федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности
_____ О.Н. Барканова
«27» декабря 2025 г.

Наименование: **Итоговая (государственная итоговая) аттестация**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.31 Гериатрия

Квалификация (степень) выпускника: врач-гериатр

Кафедра внутренних болезней Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования

Форма обучения – очная

Объем: 3 (зе) 108 часов

Волгоград, 2025

Разработчики программы:

№	*Ф.И.О.*	*Должность*	*Ученая степень / звание*	*Кафедра (полное название)*
1.	*Недогода Сергей Владимирович*	*Зав. кафедрой*	*д.м.н., профессор*	*Кафедра внутренних болезней Института НМФО*
2.	*Чумачек Елена Валерьевна*	*доцент кафедры*	*к.м.н.*	*Кафедра внутренних болезней Института НМФО*

Программа дисциплины «Итоговая (государственная итоговая) аттестация¬ обязательной части основной профессиональной образовательной программы подготовки кадров высшей квалификации (Б.3) в ординатуре по специальности 31.08.31 Гериатрия

Рецензент: заместитель директора по научной работе ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «Российский геронтологический научно-клинический центр», д.м.н., профессор Ю.В. Котовская.

Рецензент: начальник ГБУЗ «Краевой клинический госпиталь для ветеранов войн имени профессора В. К. Красовитова» Министерства здравоохранения Краснодарского края С.И. Исаенко.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена на заседании кафедры внутренних болезней института НМФО, протокол №7 от 17.06.2025 года

Заведующий кафедрой внутренних болезней института НМФО,

д.м.н., профессор С.В. Недогода

Программа государственной итоговой аттестации согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол №1 от 26.06.2025 года

Председатель УМК Н.И. Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики М.Л. Науменко

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа разработана в соответствии со следующими нормативными документами: Федеральным законом от 29.12.2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации¬, приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 г. №1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программа высшего образования - ординатуры¬; федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - программа подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры (далее ФГОС ВО) по специальности 31.08.31 Гериатрия, утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования РФ от 30 июня 2021г. № 561, приказа Министерства Образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 (Зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754) «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры - стажировки¬.

Итоговая (государственная итоговая) аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования - программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.31 Гериатрия (далее – ГИА) - проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.31 Гериатрия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.31 Гериатрия (далее – ФГОС ВО).

Итоговая (государственная итоговая) аттестация осуществляется итоговой (государственной) экзаменационной комиссией, проводится в сроки, определяемые календарным учебным графиком. ГИА относится к

Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче и сдачу итогового/государственного экзамена. На ГИА отводится 108 часов (3 ЗЕ).

К итоговой (государственной итоговой) аттестации допускается ординатор, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.31 Гериатрия.

Программа ГИА, критерии оценки результатов сдачи итогового (государственного) экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения ординаторов не позднее, чем за шесть месяцев до начала итоговой государственной аттестации.

Не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения итогового (государственного) аттестационного испытания директор Института НМФО утверждает расписание итоговый (государственных) аттестационных испытаний (далее – расписание), в котором указываются даты, время и место проведения итогового (государственного) экзамена и предэкзаменационных консультаций. Расписание доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ИЭК/ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ИЭК/ГЭК.

Перед итоговым / государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся (предэкзаменационные консультации) по вопросам, включенным в программу экзамена.

2. ЦЕЛЬ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ

Цель итоговой (государственной итоговой) аттестации: установить соответствие знаний и умений выпускников ординатуры квалификационным требованиям, предъявляемым к специалистам соответствующего профиля, оценить сформированность у выпускника ординатуры универсальных и общепрофессиональных компетенций:

универсальные компетенции (УК):

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в т.ч. здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

общепрофессиональные компетенции (ОПК):

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.
Медицинская деятельность	ОПК- 4. Способен проводить клиническую диагностику и

обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в т.ч. при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

3. ЭТАПЫ И ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ:

Время проведения ИГА исчисляется в соответствии с часовым поясом места расположения образовательной организации (МСК+1) и должно укладываться в период с 08.00 до 18.00 (за исключением форс-мажорных ситуаций). В случае пребывания обучающегося вне Волгоградской области (особенности реализации региональных ограничительных мероприятий) и наличия разницы часовых поясов, приводящей к тому, что фактическое время проведения ИГА обучающегося выходит за установленные временные рамки, обучающийся должен заблаговременно не менее, чем за 3 дня до ИГА

обратиться в Управление подготовки в ординатуре для принятия решения о дате и времени проведения ИГА. При этом Управление подготовки в ординатуре доводит до сведения ординатора утвержденную дату и время проведения ИГА не позднее, чем за 2 дня до проведения ИГА.

Порядок и график проведения ИГА доводится до обучающихся и преподавателей заблаговременно посредством размещения информации в электронной информационной образовательной среде (далее – ЭИОС) ВолгГМУ в разделе «Ординатура¬.

Итоговая (государственная итоговая) аттестация относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «врач-гериатр¬.

Итоговый (государственный) экзамен по специальности 31.08.31 «Гериатрия¬ включает в себя:

- Тестовый контроль (I этап);
- Оценка практических навыков (II этап);
- Заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам) (III этап).

I этап итогового (государственного) аттестационного испытания, проводится в тестовой форме, результаты объявляются на следующий рабочий день после дня его проведения, I и III этапы итогового (государственного) экзамена, проводятся в устной форме, результаты объявляются в день проведения этапа.

1 этап – тестовый контроль:

- используются тестовые задания, включающие все разделы рабочей программы по специальности; экзамен проводит председатель, сопредседатель, члены экзаменационной комиссии; по заданной программе ЭВМ регистрирует количество правильных и неправильных ответов и выставляет конечный результат 1 этапа экзамена, который заносится в соответствующий протокол; результат тестового контроля оценивается как «зачет¬, если ординатор ответил на 71% и более от 100 представленных ему тестовых заданий, и «не зачет¬, если ординатор ответил менее, чем на 70% от

100 представленных ему тестов. Протокол результатов прохождения 1 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 1).

2 этап – оценка практических навыков:

- оценивается освоенный объем практических навыков в соответствии с квалификационной характеристикой.

3 этап – заключительное собеседование (по вопросам экзаменационных билетов, ситуационным профессиональным задачам).

Ординатор, не сдавший один из двух первых этапов экзамена, не допускается к третьему этапу. Третий этап представляет проверку целостности профессиональной подготовки ординатора, уровня его компетентности в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций.

Результаты 2 и 3 этапов экзамена оцениваются по пятибалльной системе. Протокол результатов прохождения 2, 3 этапа фиксируется в соответствующем протоколе (приложение 2, 3).

Оценка определяется, исходя из следующих критериев:

«Отлично¬ – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком, широко используются термины. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо¬ – дан полный развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком, используются термины. Могут быть

допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«**Удовлетворительно¬ -** дан полный, однако недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ логичен, используются термины. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

«Неудовлетворительно¬ – дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Изложение материала фрагментарно, нелогично. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

Ординаторам, не сдавшим государственную итоговую аттестацию, ординатура, по желанию, может быть продлена на компенсационной основе (по договору) с правом повторной сдачи экзамена через 6 месяцев.

Неявка ординатора на государственную итоговую аттестацию без уважительной причины расценивается как неудовлетворительная оценка.

Уважительными причинами неявки на ГИА могут явиться: болезнь, другие объективные и субъективные обстоятельства, но лишь в случае их документального оформления и представления в управление подготовки медицинских кадров по ординатуре ИНМФО до конца рабочего дня накануне экзамена.

4. ПОРЯДОК ПОДВЕДЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

Все решения ГЭК оформляются протоколами (приложение 1,2, 3). В протоколе заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии по приему итогового (государственного) экзамена отражаются перечень заданных ординатору вопросов и характеристика ответов на них, мнения председателя и членов итоговой (государственной) экзаменационной комиссии о выявленном в ходе итогового (государственного) аттестационного испытания уровне подготовленности ординатора к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке ординатора.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания итоговой (государственной) экзаменационной комиссии также подписывается секретарем итоговой (государственной) экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Института НМФО.

Отчет о работе ГЭК ежегодно докладывается на Ученом совете Института НМФО ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

5. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА.

5.1. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОРДИНАТОРАМ ПО ПОДГОТОВКЕ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ ЭКЗАМЕНУ.

Подготовка к итоговой (государственной итоговой) аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам и задачам, которые впоследствии войдут в экзаменационные билеты. В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную учебную и научную литературу, последние федеральные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний необходимо посещение ординаторами предэкзаменационных консультаций по вопросам, включенным в программу итогового / государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой по расписанию, накануне экзаменов.

Содержимое ответов ординатора на итоговом / государственном экзамене должно соответствовать требованиям ФГОС высшего образования по специальности 31.08.31 «Гериатрия¬. Ординатор выпускник должен продемонстрировать уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности. В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа на каждый вопрос. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурировано и логически. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, и не допускать ошибок в произношении терминов.

