова рекомендуемая целевая величина HbA1c для самостоятельного пожилого пациента с СД 2 типа и ожидаемой продолжительностью жизни >10 лет? а) < 6.5% б) < 7.0–7.5% (индивидуально, с целью избежания гипогликемий). в) < 8.5% г) Контроль не требуется.	б
231.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 12.«Золотым стандартом» неинвазивной диагностики остеопороза является: а) Рентгенография костей. б) Двухэнергетическая рентгеновская	б

		абсорбциометрия (ДРА, ДХА). в) Ультразвуковая денситометрия пяточной кости. г) Компьютерная томография.	
232.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 13.Для профилактики падений и переломов у пожилых женщин с остеопорозом, помимо медикаментозной терапии, наиболее важно: а) Соблюдать постельный режим при головокружении. б) Выполнять упражнения для тренировки баланса и мышечной силы, а также обеспечить безопасность домашней среды. в) Увеличить потребление кофеина. г) Носить обувь на мягкой, нефиксированной подошве.	б
233.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 14.Профилактика саркопении у пожилых требует достаточного потребления: а) Только витаминов. б) Только углеводов. в) Белка (1.0–1.2 г/кг массы тела/сут и более) и витамина D. г) Полиненасыщенных жиров.	в
234.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 15.Наиболее важный фактор в профилактике сосудистых когнитивных нарушений у пожилых пациентов с артериальной гипертензией — это: а) Назначение ноотропных препаратов всем пациентам. б) Достижение и поддержание целевого уровня артериального давления. в) Исключение всех жиров из рациона. г) Назначение высоких доз витаминов группы В.	б
235.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 16.Скрининг депрессии у пожилых пациентов необходим, потому что: а) Депрессия является нормальной частью старения. б) Депрессия часто остаётся нераспознанной, ухудшает прогноз соматических заболеваний и снижает приверженность лечению. в) Для диагноза достаточно жалоб пациента на плохое настроение. г) Она не влияет на физическое состояние.	б
236.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 17.Коррекция нарушений слуха и зрения у пожилых критически важна, так как она: а) Связана со значительными финансовыми затратами. б) Прямо влияет на безопасность, качество жизни, риск развития депрессии и когнитивного снижения. в) Не имеет доказанной эффективности. г) Является в основном эстетической процедурой.	б
237.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 18.Какой вид онкологического скрининга имеет наиболее убедительную доказательную базу для пожилых людей с ожидаемой продолжительностью жизни более 10 лет? а) Низкодозовая КТ для рака лёгкого и анализ ПСА для рака простаты. б) Колоноскопия или анализ кала на скрытую кровь (колоректальный рак), маммография (рак молочной железы), мазок по Папаниколау (рак шейки матки). в) Скрининг рака поджелудочной железы и яичников.	б

		г) Комплексный онкоскрининг без возрастных ограничений.	
238.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>19. Наиболее важными вакцинами для профилактики летальных осложнений у лиц старше 65 лет являются:</p> <p>а) Против гепатита В. б) Против пневмококковой инфекции и ежегодная вакцинация против гриппа. в) Против ветряной оспы. г) Против туберкулёза (БЦЖ).</p>	б
239.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>20. Для профилактики запоров, связанных с малоподвижностью и приёмом лекарств, пожилым в первую очередь советуют:</p> <p>а) Увеличить потребление жидкости (при отсутствии ограничений) и пищевых волокон, повысить физическую активность. б) Ежедневный приём слабительных средств. в) Регулярное проведение очистительных клизм. г) Отмену всех препаратов, потенциально вызывающих запор.</p>	а
240.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>21. При назначении статинов пожилому пациенту для первичной профилактики необходимо в первую очередь оценить:</p> <p>а) Уровень креатинина. б) Функцию щитовидной железы. в) Соотношение пользы и рисков, учитывая ожидаемую продолжительность жизни, коморбидность и потенциальные лекарственные взаимодействия. г) Группу крови.</p>	в
241.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>22. Основная цель лечения гиперхолестеринемии у пациента старше 80 лет — это:</p> <p>а) Достижение уровня ЛПНП <1.8 ммоль/л любой ценой. б) Профилактика сердечно-сосудистых событий при сохранении качества жизни и минимизации побочных эффектов терапии. в) Нормализация всех показателей липидограммы. г) Отказ от медикаментозной терапии ввиду возраста.</p>	б
242.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>23. Для профилактики ортостатической гипотензии и падений у пожилого пациента на гипотензивной терапии следует рекомендовать:</p> <p>а) Увеличить дозу препарата. б) Медленно менять положение тела, увеличить адекватное потребление жидкости (при отсутствии противопоказаний). в) Немедленно отменить все гипотензивные препараты. г) Принимать препараты только на ночь.</p>	б
243.	ОПК-8	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>24. Наиболее эффективная немедикаментозная мера для профилактики прогрессирования ХБП у пожилого пациента с диабетом и гипертонией — это:</p> <p>а) Обильное питьё. б) Достижение целевых уровней артериального давления (<130/80–140/80) и гликемии. в) Приём растительных диуретиков. г) Ограничение белка ниже физиологической нормы.</p>	б

244.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 25.Основной инструмент скрининга синдрома старческой астении (хрупкости) — это: а) Развёрнутый общий анализ крови. б) Оценка по шкале «Возраст-не помеха». в) Измерение артериального давления. г) Рентгенография органов грудной клетки.	б																
245.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 26.Профилактика делирия (острого помрачения сознания) у госпитализированного пожилого пациента включает всё, КРОМЕ: а) Обеспечение адекватной гидратации и питания. б) Коррекцию сенсорного дефицита (использование очков, слухового аппарата). в) Профилактического назначения антипсихотических препаратов. г) Ранней активизации и поддержания циклов сна-бодрствования.	в																
246.	ОПК-8	Выберите один правильный ответ 27.Краткая профилактическая беседа (мотивационное консультирование) с пожилым пациентом должна быть направлена на: а) Запугивание рисками смертельных осложнений. б) Совместную постановку конкретных, реалистичных целей, повышение мотивации и приверженности лечению. в) Простое информирование о вреде курения или алкоголя. г) Обязательное назначение новых лекарственных средств.	б																
247.	ПК-1	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. <table border="1" data-bbox="448 1155 1086 1630"> <thead> <tr> <th colspan="2">Симптомы</th> <th colspan="2">Диагнозы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>А</td> <td>Одышка, периферические отеки, увеличение печени.</td> <td>1</td> <td>Пневмония.</td> </tr> <tr> <td>Б</td> <td>Боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку.</td> <td>2</td> <td>Хроническая сердечная недостаточность.</td> </tr> <tr> <td>В</td> <td>Повышение температуры, кашель с мокротой, хрипы в легких.</td> <td>3</td> <td>Стенокардия.</td> </tr> </tbody> </table>	Симптомы		Диагнозы		А	Одышка, периферические отеки, увеличение печени.	1	Пневмония.	Б	Боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку.	2	Хроническая сердечная недостаточность.	В	Повышение температуры, кашель с мокротой, хрипы в легких.	3	Стенокардия.	1В 2А 3Б
Симптомы		Диагнозы																	
А	Одышка, периферические отеки, увеличение печени.	1	Пневмония.																
Б	Боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку.	2	Хроническая сердечная недостаточность.																
В	Повышение температуры, кашель с мокротой, хрипы в легких.	3	Стенокардия.																
248.	ПК-1	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. <table border="1" data-bbox="448 1816 1086 2063"> <thead> <tr> <th colspan="2">Список синдромов/состояний:</th> <th colspan="2">Список шкал:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Когнитивные нарушения.</td> <td>А</td> <td>Шкала оценки падений Морзе (Morse Fall Scale)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Риск падений и</td> <td>В</td> <td>Шкала Нортон</td> </tr> </tbody> </table>	Список синдромов/состояний:		Список шкал:		1	Когнитивные нарушения.	А	Шкала оценки падений Морзе (Morse Fall Scale)	2	Риск падений и	В	Шкала Нортон	1С 2А 3В 4D 5E				
Список синдромов/состояний:		Список шкал:																	
1	Когнитивные нарушения.	А	Шкала оценки падений Морзе (Morse Fall Scale)																
2	Риск падений и	В	Шкала Нортон																

