

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 11.12.2024 16:42:37

Уникальный программный ключ:

1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fce387a2985d2657b784aec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института



/ Невзорова В.А. /

« 20 » 5 июня 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**Б1.О.45 Геронтология и гериатрия**  
**основной образовательной программы**  
**высшего образования**

**Направление подготовки**  
**(специальность)**

31.05.01 Лечебное дело

**Уровень подготовки**

специалитет

**Направленность подготовки**

02 Здравоохранение (в сфере оказания  
первичной медико-санитарной помощи  
населению в медицинских  
организациях: поликлиниках,  
амбулаториях, стационарно-  
поликлинических учреждениях  
здравоохранения и лечебно-  
профилактических учреждениях,  
оказывающих первичную медико-  
санитарную помощь)

**Форма обучения**

очная

**Срок освоения ООП**

6 лет

**Институт/кафедра**

Институт терапии и инструментальной  
диагностики

**Владивосток, 2024**

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**1.1. Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания с помощью которых можно оценивать поэтапное формирование компетенций.

**1.2. Фонд оценочных средств** определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело, направленности 02 Здоровоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи населению в медицинских организациях: поликлиниках, амбулаториях, стационарно-поликлинических учреждениях здравоохранения и лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

[https://tgmu.ru/sveden/files/vif/31.05.01\\_24\\_02\\_Lechebnoe\\_delo\(1\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/vif/31.05.01_24_02_Lechebnoe_delo(1).pdf)

Наименование категории (группы) компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы достижения компетенции
<b>Универсальные компетенции</b>		
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИДК.УК-1 <sub>1</sub> - осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации ИДК.УК-1 <sub>2</sub> - определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций ИДК.УК-1 <sub>3</sub> - разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов
<b>Общепрофессиональные компетенции</b>		
Этиология и патогенез	ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные и физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИДК.ОПК-5 <sub>1</sub> - оценивает морфофункциональное состояние на основе полученных знаний ИДК.ОПК-5 <sub>2</sub> - различает патологические и физиологические процессы, определяет этиологию изменений ИДК.ОПК-5 <sub>3</sub> - дает диагностическую оценку выявленным изменениям

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### 2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Вопросы для собеседования
2	Промежуточная аттестация	Тесты Ситуационные задачи

### **3. Содержание оценочных средств контроля (текущего и промежуточного).**

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме собеседования по вопросам, решения ситуационных задач, тестирования. Промежуточная аттестация проводится в виде зачета в форме собеседования по вопросам, решения ситуационных задач.

#### **3.1. Контрольные вопросы для собеседования по дисциплине Б1.О.45 Геронтология и гериатрия**

1. Старческая астения, определение, распространенность
2. Факторы риска и патогенез старческой астении
3. Основные гериатрические синдромы
4. Нарушения зрения
5. Нарушения слуха
6. Нарушение питания у пожилых людей
7. Саркопения
8. Пролежни
9. Нарушения сна у пожилых людей
10. Головокружения и расстройства равновесия в пожилом возрасте. Падения
11. Синкопальные состояния
12. Недержание мочи
13. Клинические проявления и алгоритм диагностики синдрома старческой астении
14. Оценка независимости и автономии
15. Методика проведения комплексной гериатрической оценки у пациентов пожилого и старческого возраста, включающей оценку физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента
16. Методика сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов пожилого и старческого возраста (лиц, осуществляющих уход)
17. Методика физикального обследования пациентов пожилого и старческого возраста, в том числе методика измерения артериального давления.
18. Особенности фармакотерапии пожилого человека.
19. Медицинские показания для направления пациентов пожилого и старческого возраста для оказания паллиативной медицинской помощи.
20. Основы медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста
21. Порядок организации медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста
22. Использование диетотерапии у лиц пожилого возраста с риском развития синдрома мальнутриции или синдрома саркопении