5.2 ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНЫХ РАЗДЕЛОВ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Фундаментальная геронтология и социально- медицинские аспекты геронтологии
- Основные гериатрические синдромы
- Комплексная гериатрическая оценка
- Особенности заболеваний сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте
- Заболевания органов дыхания в пожилом и старческом возрасте
- Заболевания ЖКТ в пожилом и старческом возрасте
- Заболевания почек и мочевыводящих путей у пожилых
- Гематологические синдромы и заболевания в гериатрии
- Гериатрическая фармакотерапия
- Неотложные состояния в гериатрии

5.3 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств к ГИА по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.31 «Гериатрия¬ включает:

- задания в тестовой форме
- вопросы для оценки практических навыков (для II этапа ГИА)
- вопросы для собеседования (для III этапа ГИА)
- ситуационные задачи

5.3.1 ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.31 «ГЕРИАТРИЯ¬

При старении отмечаются следующие изменения, связанные с атрофическими процессами головного мозга: 1. нарушение памяти; 2. эмоциональные расстройства; 3. снижение объема обучения; 4. улучшение памяти; 5. увеличение объема обучения.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

а. правильные ответы 1, 2 и 3;

б. правильные ответы 1 и 3;

в. правильные ответы 2 и 4;

г. правильные ответы 4;

д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

В старших возрастных группах отмечается замедление следующих сенсорных функций: 1. зрения; 2. слуха; 3. осязания; 4. обоняния; 5. тактильной чувствительности.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

а) правильные ответы 1, 2 и 3;

б) правильные ответы 1 и 3;

в) правильные ответы 2 и 4;

г) правильные ответы 4;

д) правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Возрастные изменения познавательной деятельности заключаются в: 1. возрастании логического запоминания; 2. возрастании систематического усвоения; 3. снижении механического запоминания; 4. возрастании механического запоминания; 5. снижении логического запоминания.
Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:
а. правильные ответы 1, 2 и 3;
б. правильные ответы 1 и 3;
в. правильные ответы 2 и 4;
г. правильные ответы 4;
д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Основная причина развития сердечной недостаточности в пожилом возрасте - это:
а. артериальная гипертония;
б. ишемическая болезнь сердца;
в. клапанные пороки;
г. метаболические расстройства;
д. коллагеновые заболевания.

Изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых соответствует уровень артериального давления, равный:
а. 140/85-159/90 мм рт. ст.;
б. ДАД 95-104 мм рт. ст.;
в. ДАД 105-114 мм рт. ст;
г. САД >160, ДАД не более 90 мм рт. ст.;
д. ДАД >105 мм рт. ст.

Внезапная, без предвестников, потеря сознания характерна для:

а. ортостатической гипотонии;

б. вертебробазилярной недостаточности;

в. нарушений сердечного ритма и/или проводимости;

г. проявлений эпилепсии;

д. интоксикации сердечными гликозидами.

Среди пороков сердца в пожилом возрасте чаще встречается:

а. митральный стеноз;

б. митральная недостаточность;

в. стеноз устья аорты;

г. недостаточность аортального клапана;

д. стеноз клапана легочной артерии.

Наиболее возможным осложнением выраженного митрального стеноза является:

а. эмболия в мозг;

б. кровохаркание;

в. отек легких;

г. инфаркт миокарда;

д. пневмония.

При аортальном стенозе у пожилых чаще всего шум иррадиирует:

а. на шею;

б. по левому краю грудины;

в. в левую подмышечную область;

г. в эпигастральную область;

д. в основание сердца.

Для установления диагноза III стадии гипертонической болезни необходимо:

а. отсутствие поражения органов-мишеней;

б. наличие поражения органов-мишеней;

в. наличие клинических проявлений со стороны органов-мишеней;

г. наличие сахарного диабета.

2-й степени артериальной гипертензии соответствует один из ниже перечисленных уровней АД

а. 160/100- 179/109 мм.рт.ст.

б. 140/90- 159/99 мм.рт.ст

в. более 180/110 мм.рт.ст.

г. менее 139/89 мм.рт.ст.

Для лечения транзиторной (острой) А-В блокады III степени, сопровождающейся гипотонией и брадикардией, показана:

а. временная кардиостимуляция

б. медикаментозная терапия беллатаминалом

в. медикаментозная терапия атропином

г. имплантация постоянного кардиостимулятора

д. динамическое наблюдение

Критическим митральный стеноз называется при площади митрального отверстия:

а. < 2 см/2.

б. > 2 см/2.

в. < 1 см/2.

г. < 0.1 см/2.

Определите функциональный класс ХСН у больного с одышкой, утомляемостью, тахикардией при небольшой физической нагрузке, со значительным ограничением функциональных возможностей организма:

А. I.

Б. II.

В. III.

Г. IV.

Больным АГ в сочетании с подагрой нельзя назначать:

а. моксонидин

б. бисопролол

в. эналаприл

г. гипотиазид

д. амлодипин

Наиболее серьезные осложнения фибрилляции предсердий:

а. переход в трепетание предсердий

б. тромбоэмболические осложнения

в. развитие легочной гипертензии

г. прогрессирующая сердечная недостаточность

Наибольшей чувствительностью для выявления тромбов левого предсердия обладает:

а. рентгенография грудной клетки

б. трансторакальная эхокардиография

в. чреспищеводная эхокардиография

г. перфузионная сцинтиграфия миокарда

Какой вид анемии является прогностически неблагоприятным?

А. апластическая

Б. В12- дефицитная

В. гемолитическая

Г. железодефицитная

Для железодефицитной анемии характерно:

А. гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате

Б. гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки

В. гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

Г. гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты

Укажите основной ранний критерий эффективности терапии В12-дефицитной анемии:

А. Повышение концентрации гемоглобина.

Б. Нормализация содержания эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов в периферической крови.

В. Полное исчезновение мегалобластов из костного мозга.

Г. Ретикулоцитарный криз.

Д. Гемолитический криз.

ЖДА средней тяжести соответствует содержание уровня гемоглобина в крови:

А. 120-90 г/л.

Б. 90-70 г/л.

В. Менее 70 г/л.

Г. 60-40 г/л.

Наиболее значимое исследование при дифференциальной диагностике микроцитарных анемий:

А. концентрации ферритина в сыворотке крови;

Б. пунктата костного мозга;

В. концентрации витамина B_{12} в сыворотке крови;

Г. концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови;

Д. определение абсолютного количества ретикулоцитов.

Причины возникновения B_{12}-дефицитной анемии:

А. атрофический гастрит;

Б. гастрэктомия;

В. дивертикулярная болезнь толстого кишечника;

Г. пищевой дефицит овощей и фруктов.

Принципами лечения запора у пожилых являются: 1. гимнастика; 2. назначение слабительных препаратов; 3. назначение прокинетиков; 4. назначение препаратов, имеющих сродство к серотониновым рецепторам; 5. правильный рацион питания, включающий пищевые волокна и полноценный водный баланс.

Выберите правильный ответ по схеме:

а. правильны ответы 1, 2 и 3;

б. правильны ответы 1 и 3;

в. правильны ответы 2 и 4;

г. правильный ответ 4;

д. правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

Гериатрия - это: 1. наука о старении организма; 2. наука, изучающая особенности сочетанной патологии в пожилом и старческом возрасте; 3. наука, изучающая болезни пожилого возраста; 4. наука, изучающая особенности течения заболеваний в пожилом и старческом возрасте; 5. наука, изучающая старческий возрастной период.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

а. правильные ответы 1,2 и 3;

б. правильные ответы 1 и 3;

в. правильные ответы 2 и 4;

г. правильные ответы 4;

д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

8. Старение характеризуется: 1. разрушительностью; 2. эндогенностью; 3. постепенностью; 4. адаптивностью; 5. созидательностью.

Выберите один или несколько правильных ответов по схеме:

а. правильные ответы 1, 2 и 3;

б. правильные ответы 1 и 3;

в. правильные ответы 2 и 4;

г. правильные ответы 4;

д. правильные ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

5.3.2 ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ II ЭТАПА ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.31 «ГЕРИАТРИЯ¬

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

1. Методика комплексной гериатрической оценки.
2. Методика проведения и оценка результатов лабораторных исследований мочи (общий анализ, проба Нечипоренко, проба Зимницкого), дифференциальная диагностика мочевого осадка.
3. Методика проведения базовой сердечно-легочной реанимации.
4. Неотложная помощь при пароксизмальных наджелудочковых нарушениях ритма (фибрилляция и трепетание предсердий, тахикардии неясного генеза с узкими QRS комплексами).
5. Неотложная помощь при желудочковых (пароксизмальная желудочковая тахикардия, полиморфная двунаправленная типа «пируэт¬ желудоковая тахикардия) нарушениях ритма.
6. Оценка когнитивных функций пациентов пожилого и старческого возраста
7. Оказание неотложной помощи при неосложненном гипертоническом кризе.

8. Оказание неотложной помощи при осложненном гипертоническом кризе.
9. Проведение тестов и оценка результатов физического функционирования пожилого пациента (батарея тестов)
10. Оказание неотложной помощи при сердечной астме и отёке легких.
11. Регистрация и интерпретация ЭКГ.
12. Оказание неотложной помощи при остром приступе бронхиальной астмы.
13. Оценка показателей ЭхоКГ.
14. Оказание неотложной помощи при кардиогенном шоке.
15. Исследование функции внешнего дыхания: методика и оценка результатов спирометрии (ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МОС, пробы с бронхолитиком).
16. Оказание неотложной помощи при ТЭЛА.
17. Анализ результатов рентгенологических методов исследования при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
18. Анализ результатов рентгенологических методов исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
19. Анализ результатов рентгенологических методов исследования при заболеваниях почек.
20. Анализ результатов рентгенологических методов исследования при заболеваниях суставов.
21. Анализ результатов рентгенологических методов исследования при заболеваниях органов дыхания.
22. Оказание неотложной помощи при полной АВ-блокаде с приступом Морганьи-Эдемса-Стокса.
23. Оценка функционального состояния почек (методы определения скорости клубочковой фильтрации).
24. Проведение оценки когнитивных функций с определением когнитивного статуса у пациентов пожилого и старческого возраста (праксиса, гнозиса, речи, письма, чтения, счета, ориентировки в пространстве и времени, памяти, мышления)
25. Трактовка результатов функциональных нагрузочных тестов

(велоэргометрия, тредмил-тест).