			баланс.		(Norton Scale)	
		3	Риск развития пролежней.	С	Батарея тестов на лобную дисфункцию (FAB) или Монреальская когнитивная шкала (MoCA).	
		4	Наличие и тяжесть депрессии.	Д	Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) или шкала депрессии у гериатрических пациентов (GDS-15).	
		5	Способность к самообслуживанию (функциональный статус).	Е	Индекс Бартела (Barthel Index) или расширенная шкала повседневной активности (IADL по Лоугону).	
249.	ПК-1	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца.				1-А 2-В 3-С 4-Е 5-Д
		Список отклонений:		Список препаратов:		
		1	Гипонатриемия	А	Тиазидные диуретики (гидрохлоротиазид)	
		2	Острое повреждение почек (повышение креатинина)	В	Нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак)	
		3	Брадикардия, АВ-блокада.	С	Дигоксин или бета-блокаторы	
		4	Риск кровотечений (удлинение МНО)	Д	Ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл)	
		5	Сухой кашель	Е	Варфарин	
250.	ПК-1	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца.				1-С 2-А 3-Е 4-Д 5-В
		Список компонентов (доменов) оценки:		Список диагностических целей:		
		1	Оценка когнитивных функций.	А	А. Выявить риск саркопении, недостаточности питания и их корригируемые причины.	
		2	Оценка нутритивного статуса.	В	Определить безопасность и обоснованности медикаментозной терапии, выявить потенциально	

				нерекомендованные препараты	
		3	Оценка сенсорного дефицита.	С	Выявить делирий, деменцию, легкие когнитивные нарушения
		4	Оценка социального статуса и поддержки.	Д	Определить факторы риска изоляции, несоблюдения режима лечения, необходимость привлечения социальных служб
		5	Оценка полипрагмазии.	Е	Установить связь между ограничениями в общении, передвижении и дезадаптацией
251.	ПК-1	Прочитайте текст и установите последовательность Элементы для сортировки: А. Проведение скрининговой комплексной гериатрической оценки (КГО): когнитивный и функциональный статус, риск падений, питание. Б. Углубленный физикальный осмотр с акцентом на выявление гериатрических синдромов (саркопения, недержание и пр.). С. Составление полного списка лекарств с учетом безрецептурных препаратов и БАД. В. Выслушивание основной жалобы и истории настоящего заболевания с учетом мнения родственников/ухаживающих. Г Оценка витальных функций (АД, ЧСС, сатурация), неотложное исключение острых угрожающих состояний. Д. Формулирование предварительного синдромального диагноза и составление плана целенаправленного лабораторно-инструментального обследования.			Д Г В А Б Е
252.	ПК-1	Прочитайте текст и установите последовательность Элементы для сортировки: А. Проведение теста «Встань и иди» и оценка баланса. Б. Анализ электрокардиограммы (ЭКГ) и, при показаниях, суточное мониторирование ЭКГ (Холтер). В. Детальный опрос о самом эпизоде падения (обстоятельства, предшествующие симптомы, полученные травмы). Г. Проверка зрения (острота, катаракта) и слуха. Д. Лабораторная оценка (общий анализ крови, электролиты, глюкоза, креатинин, витамин D). Е. Полный пересмотр лекарственных препаратов с выделением тех, что повышают риск падений (психотропные, гипотензивные и др.).			В Е А Г Д Б

253.	ПК-1	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Установите правильную последовательность действий врача при диагностике и установлении причин снижения нутритивного статуса.</p> <p>Элементы для сортировки:</p> <p>А. Лабораторная диагностика (альбумин, преальбумин, холестерин, лимфоциты).</p> <p>Б. Антропометрические измерения (окружность мышц плеча, толщина кожной складки).</p> <p>В. Применение скринингового инструмента (например, MUST или MNA-SF).</p> <p>Г. Целенаправленный поиск причин: осмотр полости рта, оценка глотания, выявление депрессии, когнитивных нарушений.</p> <p>Д. Расчет индекса массы тела (ИМТ).</p> <p>Е. Назначение энтерального питания или нутритивной поддержки (после установления причины).</p>	В Д Б А Г Е
254.	ПК-1	<p>Определите правильный порядок неотложных диагностических и лечебных действий при подозрении на делирий у пациента 85 лет в стационаре.</p> <p>Элементы для сортировки:</p> <p>А. Оценка по шкале САМ (Confusion Assessment Method) для верификации делирия.</p> <p>Б. Немедленный пересмотр назначений и отмена потенциально делириогенных препаратов (антихолинергические, бензодиазепины и др.).</p> <p>В. Проведение экстренных лабораторных исследований (глюкоза крови, электролиты, общий анализ крови, С-реактивный белок, газовый состав крови).</p> <p>Г. Обеспечение безопасности пациента (подъем бортов, размещение рядом с сестринским постом, привлечение родственников).</p> <p>Д. Поиск и лечение основной причины (инфекция, дегидратация, болевой синдром, гипоксия и пр.).</p> <p>Е. Проведение нейровизуализации (КТ головного мозга) для исключения острой церебральной патологии (по показаниям).</p>	Г А В Б Е (при наличии показаний) Д
255.	ПК-1	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациентка 84 лет направлена на консультацию гериатра из-за «слабости и двух падений за последний месяц». Какую структуру и ключевые компоненты Комплексной гериатрической оценки (КГО) Вы примените в данном случае? Обоснуйте важность каждого компонента для формирования гериатрического плана ведения.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>КГО — это междисциплинарный диагностический процесс, направленный на выявление медицинских, психосоциальных и функциональных проблем для разработки скоординированного плана лечения.</p> <p>Медицинская оценка:</p> <p>Что включает: Тщательный сбор анамнеза (включая лекарственный, с проверкой соответствия назначений СТОП/СТАРТ-критериям), физикальный осмотр с акцентом на неврологический статус, ортостаза, сенсорный дефицит (зрение, слух), оценку болевого синдрома и нутритивного статуса (шкала MUST или MNA, измерение окружности голени).</p> <p>Обоснование: Позволяет выявить</p>

			<p>острые и хронические заболевания, ятрогению (например, гипотензию на фоне гипотензивных), причины слабости (анемия, сердечная недостаточность, электролитные нарушения).</p> <p>Функциональная оценка: Что включает: Оценка базовых (Бартел самостоятельность в приеме пищи, одевании, гигиене и др.) и инструментальных (IADL — шкала Лоутона: использование телефона, покупки, приготовление пищи, управление финансами) повседневных активностей. Оценка мобильности и риска падений (тест «Встань и иди», баланс, мышечная сила).</p> <p>Обоснование: Определяет степень зависимости, потребность в уходе, реабилитационный потенциал.</p> <p>Падения — ключевой гериатрический синдром, требующий обязательной оценки.</p> <p>Когнитивная и аффективная оценка: Что включает: Скрининг когнитивных нарушений (краткая шкала оценки психического статуса — MMSE, Монреальская шкала — MoCA), скрининг депрессии (гериатрическая шкала депрессии — GDS-15).</p> <p>Обоснование: Когнитивные нарушения и депрессия часто маскируются под «слабость», являются независимыми предикторами зависимости, влияют на приверженность лечению и требуют коррекции.</p> <p>Социально-средовая оценка: Что включает: Оценка социального окружения (проживает одна/с семьей), наличие опекуна, безопасность жилища (ковры, пороги, освещение ванной), экономический статус, доступ к социальным услугам.</p> <p>Обоснование: Определяет ресурсы и риски. Даже идеальный медицинский план будет неэффективен, если пациентка живет одна в небезопасных условиях без поддержки.</p> <p>Оценка связанных со старением синдромов: Что включает: Целенаправленный поиск полипрагмазии, старческой астении (хрупкости, frailty — критерии Фрида: потеря веса, слабость, истощение, низкая скорость ходьбы, низкая физическая активность),</p>
--	--	--	---