#### **3.2. Тестовые задания по дисциплине Б1.О.45 Геронтология и гериатрия**

##### **1. Геронтология - это**

- а) \*наука о старении организма
- б) наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте
- в) наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте
- г) все вышеперечисленное

##### **2. Гериатрия - это**

- а) наука о старении организма
- б) \*наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте
- в) наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте
- г) все вышеперечисленное

##### **3. Пожилым считается возраст**

- а) 45-59 лет

- б) \*60-74 года
- в) 75-89 лет
- г) 90 и более лет

**4. Старческим считается возраст**

- а) 45-59 лет
- б) 60-74 года
- в) \*75-89 лет
- г) 90 и более лет

**5. Определите возраст долгожителей**

- а) 45-59 лет
- б) 60-74 года
- в) 75-89 лет
- г) \*90 и более лет

**6. Физиологически стареющими можно признать**

- а) 1-2% пожилых и старых людей
- б) \*3-6% пожилых и старых людей
- в) 7-10% пожилых и старых людей
- г) 10-15% пожилых и старых людей

**7. Большинство пациентов пожилого и старческого возраста получают медицинскую помощь**

- а) \*в учреждениях амбулаторно-поликлинического профиля
- б) в стационарах
- в) в гериатрических центрах
- г) в санаториях

**8. Старческая астения - это**

- а) \*ключевой гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти
- б) закономерно наступающий заключительный период возрастного развития
- в) процесс, стабилизирующий жизнедеятельность, увеличивающий продолжительность жизни
- г) все вышеперечисленное

**9. К гериатрическим синдромам относятся**

- а) #саркопения
- б) #синдром падений
- в) синдром артериальной гипертензии
- г) метаболический синдром
- д) хроническая сердечная недостаточность
- е) #синдром мальнутриции
- ж) #деменция

**10. Гериатрия ориентирована на оказание медико-социальной помощи пациентам старших возрастных групп, которые**

- а) имеют хронические заболевания
- б) \*имеют гериатрические синдромы
- в) \*имеют хронические заболевания и гериатрические синдромы
- г) всем пациентам старше 60 лет

**11. Синдром старческой астении**

- а) характеризуется повышением адаптационного и восстановительного резерва
- б) \*характеризуется снижением адаптационного и восстановительного резерва
- в) улучшает прогноз состояния здоровья
- г) \*способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни

**12. Синдром старческой астении**

- а) \*потенциально обратим
- б) потенциально необратим
- в) является неотъемлемой частью процесса старения
- г) \*неблагоприятный вариант старения

**13. Наличие синдрома старческой астении у пациента**

- а) \*повышает риск падений и переломов
- б) снижает риск падений и переломов
- в) \*повышает количество госпитализаций
- г) снижает количество госпитализаций

**14. К факторам риска развития старческой астении**

- а) высокий уровень физической активности
- б) высокий уровень дохода
- в) \*одинокое проживание
- г) \*депрессия
- д) \*низкий уровень образования

**15. К клиническим признакам синдрома старческой астении относятся**

- а) \*саркопения
- б) сахарный диабет
- в) \*недержание мочи
- г) \*деменция
- д) ОНМК в анамнезе

**16. Функциональные признаки возможного наличия синдрома старческой астении**

- а) хорошая физическая выносливость
- б) \*нарушение равновесия, падения в анамнезе
- в) \*зависимость от посторонней помощи
- г) отсутствие ограничения мобильности

**17. Симптомы старческой астении**

- а) \*являются проявлениями гериатрических синдромов
- б) \*могут являться проявлениями хронических заболеваний
- в) позволяют отказаться от диагностического поиска в отношении других заболеваний

**18. Распространенность синдрома старческой астении среди проживающих дома людей 65 лет и старше**

- а) 5%
- б) \*5-17%
- в) 20-35%
- г) 35-50%

**19. Распространенность синдрома старческой астении в домах престарелых может достигать**

- а) 5-10%
- б) 10-20%
- в) 20-40%
- г) \*более 50%

**20. Градацию степени тяжести старческой астении определяют с помощью**

- а) \*клинической шкалы старческой астении
- б) опросника «Возраст не помеха»
- в) динамометрии
- г) краткой шкалы оценки питания (MNA)

