

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **ГЕРИАТРИЯ**

Специальность: 31.08.31 Гериатрия  
*код, наименование*

Кафедра: Пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2026

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Гериатрия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Гериатрия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Гериатрия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимися на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-5 ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10 ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7,	Текущий	Раздел 1. Основы геронтологии Раздел 2. Организация гериатрической службы в России и виды оказания помощи лицам пожилого возраста Раздел 3. Гериатрические синдромы Раздел 4. Комплексная гериатрическая оценка и разработка индивидуального плана ведения пациента Раздел 5. Возраст-ассоциированные заболевания и особенности течения ХНИЗ в пожилом возрасте Раздел 6. Неотложные состояния в гериатрии Раздел 7. Профилактика в гериатрии	Ситуационные задачи Тестовые задания
	Промежуточный	Все темы разделов	Перечень вопросов

ПК-8, ПК-9, ПК-10			
-------------------------	--	--	--

#### 4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8., ПК-9, ПК-10

№	Текст вопроса задания/ вариантов ответа	Контролируемые компетенции
001	65-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА С ОЖИРЕНИЕМ ЖАЛУЕТСЯ НА ПОТЕРЮ В ВЕСЕ, НЕСМОТРЯ НА ХОРОШИЙ АППЕТИТ, ЗУД ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ПО НОЧАМ ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ	ОПК 4, ОПК 5 ПК-1, ПК-2
А	сахарный диабет	
Б	несахарный диабет	
В	вагинит и цистит	
Г	микседема	
002	65-ЛЕТНЯЯ ЖЕНЩИНА С ОЖИРЕНИЕМ ЖАЛУЕТСЯ НА ПОТЕРЮ В ВЕСЕ, НЕСМОТРЯ НА ХОРОШИЙ АППЕТИТ, ЗУД ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ, ЧАСТОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ ПО НОЧАМ ДИАГНОЗ МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СПОСОБАМИ КРОМЕ	ОПК 4, ОПК 5 ПК-1, ПК-2
А	определение сахара и ацетона мочи	
Б	тест на толерантность к инсулину	
В	лабильность сахара крови	
Г	тест на толерантность к глюкозе	
003	ЛЮДИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА БОЛЕЮТ ЧАЩЕ ВСЕГО	ОПК - 4, ОПК 5, ПК-1, ПК-2
А	В12-дефицитной анемией	
Б	аутоиммунными гемолитическими анемиями	
В	постгеморрагической анемией	
Г	апластической анемией	

004	СТАРЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ВОЗ 2012 г.) СООТВЕТСТВУЕТ	ОПК 4,ОПК 5, ПК-1, ПК-2
А	75-89 лет	
Б	60-74 года	
В	90 лет и старше	
Г	100 лет и старше	
005	ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ ( КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ВОЗ 2012 г.) СООТВЕТСТВУЕТ	ОПК 4,ОПК 5, ПК-1, ПК-2
А	60-74 года	
Б	75-89 лет	
В	90 лет и старше	
Г	100 лет и старше	
006	ДОЛГОЖИТЕЛЯМИ (ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ВОЗ 2012 г.) ЯВЛЯЮТСЯ ЛИЦА СТАРШЕ	ОПК 4,ОПК 5, ПК-1, ПК-2
А	90 лет	
Б	75 лет	
В	80 лет	
Г	85 лет	
007	ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ПРИЗНАКОВ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ НЕПРЕДНАМЕРЕННОЕ СНИЖЕНИЕ ВЕСА ЗА ПЕРИОД МЕНЕЕ ПОЛУГОДА НА _____ ( В ПРОЦЕНТАХ)	ОПК 4,ОПК 5, ПК-1, ПК-2
А	5	
Б	4	
В	2	
Г	1	
008	ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ БАЗОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ИНДЕКС БАРТЕЛ МЕНЕЕ 60 БАЛЛОВ ИЗ 100) И ПРАКТИЧЕСКИ ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ИНДЕКС ЛОУТОНА 0-1 БАЛЛОВ ИЗ 8) СООТВЕТСТВУЕТ	ОПК 4,ОПК 5, ОПК -6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК -3, ПК-8,ПК-9
А	тяжелой старческой астении	
Б	умеренной старческой астении	
В	легкой старческой астении	
Г	очень тяжелой старческой астении	
009	ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ БАЗОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ИНДЕКС БАРТЕЛ МЕНЕЕ 60 БАЛЛОВ ИЗ 100) И ПРАКТИЧЕСКИ ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ИНДЕКС ЛОУТОНА 0-1 БАЛЛОВ ИЗ 8) СООТВЕТСТВУЕТ	ОПК 4,ОПК 5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК -3,ПК-8,ПК-9
А	тяжелой старческой астении	
Б	умеренной старческой астении	
В	легкой старческой астении	

Г	очень тяжелой старческой астении	
010	СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ ПОТЕНЦИАЛЬНО ОБРАТИМЫМ СОСТОЯНИЕМ И	ОПК 4,ОПК 5,ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК -3
А	чаще прогрессирует, чем регрессирует	
Б	является неотъемлемой частью процесса старения	
В	чаще регрессирует, чем прогрессирует	
Г	динамика течения синдрома не имеет закономерности	
011	СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ	ОПК 4,ОПК 5,ПК-1, ПК-2
А	достоверно чаще у женщин, чем у мужчин	
Б	достоверно чаще у мужчин, чем у женщин	
В	одинаково часто, как у женщин так и у мужчин	
Г	нет достоверных данных о распространенности в зависимости от пола	
012	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ДОМАХ ПРЕСТАРЕЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)	ОПК - 4, ОПК - 9, ПК-1, ПК-6
А	52,3	
Б	42,3	
В	32,3	
Г	24,3	
013	СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ КОДИРУЕТСЯ	ОПК - 4, ОПК - 9, ПК-1, ПК-6
А	R54	
Б	R53	
В	D86	
Г	J13	
014	СНИЖЕНИЕ ВСЕХ ВИДОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ, А ТАКЖЕ ТАКИХ ВИДОВ БАЗОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ КАК ПОДЪЕМ ПО ЛЕСТНИЦЕ, ТРУДНОСТИ С ВЫПОЛНЕНИЕМ ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ОДЕВАНИЕМ СООТВЕТСТВУЮТ	ОПК 4,ОПК 5,ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК -3, ПК-4, ПК-8, ПК-9,ПК10
А	умеренной старческой астении	
Б	легкой старческой астении	
В	преастении	
Г	тяжёлой старческой астении	
015	НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКИХ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, НЕЗАВИСИМОСТЬ ОТ ОКРУЖАЮЩИХ, НЕРЕГУЛЯРНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ	ОПК -4,ОПК-5,ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2,

		ПК -3, ПК-4, ПК-9, ПК10
А	удовлетворительному состоянию здоровья	
Б	легкой старческой астении	
В	умеренной старческой астении	
Г	тяжелой старческой астении	
016	СНИЖЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ВКЛЮЧАЕТ - НЕОБХОДИМОСТЬ В ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТЫ ПО ДОМУ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСПОРТА, СОВЕРШЕНИЕ ПОКУПОК, ПРИГОТОВЛЕНИЕ ПИЩИ) ПРИ СОХРАНЕННОЙ БАЗОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ	ОПК - 4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК -3, ПК-4, ПК-8, ПК-9, ПК-10
А	легкой старческой астении	
Б	тяжелой старческой астении	
В	преастении	
Г	очень тяжелой старческой астении	
017	УМЕРЕННОЕ СНИЖЕНИЕ БАЗОВОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ИНДЕКС БАРТЕЛ БОЛЕЕ 60 БАЛЛОВ ИЗ 100) И ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ (ИНДЕКС ЛОУТОНА 1-2 БАЛЛА ИЗ 8) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ	ОПК - 4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ПК-1, ПК-2, ПК -3, ПК-4, ПК-8, ПК-9, ПК-10
А	умеренной старческой астении	
Б	преастении	
В	легкой старческой астении	
Г	тяжелой старческой астении	
018	ПАЦИЕНТАМ С РИСКОМ ПЕРЕЛОМА ПО FRAХ В ЖЕЛТОЙ (ОРАНЖЕВОЙ) ЗОНЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ДВУХАБСОРБЦИОННОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ И	ОПК - 4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9
А	поясничного отдела позвоночника	
Б	грудного отдела позвоночника	
В	шейного отдела позвоночника	
Г	крестцового отдела позвоночника	
019	ПОЛИПРАГМАЗИЯ - ЭТО ОДНОМОМЕНТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ПАЦИЕНТУ БОЛЕЕ _____ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	ОПК - 4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
А	5	
Б	6	
В	7	
Г	8	
020	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ И СИМПТОМАМИ, УКАЗЫВАЮЩИМИ НА ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, ЯВЛЯЮТСЯ: ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ,	ОПК - 4, ОПК- 5, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9

	НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ, ОСТЕОПОРОЗ, ПОТЕРЯ АППЕТИТА И СНИЖЕНИЕ	
А	функции органов слуха и зрения	
Б	функции печени	
В	функции почек	
Г	функции легких	
021	К ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКАМ И СИМПТОМАМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА ВОЗМОЖНОЕ НАЛИЧИЕ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, ОТНОСЯТСЯ КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ДЕЛИРИЙ, ДЕПРЕССИЯ, НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ И	,ОПК - 4,ОПК-5, ПК-1, ПК-2,ПК-8,ПК-9
А	нарушенный режим сон/бодрствование	
Б	генерализованное тревожное расстройство	
В	обсессивно-компульсионное расстройство	
Г	расстройство пищевого поведения	
022	С ЦЕЛЬЮ СКРИНИНГА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ	ПК-1, ПК-2, ПК-8,ПК-9
А	Корнельскую шкалу	
Б	шкалу HADS	
В	шкалу PHQ-9	
Г	шкалу GDS 15	
023	ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ (КГО) ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМ, УХУДШАЮЩИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, РАЗРАБОТКА ПЛАНА МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ИХ РАЗРЕШЕНИЕ, А ТАКЖЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5,ПК-8,ПК-9
А	старческой астении	
Б	возраст ассоциированных заболеваний	
В	полиморбидности	
Г	метаболических нарушений	
024	РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАПРАВЛЯТЬ В ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ПАЦИЕНТОВ, НАБРАВШИХ ПО ОПРОСНИКУ «ВОЗРАСТ НЕ ПОМЕХА» _____ И БОЛЕЕ ( В БАЛЛАХ)	ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9
А	5	
Б	4	
В	3	
Г	2	

025	ПЛАНОВОЕ ПОВТОРНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НЕ РЕЖЕ 1 РАЗА В (В МЕСЯЦАХ)	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	12	
Б	6	
В	3	
Г	24	
026	С ЦЕЛЬЮ СКРИНИНГА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	GDS 15	
Б	HADS	
В	МОСА	
Г	MNA	
027	ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ВКЛЮЧАЕТ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ВИТАМИНА	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	Д	
Б	А	
В	В6	
Г	Е	
028	ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НА _____ ( В ММ.РТ.СТ)	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	10	
Б	9	
В	8	
Г	7	
029	ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ СЧИТАЕТСЯ СНИЖЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ В ВЕРТИКАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НА _____ ( В ММ.РТ.СТ)	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	20	
Б	15	
В	10	
Г	5	
030	ОЦЕНИВАТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	Бартел и Лоутона	
Б	МОСА и MNA	
В	Морсе и FRAX	
Г	САМ и SARC-F	

031	С ЦЕЛЬЮ РАЗРАБОТКИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ПРОФИЛАКТИКИ ПАДЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОЦЕНИВАТЬ 10-ЛЕТНИЙ РИСК ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ	ОПК-4, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5
А	инструмента FRAХ	
Б	шкалы Морсе	
В	Корнельской шкалы	
Г	инструмент ICOPE	
032	С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ КАК ФАКТОРА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОЦЕНИВАТЬ СТАТУС ПИТАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ	ОПК-4, ПК-1, ПК-2, ПК-8
А	краткой шкале оценки питания	
Б	опросника SARC-F	
В	шкалы Морсе	
Г	монреальской шкалы	
033	С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ КОГНИВНОГО СТАТУСА В ХОДЕ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИТАРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КРАТКУЮ ШКАЛУ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА, МОНРЕАЛЬСКУЮ ШКАЛУ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	батарею тестов для оценки лобной дисфункции	
Б	тест мини-ког	
В	геритарическую шкалу депрессии	
Г	Корнельскую шкалу депрессии	
034	КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫЙ ГРУДНОЙ КИФОЗ, УМЕНЬШЕНИЕ РАССТОЯНИЯ МЕЖДУ РЕБРАМИ И КРЫЛОМ ПОДВЗДОШНОЙ КОСТИ, А ТАКЖЕ СНИЖЕНИЕ РОСТА НА	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	4 см по сравнению с ростом в 25 лет	
Б	3 см по сравнению с ростом в 35 лет	
В	2 см по сравнению с ростом 40 лет	
Г	1 см по сравнению с ростом в 45 лет	
035	МЕТОДИКОЙ, СОПОСТАВИМОЙ С ДВУХАБСОБЦИОННОЙ РЕНТГЕНОВСКОЙ ДЕНСИТОМЕТРИЕЙ, ПОЗВОЛЯЮЩЕЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ОСТЕОПОРОЗ И ПРОВОДИТЬ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЕГО ТЕЧЕНИЕМ У ПОСТЕЛИ БОЛЬНОГО, ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	радиочастотная эхографическая мультиспектрометрия	
Б	ПЭТ -КТ	
В	стинцигафия	
Г	мультиспиральная компьютерная томография	

036	С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ КОЛИЧЕСТВО УПОТРЕБЛЯЕМОГО БЕЛКА ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ _____ (В Г\КГ) МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ	ОПК-4, ОПК-5, ОПК -8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9
А	1,0-1,5	
Б	0,5-0,9	
В	1,6-2,0	
Г	2,1-3,0	
037	ОДНИМ ИЗ АБСОЛЮТНЫХ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АКТИВНОЙ НУТРИЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ В ВИДЕ СИПИНГА ЯВЛЯЕТСЯ ПОТЕРЯ ВЕСА БОЛЕЕ _____ (В ПРОЦЕНТАХ) ЗА НЕДЕЛЮ	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9
А	2	
Б	3	
В	4	
Г	5	
038	С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ САРКОПЕНИИ ПРИ НАЛИЧИИ СИНДРОМА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОТРЕБЛЕНИЕ ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННОГО ЛЕГКОУСВОЯЕМОГО БЕЛКА НА КАЖДЫЙ ПРИЕМ ПИЩИ В КОЛИЧЕСТВЕ _____ ( В ГРАММАХ)	ОПК-4, ОПК-5, ОПК -8, ПК-1, ПК-2, ПК-5,
А	25-30	
Б	35-40	
В	15-20	
Г	45-50	
039	НЕПРАВИЛЬНО ПОДОБРАННОЙ ОБУВЬЮ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ ПАДЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ ОБУВЬ С КАБЛУКОМ, ВЫСОТА КОТОРОГО ПРЕВЫШАЕТ (В СМ )	ОПК-4, ОПК-5, ОПК -8, ПК-1, ПК-2, ПК-5
А		
Б		
В		
Г		
040	ОБЩИЙ ВОДНЫЙ РЕЖИМ ПАЦИЕНТА СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЙ ДОЛЖЕН СОСТАВЛЯТЬ НЕ МЕНЕЕ ( В ЛИТРАХ)	ОПК-4, ОПК-5, ОПК -8, ПК-1, ПК-2, ПК-5
А	1,5	
Б	2	
В	1,2	
Г	1,6	
	ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА D СООТВЕТСТВУЕТ КОНЦЕНТРАЦИИ 25(ОН)D3 В СЫВОРОТКЕ КРОВИ МЕНЕЕ _____ В (НГ\МЛ)	ОПК-4,ПК-1, ПК-8, ПК-9

041		
А		
Б		
В		
Г		
042	С ЦЕЛЬЮ ЗАМЕДЛЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ДЕМЕНЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ НА ДЛИТЕЛЬНЫЙ СРОК ДОНЕПЕЗИЛ, РИВАСТИГМИН, ГАЛАНТАМИН И	ОПК-5, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9
А	мемантин	
Б	холина альфасцерат	
В	цитиколин	
Г	<u>церебролизин</u>	
043	ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВСЛЕДСТВИЕ ОСТЕОПОРОЗА (ОСОБЕННО ТЕЛ ПОЗВОНКОВ И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА) РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ КОСТНО-АНАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ ТЕРИОПАРАТИД СРОКОМ НА ( В МЕС.)	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9
А	24	
Б	6	
В	12	
Г	36	
044	ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И ОСТЕОПОРОЗОМ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕЛОМОВ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ КОМБИНАЦИИ ВИТАМИНА Д С ПРЕПАРАТАМИ	ОПК-5, ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9
А	кальция	
Б	калия	
В	витамина К	
Г	витамина В9	
045	ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ УРОВНЯ ВИТАМИНА Д > 30 НГ/МЛ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ НАЗНАЧЕНИЕ КОЛЕКАЛЬЦИФЕРОЛА В ДОЗЕ НЕ МЕНЕЕ ( В МЕ) В СУТКИ	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
А	1500-2000	
Б	1000-1400	
В	2500-3000	
Г	3500-4000	
046	РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ 25(ОН)D3 ПРИ КОРРЕКЦИИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D СОСТАВЛЯЕТ (В НГ\МЛ)	ОПК-5, ПК-2, ПК-9