			<p>недержания мочи, сенсорных дефицитов.</p> <p>Обоснование: Эти синдромы являются пересекающимися и часто лежат в основе жалоб. Их коррекция — ключ к улучшению качества жизни.</p> <p>Итог: Результатом КГО становится не единый диагноз, а перечень выявленных проблем, на основе которых формируется индивидуальный, ориентированный на пациента план (медикаментозная коррекция, физическая терапия, социальная помощь, обучение родственников).</p>
256.	ПК-1	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 78 лет, направлен неврологом с жалобами родственников на прогрессирующее ухудшение памяти в течение 3 лет. При осмотре: ориентирован, контактен. В беседе выявляется лабильность аффекта, склонность к резонерству. В тесте рисования часов — выраженные пространственные нарушения. На МРТ: выраженная церебральная атрофия, лейкоареоз, множественные лакунарные очаги в белом веществе и подкорковых ядрах.</p> <p>Вопрос: Каков наиболее вероятный синдромальный и нозологический диагноз?</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Синдромальный диагноз: Умеренные или тяжелые когнитивные нарушения (деменция) смешанного (сосудисто-дегенеративного) типа.</p> <p>Нозологический диагноз (наиболее вероятный): Смешанная деменция (болезнь Альцгеймера + сосудистое поражение головного мозга).</p> <p>Сочетание нейропсихологического профиля (нарушения памяти + пространственного гнозиса) и данных нейровизуализации (признаки и корковой атрофии, и цереброваскулярной болезни) убедительно свидетельствует о смешанной этиологии когнитивного дефицита.</p> <p>Это принципиально важно для терапии: требуется одновременное воздействие на нейродегенеративный компонент (ингибиторы ацетилхолинэстеразы) и коррекция сосудистых факторов риска</p>
257.	ПК-1	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент 79 лет обращается с жалобами на повторяющиеся эпизоды несистемного головокружения («как в тумане», «почти падаю») при вставании с кровати или со стула, а также на два падения за последний месяц без потери сознания. Привыкший к активной жизни, пациент стал бояться выходить из дома.</p> <p>Вопрос: Составьте развернутый план диагностического поиска причин головокружения и падений у данного пациента. Объясните, почему стандартный неврологический осмотр может быть недостаточным, и какие специфические для гериатрии пробы и оценки вы включите в план.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>План будет мультидисциплинарным, направленным на выявление полифакторных причин, характерных для гериатрических пациентов.</p> <p>Детальный сбор анамнеза падения и головокружения (ключевой этап):</p> <p>Уточнить обстоятельства: время суток, связь с приемом лекарств (после гипотензивных?), позой, поворотом головы.</p> <p>Вопросы для дифференциации типа головокружения: есть ли иллюзия движения (вертиго), чувство дурноты, потери равновесия.</p> <p>Описать падение «по кадрам»: что делал, что почувствовал, как падал, как вставал.</p>

			<p>Оценка поструральной устойчивости и риска падений: Тест «Встань и пройди»: Оценка времени, которое требуется, чтобы встать со стула, пройти 3 метра, развернуться и сесть. >12 секунд – высокий риск.</p> <p>Ортостатическая проба: Измерение АД и ЧСС лежа, через 1 и 3 минуты стоя, желательна и через 5 минут, так как у пожилых иногда развивается отсроченная ортостатическая гипотензия..</p> <p>Падение систолического АД ≥ 20 мм рт.ст. или диастолического ≥ 10 мм рт.ст. – диагностика ортостатической гипотензии.</p> <p>Оценка походки и равновесия: Проба Ромберга, тандемная ходьба, оценка высоты шага, устойчивости при повороте.</p> <p>Углубленный гериатрический осмотр (то, что пропускает стандартный неврологический):</p> <p>Кардиоваскулярный скрининг: Аускультация сердца и сонных артерий (исключение аритмии, стеноза), ЭКГ, при необходимости – суточное мониторирование ЭКГ и АД (для выявления пароксизмальных аритмий или гипотензии).</p> <p>Оценка сенсорного вклада: Проверка остроты зрения, скрининг периферической полинейропатии (оценка вибрационной чувствительности).</p> <p>Осмотр стоп и обуви: Деформации, мозоли, неподходящая обувь – частая причина неустойчивости.</p> <p>Когнитивный скрининг (MoCA): Нарушения внимания и зрительно-пространственных функций напрямую влияют на риск падений.</p> <p>Оценка лекарственной терапии: Целенаправленный поиск препаратов, повышающих риск падений: гипотензивные (вызывают гипотензию), психотропные (бензодиазепины, антидепрессанты – нарушают поструральный контроль), антихолинергические (вызывают головокружение).</p> <p>Целевое лабораторное обследование: ОАК (анемия), электролиты, глюкоза, витамин В12, ТТГ, креатинин. При подозрении на системное головокружение консультация отоневролога.</p> <p>Стандартный неврологический</p>
--	--	--	---

			осмотр может пропустить ортостатическую гипотензию, кардиальные причины, сенсорный дефицит, влияние лекарств и когнитивные нарушения. Гериатрический подход требует системной оценки всех систем, поддерживающих поструральную устойчивость.
258.	ПК-1	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациентка 76 лет приходит на прием с «букетом» жалоб: головокружение, сухость во рту, запоры, нечеткость зрения, общая слабость. Со слов родственников, «стала какой-заторможенной». Из анамнеза: ИБС, фибрилляция предсердий, ГБ, остеоартроз, ГЭРБ. Постоянно принимает 12 препаратов, включая дигоксин, амиодарон, периндоприл, фуросемид, ацетилсалициловую кислоту, аторвастатин, омепразол, аллопуринол и несколько обезболивающих.</p> <p>Вопрос: Разработайте структурированный подход к диагностике потенциально нежелательных лекарственных явлений и синдрома избыточного назначения. Какой инструмент вы примените для оценки общего риска? Опишите ваш план по ревизии терапии и последующие диагностические шаги для верификации нежелательных лекарственных явлений.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Высока вероятность, что жалобы являются следствием полипрагмазии и антихолинергической нагрузки. Применение инструментов оценки лекарственного бремени: Шкала антихолинергической нагрузки (ACB – Anticholinergic Cognitive Burden Scale): Проанализирую каждый препарат. Амиодарон, дигоксин, фуросемид (в высоких дозах), многие обезболивающие имеют антихолинергические свойства. Сумма баллов ≥ 3 значительно увеличивает риск когнитивных нарушений, сухости во рту, запоров, головокружения – то есть совпадает с жалобами пациентки.</p> <p>Критерии Бирса или STOPP/START: Использую для выявления потенциально нежелательных комбинаций и препаратов, не рекомендуемых у пожилых (например, длительный прием высоких доз фуросемида без показаний, применение дигоксина в дозе >0.125 мг/сут при ФП).</p> <p>Структурированный план ревизии терапии:</p> <p>Шаг 1: Составление полного списка (все рецептурные, безрецептурные препараты, БАДы, глазные капли) с указанием точных доз и времени приема.</p> <p>Шаг 2: Определение актуальности диагноза для каждого препарата. Все ли диагнозы активны?</p> <p>Шаг 3: Оценка эффективности: Достигнуты ли целевые уровни (АД, ЧСС)? Есть ли доказательства пользы от каждого препарата?</p> <p>Шаг 4: Выявление нежелательных явлений: Сопоставление времени появления жалоб с началом приема или изменением дозы лекарств. Например, нечеткость зрения и брадикардия – дигоксин; сухость, запор, заторможенность – антихолинергический эффект.</p> <p>Шаг 5: Определить, какие препараты наиболее опасны и/или с</p>

			<p>наибольшей вероятностью вызывают симптомы (в данном случае – с высокой антихолинергической нагрузкой).</p> <p>Шаг 6: План депрескрайбинга (отмены): Составление плана постепенной отмены (снижения дозы) не более чем одного препарата за раз с интервалом в 2-4 недели для оценки эффекта. Приоритет — препараты с наибольшим риском по Beers/STOPP и наименьшей доказанной пользой.</p> <p>Обсуждение с кардиологом возможности коррекции терапии ФП под контролем.</p> <p>Диагностические шаги для верификации нежелательных лекарственных явлений:</p> <p>Лабораторный контроль: Уровень дигоксина и калия в крови (передозировка дигоксина на фоне гипокалиемии от фуросемида). Креатинин, СКФ (оценка функции почек для коррекции доз).</p> <p>ЭКГ: Для оценки интервала QT (многие препараты его удлиняют), признаков гликозидной интоксикации.</p> <p>Мониторинг симптомов после коррекции терапии: Ведение дневника жалоб. Улучшение состояния после отмены/замены «виновного» препарата будет лучшим диагностическим подтверждением нежелательных лекарственных явлений.</p> <p>Вывод: Диагностика в данном случае – это не добавление новых обследований, а критический анализ существующей терапии с помощью структурированных гериатрических инструментов (ACB, STOPP/START) и целевой лабораторной оценки для подтверждения лекарственной интоксикации.</p>
259.	ПК-1	У пациента 78 лет с сахарным диабетом 2 типа и хронической болезнью почек 3 стадии вы подозреваете наличие синдрома старческой астении. Перечислите 5 ключевых компонентов комплексной гериатрической оценки (КГО), которые необходимо оценить для подтверждения диагноза и составления плана вмешательств.	<p>Ожидаемый краткий ответ: Физический статус (сила хвата, скорость ходьбы), нутритивный статус (опросник MNA), когнитивный статус (MMSE, часы), функциональный статус (базовая и инструментальная повседневная активность), эмоциональный статус (шкала депрессии), социальное окружение.</p>
260.	ПК-1	При обследовании пациента 90 лет вы выявили непреднамеренную потерю веса (6% за последние 6	<p>Ожидаемый краткий ответ: 1) Опросник MNA-SF (Mini Nutritional</p>