**21. Старческая астения сопровождается**

- а) \*снижением физической и функциональной активности
- б) повышением физической и функциональной активности
- в) \*утратой способности к самообслуживанию
- г) не влияет на способность к самообслуживанию

**22. Роль традиционных факторов риска в пожилом возрасте**

- а) сохраняется, факторы старческой астении не важны
- б) \*сохраняется, но факторы старческой астении выходят на первое место
- в) не сохраняется

**23. Скрининг на предмет наличия синдрома старческой астении осуществляется**

- а) \*в отделениях и кабинетах медицинской профилактики
- б) \*центрах здоровья
- в) \*кабинетах участкового врача/врача общей практики
- г) \*при нахождении на стационарном лечении

**24. Короткий валидированный опросник, направленных на выявление основных признаков старческой астении в России**

- а) \*опросник «Возраст не помеха»
- б) *опросник SF-36*
- в) опросник для оценки качества жизни лиц старшего и пожилого возраста
- г) госпитальная шкала тревоги и депрессии

**25. Скрининг старческой астении выполняется**

- а) врачом-гериатром
- б) \*любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше
- в) социальным работником

**26. Комплексная гериатрическая оценка проводится**

- а) \*врачом-гериатром
- б) любым медицинским работником, контактирующим с пациентом 60 лет и старше
- в) социальным работником

**27. Пациенты, имеющие 1-2 гериатрических синдрома, относятся к**

- а) «хрупким» пациентам
- б) \*«прехрупким» пациентам
- в) «крепким» пациентам

**28. Пациенты, имеющие 3 и более гериатрических синдрома, относятся к**

- а) \*«хрупким» пациентам
- б) «прехрупким» пациентам

- в) «крепким» пациентам
- 29. Консультация врача-гериатра обязательна для всех**
- а) \*«хрупких» пациентов
  - б) «прехрупких» пациентов
  - в) «крепких» пациентов
- 30. Скрининг синдрома старческой астении с использованием опросника «Возраст не помеха» рекомендуется проводить**
- а) всем пациентам 45 лет и старше, обратившимся за медицинской помощью
  - б) \*всем пациентам 60 лет и старше, обратившимся за медицинской помощью
  - в) только пациентам 60 лет и старше, обратившимся к гериатру
- 31. Выявление синдрома старческой астении определяет**
- а) \*прогноз для здоровья и жизни пациента
  - б) показания для госпитализации
  - в) \*тактику ведения пациента
  - г) \*потребность в посторонней помощи и в уходе
- 32. Быстрое (дни, недели) снижение функциональной активности характерно для**
- а) синдрома старческой астении
  - б) \*декомпенсации хронических заболеваний
  - в) \*присоединения острых заболеваний/состояний
  - г) \*развития осложнений медикаментозной терапии
- 33. Пациентов с результатом 3-4 балла по скрининговому опроснику «Возраст не помеха» рекомендовано**
- а) направлять в гериатрический кабинет для выполнения комплексной гериатрической оценки
  - б) \*направлять в гериатрический кабинет с целью уточнения гериатрического статуса и определения показаний для выполнения комплексной гериатрической оценки
  - в) не рекомендовано направлять в гериатрический кабинет
- 34. Комплексная гериатрическая оценка проводится с целью**
- а) определения группы инвалидности
  - б) определения группы здоровья
  - в) диспансеризации
  - г) \*разработки плана лечения и наблюдения пациента, направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности
- 35. Комплексная гериатрическая оценка может проводиться**
- а) \*амбулаторно в гериатрическом кабинете
  - б) \*стационарно в гериатрическом отделении
  - в) в отделе социальной защиты населения
  - г) \*на дому у пациента
- 36. В проведении комплексной гериатрической оценки участвует**
- а) \*врач-гериатр
  - б) \*медицинская сестра, подготовленная для работы в гериатрии
  - в) \*специалист по социальной работе
  - г) \*инструктор-методист по лечебной физкультуре
- 37. Длительность комплексной гериатрической оценки составляет**