А	30-60	
Б	15-29	
В	65-75	
Г	80-95	
047	ПАЦИЕНТАМ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ С ЦЕЛЬЮ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕКОМЕНДОВАНО НАЧИНАТЬ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ С	ОПК-5, ПК -2, ПК-9
А	одного препарата в низкой дозе	
Б	одного препарата в средней дозе	
В	комбинации двух препаратов в средних дозах	
Г	комбинации двух препаратов в низких дозах	
048	ПАЦИЕНТАМ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИМ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ, РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ НА ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ( В ММ.РТ.СТ.)	ОПК-5, ПК -2, ПК-9
А	140-150	
Б	120-130	
В	155-160	
Г	110-115	
049	С ЦЕЛЬЮ СКРИНИНГА ПОТЕНЦИАЛЬНО НЕРАЦИОНАЛЬНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-9
А	STOPP/START критериев	
Б	инструмента FRAХ	
В	шкалы Морсе	
Г	монреальской шкалы	
050	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРОИЗВОДНЫЕ ДИГИДРОПИРИДИНА, ДИУРЕТИКИ, ИНГИБИТОРЫ АПФ И	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
А	антогонисты рецепторов ангиотензина II	
Б	бета-блокаторы	
В	альфа-блокаторы	
Г	агонисты имидазолиновых рецепторов	
051	В КАЧЕСТВЕ ПРЕПАРАТОВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПАЦИЕНТАМ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ДЕПРЕССИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
А	селективных ингибиторов обратного захвата серотонина	
Б	селективных ингибиторов обратного захвата дофамина	
В	неселективных ингибиторов обратного захвата серотонина	
Г	неселективных ингибиторов обратного захвата адреналина	

052	ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ВЫБОР ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ФУНКЦИОНАЛЬНО НЕЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С АССОЦИИРОВАННЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И/ИЛИ РИСКОМ ТЯЖЕЛОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-9
А	8	
Б	7,5	
В	7	
Г	6,5	
053	ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ ВЫБОР ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ФУНКЦИОНАЛЬНО ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ДЕМЕНЦИЕЙ И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-9
А	8,5	
Б	8	
В	7,5	
Г	6,5	
054	С ЦЕЛЬЮ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ, АКТИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЛИ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ВНУТРИЧЕРЕПНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧИТЬ ПРИЕМ НИЗКИХ ДОЗ	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5
А	ацетилсалициловой кислоты	
Б	апиксабана	
В	ривароксабана	
Г	варфарина	
055	НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ ГМГ- КоА РЕДУКТАЗЫ (СТАТИНОВ) С ЦЕЛЬЮ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАЦИЕНТАМ В ВОЗРАСТЕ	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9
А	75 лет и старше	
Б	70 лет и старше	
В	65 лет и старше	
Г	60 лет и старше	
056	СНИЖЕНИЕ РИСКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ СВЯЗАНО С ПРИЕМОМ АНТИАНЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ И УВЕЛИЧЕНИЕМ СОДЕРЖАНИЯ ГЕМОГЛОБИНА НА (В Г/Л)	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9

А	10	
Б	8	
В	6	
Г	4	
057	КАКИЕ ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ НЕОБХОДИМЫМИ В ДИАГНОСТИКЕ АНЕМИЙ?	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	ЭХОКГ	
Б	стернальная пункция	
В	полный клинический анализ крови (Hb, эритроцитов, ретикулоцитов, количество тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ)	
Г	стернальная пункция	
058	В КАКИХ СЛУЧАЯХ ПРАВИЛЬНО НАЗНАЧИТЬ ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА?	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
А	резекция большей части тонкого кишечника	
Б	очень низкое содержание железа сыворотки	
В	анемия легкой степени	
Г	упорные поносы	
059	СРЕДИ ПОРОКОВ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ	ОПК -9, ПК-6
А	стеноз устья аорты	
Б	митральная недостаточность	
В	митральный стеноз	
Г	стеноз клапана легочной артерии	
060	ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ ВО ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ КРОМЕ	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-8
А	Повышении чувствительности тканей к инсулину	
Б	Снижении чувствительности тканей к инсулину	
В	Снижение секреции инсулина	
Г	Снижение инкретинового эффекта	
061	ВИТАМИН Д ОКАЗЫВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ НА ПРОЦЕССЫ СТАРЕНИЯ, КРОМЕ:	ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2, ПК-8
А	увеличение длины теломер	
Б	стимуляция аутофагии	

	В	уменьшение длины теломер	
	Г	замедление развития возраст - ассоциированных заболеваний	
062		ПРИ ХОБЛ У ПОЖИЛЫХ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧЕНИЕ	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
	А	препаратов теофиллина и системных глюкокортикостероидов	
	Б	фиксированной комбинации ДДАХ\ДДБА	
	В	фиксированной комбинации ИГКС\ДДБА	
	Г	фиксированной комбинации ДДАХ\ДДБА\ ИГКС	
063		ПРИ ХОБЛ В СОЧЕТАНИИ С ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМОЙ У ПОЖИЛЫХ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
	А	ипротропия и тиотропия бромида	
	Б	онбреза	
	В	симбикорта	
	Г	нет верного ответа	
064		ПРИ ОСТРОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ УТ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕКОГО ВОЗРАСТА ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
	А	бензодиазепинов	
	Б	ИАПФ	
	В	антагонистов кальция	
	Г	длительнодействующих бронходилататоров	
065		ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЛОКОМОТИВНОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-4, ПК-1, ОПК-6, ПК-8, ПК-10
	А	страх движений, отсутствие сил, низкая активность, слабость	
	Б	снижение веса	
	В	одышка	
	Г	ортостатическая гипотензия	
066		ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЛОКОМОТИВНОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ	ОПК-4, ПК-1, ПК-8, ПК-10
	А	хроническая боль, падения, переломы, длительная иммобилизация	
	Б	хроническая боль и снижение веса	
	В	падения	
	Г	острое нарушение мозгового кровообращения	
067		НАИБОЛЕЕ ПОЛНЫМ СКРИНИНГОВЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ПАЦИЕНТА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ САРКОПЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
	А	опросник SARC-F и тест подъема со стула, определение скорости ходьбы, динамометрия	
	Б	опросник SARC-F	
	В	опросник SARC-F и тест подъема со стула	
	Г	опросник SARC-F и тест подъема со стула, определение скорости	

	ходьбы	
068	ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПОЖИЛЫХ НА ФОНЕ ОСТЕОАРТРИТА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
А	комплексный подход с четкими целями лечения	
Б	медикаментозная терапия	
В	физические упражнения	
Г	биомеханическая разгрузка суставов	
069	МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНЫЙ ПЕРИОД ПРИЕМА НПВС У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СОСТАВЛЯЕТ	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
А	14 дней	
Б	1-2 дня	
В	1 мес.	
Г	6 мес.	
070	НАЗНАЧЕНИЕ НПВС У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРОТИВОПОКАЗАНО	ОПК-5, ПК-2, ПК-9
А	при синдроме старческой астении	
Б	при деменции	
В	при саркопении	
Г	при ортостатической гипотензии	
071	КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ В СИСТЕМЕ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ КЛЮЧЕВЫМ ЗВЕНОМ В ПЕРВИЧНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ?	УК-5, ОПК-9, ПК-6
А	Участковая служба (терапевт, врач-гериатр поликлиники)	
Б	Региональный гериатрический центр	
В	Федеральный гериатрический центр	
Г	Отделение медицинской реабилитации поликлиники	
072	КАКОЙ ДОКУМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НЕОБХОДИМОСТИ ОКАЗАНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ОПРЕДЕЛЯЕТ ИНДИВИДУАЛЬНУЮ ПРОГРАММУ?	ОПК-4, ПК-1, ПК-9
А	Заключение врача-гериатра (или врача-терапевта) после проведения комплексной гериатрической оценки (КГО)	
Б	Направление на медико-социальную экспертизу	
В	Листок нетрудоспособности.	
Г	Выписка из медицинской карты стационарного больного	
073	ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ВХОДИТ В ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ РЕГИОНАЛЬНОГО ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА?	ОПК-9
А	Методическое руководство гериатрической службой в регионе, оказание специализированной консультативной и стационарной помощи, обучение кадров	
Б	Научно-исследовательская деятельность.	