		месяцев) и снижение альбумина сыворотки. Назовите два скрининговых инструмента для оценки нутритивного статуса у пожилых и три наиболее частые причины синдрома анорексии-кахексии в гериатрической практике (помимо онкологии).	Assessment Short Form), 2) Опросник MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Причины: хроническая сердечная недостаточность (ХСН), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), тяжелая деменция, хроническая болезнь почек (ХБП).
261.	ПК-1	У пациента 78 лет с сахарным диабетом 2 типа и артериальной гипертензией при плановом обследовании выявлена скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-EPI – 48 мл/мин/1.73м ² . Какие два дополнительных лабораторных исследования являются обязательными для уточнения диагноза и стадии хронической болезни почек (ХБП) согласно клиническим рекомендациям?	Ожидаемый краткий ответ: Определение альбуминурии (соотношение альбумин/креатинин в разовой порции мочи) и уровня калия в сыворотке крови.
262.	ПК-1	Пациент 82 лет, поступил с жалобами на общую слабость, неустойчивость и повторяющиеся падения. При сборе лекарственного анамнеза выявлен прием 5 препаратов постоянно. Вопрос: Какой обязательный диагностический инструмент, специфичный для гериатрической практики, вы должны применить в первую очередь для оценки риска падений и комплексного состояния пациента? Дайте его название.	Ожидаемый краткий ответ: Комплексная гериатрическая оценка (КГО)
263.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 1. Основной целью Комплексной гериатрической оценки (КГО) является: а) Установление исключительно нозологического диагноза. б) Оценка функциональных, когнитивных, социальных и эмоциональных возможностей пациента для составления индивидуального плана лечения и ухода. в) Определение степени инвалидизации для направления в дом престарелых. г) Быстрое назначение медикаментозной терапии.	б
264.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 2. Инструмент, используемый для оценки риска падений у пожилых, – это: а) Шкала Цунга б) Тест «Встань и иди» в) Шкала Глисона г) Индекс массы тела (ИМТ)	б
265.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 3. Для оценки способности к самообслуживанию у пожилого пациента используется: а) Шкала тревоги Гамильтона (HARS) б) Индекс Бартела в) Шкала комы Глазго (GCS) г) Опросник IPSS	б
266.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 4. Саркопения – это: а) Возрастное снижение минеральной плотности	в

		костной ткани. б) Возрастное атрофическое дегенеративное изменение желтого пятна сетчатки. в) Прогрессирующая и генерализованная потеря скелетной мышечной массы, силы и функции. г) Нарушение памяти, характерное только для болезни Альцгеймера.	
267.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 5. Тест «Рисование часов» используется для скрининга: а) Депрессии б) Тревожности в) Когнитивных нарушений г) Нарушений слуха	в
268.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 6. Наиболее распространенной причиной деменции в пожилом возрасте является: а) Сосудистая деменция б) Деменция с тельцами Леви в) Болезнь Альцгеймера г) Лобно-височная деменция	в
269.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 7. Для скрининга депрессии у пожилых в клинической практике чаще всего применяется: а) Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) б) Гериатрическая шкала депрессии (GDS-15) в) Шкала HADS г) Опросник Мини-Ког	б
270.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 8. Делирий (острое помрачение сознания) в отличие от деменции характеризуется: а) Постепенным началом и необратимостью. б) Внезапным началом, колебанием симптомов в течение дня и нарушением внимания. в) Стабильным течением и сохранностью цикла сон-бодрствование. г) Преимущественным нарушением памяти при сохранном внимании.	б
271.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 9. Признаком высокого риска недостаточности питания (мальнутриции) у гериатрического пациента является: а) Уровень альбумина в сыворотке крови < 35 г/л. б) Немотивированная потеря >5% массы тела за последние 3 месяца. в) Индекс массы тела (ИМТ) < 22 кг/м ² у пациента старше 70 лет. г) Все перечисленное.	г
272.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 10. Полипрагмазия – это: а) Наличие у пациента более 3-х хронических заболеваний. б) Одновременный прием 5 и более лекарственных препаратов. в) Наличие у пациента более 10-ти назначенных лекарств. г) Нежелательное лекарственное взаимодействие.	б
273.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 11. Скрининговым методом оценки слуха у пожилого	б

		пациента является: а) Аудиометрия б) Тест с шепотной речью в) Отоскопия г) Тимпанометрия	
274.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 12. Возрастная пресбиопия связана с: а) Помутнением хрусталика (катарактой). б) Повышением внутриглазного давления. в) Уплотнением и снижением эластичности хрусталика. г) Дегенерацией сетчатки.	в
275.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 13. Наиболее частой причиной головокружения у пациентов гериатрического профиля является: а) Болезнь Меньера б) ДППГ (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение) в) Острое нарушение мозгового кровообращения г) Опухоль головного мозга	б
276.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 14. Для пневмонии у пациента старческого возраста НЕ характерно: а) Острое начало с высокой лихорадкой. б) Стертая картина, отсутствие лихорадки. в) Преобладание общих симптомов: слабость, спутанность сознания, ухудшение общего состояния. г) Возможность манифестации делирием.	а
277.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 15. «Немая» (безболевая) форма инфаркта миокарда чаще встречается у пожилых пациентов с: а) Артериальной гипертензией б) Сахарным диабетом в) Хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) г) Остеоартрозом	б
278.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 16. Гипотиреоз у пожилых часто проявляется: а) Тахикардией и похуданием. б) Классическими симптомами: зябкость, сухость кожи, отечность. в) «Масками»: депрессия, когнитивные нарушения, запоры, слабость. г) Тремором и экзофтальмом.	в
279.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 17. Основной метод диагностики остеопороза у женщин старше 65 лет: а) Рентгенография костей б) Денситометрия (DXA) в) Анализ крови на кальций и фосфор г) УЗИ костей	б
280.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 18. Возрастное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) приводит к: а) Увеличению клиренса водорастворимых лекарств. б) Повышению уровня креатинина в сыворотке, соответствующему степени снижения СКФ. в) Необходимости рассчитывать СКФ по формулам (СКД-ЕPI) для оценки функции почек, так как уровень креатинина может оставаться в норме. г) Уменьшению риска лекарственной интоксикации.	в
281.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 19. Критериями старческой астении (frailty) по Л.	в

		Фриду НЕ являются: а) Непреднамеренная потеря веса. б) Снижение мышечной силы (сила кисти). в) Наличие 3 и более хронических заболеваний. г) Низкая физическая активность и медленная скорость ходьбы.	
282.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 20. Атипичное течение инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у пожилой пациентки с деменцией может проявляться: а) Дизурией и частыми позывами. б) Острым делирием, возбуждением или повышенной сонливостью без лихорадки. в) Классической триадой: лихорадка, боли в пояснице, тошнота. г) Макрогематурией.	б
283.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 21. Ортостатическая (постуральная) гипотензия – это снижение систолического АД на ____ мм рт.ст. и/или диастолического АД на ____ мм рт.ст. в течение 3 минут после перехода из положения лежа в положение стоя. а) 20 и 10 б) 10 и 5 в) 30 и 15 г) 40 и 20	а
284.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 22. Синдром «хрупкости» (frailty) ассоциирован с повышенным риском: а) Только падений. б) Только госпитализации. в) Неблагоприятных исходов: падения, переломы, госпитализация, инвалидизация, смерть. г) Только развития деменции.	в
285.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 23. При оценке социального статуса пожилого пациента важно выяснить: а) Только наличие родственников. б) Источники дохода, жилищные условия, наличие поддерживающего окружения, способность к самообслуживанию. в) Только уровень образования. г) Только вредные привычки.	б
286.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 24. При общении с пациентом с умеренной деменцией для улучшения контакта рекомендуется: а) Задавать открытые, сложные вопросы. б) Говорить громко и быстро. в) Использовать простые короткие предложения, задавать вопросы, требующие ответа «да/нет». г) Обсуждать диагноз во всех деталях.	в
287.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 25. Паллиативный подход в гериатрии применим: а) Только к пациентам в терминальной стадии онкологического заболевания. б) К любому пациенту с хроническим прогрессирующим заболеванием, ограничивающим продолжительность жизни, с целью улучшения качества жизни. в) Только по желанию родственников. г) Не применим в гериатрии.	б
288.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 26. Выявленный при КГО высокий риск развития	б