- а) менее 30 минут
- б) 30 минут - 1 час
- в) \*1,5-2 часа
- г) более 4 часов

**38. В амбулаторных условиях рекомендовано выполнение комплексной гериатрической оценки**

- а) \*врачом-гериатром в гериатрическом кабинете/отделении с возможным разделением на несколько визитов
- б) участковым врачом-терапевтом или врачом общей практики во время проведения диспансеризации
- в) \*до осмотра врачом-гериатром, ряд тестов, измерений и оценок по шкалам проводится медицинской сестрой, имеющей подготовку по гериатрии

**39. Если комплексная гериатрическая оценка проводится в период госпитализации пациента по поводу острого/обострения хронического заболевания, рекомендовано ее выполнение**

- а) сразу при поступлении пациента в стационар
- б) \*после стабилизации состояния перед выпиской пациента
- в) в любое время за период пребывания пациента в стационаре

**40. При проведении комплексной гериатрической оценки в первую очередь рекомендовано выполнять**

- а) тесты для оценки физического состояния
- б) оценку эмоционального состояния
- в) оценку потребности в социальной помощи
- г) \*тесты для оценки когнитивных функций

**41. Синдром мальнутриции или недостаточности питания**

- а) \*высоко распространен у пациентов пожилого и старческого возраста
- б) редко встречается у пациентов пожилого и старческого возраста
- в) нет точных данных о распространенности синдрома

**42. Синдром мальнутриции определяется при постепенном снижении массы тела на протяжении 6 месяцев при отсутствии сопутствующей соматической, неврологической или онкологической патологии**

- а) \*не более чем на 10%
- б) на 15%
- в) на 20%

**43. Развитие синдрома недостаточности питания у пожилых пациентов связано с**

- а) \*снижением качества жизни
- б) повышением качества жизни
- в) \*повышением риска падений
- г) низкой летальностью

**44. Крайняя форма мальнутриции**

- а) анорексия
- б) булимия
- в) \*кахексия
- г) тиреотоксикоз

**45. К причинам развития мальнутриции относятся**



- а) \*полипрагмазия
- б) \*деменция
- в) \*сенильная анорексия
- г) удовлетворительный когнитивный статус

**46. К факторам риска развития мальнутриции у пожилых людей относят**

- а) \*снижение физической активности
- б) независимость от посторонней помощи
- в) \*запоры
- г) \*отсутствие зубов

**47. Синдром мальнутриции и синдром старческой астении**

- а) \*тесно связаны
- б) не имеют связи
- в) связь этих синдромов не доказана

**48. Патогенетическая роль мальнутриции в формировании гериатрического каскад связана с**

- а) \*снижением поступления нутриентов
- б) снижением продукции провоспалительных цитокинов
- в) увеличением поступления нутриентов
- г) \*увеличением продукции провоспалительных цитокинов

**49. У пациентов с синдромом мальнутриции**

- а) повышается метаболический индекс
- б) \*формируется саркопения
- в) повышается физическая выносливость
- г) \*развивается мышечная слабость

**50. Недостаточности питания легкой степени соответствует индекс массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>)**

- а) 19-25
- б) \*17-18,9
- в) 16-19,9
- г) менее 16

**51. Недостаточности питания средней степени соответствует индекс массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>)**

- а) 19-25
- б) 17-18,9
- в) \*16-19,9
- г) менее 16

**52. Недостаточности питания тяжелой степени соответствует индекс массы тела (ИМТ, кг/м<sup>2</sup>)**

- а) 19-25
- б) 17-18,9
- в) \*16-19,9
- г) менее 16

**53. Распространенность синдрома недостаточности питания среди клиентов социальных учреждений стационарного типа составляет**