В	Оказание исключительно паллиативной помощи пожилым	
Г	Оказание высокотехнологичной медицинской помощи	
074	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ГЛАВНОЙ ЦЕЛЮ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА?	ОПК-6, ПК-3, ПК-10
А	Максимально возможное восстановление функциональной независимости и улучшение качества жизни с учетом возрастных изменений.	
Б	Полное восстановление всех утраченных функций до уровня, соответствующего молодому возрасту.	
В	Преимущественное лечение острых заболеваний, реабилитация является второстепенной задачей.	
Г	Подготовка пациента к постоянному пребыванию в стационарном учреждении длительного ухода.	
075	КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ О ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ (КИНЕЗИОТЕРАПИИ) ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРНЫМ?	ОПК-6, ПК-3, ПК-10
А	Эффективная программа включает дозированные силовые упражнения, тренировку равновесия, выносливости и обязательно — коррекцию риска падений	
Б	Тренировки на равновесие и походку являются менее приоритетными, чем развитие выносливости	
В	Программа должна быть строго стандартизированной для всех пациентов одного возраста для достижения объективных результатов	
Г	Силовые тренировки противопоказаны из-за высокого риска травм и сердечно-сосудистых осложнений	
076	У ПАЦИЕНТА 84 ЛЕТ С ДЕМЕНЦИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ВНЕЗАПНО РАЗВИЛАСЬ СПУТАННОСТЬ СОЗНАНИЯ, АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ДЕЗОРИЕНТАЦИЯ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА 37,8°С. ПРИ ОСМОТРЕ: АД 100/60 ММ РТ.СТ., ЧСС 102 В МИНУТУ. КАКОВ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?	ОПК-10, ПК-7
А	гипогликемия	
Б	гериатрический делирий	
В	ОНМК	
Г	пневмония	
077	ПАЦИЕНТКА 78 ЛЕТ, ДОСТАВЛЕНА В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ ДОМА. ЖАЛУЕТСЯ НА СИЛЬНУЮ БОЛЬ В ПРАВОМ БЕДРЕ, НОГА УКРОЧЕНА И РОТИРОВАНА КНАРУЖИ. ГЕМОДИНАМИКА СТАБИЛЬНА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?	ОПК-10, ПК-7
А	перелом проксимального отдела бедренной кости	
Б	ушиб правого бедра	
В	перелом костей павой голени	

Г	нет верного ответа	
078	ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ (МСЭ) У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ	ОПК -7, ПК-4,
А	комплексная оценка ограничений жизнедеятельности, обусловленных не только болезнью, но и возрастными изменениями, для разработки индивидуальной программы реабилитации или абилитации	
Б	установление группы инвалидности исключительно на основании диагноза	
В	определение нуждаемости в постоянном постороннем уходе с целью освобождения родственников от обязанностей по уходу	
Г	снижение лекарственной нагрузки на пациента	
079	КАКИЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ СПРАВЕДЛИВЫ В ОТНОШЕНИИ ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ?	ОПК-9, ПК-7, ПК-6
А	переломы проксимального отдела бедренной кости составляют около 25% всех переломов, возникающих в результате падений пожилых людей, проживающих дома	
Б	переломы проксимального отдела бедренной кости составляют около 50% всех переломов, возникающих в результате падений пожилых людей, проживающих дома	
В	не менее 90% переломов бедренной кости происходит в результате падений	
Г	около 30% переломов бедренной кости происходит в результате падений	
080	К ОСЛОЖНЕНИЮ, КОТОРОЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ У ПАЦИЕНТА, КОТОРЫЙ НЕ МОЖЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО ВСТАТЬ ПОСЛЕ ПАДЕНИЯ, ОТНОСЯТСЯ	ОПК -4, ПК-1, ПК-7, ПК-9
А	пролежни	
Б	хроническая сердечная недостаточность	
В	деменция	
Г	острая почечная недостаточность	
081	ПРИ НАХОЖДЕНИИ УПАВШЕГО ПАЦИЕНТА В НЕПОДВИЖНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПРОЛЕЖЕНЬ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ В ТЕЧЕНИЕ	ОПК -4, ПК-1, ПК-7, ПК-9
А	30 минут	
Б	1 часа	
В	1,5 часов	
Г	2 часов	
082	КАКИМ КАТЕГОРИЯМ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ОЦЕНКУ ФАКТОРОВ РИСКА ПАДЕНИЙ?	ОПК-4, ПК-1, ПК-9
А	при наличии одного падения в течение последнего года у пациента, имеющего проблемы с ходьбой и/ или балансом	
Б	пациентам, которые сообщили о наличии 2-х и более	

	падений в течение последнего года	
В	женщинам старше 60 лет, так как они имеют более высокий риск падений, чем мужчины	
Г	всем пациентам старше 75 лет, так как риск падений повышается с увеличением возраста	
083	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЕМЕНЦИИ?	ОПК-4, ОПК-5, ПК-4, ПК-5, ПК-9
А	снижение памяти и зависимость от окружающих	
Б	частые падения	
В	умеренные когнитивные нарушения и снижение функциональной активности	
Г	сосудистое поражение головного мозга	
084	ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕМ ПОСТУПЛЕНИЯ И РАСХОДА ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ, ПРИВОДЯЩЕЕ К СНИЖЕНИЮ МАССЫ ТЕЛА И ИЗМЕНЕНИЮ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ОРГАНИЗМА НАЗЫВАЕТСЯ	ПК-1
А	мальнутриция	
Б	саркопения	
В	ожирение	
Г	гиповитаминоз	
085	У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА МАЛЬНУТРИЦИЯ МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К РАЗВИТИЮ И/ИЛИ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ САРКОПЕНИИ, ПАДЕНИЙ, ДЕПРЕССИИ, СНИЖЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ, СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ И	ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9
А	пролежней	
Б	недержания мочи	
В	ожирения	
Г	артериальной гипертензии	
086	БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ УМЕРЕННОЙ И СЛАБОЙ СТЕПЕНИ КОДИРУЕТСЯ В МКБ 10 КАК	ОПК-9, ОПК-6
А	E44	
Б	E45	
В	E63	
Г	E86	
087	БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ КОДИРУЕТСЯ В МКБ 10 КАК	ОПК-9, ПК-6
А	E43	
Б	E45	
В	E63	
Г	E86	

088	ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ОЦЕНИВАЮТ УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА, АЛЬБУМИНА, ТРАНСФЕРРИНА И КОЛИЧЕСТВО	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	лимфоцитов	
Б	лейкоцитов	
В	базофилов	
Г	моноцитов	
089	ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ В КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ОЦЕНИВАЮТ КОЛИЧЕСТВО ЛИМФОЦИТОВ, УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА, АЛЬБУМИНА И	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	трансферрина	
Б	С-реактивного белка	
В	Д-димера	
Г	гомоцистеина	
090	ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ МАЛЬНУТРИЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ НАРУШЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	депрессия	
Б	тревожно-фобическое расстройство	
В	делирий	
Г	обсессивно-компульсионное расстройство	
091	ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МАЛЬНУТРИЦИЕЙ В ВОЗРАСТЕ МОЛОЖЕ 70 ЛЕТ ИМТ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ( В КГ\М2)	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	20	
Б	21	
В	22	
Г	23	
092	ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С МАЛЬНУТРИЦИЕЙ В ВОЗРАСТЕ СТАРШЕ 70 ЛЕТ ИМТ СОСТАВЛЯЕТ МЕНЕЕ ( В КГ\М2)	ОПК-4, ПК-1, ИК-8
А	22	
Б	23	
В	24	
Г	25	
093	У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ФЕНОТИПИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МАЛЬНУТРИЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА В ТЕЧЕНИЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ 6 МЕСЯЦЕВ БОЛЕЕ __ (В ПРОЦЕНТАХ)	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	5	
Б	4	
В	2	

Г	3	
094	У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МАЛЬНУТРИЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЮБОЕ СНИЖЕНИЕ ОБЪЕМА ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ПИЩИ ИЛИ НАРУШЕНИЕ ЕЕ УСВОЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ (В ДНЯХ)	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	14	
Б	10	
В	5	
Г	7	
095	У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МАЛЬНУТРИЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ СНИЖЕНИЕ ОБЪЕМА ПОТРЕБЛЯЕМОЙ ПИЩИ ИЛИ НАРУШЕНИЕ ЕЕ УСВОЕНИЯ МЕНЕЕ 50% ОТ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ _____ (В ДНЯХ)	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	7	
Б	3	
В	5	
Г	1	
096	СКРИНИНГ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ЛИЦ, ПРОЖИВАЮЩИХ ДОМА, ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	MUST	
Б	NRS-2002	
В	SARC-F	
Г	DN4	
097	СКРИНИНГ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛЫ	ОПК-4, ПК-1, ПК-8
А	NRS-2002	
Б	MUST	
В	SARC-F	
Г	DN4	
098	ЭНЕРГЕТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ РАЦИОНА ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РЕКОМЕНДУЕТСЯ РАССЧИТЫВАТЬ ОРИЕНТИРУЯСЬ НА УРОВЕНЬ (В ККАЛ НА КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ)	ОПК-5, ПК 2, ПК -9
А	30	
Б	35	
В	40	
Г	20	
099	ПРИ РАСЧЕТЕ КОЛИЧЕСТВА БЕЛКА В СУТОЧНОМ РАЦИОНЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ ИЛИ ЕЕ	ОПК-5, ПК 2, ПК -9

	КОРРЕКЦИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ НА КОЛИЧЕСТВО НЕ МЕНЕЕ (В Г НА КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ)	
А	1,0	
Б	0,8	
В	0,9	
Г	0,7	
100	ТИП ЛЕЧЕБНОГО ИЛИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫМИ СМЕСЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ВСАСЫВАНИЕ ПИЩИ (ПРИ ЕЁ ПОСТУПЛЕНИИ ЧЕРЕЗ РОТ, ЧЕРЕЗ ЗОНД В ЖЕЛУДКЕ ИЛИ КИШЕЧНИКЕ) ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АДЕКВАТНЫМ ПУТЁМ, ТО ЕСТЬ ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НАЗЫВАЕТСЯ	ОПК-5, ПК 2, ПК-9
А	энтеральное	
Б	парентеральное	
В	комфортное	
Г	активное	

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций: ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10.