26. Оказание неотложной помощи при кетоацидотической коме.
27. Оказание неотложной помощи при гипогликемической коме.
28. Методика проведения плевральной пункции. Анализ плевральной жидкости.
29. Оказание неотложной помощи при анафилактическом шоке.
30. Методика проведения и оценка результатов суточного мониторирования ЭКГ.
31. Методика проведения и оценка результатов суточного мониторирования АД.
32. Оказание неотложной помощи при желудочно-кишечном кровотечении.
33. Оценка результатов УЗИ органов брюшной полости, почек.
34. Оценка результатов УЗИ магистральных сосудов.
35. Оценка результатов УЗИ щитовидной железы.
36. Выявление факторов риска развития пролежней и контактного дерматита
37. Выявление факторов риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста
38. Оценка результатов эндоскопических методов исследования ЖКТ (ЭГДС, колоноскопии, ректороманоскопии).
39. Неотложная помощь при синкопальных состояниях.
40. Неотложная помощь при ОНМК.
41. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме.
42. Тактика неотложной помощи при острой сердечной недостаточности с низким сердечным выбросом.
43. Тяжелое обострение бронхиальной астмы, диагностика, тактика оказания неотложной помощи.
44. Оказание неотложной помощи при аллергических реакциях: отёке Квинке, крапивнице.
45. Физикальное обследование сердечно-сосудистой системы.
46. Физикальное обследование системы органов дыхания.

47. Физикальное обследование ЖКТ.
48. Острое повреждение почек. Причины, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Клиническая фармакология средств для неотложной терапии и показания к гемодиализу.
49. Лекарственная гиперчувствительность: острые токсикоаллергические реакции, лекарственная лихорадка, лекарственная цитопения. Принципы терапии.
50. Лекарственные поражения печени: факторы риска, диагностика, подходы к терапии, профилактика.
51. Острая надпочечниковая недостаточность: причины, клиника, дифференциальный диагноз, неотложная терапия.
52. Острая дыхательная недостаточность: причины, диагностика, оксигенотерапия на догоспитальном этапе (способы и средства).
53. Респираторный дистресс-синдром взрослых: понятие, патогенез, факторы риска, клиника, диагностика, подходы к терапии.
54. Неинвазивная респираторная поддержка у пациентов пожилого и старческого возраста с дыхательной недостаточностью: показания, методы.
55. Небулайзеротерапия: показания, возможности, фармакология лекарственных средств для небулайзеротерапии, приборы для небулайзеротерапии.
56. Пальцевое исследование прямой кишки.
57. Самоконтроль гликемии у пациентов с СД: глюкометры, техника, интерпретация результатов.
58. Пикфлоуметрия: методика, показания, интерпретация результатов.
59. Методологические подходы к определению ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности.
60. Современная регидратационная терапия при инфекционных и неинфекционных состояниях: показания, препараты, методика.
61. Основы лечебного питания в зависимости от возраста и функционального

статуса пациента.

62. Обучение пациентов пожилого и старческого возраста, их родственников, законных представителей и лиц, осуществляющих уход, навыкам ухода.
63. Методика оценки риска венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста
64. Методика оценки риска развития пролежней и контактного дерматита у пациентов пожилого и старческого возраста
65. Методика оценки риска падений у пациентов пожилого и старческого возраста
66. Особенности возрастных изменений психического статуса
67. Выявление сенсорных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста (оценки остроты зрения)
68. Выявление сенсорных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста (проведение отоскопии).
69. Методы оценки эмоционального статуса пациента пожилого возраста.
70. Составление аналитического отчета по практической работе врача-гериатра поликлиники и стационара

5.3.3. Перечень вопросов ДЛЯ III ЭТАПА итоговой (государственной итоговой) по специальности 31.08.31 «ГЕРИАТРИЯ¬.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ:

1. Влияние факторов внешней среды и социально-бытового окружения на состояние здоровья пациентов пожилого и старческого возраста
2. Возрастная классификация по ВОЗ.
3. Особенности здоровья населения пожилого и старческого возраста и методы его изучения.
4. Принципы организации гериатрической помощи. Основные медицинские учреждения для обслуживания людей пожилого и старческого возраста.

5. Представления о физиологическом, преждевременном, патологическом старении. Сосудистый возраст.
6. Социальная активность пожилого человека в трудовой, общественно-политической, семейно-бытовой, культурно-массовой сферах жизнедеятельности.
7. Диспансеризация пациентов пожилого возраста: нормативные документы, организация, показатели, критерии эффективности.
8. Проблема жестокого обращения с пожилыми.
9. Периоперационное ведение пожилых пациентов.
10. Комплексная гериатрическая оценка пациента старше 65 лет: цель, задачи, принципы, методы, формулировка заключения гериатра.
11. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте.
12. Пневмонии (внебольничные, внутригоспитальные). Особенности течения пневмоний в пожилом и старческом возрасте.
13. Бронхиальная астма в пожилом и старческом возрасте: особенности фенотипа, диагностика, принципы терапии.
14. ХОБЛ у пожилых: особенности клиники, диагностика, терапия.
15. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) у пожилых: клинические формы, диагностика, лечение, противоэпидемические мероприятия.
16. Тяжелые формы гриппа: клиника, диагностика, тактика ведения пациентов (клинические рекомендации Российского респираторного общества)
17. Вакцинопрофилактика в пожилом и старческом возрасте.
18. Особенности болезней сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте.
19. Обследование пожилых больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
20. Атеросклероз - проблема гериатрии: диагностика, коррекция гиперлипидемий у пожилых пациентов.

21. Ишемическая болезнь сердца в пожилом и старческом возрасте: классификация, диагностика.
22. ОКС: понятие, диагностика. Тактика на догоспитальном этапе. Инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения у пожилых.
23. Приобретенные пороки аортального клапана: стеноз устья аорты, аортальная недостаточность, комбинированный аортальный порок: клиника, диагностика, лечение, показания к оперативному лечению, периоперационное ведение (роль гериатра).
24. Приобретенные пороки митрального клапана: митральный стеноз, недостаточность митрального клапана, комбинированный митральный порок: клиника, диагностика, лечение, показания к оперативному лечению, периоперационное ведение (роль гериатра).
25. Гипертоническая болезнь в пожилом и старческом возрасте. Особенности диагностики и антигипертензивной терапии.
26. Антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий в гериатрической практике.
27. Нарушения проводимости: виды, принципы терапии в пожилом и старческом возрасте. ПЭКС: виды, показания.
28. ХСН у пожилых: особенности клиники и диагностики. Современная терапия ХСН.
29. Болезни пищевода в пожилом и старческом возрасте. ГЭРБ: диагностика, принципы терапии.
30. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте. Особенности течения. Осложнения.
31. НПВП-гастроэнтеропатия. Профилактика, лечение.
32. Хронический панкреатит: особенности течения у пожилых, диагностика, принципы терапии.
33. Запоры у пожилых: принципы терапии.
34. Лекарственные поражения печени у пожилых.

35. Инфекции мочевыводящих путей у пожилых пациентов. Принципы терапии.
36. Хроническая болезнь почек у пожилых.
37. Железодефицитные состояния в пожилом и старческом возрасте: факторы риска, диагностика, лечение.
38. В12 -дефицитная анемия в пожилом и старческом возрасте: клинико-лабораторные синдромы. Диагностика, лечение, вторичная профилактика
39. Общие вопросы взаимодействия с пациентом пожилого/старческого возраста и их родственниками/опекунами в отношении фармакотерапии
40. Лекарственно-индуцированная инсомния.
41. Депрескрайбинг антипсихотических препаратов.
42. Гигиена сна у пожилых.
43. Гериатрические синдромы: старческая астения (хрупкость)
44. Гериатрические синдромы: саркопения.
45. Гериатрические синдромы: падения.
46. Гериатрические синдромы: дегидратация и мальнутриция.
47. Гериатрические синдромы: когнитивный дефицит (в т.ч. деменция).
48. Гериатрические синдромы: делирий.
49. Гериатрические синдромы: сенсорные дефициты.
50. Пролежни: профилактика, принципы терапии
51. Возрастные изменения сердечно-сосудистой системы.
52. Возрастные изменения системы дыхания.
53. Возрастные изменения органов пищеварения.
54. Возрастные изменения мочевыделительной системы.
55. Возрастные изменения системы крови.
56. Возрастные изменения эндокринной системы.
57. Принципы антибактериальной терапии пневмоний у пожилых пациентов
58. Лечение обострений ХОБЛ у пожилых.
59. Кислородотерапия при ХОБЛ у пожилых: показания, методика, современные технические средства.

60. Лечение инфаркта миокарда в пожилом и старческом возрасте.
61. Нарушения ритма сердца. Виды, стратификация риска.
62. Фибрилляция предсердий у пожилых: классификация, тактика терапии, мониторируемые при лечении показатели.
63. ПЭКС у пожилых: показания для имплантации ПЭКС, режимы ПЭКС, мониторируемые показатели, обучение пациентов и их родственников правилам безопасного использования ПЭКС.
64. Фармакотерапия ХСН: особенности в пожилом возрасте, мониторируемые показатели.
65. Антитромботическая терапия у пожилых при ИБС.
66. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у пожилых пациентов. Клиническая фармакология антисекреторных препаратов. Понятие о депрескрайбинге ИПП.
67. Коморбидные состояния: железодефицитные состояния, ХСН, ХБП у пожилых. Диагностика, тактика терапии.
68. Фолиеводефицитная анемия у пожилых: клинико-лабораторные синдромы, тактика терапии, вторичная профилактика.
69. Дивертикулярная болезнь толстого кишечника: клиника, диагностика, осложнения, лечение.
70. ЗНО толстого кишечника у пожилых: клиника, диагностика, возможности хирургического лечения.
71. Сахарный диабет 2 типа: этиология, критерии диагностики, современная пероральная сахароснижающая терапия (цели, показания, противопоказания, критерии безопасности).
72. Сахарный диабет 2 типа: современная инсулинотерапия (цели, показания, критерии безопасности), вопросы самоконтроля гликемии пациентом.
73. Сахарный диабет 2 типа: микрососудистые осложнения (диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия, синдром диабетической стопы), клиника, диагностика, лечение, профилактика.
74. Климактерический синдром.