- а) 10%
- б) 20%

- в) 30%
- г) \*более 40%

**54. Для скрининга нарушения питания (синдрома мальнутриции) применяется опросник**

- а) \*краткая шкала оценки питания (MNA)
- б) «Возраст не помеха»
- в) краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)
- г) Монреальская шкала оценки когнитивных функций

**55. Уровень альбумина менее 25 г/л соответствует мальнутриции**

- а) легкой степени
- б) средней степени
- в) \*тяжелой степени

**Критерии оценивания**

«Отлично» - более 80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 70-79% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 55-69% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - менее 55% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

### **3.3. Ситуационные задачи по дисциплине Б1.О.45 Геронтология и гериатрия**

#### **Ситуационная задача 1**

На приеме у гериатра пациент мужчина 78 лет. Живет один, ежедневно приезжают сын или внук и помогают пациенту. Пациент нуждается в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, прием препаратов). Возникают проблемы с самостоятельным совершением покупок, с прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому. Нуждается в помощи при подъеме по лестнице, при выполнении гигиенических мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием. Круг общения и социальных контактов ограничен. Из-за плохого зрения пациенту трудно находить дорогу домой, когда идет из магазина, трудно читать обычный газетный шрифт. За последние 6 месяцев падал 3 раза, падения связывает с плохим зрением. Переломов не было. По заключению психиатра у пациента имеется деменция легкой степени. Базовая функциональная активность с использованием анкеты индекса Бартел 70 баллов (умеренно снижен). Инструментальная функциональная активность по шкале Лоутона 2/8 (значительно снижена).

#### **Вопрос 1. Имеются ли у пациента гериатрические синдромы?**

- а) у пациента отсутствуют гериатрические синдромы
- б) у пациента имеются единичные гериатрические синдромы
- в) \*у пациента имеются множественные гериатрические синдромы
- г) для выводов недостаточно данных

#### **Вопрос 2. Какие гериатрические синдромы вы можете выделить у пациента?**

- а) у пациента отсутствуют гериатрические синдромы
- б) \*снижение мобильности
- в) \*синдром падений
- г) \*функциональные нарушения
- д) \*снижение зрения

- е) снижение слуха
- ж) недержание мочи
- з) недостаточность питания

**Вопрос 3. Оцените состояние пациента по клинической шкале старческой астении**

- а) преастения
- б) легкая старческая астения
- в) \*умеренная старческая астения
- г) тяжелая старческая астения
- д) очень тяжелая старческая астения

**Вопрос 4. К какой функциональной категории относится пациент?**

- а) независим от посторонней помощи
- б) в основном независим от посторонней помощи
- в) \*зависим от посторонней помощи
- г) полностью зависим от посторонней помощи

**Ситуационная задача**

75-летний мужчина обратился к терапевту с жалобами на головокружение, пошатывание при ходьбе. За последние 4 месяца падал 3 раза, были ушибы конечностей, переломов не было. Падения случались как дома, так и на улице; вставал самостоятельно, посторонняя помощь не требовалась. Зрение снижено, у окулиста не был около 4 лет, очки носит, но отмечает, что зрение не достаточно компенсировано. Отмечает снижение настроения. У врача-терапевта не был около 3 лет. Какие-либо лекарственные препараты для регулярного приема не назначались. При объективном исследовании: общее состояние удовлетворительное; кожные покровы бледно-розового цвета; пульс 62 удара в минуту, АД 130/75 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень, селезенка не увеличены. Контуры суставов не изменены, движения в суставах в полном объеме. Отеков нет. Кожные и сухожильные рефлексы не изменены. Патологические рефлексы не выявлены.