## ВОПРОСЫ

ышающиеся в горизонтальном положении, боли в коленных, правом плечевом суставах, онемение в пальцах рук. И ранее отмечала повышение гликемии до 6.2 ммоль/л, диагноз СД не выставлялся, соблюдает периодически низкоугл. Вес 54 кг, рост 154 см, ИМТ 22.37 кг/м<sup>2</sup>. Нормостенической конституции. Подкожно-жировая клетчатка распределе везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление 120/70 мм.рт.ст. Пульс 75 в мин. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — 10 мм/ч. Уровень глюкозы натощак (глюкоза натощак) — 5.5 ммоль/л. Уровень гемоглобина (Hb) — 120 г/л. Уровень креатинина (креатинин) — 0.8 ммоль/л. Уровень мочевины (мочевина) — 4.3 ммоль/л.

м левой лучевой кости ( 7 лет назад), не исключается компрессионный перелом позвонков. Синдром падений. Синдром обонятельной дисфункции ( необходимо уточнить)

0 мм.рт.ст.

компрессионный перелом позвонков, коленных и плечевом суставе), анамнеза заболевания ( падение с высоты собс

(жалобы на онемение в кистях, сухой язык, уровень гликемии более 5,5 ммоль\л) необходимо исключить сахарный

ого обследования.

вания дано неверно.

мов дано не верно.

креатинин, общий белок, альбумин, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, щелочная фосфатаза, витамин D (с целью контроля проводимого лечения)  
 вивным действием (бисфосфонаты)  
 ности начинать с топических форм)  
 астении  
 ии, по необходимости диетотерапия, медикаментозная коррекция

аны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

тики повторных переломов

выбирается в зависимости от выраженности боли), ношение ортеза (полужесткого корсета для нижне-грудного отдела)

ие интенсивности гипотензивной терапии

лука не более 4,5 см

ить или закрепить края скользких ковриков, хорошее освещение, резиновые коврики, поручни в санузле, не использовать

т ME) калий 1200 мг\сут

упражнения на равновесие

ебность в кальции восполняют 4-5 стаканов молока или кисломолочных продуктов или 150 г твердого сыра или 1 порция

аны не полностью.

более 2 обязательных пунктов

**ВОПРОСЫ**

глобами на снижение кратковременной памяти. Стала забывать ключи во входной двери, оставила кастрюлю с готовящейся едой на плите, детей нет. Поддерживает связь с племянниками. На пенсии. Образование высшее, работала инженером. Наследственные заболевания КГО: индекс Бартел 100/100 баллов. Инструментальная активность в повседневной жизни 27/27 баллов. Тест на запоминание 2). Тест на называние животных – 13 слов, слов на букву «с» - 12 слов. Тест 12 слов - непосредственное

наличие когнитивных нарушений

степень нарушений.

наличие событий, начало заболевания до 65 лет, наследственность отягощена (деменция у матери), признаки когнитивных нарушений: амнезия, ОНМК, ОИМ, артериальная гипертензия, стадия умеренных когнитивных нарушений подтверждается отсутствием

витамин Д, В12, фолиевую кислоту, гомоцистеин, гликированный гемоглобин, ферритин, ТТГ, по показаниям анализ крови

анализ на наличие бета-амилоида и тау-протеина

из списка

назначенных лекарственных препаратов

**ВОПРОСЫ**

а снижение памяти. На приеме в сопровождении дочери. Снижение памяти в течение 5,5 лет. Не может найти своего собственного анамнез: у матери деменция в возрасте 80 лет. Регулярно принимает амлодипин, валсартан, фезам. Результата, вместо цифр 1 указаны цифры 13, 14, 15, 16, 17). MoCA тест 18/30 баллов (из 5 слов самостоятельно вспомнил «стань и иди» - 9 секунд. Динамометрия - правая рука 20 кг, левая рука 21 кг.

ейство вплоть до деменции средней тяжести

степень нарушений.

е события, начало заболевания после 65 лет, наследственность отягощена (деменция у матери), признаки когнитивного анамнеза ОНМК, ОИМ, артериальной гипертензии, деменция подтверждается зависимостью от окружающих.

амин Д, В12, фолиевую кислоту, гомоцистеин, гликированный гемоглобин, ферритин, ТТГ, по показаниям ан. кров

ние бета-амилоида и тау-протеина

з списка

димых лекарственных препарата

## ВОПРОСЫ

ение веса на 10 кг в течение предшествующего года. Аппетит снижен, употребление белковых продуктов - 2-3 раза  
работала бухгалтером. В течение многих лет наблюдается пульмонологом в связи с ХОБЛ, бронхоэктатической б  
ни 31 см, КБТФФ 9 б, Шкала MNA - 17 б, Кистевая динамометрия пр 15 кг, лев 14 кг, БАК: общий белок 50 г\л, альб

й снижением потребления пищи, наличие хронического воспалительного (лёгочного) заболевания. Проявляется дву

степень нарушений.

е веса, снижение аппетита, снижение ИМТ, окружностей плеча, голени, признаки мальнутриции по шкале MNA, гип

кислота, гликированный гемоглобин, ферритин, ТТГ, витамин Д  
(генография легких)

з списка

итанию)  
вание по типу сиппинга), а также смесей метабилического действия - нутриэн пульмо

димых лекарственных препарата

**ВОПРОСЫ**

Снижение памяти. На приеме в сопровождении внука. Снижение памяти в течение 3,5 лет. Не может найти свои вещи. В последнее время отмечались эпизоды галлюцинаций, частые ночные пробуждения. В анамнезе: ОИМ, ОНМК, гипертония. Тест рисования часов 4/10 баллов (цифры нарисованы за пределами циферблата, вместо цифр 1 указаны 10 и 2). Словесное воспроизведение 6+3 (9 слов), отсроченное воспроизведение 3+5 (8 слов). Тест «Встань и иди» - 16 секунд. Длительность заболевания 3 года. Патологическая

Тяжелое когнитивное расстройство вплоть до деменции средней тяжести.

Степень нарушений.

Ключевые события, начало заболевания после 65 лет, признаки когнитивных нарушений в тесте рисования часов, уменьшение объема памяти, деменция подтверждается зависимостью от окружающих, выявлены признаки синдрома паркинсонизма, наличие

Витамин Д, В12, фолиевую кислоту, гомоцистеин, гликированный гемоглобин, ферритин, ТТГ

из списка

антипсихотики, атипичные антипсихотики (коротким курсом)

используемых лекарственных препаратов

**ВОПРОСЫ**

боли в области поясничного отдела позвоночника. Боли беспокоит в течение 6 мес. Боль в спине возникла после перед  
боли 4 б. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2х проекциях - признаки компрессионного перелом

поясничного позвонка L1

степень нарушений.

осмотра, оценки боли, данные рентгенологического исследования

тамин Д, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, ПТГ, щелочная фосфатаза

.)

з списка

димых лекарственных препарата

**ВОПРОСЫ**

ад перелом шейки правой бедренной кости (падение с высоты собственного роста), проведено тотальное эндопротезирование. Возраст не помеха - 4 б, Кистевая динамометрия - правая рука 23 кг, левая рука 22 кг, ВАШ боли 5 б, Мини-

гдела правой бедренной кости, тотальное протезирование правого тазобедренного сустава. Вероятная саркопения. Б

степень нарушений.