		пролежней требует: а) Назначения антибиотиков. б) Использования противопролежневого матраца и регулярного изменения положения тела пациента. в) Ограничения приема жидкости. г) Назначения массажа потенциальных мест образования пролежней спиртосодержащими средствами.																				
289.	ПК-1	Выберите один правильный ответ 27. Целями гериатрической реабилитации являются: а) Полное восстановление утраченных функций, как у молодых пациентов. б) Максимально возможное восстановление функциональной независимости, адаптация к имеющимся ограничениям, профилактика осложнений. в) Только обучение родственников уходу. г) Подготовка к постоянному пребыванию в кровати.	б																			
290.	ОПК-5	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца.	1-В 2-Б 3-А 4-А																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ:</td> <td colspan="2">КЛАСС ПРЕПАРАТОВ:</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Пациент с АГ, перенесший ишемический инсульт 2 года назад.</td> <td>А</td> <td>Ингибитор АПФ (или БРА)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Пациент с АГ и впервые выявленной постоянной формой фибрилляции предсердий (ЧСС 88 в мин).</td> <td>Б</td> <td>Бета-адреноблокатор</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Пациент с АГ и симптоматической сердечной недостаточностью с фракцией выброса ЛЖ 40%.</td> <td>В</td> <td>Дигидропиридиновый антагонист кальция</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Пациент с АГ, сахарным диабетом 2 типа и протеинурией</td> <td>Г</td> <td>Тиазидоподобный диуретик</td> </tr> </table>		КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ:		КЛАСС ПРЕПАРАТОВ:		1	Пациент с АГ, перенесший ишемический инсульт 2 года назад.	А	Ингибитор АПФ (или БРА)	2	Пациент с АГ и впервые выявленной постоянной формой фибрилляции предсердий (ЧСС 88 в мин).	Б	Бета-адреноблокатор	3	Пациент с АГ и симптоматической сердечной недостаточностью с фракцией выброса ЛЖ 40%.	В	Дигидропиридиновый антагонист кальция	4	Пациент с АГ, сахарным диабетом 2 типа и протеинурией	Г	Тиазидоподобный диуретик	
КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ:		КЛАСС ПРЕПАРАТОВ:																				
1	Пациент с АГ, перенесший ишемический инсульт 2 года назад.	А		Ингибитор АПФ (или БРА)																		
2	Пациент с АГ и впервые выявленной постоянной формой фибрилляции предсердий (ЧСС 88 в мин).	Б		Бета-адреноблокатор																		
3	Пациент с АГ и симптоматической сердечной недостаточностью с фракцией выброса ЛЖ 40%.	В	Дигидропиридиновый антагонист кальция																			
4	Пациент с АГ, сахарным диабетом 2 типа и протеинурией	Г	Тиазидоподобный диуретик																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ:</td> <td colspan="2">ГРУППА ПРЕПАРАТОВ:</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Внезапное</td> <td>А</td> <td>Ингибитор АПФ</td> </tr> </table>		НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ:		ГРУППА ПРЕПАРАТОВ:		1	Внезапное	А	Ингибитор АПФ													
НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ:		ГРУППА ПРЕПАРАТОВ:																				
1	Внезапное	А	Ингибитор АПФ																			
291.	ПК-2	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, подберите соответствующую позицию из правого столбца. Установите соответствие между развившимся у гериатрического пациента нежелательным явлением и наиболее вероятным его причиной (лекарственным препаратом).	1-Б 2-В 3-Г 4-А																			

		усиление слабости, головокружение, падение после недавней коррекции дозы.			
		2	Нарастание спутанности сознания, сухость во рту, задержка мочи.	Б	Петлевой диуретик в
		3	Острое повреждение почек (повышение креатинина на 30%) и гиперкалиемия.	В	Трициклический антидепрессант
		4	Выраженный сухой кашель, усиливающийся в положении лежа.	Г	НПВП (например, ибупрофен) в полной дозе
292.	ПК-2	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, выберите соответствующую позицию из правого столбца. Установите соответствие между потенциально опасной лекарственной комбинацией у пожилого пациента и наиболее вероятным негативным исходом.			1-Г 2-А 3-Б 4-В
		ЛЕКАРСТВЕННАЯ КОМБИНАЦИЯ:		РИСК:	
		1	Варфарин + флуконазол.	А	Резкое повышение антихолинергической нагрузки (делирий, задержка мочи)
		2	Амитриптилин + оксидотинин.	Б	Накопление метформина и риск лактатацидоза
		3	Метформин + ибупрофен (длительно).	В	Выраженная гиперкалиемия
		4	Периндоприл + спиронолактон (добавлен без коррекции дозы).	Г	Кровотечение (повышение МНО)
293.	ПК-2	Прочитайте текст и установите соответствие К каждой позиции, данной в левом столбце, выберите соответствующую позицию из правого столбца. Установите соответствие между целевым показателем контроля заболевания у гериатрического пациента и допустимым (безопасным) пороговым значением для начала коррекции лечения.			1-В 2-Г 3-А 4-Б
		ЦЕЛЕВОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ:		БЕЗОПАСНЫЙ ДИАПАЗОН / ЦЕЛЬ:	
		1	Систолическое АД у пациента 85 лет с АГ,	А	≤ 2,5-3,5 (в зависимости от типа протеза)

		перенесшего инфаркт миокарда.			
		2	Уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) у пациента 78 лет с СД 2 типа, множественными осложнениями, хрупкого.	Б	$\leq 1,8$ ммоль/л (или снижение на $\geq 50\%$ от исходного)
		3	Уровень МНО у пациента 80 лет с фибрилляцией предсердий и механическим протезом митрального клапана, получающего варфарин.	В	< 140 мм рт.ст. (допустимо < 150 при плохой переносимости)
		4	Уровень ХС ЛПНП у пациента 76 лет с ИБС, перенесшего АКШ.	Г	$< 8,0\%$ (индивидуально, цель - избежать гипогликемий)
294.	ПК-2	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Пациентка: 78 лет, АД 165/100 мм рт.ст., ЧСС 82 уд/мин. Сопутствующие заболевания: остеоартроз, ожирение 1 степени, СКФ 68 мл/мин/1.73м². Жалобы на периодическую головную боль.</p> <p>Задача: Установите последовательность шагов врача при назначении стартовой гипотензивной терапии.</p> <p>А. Назначить комбинацию из двух препаратов в низких дозах (например, ингибитор АПФ + диуретик).</p> <p>Б. Оценить приверженность к лечению, упростить режим (однократный прием), обсудить немедикаментозные методы.</p> <p>В. Начать с одного препарата в минимальной дозе (например, ингибитора АПФ).</p> <p>Г. Через 4-6 недель оценить эффективность и переносимость, при недостаточном эффекте титровать дозу.</p> <p>Д. Провести СМАД для исключения «гипертонии белого халата», особенно при наличии эпизодов гипотонии в анамнезе.</p>			ДВГАБ
295.	ПК-2	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Пациент: 82 года, прогрессирующее снижение памяти, дезориентация. Диагноз «болезнь Альцгеймера» установлен. MMSE 18 баллов.</p> <p>Сопутствующая патология: ХСН, брадикардия (ЧСС 56 уд/мин).</p> <p>Задача: Установите последовательность действий при назначении терапии, направленной на когнитивные</p>			ВДАГБ

		<p>функции.</p> <p>А. Начать с ингибитора холинэстеразы (например, донепезил) в минимальной дозе.</p> <p>Б. Оценить эффект через 3 месяца с помощью MMSE и опроса родственников.</p> <p>В. Провести ЭКГ для уточнения характера брадикардии и исключения синдрома слабости синусового узла.</p> <p>Г. При хорошей переносимости и недостаточном эффекте титровать дозу до терапевтической.</p> <p>Д. Обсудить с родственниками цели терапии (стабилизация, а не улучшение), возможные побочные эффекты.</p>	
296.	ПК-2	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Пациент: 85 лет, два падения за месяц без потери сознания. Принимает периндоприл, гидрохлортиазид, amitриптилин (на ночь от боли).</p> <p>Задача: Установите последовательность коррекции лечения для профилактики повторных падений.</p> <p>А. Отменить или заменить amitриптилин (седативный антидепрессант с ортостатическим эффектом) на более безопасный (например, СИОЗС).</p> <p>Б. Провести ортостатическую пробу для оценки влияния гипотензивной терапии.</p> <p>В. Проанализировать лекарственные назначения на предмет препаратов, повышающих риск падений.</p> <p>Г. При подтверждении ортостатической гипотензии — рассмотреть коррекцию гипотензивной терапии (снижение дозы, отмена диуретика).</p> <p>Д. Назначить дополнительно препарат витамина D в лечебной дозе (при подтвержденном дефиците).</p>	ВАБГД
297.	ПК-2	<p>Прочитайте текст и установите последовательность</p> <p>Пациент: 80 лет, впервые выявленная постоянная форма ФП, ЧСС 88 уд/мин. Шкала CHA₂DS₂-VASc = 4 балла (возраст, АГ, женский пол), HAS-BLED = 2 (возраст, АГ). Креатинин 130 мкмоль/л, СКФ 45 мл/мин.</p> <p>Задача: Установите последовательность действий для назначения антикоагулянтной терапии.</p> <p>А. Рассчитать риск тромбоэмболий (CHA₂DS₂-VASc) и кровотечений (HAS-BLED).</p> <p>Б. Назначить прямой пероральный антикоагулянт (НОАК) в дозе, соответствующей почечной функции (например, аписабан).</p> <p>В. Обсудить с пациентом и родственниками пожизненный характер терапии, риски и преимущества.</p> <p>Г. Оценить функцию почек по формуле СКД-ЕПІ и выбрать безопасный препарат.</p> <p>Д. Принять решение о необходимости антикоагуляции (польза превышает риск).</p>	АДГВБ