**1. Для обследования пациента рекомендованы**

- а) \*тест на скорость ходьбы
- б) \*краткая шкала оценки психического статуса
- в) \*тест на физическую работоспособность (Short Physical Performance Battery (SPPB))
- г) \*тест «Встань и иди»
- д) тредмил-тест
- е) \*динамометрия

**2. Для обеспечения углубленной коррекции модифицируемых факторов риска падений пациент должен быть направлен на консультацию к**

- а) \*врачу-гериатру
- б) врачу-ортопеду-травматологу
- в) \*врачу-неврологу
- г) \*врачу-офтальмологу
- д) врачу клиническому фармакологу

**3. Для профилактики падений используют**

- а) \*лечебное питание с количеством белка 1,2–1,5 г/кг/день
- б) лечебное питание с количеством белка 0,5 г/кг/день
- в) \*занятия лечебной физкультурой
- г) \*назначение витамина D

**Ситуационная задача 3**

Функциональная активность пожилого человека является основой для планирования тактики наблюдения и определяет приоритеты при принятии любого медицинского решения.

На приеме у гериатра пациент мужчина 70 лет. Живет один, ежедневно приезжают родственники и помогают пациенту. Пациент нуждается в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, прием препаратов). Возникают проблемы с самостоятельным совершением покупок, с прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому. Нуждается в помощи при подъеме по лестнице, при выполнении гигиенических мероприятий. Минимальная потребность в помощи с одеванием. Круг общения и социальных контактов ограничен. Из-за плохого зрения пациенту трудно находить дорогу домой, когда идет из магазина, трудно читать обычный газетный шрифт. За последние 6 месяцев падал 3 раза, падения связывает с плохим зрением. Переломов не было. По заключению психиатра у пациента имеется деменция легкой степени.

**Результаты дополнительных тестов:**

Динамометрия: сила сжатия кисти 25 кг

Краткая батарея тестов физического функционирования:

определение равновесия: 1 балл

тест скорости ходьбы 7 сек. (2 балла), скорость ходьбы 0,5 м/с

тест подъема со стула 14 сек. (2 балла)

**Вопрос 1. Оцените функциональную активность пациента**

- а) \*функциональная активность снижена
- б) функциональная активность сохранена

**Вопрос 2. Какие параметры используются для оценки наличия саркопении у пациента**

- а) индекс массы тела
- б) \*сила сжатия кисти
- в) \*тест вставания со стула
- г) окружность талии

**Вопрос 3. Перечислите возможные виды исследований для подтверждения саркопении**

- а) ФГДС
- б) \*двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия (DXA)
- в) \*биоимпедансометрия (BIA)
- г) \*КТ
- д) \*МРТ
- е) ЭКГ

**Ситуационная задача 4**

На приеме у гериатра женщина 83 лет. Живет одна, 2-3 раза в неделю приезжают родственники и помогают пациентке. Нуждается в помощи почти во всех видах инструментальной функциональной активности (финансовые вопросы, транспорт, прием препаратов). Возникают проблемы с самостоятельным совершением покупок, с прогулками, приготовлением пищи и выполнением работы по дому. Одна из дома не выходит, нуждается в помощи при подъеме по лестнице, при выполнении гигиенических мероприятий. Питается не регулярно, отмечает отсутствие аппетита и быстрое насыщение небольшим количеством еды, может забыть о приеме пищи. Прием пищи 1-2 раза в день. Имеет проблемы с зубами: вставные зубные протезы натирают, пользуется ими не часто. Белковую пищу употребляет 1 раз в неделю, предпочитает углеводное питание. На момент осмотра ИМТ 16,7 кг/м<sup>2</sup>, окружность плеча 20 см, толщина кожной складки над трицепсом 7 мм, отеков нет.