е осмотра, некоторых данных КГО

амин Д, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, ПТГ, щелочная фосфатаза

з списка

иятия по организации безопасного быта дома

падений)

димых лекарственных препарата

## ВОПРОСЫ

снижение настроения, ухудшение памяти, эпизоды недержания мочи. Живет одна, родственников нет, два раза в нед

ного работника, стирает с использованием стиральной машины. Отмечает частые падения, из-за чего в последнее время  
са обследована участковым терапевтом – данных за онкопатологию не выявлено. При осмотре питание понижено, ИМТ  
ви: общий холестерин 6,86 ммоль/л, ЛПНП-4,82 ммоль/л, ЛПВП-2,25 ммоль/л, НбА1с-7,2%.

ции. Вероятная саркопения. Высокий риск падений и переломов. Вероятная геритарическая депрессия. Нарушение  
степень нарушений.

анамнеза заболевания, данных осмотра, социального статуса, оценки по шкале «Возраст не помеха», данных кистей

тамин Д, кальций общий, кальций ионизированный, фосфор, ПТГ, щелочная фосфатаза

из списка

который должен включать:

енее 30 мин в день

обуви, ходьба в сопровождении; мероприятия по организации безопасного быта дома

бходимости

падений)

димых лекарственных препарата

**ВОПРОСЫ**

од наркозом

снижение памяти на текущие события, постоянно переспрашивала, теряла вещи, забывала имена родственников, к  
 ь дома одна, выходила из дома только в сопровождении; отмечалось умеренное снижение слуха, пользовалась очками  
 е находится, не может назвать свое имя, с трудом понимает обращенную речь, в ночное время - ухудшение состоя  
 ть от постороннего ухода, в течение трех дней не было стула

ия, не смогла назвать свое имя, утверждает, что за ней ухаживает осуществляет сестра, с трудом понимает обращен  
 Живот безболеный. Отеков нет.

сокий риск падения, шкала CAM - делирий есть, RASS +2, шкала антихолинергической нагрузки - 3 б (амитриптили  
 д, лейкоциты 12 тыс, соэ - 32 мм\ч  
 , креатинин 87 ммоль\л, АСАТ - 24 г\л, АЛАТ - 18 г\л  
 овых и инфальтративных изменений

ра с позним началом, тяжелое когнитивное расстройство. Гериатрический делирий на фоне деменции гиперактивной  
 нутриции. Сенсорные дефициты по слуху. Наклонность к запорам. Анемия легкой степени смешанного генеза.

степень нарушений.

анамнеза заболевания собранного со слов дочери, данных осмотра, оценки по шкале «Возраст не помеха», оценки

з списка

о трансплантации кожного лоскута),

торы в низких дозах),

вазии и поддержки пациентки после выписки, обеспечить очками),

мами пищи),

димых лекарственных препарата

## ВОПРОСЫ

окружение. Отказывается принимать таблетки в большом количестве, так как плохо их переносит – болит живот, тошнота, головные боли, головокружения, жалобы. Написала 2 жалобы в Минздрав о плохом лечении в поликлинике. Выписана из нейрохирургического отделения.

на, ударилась головой и даже теряла сознание. Повреждений не выявлено.

спомогательного аппарата глаза

серий.

бифер, кавинтон, тормо асс, конкор, сорбифер  
гемоглобин, белок 58, билирубин 7,1

инструментальной активности. Снижение инструментальной активности. Синдром мальнутриции. Вероятная саркопения. Выявлена деменция.

степень нарушений.

анамнеза заболевания данных осмотра, оценки по шкале «Возраст не помеха», данных КГО

из списка

из списка

и для сиппинга)

е и приготовлении пищи, покупке продуктов)  
 тике падений дома ( создание езопасной среды)

димых лекарственных препарата

## ВОПРОСЫ

ение произошло ночью по пути в туалет. Жалуется на выраженную общую слабость, головокружение, возникающее при выходе из дома из-за слабости и страха упасть. При перемещении пользуется двумя тростями. Анамнез жизни: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, остеоартроз тазобедренных суставов, катаракта. Перенесла транзиторную ишемическую атаку 5 лет назад без остаточного неврологического дефицита. Принимает: Аторвастатин 20 мг/сут (принимает утром), Ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут, Аторвастатин 20 мг/сут, Парацетамол по требованию. Зрение острое. Передвигается с помощью палочки, походка медленная, неустойчивая, с укорочением шага. Дефицит мышечной силы хвата кисти, истончение мышц голени). Кожные покровы: сухие, тургор снижен. АД лежа – 150/85 мм рт.ст., ЧСС – 70/мин, ритмичны. Отеков нет. Шкала MMSE – 24 балла. Чувствительных и грубых двигательных нарушений нет (проверяется 3-4 раза). Болезненность при пальпации в области большого вертела правой бедренной кости. Объем движений в тазобедренном суставе ограничен.

бцовых изменений в нижней стенке.

о желудка.

а. Подозрение на вколоченный перелом шейки правой бедренной кости без значительного смещения. Назначена КТ. Гемокриотическая анемия. Креатинин сыворотки – 130 мкмоль/л (СКФ по формуле СКД-ЕПІ ~ 35 мл/мин/1.73м<sup>2</sup>). Натрий – 132 ммоль/л.

очевой комплексной проблемой. Он манифестирует через следующие синдромы:

авании, что является непосредственной причиной головокружения и высокого риска падения.

но, плотности костной ткани (на фоне дефицита витамина D), что повышает уязвимость к травме и является фоном для развития остеопороза.

ся.

ежима и повышать риск дезориентации.

ой освещенности.

ой активности и прогрессированию астении.

вызывает чрезмерный диурез, гиповолемию, электролитные нарушения (гипонатриемия, гипокалиемия) и, как следствие, может потенцировать гипотензивный эффект, особенно в ортостазе.

низкой эффективности контроля боли при остеоартрозе, что ведет к ограничению подвижности и мышечной слабости.

ого обследования.

вания дано неверно.

ости МРТ

ня .Обязателен контроль электролитов и креатинина.

что основные группы названы.

групп препаратов.

нии данной пациентки

вопроса об оперативном лечении – остеосинтез или эндопротезирование, учитывая возраст и общее состояние), а не

ых до середины дня, обучить пациентку правилам медленного вставания, обеспечить адекватное потребление жидкости, использование ходунков, контроль АД, соблюдение питьевого режима и режима приема лекарств.

я средств вторичной профилактики ВП

## ВОПРОСЫ

работала учителем истории. Перенесла гипертоническую болезнь в течение 20 лет, контролируемую терапией. Курить не любит со слов дочери: Прогрессирующее ухудшение памяти, особенно на недавние события: забывает о назначенных приемах лекарств, ориентации во времени и пространстве: дважды терялась в своем районе, путает дни недели. Снижение бытовых навыков: не может читать газету, заниматься чтением и общением с внуками. Иногда проявляет немотивированную раздражительность, когда дочь пытается ее утешить. Соматический статус без острых нарушений. АД 140/85 мм рт.ст. Неврологическая симптоматика очаговой патологии (ОАК, ОАМ, биохимия крови, ТТГ, витамин В12, фолиевая кислота) – без существенных отклонений от возрастных норм. Более выраженная в височных и теменных долях, гиппокампах. Сосудистых очагов (лакунарных инфарктов) незначительно.

ейство, деменция средней степени тяжести

неврологических тестов (MMSE 18 баллов).  
 тестис – бытовые навыки, ориентировка).

снять симптомы (что подтверждается лабораторными анализами и МРТ). У пациентки присутствуют все основные симптомы деменции при отсутствии значимого сосудистого поражения, что характерно для БА.

шибки.

назначений (воспоминания, сортировка предметов, обсуждение прошлого опыта).  
 предметов, использование GPS-браслета, организация круглосуточного наблюдения (или визитов) в связи с высоким риском падения, наличием циферблата, подписанные шкафы и ящики.

стие в групповых занятиях для пациентов с деменцией (при возможности)

чения из списка.

повышение уровня ацетилхолина в синапсах, что может временно улучшить или стабилизировать когнитивные функции, уменьшение нейротоксичности и улучшение синаптической передачи. Часто применяется на умеренной-тяжелой

ос о совместном проживании. Общение: говорить четко, просто, задавать вопросы, требующие односложных ответов (в судебном порядке) для управления финансами и имуществом, принятия медицинских решений, пока пациент не способен обратиться к социальным службам, служб временного ухода, обращаться в группы поддержки для родственников. Перевод в специализированное учреждение на более поздней стадии.