298.	<p>ПК-2</p>	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Задача: Пациент 82 года, направлен кардиологом для решения вопроса об оперативном лечении (транскатетерная имплантация аортального клапана, TAVI) по поводу тяжелого аортального стеноза. Пациент живет один, медленно передвигается по дому с тростью, за покупками помогает соцработник. При обследовании выявлены признаки хрупкости (Frailty) по фенотипическим критериям (непреднамеренная потеря веса, низкая скорость ходьбы, слабость кисти, истощение, низкая физическая активность). Проанализируйте, как синдром хрупкости влияет на прогноз и риск осложнений при инвазивном вмешательстве. Опишите ваши действия по комплексной гериатрической оценке (КГО) для уточнения резервов и рисков. Сформулируйте рекомендации для кардиохирургической команды: какие нехирургические вмешательства можно провести для снижения риска, и на какие аспекты послеоперационного ведения обратить особое внимание.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Влияние хрупкости: Хрупкость — независимый предиктор послеоперационных осложнений: делирия, инфекций, падений, пролежней, функционального упадка, увеличения сроков госпитализации и смертности. Она указывает на снижение физиологических резервов и способности восстанавливаться после стресса (операции).</p> <p>План КГО: Необходимо оценить:</p> <p>Когнитивный статус: MoCA (риск делирия).</p> <p>Нутритивный статус: MNA-SF, альбумин, лимфоциты (риск осложнений).</p> <p>Саркопения: SARC-F, измерение окружности мышц.</p> <p>Сенсорный дефицит: зрение, слух (фактор дезориентации).</p> <p>Полипрагматизация: анализ списка лекарств (Beers, STOPP/START).</p> <p>Психосоциальный статус: наличие поддержки, депрессия (GDS-15).</p> <p>Рекомендации:</p> <p>Прегабилитация (за 4-6 недель): Нутритивная поддержка (белково-энергетические добавки), индивидуальная программа силовых и балансовых упражнений (лечебная физкультура), коррекция анемии, отмена/коррекция потенциально нежелательных препаратов, когнитивный тренинг.</p> <p>Послеоперационное ведение: Профилактика делирия (ориентация во времени, слуховички, очки, ранняя активизация). Активное обезболивание (избегать бензодиазепинов). Ранняя мобилизация и реабилитация. Тщательный мониторинг нутритивного статуса и функции глотания.</p>
299.	<p>ПК-2</p>	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Задача: Пациентка 80 лет с умеренными когнитивными нарушениями (MoCA=22) и сахарным диабетом 2 типа, который она контролирует самостоятельно. Назначен метформин 1000 мг 2 раза в день и гликлазид МВ 60 мг утром. За последний месяц зафиксировано 3 эпизода гипогликемии (слабость, потливость), купируемых приемом пищи. Пациентка забывает, принимала ли уже таблетки, иногда принимает двойную дозу. Оцените риски текущей схемы лечения в контексте когнитивного дефицита. Разработайте стратегию повышения безопасности терапии, включая: Возможную коррекцию медикаментозной схемы (дескалация, выбор более безопасных</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Оценка рисков: Прием сульфонилмочевины (гликлазид) у пациентки с умеренными когнитивными нарушениями несет высокий риск тяжелых гипогликемий из-за снижения способности распознавать ее симптомы, нарушений памяти (передозировка) и несвоевременного приема пищи. Это прямая угроза жизни и риску падений.</p> <p>Стратегия безопасности:</p> <p>Коррекция схемы: Дескалация терапии. Отмена гликлазида как</p>

		<p>препаратов).</p> <p>Немедикаментозные и организационные меры для контроля лечения.</p> <p>Опишите план обучения и взаимодействия с ухаживающим лицом (дочь, которая навещает через день).</p>	<p>наиболее опасного препарата.</p> <p>Переход на схему с низким риском гипогликемий. Варианты: 1) Только метформин в переносимой дозе. 2) Добавление ингибитора натрийзависимого переносчика глюкозы 2 SGLT2 (эмпаглифлозин) или агониста ГПП-1 (лираглутид) – при наличии сердечно-сосудистых заболеваний/ожирения. Цель HbA1c должна быть индивидуализирована (<8.0% допустимо).</p> <p>Организационные меры: Использование пилюльницы (дозатора) на неделю, которую заполняет дочь. Отказ от самостоятельного контроля интенсифицированной схемы. Простой глюкометр с напоминаниями. Четкий график приема лекарств и пищи.</p> <p>Работа с семьей: Обучение дочери: признакам гипогликемии (особенно неявным – спутанность, агрессия), правилам использования пилюльницы, необходимости ежедневного контроля уровня глюкозы (перед завтраком и ужином). Важность обеспечения регулярного питания. Установка системы экстренного вызова.</p>
300.	ПК-2	<p>Дайте развернутый ответ</p> <p>Пациент, 84 года, с болезнью Альцгеймера (умеренная деменция), живет с семьей. Доставлен в приемное отделение дочерью. Со слов родных: "Стал совсем другой за последние сутки". Отмечается выраженная сонливость днем, ночью — возбуждение, крики, "разговаривается с давно умершими родственниками". Отказывается от еды и питья. Физических жалоб не предъявляет, на вопросы отвечает невпопад. Температура 37.2 °С.</p> <p>По данным осмотра: Пациент дезориентирован, контакту доступен с трудом. В легких — ослабленное дыхание в нижних отделах слева, хрипов нет. Со стороны сердца — ритмичные тоны, ЧСС 98 в мин, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий. Мочеиспускание, по словам родных, "как обычно".</p> <p>Из хронической терапии: Донепезил 10 мг/сут, аспирин.</p> <p>Задание:</p> <p>О каком остром состоянии в первую очередь следует думать? Какова наиболее вероятная причина изменения поведения?</p> <p>Составьте план обследования и неотложных лечебных мероприятий в первые часы.</p>	<p>Эталонный ответ:</p> <p>Диагноз: У пациента развился острый делирий (состояние острой спутанности сознания). Это не диагноз, а синдром, указывающий на острое нарушение работы мозга на фоне соматической патологии. Наиболее вероятная причина у пожилого пациента с деменцией (группа высочайшего риска) — инфекция. Учитывая данные осмотра (ослабленное дыхание, субфебрилитет), на первом месте стоит пневмония (часто без кашля и высокой лихорадки у пожилых). На втором месте — инфекция мочевыводящих путей (может протекать бессимптомно).</p> <p>План обследования и лечения (первые часы):</p> <p>Обследование (для поиска причины делирия):</p> <p>Лаборатория: Общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, С-реактивный белок, прокальцитонин (маркеры инфекции/воспаления). Общий анализ мочи + посев. Креатинин, электролиты, глюкоза (исключить</p>

			<p>метаболические причины). Инструментальное: Рентгенографи я органов грудной клетки (даже при скудных аускультативных данных!). ЭКГ (исключить безболевого инфаркт миокарда). Неотложные лечебные мероприятия (принципы): Этиотропная терапия: При подтверждении пневмонии — раннее начало эмпирической антибиотикотерапии с учетом вероятных возбудителей и функции почек (например, защищенные аминопенициллины или респираторные фторхинолоны). Поддержание гомеостаза: Адекватная гидратация (внутривенная инфузионная терапия под контролем диуреза, чтобы не спровоцировать сердечную недостаточность), коррекция электролитных нарушений, обеспечение питания (при необходимости — зондовое). Немедикаментозное ведение делирия (НАИБОЛЕЕ ВАЖНОЕ): Ориентация и комфорт: Рядом должен находиться знакомый человек (дочь). Обеспечить дневной свет днем, ночью — приглушенный свет и тишину. Ранняя активизация: Помочь сесть в кровати, встать (если позволяет состояние) для профилактики осложнений иммобилизации. Отмена всех потенциально делириогенных препаратов (если пациент принимает что-то еще, кроме указанного). Медикаментозное лечение делирия: Не назначать нейролептики или бензодиазепины рутинно! Они показаны только при тяжелом психомоторном возбуждении, угрожающем безопасности пациента или персонала, в минимальных эффективных дозах и на короткий срок (например, галоперидол в низкой дозе). Основной метод — лечение причины и немедикаментозная поддержка</p>
301.	ПК-2	<p>Пациент, 92 года. Направлен на консультацию гериатра участковым терапевтом для "коррекции терапии". Активный статус: Живет в семье с сыном и невесткой, передвигается по дому с ходунками, нуждается в помощи при мытье в душе (IADL нарушены). Когнитивные функции умеренно снижены (МОСА=18/30), но ориентирован, узнает родных.</p>	<p>Эталонный ответ Анализ безопасности терапии: Глибенкламид (препарат сульфонилмочевинь): Ключевая проблема. У пациента 92 лет с ХБП и нерегулярным питанием этот препарат с высоким риском тяжелых гипогликемий является абсолютно</p>