75. Тромбоцитопении: этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика терапевта.
76. Синдром лимфаденопатии в практике терапевта: этиология, алгоритм дифференциальной диагностики.
77. Лейкемоидные реакции: понятие, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
78. Миелопролиферативные заболевания: истинная полицитемия. Клиника, современная диагностика. Принципы лечения. Методика проведения эксфузий крови.
79. Хронический лимфолейкоз. Основные клинические синдромы, диагностические критерии, дифференциальный диагноз, лечение и его осложнения.
80. Миелопролиферативные заболевания: хронический миелолейкоз. Клиника, диагностика, дифееренциальный диагноз, лечение и его осложнения (мониторируемые показатели, терапия).
81. Паранеопластические синдромы: патогенез, клиника, дифференциальная диагностика.
82. Лихорадка неясного генеза: понятие, этиология, дифференциальная диагностика, современный алгоритм обследования.
83. Остеоартрит: понятие, этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Современные подходы к лечению, показания к хирургическому лечению. Возможности реабилитации.
84. Подагра: диагностические критерии, клинические формы, современный алгоритм диагностики и лечения.
85. Гигантоклеточный артериит и ревматическая полимиалгия: понятие, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, подходы к терапии. Реабилитация. Диспансеризация.
86. Остеопороз. Диагностика, профилактика, лечение, реабилитация.

87. Возрастные изменения организма, влияющие на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных средств и безопасность лекарственной терапии.
88. Полипрагмазия у пожилых: проблема, пути решения, профилактика. START/STOPP-критерии для предотвращения потенциально некорректного назначения лекарственных препаратов пожилым пациентам.
89. Гериатрические синдромы: недержание мочи.
90. Гериатрические синдромы: головокружение.
91. Гериатрические синдромы: пролежни.
92. Гериатрические синдромы: депрессия.
93. Гериатрические синдромы: болевой синдром.
94. Гериатрические синдромы: синкопальные состояния у пожилых.
95. Организация безопасного быта для пожилого пациента.
96. Делирий у пожилых: клиника, факторы риска, неотложная терапия, тактика
97. Гиперосмолярные состояния при СД: клиника, диагностика, тактика терапии
98. Гипогликемические состояния у пожилых: причины, клиника.
99. Желудочно-кишечное кровотечение.
100. Геморрагический церебральный инсульт. Клиника, неотложная помощь.
101. Ишемический церебральный инсульт: факторы риска, клиника заболевания, лечение.
102. Болезнь Альцгеймера. Дифференциальная диагностика сосудистой деменции и болезни Альцгеймера.
103. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
104. Синдром паркинсонизма.

105. Боль в спине: дифференциальный диагноз, лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника в пожилом и старческом возрасте
106. Методы реабилитации пожилых пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника
107. Эссенциальный тремор у пожилого пациента: лечение, средства реабилитации.
108. Недементные когнитивные нарушения у пожилых.

5.3.5 ТИПОВЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, ВЫНОСИМЫЕ НА III ЭТАП ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.31 «ГЕРИАТРИЯ¬.

Клиническая задача № 1

Больной Ф. 78 лет обратился в поликлинику с жалобами на приступы учащенного сердцебиения, чувство «перебоев¬ в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние 2 месяца, продолжительностью до нескольких часов, проходят самостоятельно.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре: телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧДД 17 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет.

Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные, учащены. ЧСС – 112 уд/мин, дефицит пульса. АД – 110/60 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9х8х7 см.

ЭКГ: ритм эктопический, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, между комплексами QRS мелкие волны «f¬ , частота сокращения желудочков 95-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Требуется ли неотложная помощь?
6. Назначьте плановую терапию.

Клиническая задача № 2

Пациент Т. 79 лет с жалобами на эпизодическое повышение АД до 160-170/60-70 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области, усилением «шума¬ в голове. По совету своих родственников при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Считает себя больным около 5-х лет, когда впервые появились выше указанные жалобы. Плановой терапии не получает. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. В течение последних 5 лет отмечает значительное снижение остроты зрения (перестал читать, изображение телевизора крайне размыто), остроты слуха (не может пользоваться телефоном, но разговорную речь слышит, если просит

собеседника говорить громче). Последний год появился страх падений (неустойчивость при ходьбе, «бросает из стороны в сторону¬) из чего перестал выходить за пределы квартиры, по квартире передвигается с помощью трости. Курит около ½ пачки в день – 50 лет. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 169 см, вес 74 кг (2 года назад 79 кг), При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД сидя– 160/68 мм рт.ст. АД лёжа – 170/74 мм рт.ст. АД стоя 140/62 мм рт.ст. (выраженное головокружение пациента после вертикализации). Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Пастозность нижней трети голеней, симметричная.

Вопросы:

1. Выделите основные геронтологические синдромы у пациента
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте терапию согласно поставленному диагнозу, обоснуйте свои назначения.
5. Реабилитация пациента.

Клиническая задача 3

Пациент 67 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ¬ (CAT) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с высокой температурой, выраженным кашлем, гнойной мокротой.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ - 29 кг/м^2 .

Гиперемия кожи лица. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии легочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жесткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД - 22 в минуту. Границы
сердца расширены вправо, акцент 2 тона над легочной артерией. ЧСС - 86 ударов в
минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лежа набухают. Печень на 2 см
ниже края реберной дуги. На ногах симметричные отеки до середины голеней. Общий анализ крови: эритроциты – 5,3*10^9 /л, Hb - 168 г/л, лейкоциты - 6,1*10^9 /л (лейкоцитарная формула - без особенностей), СОЭ - 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ$_1$= 41,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ= 0,6. Пульсоксиметрия: SaO2=91%. ЭКГ - признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: легочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте.
2. Назначьте медикаментозную терапию основного и сопутствующих заболеваний. Обоснуйте свой ответ.
3. Составьте план диспансерного наблюдения, реабилитации.

Клиническая задача 4

Мужчина 65 лет обратился по поводу хронического кашля; последнее время (пару месяцев) отмечает появление одышки при физической активности. Со слов пациента в последнее время отмечается усиление кашля. Курит ежедневно 1-1,5 пачки сигарет в течение 35 лет, пробовал неоднократно самостоятельно отказаться от курения, однако безуспешно.

При обследовании: Кожные покровы обычной окраски, пульсоксиметрия демонстрирует сатурацию 98%. ЧСС 80 в минуту, АД 125/82 мм. рт.ст., частота дыхания 16 в минуту. Перкуторный звук над легочными полями ясный, дыхание с жестким оттенком, по всем легочным полям отмечаются единичные сухие свистящие хрипы. По остальным органам и системам без отклонений. По результатам спирометрии ФЖЕЛ в пределах возрастной нормы, отношение ОФВ1/ФЖЕЛ 0,89, ОФВ1 81% от нормы.

Вопросы:

1. Какие основные рекомендации следует дать пациенту?
2. Какие препараты фармакологической поддержки отказа от курения возможно использовать?
3. Какие дополнительные методы исследования следует назначить данному пациенту?

4. Программа индивидуальной реабилитации.
5. Диспансеризация: сроки, объем.

Клиническая задача 5

Женщина 72 лет, обратилась на прием с жалобами на приступообразный кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой, чувство заложенности за грудиной, чувство нехватки воздуха, одышку при физической нагрузке. Считает себя больной около 15 лет, при усилении симптомов самостоятельно использует ингалятор сальбутамол (до 5 раз в день 2-3 раза в месяц), на фоне чего отмечает значительное уменьшение указанных жалоб. В анамнезе сезонный аллергический ринит, пищевая аллергия, лекарственная аллергия (антибиотики, витамины В6 и В1, новокаин). Не курит, никогда не курила, профессиональной вредности не было. Сопутствующие заболевания: ГБ (принимает лизиноприл 20 мг в сут, индапамид 2,5 мг в сут), СД (принимает метформин 2000 мг/сут, гликлазид МВ 60 мг перед завтраком), остеоартроз коленных и тазобедренных суставов (часто принимает НПВП – диклофенак, мелоксикам, ацеклофенак).
Объективно: Телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые.
Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л\узлы не пальпируются. Аускультативно выслушиваются сухие, свистящие, высокотональные хрипы при форсированном выдохе по всем легочным полям. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный. ЧСС -72 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень - по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеков нет.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз, обоснуйте.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Назначьте плановую терапию основного и сопутствующих заболеваний.
4. План диспансеризации пациентки.
5. Реабилитация (если необходимо).