## ВОПРОСЫ

последние 1,5 года, периоды "зависания" и неадекватного поведения, падения, зрительные галлюцинации (видит в темноте, рассеянность. Затем присоединились колебания внимания и ясности сознания (в один день относительно нормализованные зрительные галлюцинации. На этом фоне развились бредовые идеи ущерба (считает, что соседи воровали, хроническая сердечная недостаточность I ст. Принимает периндоприл, ацетилсалициловую кислоту. Пациент имеет "отсутствующий" взгляд. В неврологическом статусе: умеренный гипомимия, мышечный тонус слегка повышен, нарушения в ориентации, внимании, счете, зрительно-конструктивных навыках). В МРТ: умеренная атрофия, лейкоареоз умеренной выраженности, единичные "немые" постишемические очаги в белом веществе.

ГЛ). Тяжелое когнитивное расстройство. Деменция средней степени тяжести.

патии.

е.

ильная неустойчивость, падения), развившиеся в течение года после начала когнитивного снижения.

можно предположить по анамнезу (тревожность, вероятные ночные кошмары, хотя в задаче прямо не указано, но частота).

чания.

по оформленные).

только для этого заболевания. Часто выявляется относительно меньшая степень атрофии медиальных височных долей, что не является типичным ДТЛ. Эти изменения скорее отражают смешанный характер патологии (сосудистый компонент).

механизм их влияния.

Клинические экстрапирамидные реакции (резкое усиление паркинсонизма, акинезия) и злокачественный нейролептический синдром (антидепрессанты, препараты для лечения недержания мочи), т.к. угнетают холинергическую передачу, которая и поддерживает функцию мочеиспускания.

рицательного воздействия

## ВОПРОСЫ

незначительными явлениями в виде умеренной слабости в правой руке. Страдает остеоартрозом коленных суставов, хроническими болями в суставах.

В течение последних 4 месяцев, частые головокружения, апатию, потерю интереса к пище, снижение аппетита. За последние 3 месяца мышечная масса визуально уменьшена, особенно в височных областях и на тыле кистей. Окружность плеча 21 см. Аппетит снижен, в основном хлеб, печенье, чай. Говорит, что «нет аппетита», «тяжело ходить в магазин», «не хочет есть одна». Часто замечает

хронический гастрит (возможный дискомфорт после еды).

рука.

затрудняет поход в магазин).

снижение когнитивного снижения.

снижать аппетит.

и 1-2 факторы названы не верно)

я веса, мобильность, психологический стресс/острые заболевания, нейропсихологические проблемы, ИМТ (или оце  
, «риска мальнутриции» или «мальнутриции».

и веса и влияния острого заболевания (если пациент не ел >5 дней).

чном звене, в том числе на дому.

ки, рассмотрение назначения стимуляторов аппетита при необходимости).

лечебного питания между приемами пищи (1-2 бутылочки в день, богатые белком и энергией). Обогащение обычно  
ережевываемой и калорийной пище (супы-пюре, каши, омлеты, паровые котлеты). На каждый прием пищи необход

ного работника, службы доставки готовой еды или членов семьи.

ем с зубами и протезирования.

пых для социализации и организованного питания.

а по шкале MNA через 1 месяц.

риятия

## ВОПРОСЫ

оску", потерю интереса к жизни. Перестала смотреть любимые сериалы, забросила вязание, которое было ее хобби  
ации внимания ("не могу собраться с мыслями, читаю и не понимаю"). Снизился аппетит, похудела на 4 кг за полг

ругом городе, навещают 2-3 раза в год. Раньше активно общалась с соседками, сейчас отказывается от встреч. Самоо  
COVID-19.

азад), но отмечает, что "раньше справлялась, а сейчас все накрыло с новой силой". Лечилась у невролога по поводу  
инимает эпизодически ("валерьянку", иногда "донормил").

неопрятна. Мимика бедная, взгляд потухший. Сидит сгорбившись. Речь замедленная, тихая. На вопросы отвечает  
СС 72 уд/мин. Со стороны внутренних органов без значимой патологии, соответствующей возрасту. Очаговой невро

е нарушения, с преимущественным страданием внимания и беглости речи).

ущественных отклонений от возрастной нормы.

ронический болевой синдром, инсомния, социальная изоляция

ескую шкалу депрессии? Какие факторы риска развития депрессии можно выделить?

соматические симптомы (усталость, нарушения сна/аппетита, боли), которые могут быть следствием других возрастных изменений в гериатрической популяции.

социальная изоляция (отказ от общения), утрата супруга.

роизводств), сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь), перенесенная инфекция COVID-19 (могла выступать в роли триггера), дефицит витаминов, моноаминов.

ссии

ины). Соматические симптомы (астения, боли, нарушения сна) являются проявлениями депрессивного расстройства.

живающая). Поощрение социальной активности, вовлечение в группы. Консультация врача-физиотерапевта для подбора препаратов СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) из-за более благоприятного профиля побочных эффектов.

венникам, что эффект наступит через 3-4 недели. Контролировать АД, ЭКГ. Учитывать лекарственные взаимодействия.

ьного работника

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Гериатрия»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1.Старение и старость. Понятие о процессах старения. Представления о физиологическом, преждевременном, патологическом старении. 2.Физиология старения. Возраст хронологический и биологический. Теории старения. Возрастная классификация по ВОЗ. 3.Понятие о геропротекторах. Препараты, обладающие геропротективным действием.	УК-5, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-9, ОПК-10,

<p>4. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы (сердца, сосудов, гемодинамики, нейрогуморальной регуляции сердечно-сосудистой системы)</p> <p>5. Возрастные изменения дыхательной системы. Факторы, определяющие возрастные особенности вентиляционной функции легких и легочного газообмена.</p> <p>6. Возрастная характеристика некоторых показателей вентиляционной функции легких. Показатели биомеханики дыхания.</p> <p>7. Возрастные особенности легочного газообмена. Гипоксия в пожилом и старческом возрасте. Механизмы ее развития</p> <p>8. Возрастные изменения пищеварительной системы (ротовой полости, пищевода, желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы)</p> <p>9. Возрастные изменения системы крови.</p> <p>10. Изменения мочевыделительной системы при старении.</p> <p>11. Возрастные изменения эндокринной системы. Гипоталамо-гипофизарная регуляция при старении. Возрастные изменения функции надпочечников.</p> <p>12. Особенности функционирования щитовидной железы при старении.</p> <p>13. Особенности инсулиновой обеспеченности стареющего организма. Возрастные изменения половых желез.</p> <p>14. Законодательные акты, регламентирующие оказание медицинской помощи по профилю «гериатрия»</p> <p>15. Функционирование трехуровневой системы оказания гериатрической помощи в России – гериатрические кабинеты, геронтологические койки и региональные гериатрические центры.</p> <p>16. Методы обследования в гериатрии. Шкала «Возраст не помеха».</p> <p>17. Краткая батарея тестов физического функционирования.</p> <p>18. Комплексная гериатрическая оценка. Основные домены.</p> <p>19. Домен физического здоровья Гериатрический осмотр с акцентом на нарушений функционального статуса и наличия гериатрических синдромов.</p> <p>20. Домен функционального статуса. Оценка на основании шкалы Бартел и шкалы Лоутона функциональной и инструментальной, мобильной активности пациента.</p> <p>21. Домен функционального статуса. Оценка мышечной силы с использованием краткой батареи тестов физического функционирования, теста «Встань и иди» и кистевой динамометрии.</p> <p>22. Домен когнитивного статуса. Оценка когнитивной функции пациента с использованием Краткой шкалы оценки психического статуса, теста рисования часов,</p> <p>23. Домен когнитивного статуса. Монреальская шкала оценки когнитивных функций, батарея лобных тестов.</p> <p>24. Домен эмоционального статуса. Выполнение скрининга депрессии с использованием гериатрической шкалы депрессии и шкалы оценки здоровья.</p> <p>25. Домен социального статуса. Оценка жилищных условий, потребность в социально- бытовой помощи и долговременном уходе.</p> <p>26. Синдром старческой астении. Определение, этиология, патогенез, эпидемиология. Классификация.</p> <p>27. Синдром старческой астении Клиническая картина. Жалобы, анамнез. Физикальное обследование.</p> <p>28. Синдром старческой астении. Лабораторная и инструментальная диагностика.</p>	<p>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>
---	--