		<p>Диагнозы: Сахарный диабет 2 типа (25 лет), диабетическая полинейропатия, хроническая болезнь почек 3а стадии (СКФ 45 мл/мин), артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (стентирование 10 лет назад), хроническая сердечная недостаточность II ФК, остеопороз, катаракта.</p> <p>Терапия: Метформин 1000 мг/сут, Глибенкламид 5 мг/сут, Лизиноприл 10 мг/сут, Амлодипин 5 мг/сут, Фуросемид 40 мг через день, Аторвастатин 20 мг/сут, Ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут, Кальций + Витамин Д.</p> <p>Жалобы: Периодические эпизоды слабости и потливости, особенно если "забывает перекусить". За последний год дважды падал дома без потери сознания. HbA1c = 7.0%. АД дома 130-145/70-80 мм рт.ст. сидя.</p> <p>Задание:</p> <p>Проанализируйте текущую терапию с точки зрения безопасности для данного конкретного пациента. Каковы приоритетные цели лечения для этого пациента (в сравнении с целями для пациента 65 лет с тем же набором диагнозов)? Предложите коррекцию плана лечения с обоснованием.</p>	<p>нерекомендуемым. Эпизоды слабости и потливости — типичные признаки гипогликемий, которые и приводят к падениям.</p> <p>Фуросемид (петлевой диуретик): Прием "через день" нефизиологичен, может вызывать колебания объема циркулирующей крови, ортостатическую гипотензию и эпизоды дегидратации/электролитных нарушений, что также повышает риск падений и ухудшения функции почек.</p> <p>Метформин: При СКФ 45 мл/мин требует осторожности, но может быть продолжен под контролем функции почек. При снижении СКФ <45 потребуются отмена.</p> <p>Комбинация Лизиноприл + Фуросемид + возможная гипогликемия: Создает мощный синергизм в плане риска ортостатической гипотензии и падений.</p> <p>Приоритетные цели лечения (пациент-центрированные):</p> <p>Для пациента 92 лет с деменцией и риском падений цели кардинально отличаются от активного пациента 65 лет.</p> <p>Пациент 65 лет: Цель — продление жизни, профилактика отдаленных осложнений (инфаркт, инсульт, диализ). Целевой HbA1c <7.0%, АД <130/80.</p> <p>Наш пациент 92 лет: Главные цели — 1) Предотвращение падений и переломов. 2) Сохранение качества жизни и функциональной независимости. 3) Избегание острых осложнений (гипогликемия, делирий, госпитализация). Долгосрочные микро- и макрососудистые риски отступают на второй план.</p> <p>Конкретные цели: Отсутствие гипогликемий важнее, чем целевой HbA1c. Стабильная гемодинамика без ортостатических провалов важнее, чем достижение "идеальных" цифр АД.</p> <p>Коррекция плана лечения:</p> <p>Шаг 1. Немедленно отменить глибенкламид. Это самое опасное звено.</p> <p>Шаг 2. Пересмотреть сахароснижающую терапию:</p> <p>Варианты: 1) Ингибитор НГЛТ-2 (например, эмпаглифлозин) — имеет доказательства при СН и ХБП, низкий риск гипогликемий, но может вызывать дегидратацию</p>
--	--	--	--

			<p>и требует контроля. 2) Агонист рецепторов ГПП-1 (например, лираглутид) — также низкий риск гипогликемий, но может вызывать тошноту и снижение аппетита, что у frail пациента нежелательно. Ингибиторы ДПП-4 (ситаглиптин, вилдаглиптин). Они нейтральны в отношении веса, имеют минимальный риск гипогликемий, не требуют титрования дозы по СКФ (кроме линаглиптина) и очень удобны в приеме (1 таб./сут). Это часто делает их препаратами выбора для хрупких пациентов, когда главная цель — безопасность и простота.</p> <p>3) Упрощенная схема инсулинотерапии (например, инсулин продленного действия 1 раз в день) при тщательном обучении семьи. Часто в такой ситуации выбирают ослабленные цели и оставляют только метформин или даже переводят на диету с целевым HbA1c <8.0%.</p> <p>Шаг 3. Коррекция терапии ХСН и АГ: Перевести фуросемид на ежедневный прием в минимальной эффективной дозе (например, 20 мг/сут) под контролем веса, отеков и ортостаза. Обсудить с кардиологом возможность добавления антагониста минералокортикоидных рецепторов (например, спиронолактон в низкой дозе) для улучшения прогноза при ХСН вместо увеличения доз фуросемида. Контролировать АД лежа и стоя. При наличии ортостатической гипотензии — снизить дозу лизиноприла или амлодипина. Целевое АД сидя может быть <150/90.</p> <p>Шаг 4. Немедикаментозные меры: Оценка риска падений, обучение семьи безопасному перемещению. Проверка зрения (катаракта!). Обеспечение регулярного питания для профилактики гипогликемий. ЛФК Рассмотреть назначение денисумаба для лечения остеопороза (высокая эффективность в профилактике переломов при низкой частоте приема — 1 инъекция в 6 мес).</p>
302.	ПК-2	Назовите 3 ключевых принципа фармакотерапии в гериатрии (правило «не навреди»), которые должен учитывать врач при назначении лечения пожилому	Ожидаемый краткий ответ: старт с низкой дозы и медленная титрация; регулярный пересмотр

		пациенту с полипрагмазией.	необходимости всех лекарств; приоритет нефармакологических методов.
303.	ПК-2	Пациент 78 лет, принимающий варфарин по поводу фибрилляции предсердий, поступил с клиникой острого кровотечения. Какие два основных лабораторных показателя вы назначите в первую очередь для оценки безопасности антикоагулянтной терапии и степени ее коррекции?	Ожидаемый краткий ответ: МНО (МНО) и общий анализ крови с гемоглобином и гематокритом.
304.	ПК-2	Для контроля эффективности немедикаментозного лечения синдрома старческой астении у пациента 80 лет вы используете краткую батарею тестов. Назовите 2 простых инструмента для оценки физического компонента астении.	Ожидаемый краткий ответ: тест «Встань и иди» и измерение скорости ходьбы на 4-6 метров или кистевая динамометрия.
305.	ПК-2	Пациент 76 лет, принимающий дигоксин по поводу сердечной недостаточности, жалуется на тошноту и «желтые круги» перед глазами. Заподозрена гликозидная интоксикация. Какой основной лабораторный показатель вы назначите для подтверждения диагноза и оценки безопасности продолжения терапии?	Ожидаемый краткий ответ: концентрация дигоксина в сыворотке крови.
306.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 1. Наиболее важный первоначальный шаг при планировании лечения гериатрического пациента с полипрагмазией: а) Добавить новейший препарат для контроля симптомов. б) Провести ревизию всей текущей терапии на предмет необходимости и взаимодействий. в) Увеличить дозы всех препаратов для преодоления возрастной резистентности. г) Перевести пациента на парентеральные формы лекарств.	б
307.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 2. Критерием эффективности терапии старческой астении (саркопении) НЕ является: а) Увеличение скорости ходьбы. б) Улучшение показателей силы хвата кисти. в) Прирост массы тела за счет жировой ткани. г) Сокращение времени вставания со стула.	в
308.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 3. Наиболее частый и клинически значимый тип лекарственного взаимодействия у гериатрических пациентов: а) Фармацевтическое. б) Фармакокинетическое (особенно через систему цитохрома P450). в) Фармакогенетическое. г) Физико-химическое.	б
309.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 4. Препаратами первой линии для лечения болезни Альцгеймера умеренной степени тяжести являются: а) Сосудистые. б) Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (донепезил, ривастигмин, галантамин). в) Антипсихотики. г) Ноотропы.	б
310.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 5. При назначении мемантина пациенту с тяжелой деменцией в первую очередь необходимо контролировать: а) Функцию печени. б) Психическое состояние (возможность усиления	б