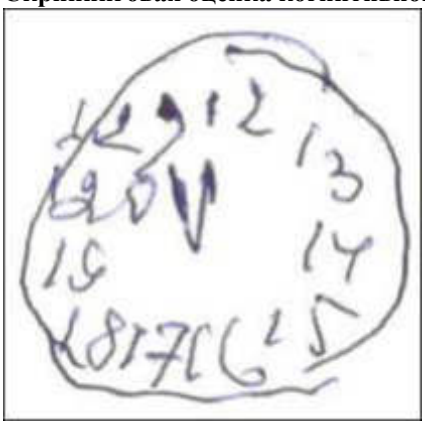
Клиническая задача 6

Пациентка Л.И., 72 года, в прошлом главный бухгалтер крупного предприятия.
Жалобы: частые головные боли и повышение АД до 150-160/90-95 мм рт.ст. (в домашних условиях); головокружение («провал под ногами¬), усиливающиеся при поворотах головы; шум и звон в ушах, снижение слуха, больше слева; неустойчивость и неуверенность при ходьбе, шаткость походки - «бросает в сторону и назад¬ (боязнь падений); уменьшение повседневной активности из-за снижения способности к концентрации внимания; ухудшения памяти (текущие события, забывчивость в соблюдении режима приёма лекарственных препаратов), трудности адаптивности при выполнении обычных интеллектуальных занятий (записи к врачу поликлиники, планировании дня и т.д.)
Из анамнеза: АГ с возраста 40 лет; регулярно принимает антигипертензивную терапию (лозартан 50 мг в сутки, амлодипин 5 мг в сутки, бисопролол 5 мг в сутки). В возрасте 41 и 45 лет перенесла ОНМК ишемического типа. В 2010 года (66 лет) – первый и зарегистрированный пароксизм ФП (тахисистолический вариант), выбрана стратегия кардиоверсии (в дальнейшем был рекомендован пропафенон 150 мг х 3 раза в день). С 2016 года – перманентная форма ФП, медикаментозная нормосистолия. Сопутствующая терапия: аторвастатин 10 мг, АСК 100 мг. Антикоагулянтная терапия отсутствует (в течение нескольких месяцев принимала варфарин, затем отказалась от приёма из-за необходимости частого лабораторного контроля, отсутствия достижения целевого МНО – со слов пациентки). В течение последних 3-4 лет отмечает ежедневные эпизоды головокружения, неустойчивость и шаткости при ходьбе («бросает в сторону и назад¬), что привело к боязни падений, часто провоцируются гипертоническими кризами. Пациентка опасается передвигаться без помощи родственников. Последние 2 года, со слов дочери пациентки – прогрессирующе ухудшение памяти, внимания, концентрации внимания на определённом виде деятельности (не помнит факт приёма лекарственных препаратов, текущие события в семье, трудности в бытовых вопросах – ведение домашнего хозяйства, планирование покупок и т.д.).
Объективно: Вес – 89 кг, Рост – 165 см, ОТ – 114 см, ОБ – 106 см. Лёгкие: везикулярное дыхание по всем отделам лёгочных полей, ЧДД – 17 в мин. Сердце: тоны ослаблены, не учащены, аритмичны. ЧСС = ЧП – 82 в мин. АД: 170/102 мм рт.ст., 158/100 мм рт.ст., 156/96 мм рт.ст., АД среднее (сидя): 161/99 мм рт.ст., АД (стоя): 156/96 мм рт.ст. Живот: увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, край печени мягкий, +1,0 см ниже рёберной дуги. Плотный, ассиметричный, индуративный отёк нижней трети обеих голеней, кожа уплотнена, утолщена, багрового цвета и участками пигментации.
ЭКГ: Фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 62 до 93 в мин, средняя ЧСЖ – 77 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Нельзя исключить очаговые (рубцовые) изменения перегородочной области ЛЖ.
ЭхоКГ: концентрическая ГЛЖ (ИММЛЖ – 126 г/м^2; ЗСЛЖ – 11,7 мм, МЖП – 12,1 мм) без дилатации

ЛЖ (КДР ЛЖ – 48,7 мм, КСР – 30,8 мм); Дилатация ЛП – 43,3 мм (1 ст.), ФВ ЛЖ – 66%. Зон гипо-, акинеза ЛЖ не выявлено. Атеросклероз аорты. Кальциноз створок аортального клапана. Аортальная регургитация 1 ст. Митральная регургитация 1 ст. Правые отделы – без особенностей. Перикард – норма.

КТ головного мозга: КТ-картина перенесённых ОНМК в бассейнах правой и левой средней мозговой артерии, множественные очаги лейкоареоза, умеренное расширение внутренних и наружных ликворосодержащих пространств. Атеросклероз магистральных артерий головного мозга.

Скрининговая оценка когнитивного статуса: МоСА тест – 20 баллов. Тест рисования часов:



Вопросы:
1. Клинический диагноз.
2. Ведущие гериатрические синдромы у пациентки.
3. Предполагаемые результаты КГО пациентки.
4. Медикаментозная терапия.
5. Вторичная профилактика и комплексная с точки зрения гериатра реабилитация пациентки.
6. Сформулировать заключение врача-гериатра.

Клиническая задача 7

Пациент В.Ф., 78 лет. Разведен, долгое время проживает один.

Жалобы на боли в поясничном отделе позвоночника, резко усиливающиеся при вставании со стула, наклонах в стороны, с иррадиацией по задней поверхности правого бёдра, головную боль, чувство нехватки воздуха при умеренной физ.нагрузке (подъём по лестнице до 2 этажа), иногда – дискомфорт за грудиной (тяжесть) при данном уровне физической нагрузки, неустойчивость и неуверенность при ходьбе, шаткость походки - «ноги не чувствуют твердую почву¬, «ломоту в ногах¬ в ночное время, ухудшения памяти (текущие события, забывчивость в соблюдении режима приёма лекарственных препаратов).

Из анамнеза: АГ более 25 лет (с 50 лет). В 2012 г первый документированный пароксизм ФП, с 2014 г – перманентная форма ФП. С 2013 г стали беспокоить боли за грудиной при подъёме по лестнице выше 2 этажа, общая слабость, одышка. С 2010 г принимает плановую терапию, назначенную терапевтом поликлиники: эналаприл 10 мг -1 табл. утром, ½ табл. вечером, метопролол тартрат ретард 50 мг – 1 табл. утром,
индапамид 2,5 мг – 1 табл. утром, фуросемид 40 мг – принимал 3-4 раза в мес (при появлении отёков голеней, стоп или значимом повышении АД), АСК 75 мг, аторвастатин 20 мг – 1 табл. на ночь. В 2011 году выявлен СД 2 типа, назначена сахароснижающая терапия: метформин 850 мг – 1 табл. в завтрак, 1 табл. в ужин,
гликлазид МВ 60 мг – 1 табл. в завтрак.
В течение 1,5 лет наблюдается у уролога в связи с ДГПЖ, последние 3 мес принимает тамсулозин 0,4 мг и экстракт плодов пальмы ползучей.
Боли в спине с 40 лет, связывает с тяжёлой физической работой, при усилении болевого синдрома самостоятельно принимает НПВС: внутрь или парентерально (в/м) – диклофенак, кетопрофен. Длительность приёма НПВС составляла до 1 мес.

Объективно: рост – 180 см; вес – 118 кг; ОТ – 123 см, ОБ – 109 см. Усиление грудного кифоза, выпрямление поясничного лордоза, асимметрия плеч, лопаток, таза, сколиоз
пальпация паравертебральных точек болезненна в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Лёгкие: везикулярное дыхание по всем отделам лёгочных полей, ЧДД – 17 в мин. Сердце: тоны ослаблены, не учащены, аритмичны. ЧСС = ЧП – 72 в мин. АД: 170/92 мм рт.ст., 158/82 мм рт.ст., 156/80 мм рт.ст., АД

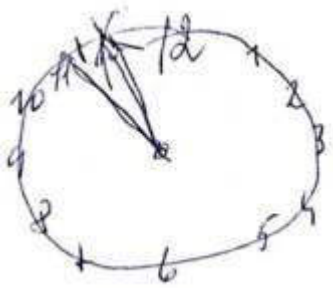
среднее (сидя): 161/85 мм рт.ст.,
АД (стоя): 156/80 мм рт.ст. Живот: увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, край печени мягкий, +2,0 см ниже рёберной дуги. Ослаблена пульсация артерий тыла стопы, задней большеберцовой артерии, кожа стоп истончена, выраженный онихомикоз всех ногтевых пластин. Симметричная пастозность в нижней трети голеней.

Лабораторные данные: гемоглобин – 130 г/л, гематокрит – 43%, глюкоза плазмы натощак – 7,7 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, липидный профиль: ОХ – 4,1 ммоль/л; ЛПНП – 1,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,86 ммоль/л; ТГ – 1,6 ммоль/л, Na+ – 140 ммоль/л; K+ – 4,3 ммоль/л, мочевая кислота – 422 мкмоль/л, креатинин – 110 ммоль/л;
рСКФ (CKD-EPI) – 55 мл/ мин/1,73 м2, АЛТ – 36 Ед/л; АСТ – 39 Ед/л. Анализ мочи: плотность – 1020; pH – кислая; белок – 0,1 г/л, глюкоза не выявлена; эритроциты – 1-2 п/зр, лейкоциты – 3-4 в п/зр.

ЭКГ: Фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 47 до 78 в мин, средняя ЧСЖ – 62 в мин. Признаки ГЛЖ с систолической перегрузкой в передней, боковой области ЛЖ.

ЭхоКГ: дилатация ЛЖ (КДР – 60,4 мм, КСР – 48 мм). Митральная недостаточность II ст. Дилатация ЛП II ст. Эксцентрическая ГЛЖ (ИММЛЖ – 128,3 г/м2; ЗСЛЖ – 12,1 мм, МЖП – 0,92 мм). Атеросклероз аорты. Фиброзные изменения створок аортального клапана. Аортальная недостаточность I ст. Диастолическая дисфункция I типа. Снижение систолической функции ЛЖ (ФВ ЛЖ – 39%). Правые отделы – без особенностей. Перикард – норма.

Скрининговая оценка когнитивного статуса: МоСА-тест 19 баллов.
Тест рисования часов:



Гериатрическая шкала оценки депрессии: 12 баллов
Тест «встань и иди¬: 15 сек.
Тест вставания со стула: 17 сек.