29. Синдром старческой астении. Роль комплексной гериатрической оценки. Составление индивидуального плана ведения пациента с учетом КГО.
30. Синдром старческой астении. Особенности лечения сопутствующих заболеваний и состояний у пациентов со старческой астенией. Принципы лечения.
31. Синдром старческой астении. Медицинская реабилитация. Профилактика и диспансерное наблюдение.
32. Синдром падений. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Эпидемиология. Подходы к классификации.
33. Синдром падений. Клинические паттерны падений. Особенности сбора жалоб и анамнеза. Шкала самооценки падений. Оценка риска падений у госпитализированных больных.
34. Классификация падений зависимости от фактора, приведшего к падению. Многофакторная оценка риска падений. Методы исследования при многофакторной оценке риска падений.
35. Синдром падений. Комплекс мер по профилактике падений и переломов. Маршрутизация пациента при травме, связанной с падением. Программа по реализации комплекса мер.
36. Синдром падений. Общие и дифференцированные меры профилактики падений. Особенности лечения сопутствующих заболеваний у пациентов с высоким риском падений.
37. Лекарственные препараты, ассоциированные с риском падений у пожилых, применяемые для лечения различных заболеваний. Организация безопасного быта.
38. Синдром падений. Организация безопасного быта.
39. Синдром саркопении. Клиническая картина, диагностика, методы медикаментозного и немедикаментозного лечения
40. Сенсорные дефициты. Таблицы Розенбаума, аудиометрия. Методы исследования, консультация узких специалистов, коррекция нарушений.
41. Синдром недержания мочи. Диагностика, выявление причин, медикаментозная и немедикаментозная коррекция.
42. Остеопороз. Определение. Этиология и патогенез. Оценка риска переломов. Клинические проявления. Оценка риска переломов по шкале FRAX.
43. Остеопороз. Диагностика. Подходы к противостолеопоретической терапии. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
44. Синдром мальнутриции. Возрастные изменения пищеварительной системы. Определение. Этиология и патогенез. Факторы риска. Инструменты скрининга.
45. Синдром мальнутриции. Клинические проявления. Диагностика. Подходы к коррекции. Профилактика. Диспансерное наблюдение.
46. Дефицит витамина Д. Подходы к коррекции.
47. Хронический болевой синдром. Определение. Причины хронического болевого синдрома. Эпидемиология. Патогенез. Влияние на прогноз.
48. Хронический болевой синдром. Клиника. Диагностика. Лабораторное и инструментальное обследование.
49. Хронический болевой синдром. Подходы к терапии. Реабилитация. Диспансерное наблюдение. Паллиативная помощь.
50. Основные принципы лечения пациентов со старческой астенией, направленные на сохранение и поддержание автономности, улучшения

качества жизни. Цель ориентированный подход и индивидуальный подход к тактике ведения.

51. Междисциплинарное взаимодействие и работа в гериатрической команде.

52. Преимущество ведения пациента между медицинскими и социальными учреждениями с акцентом на долговременную помощь и обеспечение межведомственного взаимодействия.

53. Особенности болезней органов дыхания в пожилом и старческом возрасте. Бронхит. ХОБЛ. Бронхиальная астма. Клиника, диагностика, подходы к лечению.

54. Особенности болезней органов дыхания в пожилом и старческом возрасте Пневмония. Плевриты. Клиника, диагностика, подходы к лечению.

55. Особенности болезней органов дыхания в пожилом и старческом возрасте Нагноительные заболевания легких. Клиника, диагностика, подходы к лечению.

56. Особенности болезней органов дыхания в пожилом и старческом возрасте. Дыхательная недостаточность.

56. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте. Атеросклероз. ИБС. Нарушения ритма и проводимости. ОКС. Клиника, диагностика, подходы к лечению.

57. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте. Артериальная гипертензия. Клиника, диагностика, подходы к лечению.

58. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте. Некоронарогенные заболевания сердца. Клиника, диагностика, подходы к лечению.

59. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте. Пороки сердца. Недостаточность кровообращения. Клиника, диагностика, подходы к лечению.

60. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте. Ортостатическая гипотензия. Диагностика. Тактика ведения.

61. Особенности болезней органов пищеварения в пожилом и старческом возрасте

62. Особенности болезней почек в пожилом и старческом возрасте

63. Особенности болезней органов кроветворения в пожилом и старческом возрасте. Анемии. Диагностика. Тактика ведения.

64. Особенности болезней эндокринной системы в пожилом и старческом возрасте. Сахарный диабет. Диагностика. Тактика ведения.

65. Особенности течения хирургических заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Предоперационная подготовка.

66. Онкопатология в пожилом и старческом возрасте. Тактика ведения.

67. Туберкулез в пожилом и старческом возрасте. Тактика ведения.

68. Особенности заболеваний ЛОР-органов в пожилом и старческом возрасте. Снижение слуха. Диагностика. Тактика ведения.

69. Гериатрическая офтальмология. Снижение зрения. Диагностика. Тактика ведения

70. Особенности заболеваний кожи у лиц пожилого и старческого возраста. Диагностика. Тактика ведения.

71. Особенности течения коронавирусной инфекции. Диагностика. Тактика ведения.

72. Особенности заболеваний костно-мышечной системы. Понятие о локомоторном синдроме. Остеоартрит у пожилых. Боль с спине.
73. Изменения нервной системы при старении. Общая характеристика возрастных изменений архитектоники коры больших полушарий. Возрастные изменения гипоталамо-лимбическо-ретикулярной системы.
74. Изменения нервной системы при старении. Возрастные изменения двигательных функциональных систем. Возрастные изменения рефлекторной сферы. Возрастные изменения мозгового и спинального кровотока. Нейропсихические изменения в позднем онтогенезе.
75. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Умеренные когнитивные нарушения. Определение, этиология, патогенез, скрининг, шкалы и тесты.
76. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Умеренные когнитивные нарушения. Классификация. Диагностика. Подходы к лечению. Когнитивный тренинг. Профилактика. Антидементный план.
77. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Болезнь Альцгеймера. Определение. Этиология, патогенез, эпидемиология. Классификация.
78. Болезнь Альцгеймера. Клиническая картина. Диагностика. Подходы к лечению. Профилактика, реабилитация, диспансерное наблюдение. Особенности ухода. Работа с родственниками.
79. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. Сосудистая деменция. Определение. Этиология, патогенез, эпидемиология. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Подходы к лечению. Профилактика, реабилитация, диспансерное наблюдение. Особенности ухода.
80. Острое нарушение мозгового кровообращения в пожилом и старческом возрасте. Диагностика. Тактика ведения. Неотложная помощь.
81. Хроническое нарушение мозгового кровообращения. Стадии. Особенности течения. Тактика ведения.
82. Болезни периферической нервной системы. Нарушение походки. Нарушение равновесия. Тактика ведения.
83. Паркинсонизм. Диагностика. Тактика ведения.
84. Особенности головных болей у пожилых. Виды головной боли. Диагностика. Тактика ведения.
85. Нарушение сна у пожилых. Синдром обструктивного апноэ во сне. Диагностика. Тактика ведения.
86. Психиатрические заболевания в пожилом и старческом возрасте. Синдром гериатрической депрессии. Диагностика. Тактика ведения.
87. Гериатрический делирий. Скрининг. Виды делирия. Профилактика. Тактика ведения в составе мультидисциплинарной команды. Неотложная помощь.
88. Деменции: виды, особенности. Тактика ведения.
89. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Цели. Ключевые принципы. Понятие о фармакологических каскадах. Влияние лекарственных препаратов на гериатрические синдромы.
90. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. STOPP/START критерии. Критерии Бирса. Оценка антихолинэргической нагрузки. Критерии 7 шагов.

<p>91. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста. Полипрагмазия. Методы профилактики коррекции. Мониторинг эффективности и безопасности.</p> <p>92. Подход к лекарственной терапии при наличии синдрома старческой астении.</p> <p>93. Понятие о депрескайбинге лекарственных препаратов. Депрескайбинг ингибиторов протонной помпы, сахароснижающих препаратов, антипсихотических лекарственных средств. Протокол. Показания и противопоказания. Возможные режимы. Особые ситуации. Наблюдение.</p> <p>94. Экстренная помощь при остром инфаркте миокарда, гипертоническом кризе, стенокардии</p> <p>95. Организационно-методические, теоретические основы реабилитации лиц пожилого и старческого возраста. Цель, задачи, принципы реабилитации лиц пожилого и старческого возраста</p> <p>96. Индивидуальная программа реабилитации инвалида. Реабилитация лиц пожилого возраста при различных заболеваниях. Реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз у лиц пожилого возраста.</p> <p>97. Принципы оказания паллиативной помощи в пожилом и старческом возрасте. Уход за лежачими больными. Пролежни.</p> <p>98. Вакцинация. Календарь прививок пациентов пожилого возраста. Вакцинация от COVID-19, гриппа, пневмококковой инфекции.</p> <p>99. Медико-социальная экспертиза в пожилом возрасте. Организационно-правовые аспекты медико-социальной экспертизы лиц пожилого возраста</p> <p>100. Особенности медико-социальной экспертизы лиц пожилого возраста. Понятие об эйджизме. Жестокое обращение с пожилыми людьми.</p>	
--	--

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена:

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	ми недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми и недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции*	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Уровень сформированности компетенций*	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Макарова Екатерина Вадимовна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина;

Пластинина Светлана Сергеевна, д.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина

Любавина Наталья Александровна, к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гериатрии им. К.Г. Никулина.