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:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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 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) **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

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**
Универсальные компетенции		
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИДК.УК-1_1- осуществляет поиск и интерпретирует профессиональные проблемные ситуации ИДК.УК-1_2- определяет источники информации для критического анализа профессиональных проблемных ситуаций ИДК.УК-1_3- разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарного подходов
Общепрофессиональные компетенции		
Этиология и патогенез	ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные и физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИДК.ОПК-5_1- оценивает морфофункциональное состояние на основе полученных знаний ИДК.ОПК-5_2- различает патологические и физиологические процессы, определяет этиологию изменений ИДК.ОПК-5_3- 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 Тесты Ситуационные задачи
2	Промежуточная аттестация	

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 снижение 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^2)
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^2)
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^2)
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 пищу 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 пищу 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 пищу 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^2, 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 вплетение («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.