		психотических симптомов) и общую переносимость. в) Уровень калия в крови. г) Артериальное давление.	
311.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 6. Целевой уровень систолического АД для самостоятельных пациентов старше 65 лет согласно большинству современных рекомендаций: а) < 120 мм рт.ст. б) < 140 мм рт.ст. (чаще в диапазоне 130-139). в) < 160 мм рт.ст. г) Не выше 150 мм рт.ст.	б
312.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 7. При выборе антигипертензивного препарата для пациента 80 лет с остеопорозом и риском падений, предпочтение следует отдать: а) Тиазидным диуретикам (с осторожностью, могут снижать баланс кальция). б) Бета-блокаторам (могут вызывать брадикардию, головокружение). в) Ингибиторам АПФ или БРА (с лучшим профилем безопасности в отношении падений). г) Антагонистам кальция дигидропиридинового ряда (могут вызывать отеки).	в
313.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 8. Особенность назначения антикоагулянтов (варфарин, НОАК) при фибрилляции предсердий у очень пожилых: а) Они противопоказаны из-за высокого риска кровотечений. б) Необходима тщательная оценка соотношения риск/польза (CHA ₂ DS ₂ -VASc, HAS-BLED), часто начинают с уменьшенных доз НОАК. в) Назначаются всегда в полных терапевтических дозах. г) Эффективность контроля оценивается только по клиническим проявлениям.	б
314.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 9. Основная цель лечения сахарного диабета 2 типа у пациента старше 75 лет с множественными сопутствующими заболеваниями: а) Достижение HbA _{1c} < 6.5%. б) Индивидуализация целей (чаще HbA _{1c} 7.5-8.0% и выше), избегание гипогликемий. в) Нормализация постпрандиальной гликемии любой ценой. г) Применение только инсулинотерапии.	б
315.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 10. Наиболее опасное осложнение терапии у пожилого пациента с диабетом, требующее регулярного контроля: а) Гипергликемия. б) Тяжелая гипогликемия (риск падений, когнитивных нарушений, сердечно-сосудистых событий). в) Полиурия. г) Развитие инсулинорезистентности.	б
316.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 11. Препаратом выбора для лечения остеопороза у женщины 75 лет с переломом шейки бедра в анамнезе и нарушением функции почек (СКФ 35 мл/мин) является: а) Пероральные бисфосфонаты.	б

		б) Золедроновая кислота (в/в инфузия 1 раз в год, с коррекцией дозы при ХБП). в) Терипаратид. г) Стронция ранелат.	
317.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 12. Антихолинергическая нагрузка у пожилого пациента повышает риск всего, КРОМЕ: а) Когнитивных нарушений. б) Запоров и задержки мочи. в) Сухости во рту. г) Желудочно-кишечных кровотечений.	г
318.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 13. Синдром отмены после резкого прекращения приема часто встречается у пожилых при отмене: а) Бензодиазепинов. б) Статинов. в) Ингибиторов протонной помпы. г) Аспирина.	а
319.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 14. Наиболее частый вид ятрогении у гериатрических пациентов: а) Хирургические осложнения. б) Лекарственные осложнения и побочные реакции. в) Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи. г) Диагностические ошибки.	б
320.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 15. Минимальный обязательный набор контроля при начале терапии диуретиком у пациента с ХСН: а) МРТ сердца. б) Ежедневное взвешивание, контроль баланса жидкости, уровня электролитов (калий, натрий) и креатинина. в) Измерение центрального венозного давления 2 раза в день. г) Суточное мониторирование ЭКГ.	б
321.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 16. Оценка эффективности лечения депрессии у пожилого человека включает: а) Только субъективный отчет пациента. б) Использование валидизированных шкал (например, Гериатрической шкалы депрессии - GDS-15) и оценку функциональной активности. в) Контроль только соматических симптомов. г) Только мнение родственников.	б
322.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 17. Для мониторинга безопасности терапии статинами у пациента 70+ необходимо регулярно оценивать: а) Уровень КФК (при мышечных симптомах) и печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ). б) Уровень кальция в крови. в) Показатели свертываемости крови (МНО). г) Скорость клубочковой фильтрации (если нет исходной ХБП).	а
323.	ПК-2	Выберите один правильный ответ 18. Клинически значимым признаком эффективности лечения недержания мочи у женщины 75 лет антимускариновыми препаратами является: а) Изменение pH мочи. б) Сокращение количества эпизодов недержания и использование прокладок. в) Увеличение суточного диуреза.	б

		г) Исчезновение бактериурии.	
324.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>19. Основной критерий эффективности нутритивной поддержки при старческой кахексии/саркопении:</p> <p>а) Быстрая прибавка в весе за 1 неделю.</p> <p>б) Увеличение мышечной массы и силы, улучшение функционального статуса (в течение месяцев).</p> <p>в) Нормализация уровня альбумина в крови.</p> <p>г) Снижение аппетита.</p>	б
325.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>20. При лечении делирия у пожилого пациента в стационаре первоочередной мерой является:</p> <p>а) Коррекция факторов, спровоцировавших делирий (инфекция, дегидратация, отмена препаратов и т.д.).</p> <p>б) Немедленное назначение галоперидола.</p> <p>в) Фиксация пациента.</p> <p>г) Назначение высоких доз ноотропов.</p>	а
326.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>21. У пациента 85 лет с фибрилляцией предсердий (неклапанной), перенесшего ТИА 6 месяцев назад, и высоким риском падений (в анамнезе 2 падения за год) принимается решение о антитромботической терапии. Какой вариант является наиболее сбалансированным с точки зрения эффективности и безопасности?</p> <p>а) Назначить ацетилсалициловую кислоту, так как она безопаснее в плане риска кровотечений при падениях.</p> <p>б) Назначить пероральный антикоагулянт (НОАК) в сниженной дозе независимо от показателей функции почек.</p> <p>в) Отказаться от антитромботической терапии из-за риска падений и возможной травмы головы.</p> <p>г) Назначить пероральный антикоагулянт (НОАК) в дозе, соответствующей функции почек (рассчитать СКФ), и одновременно начать программу модификации факторов риска падений.</p>	г
327.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>22. При оценке эффективности гипотензивной терапии у пациента 88 лет с изолированной систолической артериальной гипертензией и ортостатическими колебаниями АД наиболее важно:</p> <p>а) Добиться целевого уровня АД < 140/90 мм рт.ст. по разовому измерению в кресле у врача.</p> <p>б) Оценивать АД в динамике, включая оценку ортостатической пробы, и ориентироваться на самочувствие пациента, переносимость терапии, избегая чрезмерного снижения.</p> <p>в) Стремиться к целевому уровню систолического АД < 120 мм рт.ст., как у более молодых пациентов.</p> <p>г) Основным критерием эффективности считать снижение только систолического АД, диастолическое можно игнорировать.</p>	б
328.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>23. Пациентке 82 лет с остеоартритом и хронической болью в коленных суставах для постоянного обезболивания НАИМЕНЕЕ предпочтителен:</p> <p>а) Парацетамол (ацетаминофен) в минимальной эффективной дозе.</p> <p>б) Местные НПВП (крем, гель).</p> <p>в) Пероральный ибупрофен в стандартной дозе</p>	в

		длительно. г) Лечебная физкультура и снижение веса.	
329.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>24. При назначении антихолинергического препарата (например, оксибутинина) для лечения гиперактивного мочевого пузыря пациенту 80 лет с начальными проявлениями нарушения памяти и запорами, что является КЛЮЧЕВЫМ аспектом контроля безопасности?</p> <p>а) Оценить только эффективность — сокращение эпизодов недержания мочи.</p> <p>б) Провести «антихолинергическую» нагрузку» (оценку суммарного эффекта всех препаратов с антихолинергической активностью) и мониторировать появление или усиление когнитивных нарушений, запоров, сухости во рту.</p> <p>в) Считать терапию безопасной, если она хорошо переносится в первые две недели.</p> <p>г) Назначить параллельно мощное слабительное для коррекции запора и продолжить терапию.</p>	б
330.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>25. Для оценки ЭФФЕКТИВНОСТИ и БЕЗОПАСНОСТИ нефармакологического лечения синдрома хрупкости у пациента 83 лет НАИБОЛЕЕ важен мониторинг:</p> <p>а) Только динамики мышечной силы (например, с помощью кистевого динамометра).</p> <p>б) Только уровня сывороточного альбумина.</p> <p>в) Комплекса параметров: скорости ходьбы, мышечной силы, массы тела, а также частоты падений и самооценки общего состояния.</p> <p>г) Только субъективного ощущения улучшения у пациента.</p>	в
331.	ПК-2	<p>Выберите один правильный ответ</p> <p>26. При подборе антигипертензивной терапии пациенту 80 лет с ортостатической гипотензией в анамнезе препаратом ВЫБОРА является:</p> <p>а) Периндоприл (ингибитор АПФ).</p> <p>б) Моксонидин (агонист имидазолиновых рецепторов).</p> <p>в) Фуросемид (петлевой диуретик).</p> <p>г) Амлодипин (блокатор медленных кальциевых каналов).</p>	г

Разработан:
доцент кафедры гериатрии,
медико-социальной экспертизы
с курсом общей врачебной практики



С.А. Солгалова