Опросник «Возраст не помеха¬: 4 балла

Вопросы:
1. Основные гериатрические синдромы у данного пациента.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

Клиническая задача 8

Пациентка 1936 г.р., жалобы на головные боли, головокружение, «шум в голове¬, снижение памяти на настоящие события, шаткость при ходьбе (передвигается с посторонней помощью, с тростью), боли в спине, усиливающиеся при движении.

Из анамнеза: в течение последних 5лет стали беспокоить выраженная слабость, усилились и участились головные боли, головокружения. В течение последнего года были 3 падения дома (ушибы мягких тканей). Боли в загрудинной области, одышка при умеренной физ.нагрузке беспокоят в течение 10 лет.
Анамнез жизни: работала с 16 лет, тяжелая неквалифицированная работа в течение всей жизни. Более 20 лет вдова. Проживает в отдельной квартире, на 1 этаже.
Объективно: Вес – 65кг. Рост – 155см. ОТ – 68 см, ОБ – 80см. Лёгкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердце: границы сердца расширены влево на 1см, аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД=150/90 мм.рт.ст. АД (стоя): 140/80 мм рт.ст. ЧП=ЧСС=78 в мин. Живот

мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание учащенное, безболезненное. Стул со склонностью к запорам. Симметричная пастозность стоп.

Динамометрия (кг):	1 попытка	2 попытка
правая рука	11 кг	12 кг
левая рука	10 кг	8 кг

Тест «встань и иди¬ (сек)	18 сек
Способность поддержания равновесия (сек)	5 сек
Визуально аналоговая шкала (%)	80%
Риск переломов, FRAX (%)	13%

Оценка когнитивного статуса:
Шкала MMSE – 19 баллов
Гериатрическая шкала депрессии и тревоги – 5 баллов
Тест рисования часов:



ЭКГ: Ритм синусовый, 72 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.
МРТ головного мозга: зоны кистозно-глиозных изменений теменных, затылочных долей. Очаговые изменения вещества головного мозга дисциркуляторного характера. Атрофические изменения вещества головного мозга с вторичным расширением ликворных пространств.

Вопросы:
1. Основные гериатрические синдромы у данного пациента.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

Клиническая задача 9

Пациентка 89 лет, **жалобы** на общую слабость, шаткость при ходьбе, головные боли, головокружения, шум в голове, снижение слуха, памяти, боли в коленных и голеностопных суставах.
Из анамнеза: артериальная гипертензия более 40 лет. Принимает антигипертензивную терапию в течение последних 10 лет: лизиноприл 10 мг в день, гидрохлортиазид 12,5 мг в день, амлодипин 5 мг. Около 10 лет назад установлен диагноз желчнокаменной болезни. Около 10 лет страдает остеоартрозом коленных суставов, голеностопных суставов. Периодически принимает НПВП (кеторолак, нимесулид).
Из анамнеза жизни: образование средне-специальное, работала монтажницей на заводе. В настоящее время проживает одна (вдова, дети проживают отдельно), в квартире на 2 этаже, пользуется лифтом.
Объективно: Вес – 68 кг (за 1 год похудела на 6 кг). Рост – 154 см. ОТ –88 см, ОБ 105 – см. Полная адентия, есть съемный зубной протез. Периферические лимфатические узлы не пальпируются Аускультативно: дыхание везикулярное, ЧДД в покое 17 в мин. ГОСТ: правая граница - по правому краю грудины, верхняя по 3-му межреберью по левой среднеключичной линии, левая - по левой

срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС-72 в мин, ЧП 72 в мин. АД (в положении сидя) 140/75 мм рт. ст. АД (стоя) 135/70 мм рт. ст. Отеков на нижних конечностях не выявлено.

Динамометрия (кг)		1 попытка	2 попытка
	правая рука	12 кг	15 кг
	левая рука	15 кг	16 кг
Скорость ходьбы (м/с)	6 м за 9 сек		
Тест «встань и иди¬ (сек)	35 сек		
Визуально аналоговая шкала, (%)	3 балла		
Риск переломов, FRAX (%)	19,2%		
Индекс повседневной активности Бартел	60 баллов		
Краткая шкала оценки питания (MNA)	21 балл		
Опросник «Возраст не помеха¬	5 баллов		

Оценка когнитивного статуса:
Шкала MMSE – 20 баллов
Гериатрическая шкала тревоги и депрессии – 9 баллов
Тест рисования часов:



ЭКГ: синусовый ритм, 68 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка.
Лабораторные данные: гемоглобин – 124 г/л; гематокрит – 39%, глюкоза плазмы натощак – 5,33 ммоль/л; липидный профиль: ОХ – 5,3 ммоль/л; ЛПНП – 3,61 ммоль/л; ЛПВП – 0,92 ммоль/л; ТГ – 1,7 ммоль/л; мочевая кислота – 215 мкмоль/л; креатинин – 67 ммоль/л; рСКФ (CKD-EPI) – 53 мл/ мин/1,73 м^2; АЛТ – 13 Ед/л; АСТ – 17 Ед/л.

Вопросы:
1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации, вторичной профилактики.

Клиническая задача 10

Пациент Д., 1933 г.р.
Жалобы на общую слабость, снижение мышечной силы, похудание за последние 4 года на 6 кг, снижение памяти, шаткую походку, периоды резко учащенного сердцебиения чувством «перебоев¬ в работе сердца, боли в коленных суставах при ходьбе, падения.

Из анамнеза: ухудшение последние 4 года, когда после смерти жены похудел на 6 кг, появилась мышечная слабость, головокружение, шаткость походки, стал падать на улице, при ходьбе стал использовать трость. Падения приводили к ушибам мягких тканей. Боли в коленных суставах при ходьбе стали почти ежедневными. Пациент отмечает постепенное снижение памяти, остроты зрения и слуха (в связи с чем почти перестал смотреть телевизор, читать газеты).
Из анамнеза жизни: образование 7 классов, работал столяром. Проживает в настоящее время один, в квартире на 7 этаже, пользуется лифтом.
Объективно: Вес –72 кг. Рост – 178 см. ОТ –84 см, ОБ –90 см. Лёгкие: везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердце: тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС=76 в мин, PS=68 в мин. АД (сидя) 126/64 мм.рт. ст. АД (стоя) 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезнен. Печень пальпаторно не увеличена. Периферических отеков нет.

Динамометрия (кг)		1 попытка	2 попытка
	правая рука	16	14
	левая рука	15	17
Тест «встань и иди¬ (сек)	25 сек		
Способность поддержания равновесия (сек)	Не выполняет пробу – выраженные нарушения равновесия		
Визуально аналоговая шкала (%)	50%		
Риск переломов, FRAX (%)	14, 2%		
Индекс повседневной активности Бартел	50 баллов		
Краткая шкала оценки питания MNA	11 баллов		

Оценка когнитивного статуса:
Шкала MMSE: 24 балла
Гериатрическая шкала депрессии и тревоги: 14 баллов.

Лабораторные данные: гемоглобин – 115 г/л; эритроциты-3,09*10^{12}/л, MCV- 78 фл, лейкоциты-7,6*10^{9}/л: э-2,п-1,с-65,лимф-24,м-8; СОЭ-8 мм\ч, тромбоциты-173*10^{9}/л, глюкоза плазмы натощак – 5,9 ммоль/л; липидный профиль: ОХ – 3,8 ммоль/л; общий белок-55 ммоль\л, альбумин- 40 ммоль\л, креатинин – 94 ммоль/л; АЛТ – 28 Ед/л; АСТ – 25 Ед/л.
ЭКГ: эктопический ритм - фибрилляция предсердий с ЧСЖ от 62 до 93 в мин, средняя ЧСЖ – 77 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.
Вопросы:
1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации.

Клиническая задача 11

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитроглицерина и при прекращении нагрузки
Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма раствора соды, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрной окраски стула в течение 2–х суток. В возрасте 50 лет диагностировали язвенную болезнь 12-перстной кишки, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался.
Больной страдает ИБС; 8 месяцев назад перенёс инфаркт миокарда, проведена операция реваскуляризации миокарда - стентирование коронарных артерий (установлено 2 стента с лекарственным покрытием). Пациент получает медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе,

АСК и клопидогрел. Последние 2 месяца прекратил приём розувастатина.
При осмотре: состояние удовлетворительное, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/66 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.
В анализах: эритроциты $3{,}11\times10^{12}$/л, Hb-93 г/л, MCV 82 fl, MCH 28 pg, ретикулоциты – 8%, RDW 18%, лейкоциты $5{,}6\times10^{9}$/л. СОЭ 18 мм/час. Общий холестерин 6,5 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л, ЛПВП 0,87 ммоль/л, ЛПНП 4,45 ммоль/л.
ЭКГ: ритм синусовый, 88 в 1 мин; RI> RII> RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец Т отрицательный.

Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Профилактика.

Клиническая задача 12

Мужчина 66 лет, пенсионер, обратился с жалобами на одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, отеки в области лодыжек.
Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес инфаркт. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области лодыжек к вечеру.
Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 170 см, вес 77 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 72 в мин. АД – 132/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. ОАК: эритроциты $3{,}89\times10^{12}$/л, Hb-113 г/л, MCV 78 fl, MCH 26 pg, RDW 18%, лейкоциты $5{,}6\times10^{9}$/л. СОЭ 18 мм/час. Глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 112 мкмоль/л, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л; ферритин сыворотки 18 мкг/л. ЭКГ: ритм синусовый 68 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец Т в III, aVF отведениях.

Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента и лечения.
4. Какие рекомендации, касающиеся немедикаментозного лечения и реабилитации, необходимо дать пациенту?