**Вопрос 1. Для скрининга нарушения питания (синдрома мальнутриции) применяется опросник**

- д) \*краткая шкала оценки питания (MNA)
- е) «Возраст не помеха»
- ж) шкала «Базовая функциональная активность»
- з) шкала «Инструментальная функциональная активность»

**Вопрос 2. Имеются ли у пациентки признаки нарушения питания?**

- д) у пациента отсутствуют признаки нарушения питания
- е) у пациента имеются единичные признаки нарушения питания
- ж) \*у пациента имеются множественные признаки нарушения питания
- з) для выводов недостаточно данных

**Вопрос 3. Какая степень недостаточности питания у пациентки?**

- а) слабая недостаточность питания
- б) \*средняя недостаточность питания
- в) тяжелая недостаточность питания
- г) для выводов недостаточно данных

**Ситуационная задача 5**

Пациентка М., 85 лет. В клинику приведена дочерью, которая обратила внимание на прогрессирующее снижение памяти у матери за последний год, в течение которого они живут вместе.

*Анамнез.* Длительное время страдает артериальной гипертензией (до 170/100 мм рт. ст.), постоянно принимает антигипертензивные препараты, на фоне лечения адаптирована к АД 130-140/80-85 мм рт. ст. Около пяти лет назад выявлена гиперхолестеринемия, с повышением уровня холестерина до 6,8, коэффициент атерогенности 4,1. Длительно принимает аторвастатин 20 мг/сут, Кардиомагнил по одной таблетке в сутки. На фоне лечения показатели липидного спектра в пределах нормы.

*Нейровизуализационное исследование.* На магнитно-резонансной томограмме (МРТ) – диффузный атрофический процесс, преимущественно теменных, височных и затылочных долей с двух сторон; перивентрикулярный и единичный субкортикальный лейкоареоз.

*Соматическое обследование.* Пациентка повышенного питания, вес 92 кг при росте 182 см. Артериальное давление 130 и 80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 62 в минуту, частота дыхания 16 в минуту. Гипертрофия левых отделов сердца. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Физиологические отправления в норме.

*Неврологический статус.* Рефлексы орального автоматизма – хоботковый, Маринеску – Радовичи с двух сторон. Оживленный нижнечелюстной рефлекс. Другой патологии со стороны черепно-мозговых нервов нет. Парезов нет, мышечный тонус не изменен, сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических знаков нет. Чувствительных, координаторных нарушений нет.

*Нейропсихологическое тестирование.* Правильно ориентирована в месте. Однако путается при рассказе, как проехать от клиники до дома. Дезориентирована во времени – не смогла правильно назвать дату, запуталась с определением года. Проблему отрицает, считает, что большая часть людей ее возраста тоже не смогут вспомнить правильную дату. Свою память считает хорошей. Результат по Краткой шкале оценки психического статуса 24 балла. В тесте «12 слов» при непосредственном воспроизведении назвала семь слов и три с подсказкой. При отсроченном воспроизведении самостоятельно припомнила три слова и два слова с подсказкой. Имело место одно постороннее влечение («яблоко» вместо «абрикос»). Не смогла правильно выполнить тест копирования пятиугольников, в одном из пятиугольников четыре угла, ошибку не увидела и не смогла исправить. Запуталась с определением времени на часах. Самостоятельно часы нарисовала с ошибкой (неправильно расставила цифры, не смогла исправить ошибку, не смогла поставить стрелки так, чтобы

часы указывали названное исследователем время. Пробу «кулак – ребро – ладонь» выполняет с упрощением как «кулак – ладонь», склонна к обратному развороту кисти. Отмечаются прогрессирующие нарушения памяти гиппокампального характера в сочетании с апракто-агностическим синдромом.

**1. В целом состояние пациентки соответствует**

- а) \*легкой деменции
- б) умеренной деменции
- в) тяжелой деменции

**2. Профиль когнитивных нарушений у пациентки соответствует**

- а) инволюционному параноиду
- б) инволюционной меланхолии
- в) болезни Паркинсона
- г) \*болезни Альцгеймера

**3. Пациентке показаны препараты базовой симптоматической терапии**

- а) ингибиторы АПФ
- б) \*ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- в) бензодиазепины
- г) препараты мелатонина

**4. Критерии оценивания результатов обучения**

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

**«Зачтено»** выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

**«Не зачтено»** выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.