Клиническая задача 13

Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.
Больной себя считает в течение недели, когда во время работы на даче появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала диклофенак – с незначительным эффектом.
Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу миомы матки), хирургическая менопауза. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости.
При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 136/70 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2\times10^{12}$/л, гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты – $7,8\times10^{9}$/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – 267×10^{9}/л, СОЭ – 14 мм/час.
Общий анализ мочи: pH – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.
Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 85 мкмоль/л.
На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.
По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,4, в шейке бедра показатель Т-критерия -2,5.

Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Рекомендации по реабилитации и вторичной профилактике?

Клиническая задача 14

Пациент К. 74 лет. **Жалобы** на ухудшение самочувствия последние 2 недели: усиление одышки (появляется при незначительной физической нагрузке - умывании, одевании), «свист¬ в грудной клетке, кашель с мокротой желто-зеленого цвета (ее количество увеличилось последние 7-10 дней, повышение температуры до 37,8°С.
Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет (связывал с курением) Последние 10 лет стал отмечать одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Данное ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8°С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась одышка. Лечился дома самостоятельно: азитромицин 500 мг 1 раз в день 5 дней, беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения.
Анамнез жизни: курит 50 лет по 1-1,5 пачки в сутки, работает прорабом на стройке более 30 лет. Аллергоанамнез не отягощен.
Объективно: кожные покровы влажные, гиперемия лица, цианоз губ. Температура 37,5°С. Рост – 172 см, вес – 60 кг. При аускультации легких – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отёков нижних конечностей нет.
По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния (мMRS) - 4 балла.
Общий анализ крови: эритроциты - $4,42\times10^{12}$/л, Нв -165 г/л, Ht - 50%, лейкоциты - $8,4\times10^{9}$/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.
Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета, лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.
По данным пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.
ФВД: ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. План реабилитации, меры вторичной профилактики?

Клиническая задача 15

На приёме у врача пациентка 72 лет с жалобами на наличие безболезненных опухолевидных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также повышенную потливость, слабость. Вышеуказанные жалобы появились около 3 мес назад, постепенно нарастают.
Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и

подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.
Общий анализ крови: эритроциты – $3{,}1\times10^{12}$/л, Нв – 109 г/л, тромбоциты – 178×10^{9}/л, лейкоциты – 39×10^{9}/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:
1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

Клиническая задача 16

Пациентка А.Н., 84 лет **с жалобами** на общую слабость, чувство нехватки воздуха и чувство учащенного сердцебиения при ходьбе в пределах комнаты, головокружение.
Из анамнеза: в течение последних 3 лет отмечает постепенное нарастание общей слабости, снижение переносимости повседневного уровня физической нагрузки (в пределах квартиры), частое появление отеков в области лодыжек к вечеру. Пациентку беспокоит снижение памяти (забывает принимать лекарства, тяжело вспомнить текущие события), шаткость походки (появилась боязнь падений), снижение зрения и слуха.
10 лет назад перенесла ИМ передней стенки ЛЖ.
2 года назад в связи с потерей сознания, выявленной AV-блокадой II степени, Мобитц 2 в срочном порядке выполнена имплантация ПЭКС в режиме VVI.
Более 40 лет страдает ГБ.
В течение последнего года принимает: эналаприл 20 мг/сут, спиронолактон 50 мг/сут, метопролол тартрат 50 мг 2 раза в сут, триметазидин по 35 мг 2 раза в день, фуросемид 40 мг 3 раза в неделю, симвастатин 20 мг в сут, АСК 100 мг в сут, бетагистин 32 мг в сут, мексидол по 125 мг 3 раза в сут, корвалол по 30-40 кап 2 раза в день, феназепам ½ табл- 1 табл на ночь (в связи с нарушениям ночного сна – трудно заснуть).
Из анамнеза жизни: проживает с супругом, в отдельной квартире, на 4 этаже, лифта нет. Из квартиры последний год не выходит, прибегает к помощи социального работника (приходит 3 раза в неделю). Использование вспомогательных средств в повседневной жизни: съемный зубной протез, очки, трость.
Объективно: Вес – 51 кг (похудела на 5 кг за последний год). Рост – 154 см. Кожа, видимые слизистые слегка бледные, нормальной влажности. Полная адентия (использует съемный зубной протез). В легких при аускультации дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные хрипы. ЧДД в покое 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС=ЧП= 60 в мин. АД 120/62 мм рт. ст. (сидя), АД 100/58 мм рт.ст. (стоя). Печень +2,0 см из-под реберной дуги, край эластичной консистенции, ровный, безболезненный.
Симметричные отеков на нижних конечностях в области нижней трети голеней. Варикозное расширение поверхностных вен.

Динамометрия (кг)	правая рука	17 кг
	левая рука	14 кг
Тест «встань и иди¬ (сек)	28 сек	
Способность поддержания равновесия (сек)	не выполняет	
Риск переломов (%) по FRAX	6,5% для остеопоретических переломов 4,7 % для переломов проксимального отдела бедра	
Опросник «Возраст не помеха¬	5 баллов	

Активность в повседневной жизни (индекс Бартел)	55 баллов
Краткая шкала оценки питания – MNA	19,5 баллов

Оценка когнитивного статуса:
шкала MMSE – 21 балл
тест рисования часов – 3 балла
гериатрическая шкала депрессии – 7 баллов.

Лабораторные данные: гемоглобин – 104 г/л; эритроциты $3,8\times10^{12}$/л, MCV 78 fl, тромбоциты – 188×10^{9}/л, лейкоциты – $4,9\times10^{9}$/л, СОЭ – 13 мм/ч, глюкоза плазмы натощак – 5,2 ммоль/л; ОХ – 3,31 ммоль/л; ЛПНП – 2,0 ммоль/л; ЛПВП – 0,91 ммоль/л; ТГ – 0,87 ммоль/л; Na^+ 142 ммоль/л; K^+ 3,8 ммоль/л, мочевая кислота – 248 мкмоль/л; креатинин – 128 мкмоль/л; АЛТ – 15,1 Ед/л; АСТ – 17,7 Ед/л.

Заключение ЭКГ: Ритм ЭКС 60 в мин в режиме VVI.

Суточное мониторирование ЭКГ: ритм ЭКС 60 в мин в режиме VVI 90% навязанного ритма. Нарушений в системе ЭКС не выявлено. Собственный синусовый ритм (10% времени мониторирования) с одиночными, а также по типу би-, тригеминии желудочковыми экстрасистолами, всего 4120 за сутки. выявлены 4 парные желудочковые экстрасистолы.

Эхокардиография: Атеросклероз аорты. Дилатация левого предсердия 2 ст., правого предсердия 1 степени, расширение полости ЛЖ и умеренное снижение его систолической функции (ФВ 39%). Кальциноз аортального клапана 2 ст., аортальная регургитация 1 степени. Кальциноз створок митрального клапана 1 ст., митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 2 ст. Электрод в правых отделах.

Вопросы:
1. Основные гериатрические синдромы у данной пациентки.
2. Клинический диагноз. Заключение гериатра.
3. Необходимое дообследование.
4. Медикаментозная терапия основного, сопутствующих заболеваний.
5. Индивидуальная программа реабилитации.

Клиническая задача № 17
Мужчина 75 лет предъявляет **жалобы** на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после повышения АД до 220/90 мм рт.ст. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина и 1 таблетку каптоприла 25 мг – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.
В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 20 лет. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 40 лет.
При объективном обследовании: состояния средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах слегка ослаблено, единичные влажные хрипы ниже угла лопаток. ЧДД 22 в мин. SpO2 93%. Тоны сердца ослаблены, учащены, ритм правильный, АД – 140/76 мм рт. ст., ЧСС – 94 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.
ЭКГ: синусовая тахикардия, 91 в мин. ЭОС отклонена влево. В отведениях II, III, aVF определяется подъем сегмента ST до 4 мм.

Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какие дополнительные обследования показаны пациенту

Клиническая задача № 18
Больная Н. 73 лет, пенсионерка, обратилась на прием к врачу в сопровождении дочери. Предъявляет **жалобы** на выраженную слабость, нарастающую в течение последних шести месяцев. Дочь указывает на резкое появление и быстрое прогрессирование когнитивных нарушений у мамы (забывчива, теряется при

пользовании бытовой техникой, временами не узнает близких), нарушений сна (отсутствие сна в ночное время), нарушений тазовых функций (недержание мочи и кала).
Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией, целевые показатели АД достигнуты на фоне комбинированного приема лизиноприла и амлодипина. За медицинской помощью ранее обращалась редко, преимущественно для прохождения диспансеризации. На руках есть протокол ФГДС, выполненной в условиях частной клиники по инициативе дочери пациентки (заключение: атрофический гастрит).
Объективно: состояние средней тяжести. Рост 161 см, вес 56 кг, ИМТ 21,6 кг/м^2. Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Отёков нет. Костно-суставно-мышечная система – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, учащены, ритм правильный. ЧСС – 97 в 1 мин. АД – 130/70 мм.рт.ст. Язык малинового цвета, не обложен. Живот мягкий, чувствительный к пальпации в эпигастральной области. Печень выступает на 2 см из-под рёберной дуги, край эластичный. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - 2,31×10^{12}/л, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - 2,8 х 10^9/ л.: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) – 76×10^9/ л. СОЭ = 41 мм/час.

Вопросы:
1. Выскажите и обоснуйте мнение о наиболее вероятных диагнозах.
2. Предложите и обоснуйте дальнейшую тактику ведения пациентки.

Клиническая задача № 19
Больной Ю. 74 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. **Жалобы** на головную боль, шум в ушах, тошноту.
Из анамнеза известно, что в течение более 20 лет более гипертонической болезнью, принимает эналаприл+гидрохлортиазид по 10+12,5 мг/сут. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 110/60 до 170/90 мм рт. ст). Сегодня утром появилась резкая головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек¬ перед глазами, головокружение, тошнота, однократно - рвота. Принимал каптоприл 25 мг, нифедипин 20 мг, без эффекта.
Объективно: сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м^2. Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет.
Заключение ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. Отклонение ЭОС влево. Признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой в передне-боковой области ЛЖ.

Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Рекомендации по дальнейшей плановой терапии?

Клиническая задача № 20
Пациент 72 лет **с жалобами** на сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе в привычном для него темпе через 50-70 м или при подъёме на 1 лестничный пролёт, проходящие через 3-5 мин покоя, после использования коротко действующих нитратов.
Из анамнеза заболевания: Боли за грудиной при повседневной физической нагрузке беспокоят более 10 лет, неоднократно обращался за мед.помощью, принимал регулярную терапию: периндоприл 5 мг в сут, метопролол тартрат ретард 50 мг сут, АСК 100 мг, аторвастатин 10 мг в сут Настоящее ухудшение наступило в течение недели, когда на фоне отмены терапии (уехал на дачу, забыл взять препараты плановой терапии) приступы загрудинных болей участились, стали возникать несколько раз в день, при меньших нагрузках, а также в покое.
Из анамнеза жизни известно, что больной страдает артериальной гипертензией длительное время, курит до 1 пачки сигарет в день в течение 50 лет.
Объективно: сознание ясное, гиперстенической конституции. Кожа и видимые слизистые обычной окраски,

влажности. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, учащены. ЧСС=ЧП=– 90 ударов в минуту, АД - 170/80 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.
На ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 92 ударов в минуту. ЭОС отклонена влево. Признаки ГЛЖ. Депрессия сегмента ST на 2-3 мм косо нисходящего типа в отведениях I, II, aVL, V4-V6. В отведениях V1-V3 з.Т сглажены.

Вопросы:
1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
4. План дополнительного обследования пациента?
5. Стратегия дальнейшего лечения пациента
6. Реабилитация, вторичная профилактика.

Клиническая задача № 21
Пациент 74 лет поступает в стационар **с жалобами** на резкую слабость (дома в день обращения была кратковременная потеря сознания при вставании с постели), головокружение, давящие боли за грудиной.
Из анамнеза заболевания: резкое ухудшение самочувствия и появление выше описанных симптомов отмечено в течение нескольких часов. Накануне вечером был жидкий стул черной окраски.
Из анамнеза жизни: АГ в анамнезе более 20 лет. Пациент более 10 лет назад перенес ИМ. В течение 8 лет – постоянная форма фибрилляции предсердий. Регулярно принимал: периндоприл 4 мг, бисопролол 7,5 мг, дигоксин ½ табл., спиронолактон 25 мг, АСК 75 мг, дабигатран по 150 мг 2 раза в день, аторвастатин 20 мг. В связи с обострением болевого синдрома в коленных суставах (остеоартроз коленных и тахобедренных суставов более 20 лет) в течение 14 последних дней принимал различные НПВП (диклофенак, ацеклофенак, кеторолак). За 2 дня до ухудшения состояния на семейном празднике выпил около 150 мл крепкого спиртного напитка.
Больше 20 лет лечился в стационаре по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, последние годы-без обострений.
Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые бледные, влажные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, учащены, аритмичные. ЧСС 120 ударов в минуту, ЧП 96 в мин. АД - 90/55 мм рт. ст. Живот участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, печень не выступает из-под рёберной дуги. Отёков нет.
На ЭКГ: эктопический ритм, фибрилляция предсердий с ЧСЖ 110-150 в мин, средней ЧСЖ 130 в мин. Очаговые рубцовые изменения в задней стенке ЛЖ (патологический з.Q в отведениях III, aVF). Депрессия сегмента ST на 1 мм косо нисходящего типа в отведениях V4-V6.
Общий анализ крови (cito): эритроциты (RBC) – $2{,}2\times10^{12}$/л, гемоглобин (Hb) – 68 г/л, MCV – 84 fl, лейкоциты (WBC) – 5,9 х 10^9/ л.: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) – 190×10^9/ л. СОЭ = 11 мм/час.

Вопросы:
1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
4. План дополнительного обследования пациента?
5. Стратегия дальнейшего лечения пациента
6. Реабилитация, вторичная профилактика.

6. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ К ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.31 «ГЕРИАТРИЯ¬.

а) Основная литература:

Ткачева, О. Н. Гериатрия / под ред. Ткачевой О. Н. , Фроловой Е. В. , Яхно Н. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 608 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5093-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450932.html

Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 т. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-1687-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970416877.html
Руководство по геронтологии и гериатрии : в 4 т. Т. 2 : Введение в клиническую гериатрию / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 784 с. : ил. - Текст : непосредственный
Руководство по геронтологии и гериатрии : в 4 т. Т. 3 : Клиническая гериатрия / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 894 с. : ил. - Текст : непосредственный
Руководство по геронтологии и гериатрии : в 4 т. Т. 4 : Клиническая гериатрия / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 523 с. : ил., цв. ил. - ISBN 978-5-9704-0731-8.- Текст : непосредственный
Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 т. Том 2. Введение в клиническую гериатрию / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 784 с. - ISBN 978-5-9704-1459-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414590.html
Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 т. Том 3. Клиническая гериатрия / Авдеев С. Н. , Аникин В. В. , Анохин В. Н. и др. , под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 896 с. - ISBN 978-5-9704-1461-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970414613.html
Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4-х томах. Том 4 : руководство / под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 528 с. - ISBN 978-5-9704-0731-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970407318.html
Уход за пожилыми : основы геронтологии, геронтопсихологии и гериатрии : учебное пособие / О. О. Заварзина [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-5213-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452134.html
Мушкамбаров, Н. Н. Геронтология in polemico : монография / Мушкамбаров Н. Н. - 2-е изд., стер. - Москва : ФЛИНТА, 2015. - 467 с. - ISBN 978-5-9765-2296-1. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785976522961.html
Бронштейн, А. С. Пожилой хирургический больной / А. С. Бронштейн, О. Э. Луцевич, В. Л. Ривкин и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 272 с. (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-3064-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430644.html
Краснова, О. В. Психология личности пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья : учебное пособие для слушателей профессиональной переподготовки по специальности "Психологическая деятельность в учреждениях социальной сферы" / Краснова О. В. , Галасюк И. Н. , Шинина Т. В. ;под ред. О. В. Красновой. - Санкт-петербург : КАРО, 2011. - 320 с. - ISBN 978-5-9925-0636-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785992506365.html
Стародубцев, А. К. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ПОЖИЛЫХ / А. К. Стародубцев, М. Л. Максимов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

https://www.studentlibrary.ru/book/970409169V0023.html
Кишкун, А. А. Биологический возраст и старение : возможности определения и пути коррекции / Кишкун А. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-0786-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970407868.html
Сторожаков Г. И. Поликлиническая терапия : учебник для вузов, обучающихся по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисц. "Поликлиническая терапия" / Сторожаков Г.И., Чукаева И.И., Александров А.А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 636, [4] с. : ил. + 1 CD-ROM. – Текст : непосредственный.
Сторожаков, Г. И. Поликлиническая терапия : учебник / Сторожаков Г. И. , Чукаева И. И. , Александров А. А. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-2501-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425015.html
Кадыков, А. С. Хронические сосудистые заболевания головного мозга. Дисциркуляторная энцефалопатия / А. С. Кадыков, Л. С. Манвелов, Н. В. Шахпаронова. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа/ - 2020. - 288 с. (Библиотека врача-специалиста). - ISBN 978-5-9704-5448-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970454480.html
Арутюнов, Г. П. Терапевтические аспекты диагностики и лечения заболеваний сердца и сосудов / Г. П. Арутюнов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 608 с. - ISBN 978-5-9704-3356-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433560.html
Остеопороз / под ред. О. М. Лесняк. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-3986-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439869.html
Улащик, В. С. ФИЗИОТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ / В. С. Улащик, Г. Н. Пономаренко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/970411841V0037.html
Тель, Л. З. Нутрициология / Л. З. Тель [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 544 с. - ISBN 978-5-4235-0255-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423502553.html

б) Дополнительная литература:

1. Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г. http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Antidement_plan_060919.pdf

2. Российские клинические рекомендации

2.1. Падения и переломы у пациентов пожилого и старческого возраста (2020 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/padenie_i_perelomy_19012020.docx.pdf

2.2. Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста (2020 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/hronicheskaya_bol_26_01_2020.pdf

2.3. Недостаточность питания у лиц пожилого и старческого возраста (2020 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/nedostatochnost_pitaniya%20_28012020.pdf

2.4. Недержание мочи у пациентов пожилого и старческого возраста (2019 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/nederzhanie_20.12.19.pdf

2.5. Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого возраста (30.03.2018) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Pereoperatsionnoe_vedenie.pdf

2.6. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста (2018 г.) http://rgnkc.ru/images/projects_documents/Farmakoterapiya.pdf

2.7. Клинические рекомендации по старческой астении (14.12.2018 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Asteniya_final_2018.pdf

3. Российские согласительные документы

3.1. Особенности диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста http://rgnkc.ru/images/metod_materials/HSN_konsensus.pdf

3.2. Антитромботическая терапия в пожилом и старческом возрасте: согласованное мнение экспертов (18.04.2017 г.) http://rgnkc.ru/images/metod_materials/ATT_konsensus.pdf

3.3. Лечение артериальной гипертонии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией (15.01.2017 г.) http://rgnkc.ru/images/metod_materials/arterialnaya_gipertoniya.pdf

4. Методические материалы

4.1. Депрескрайбинг антипсихотических лекарственных средств, применяемых при лечении поведенческих и психотических симптомов деменции и инсомнии у пациентов 60 лет и старше (проект протокола, версия 2.0. от 1 октября 2019 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Depreskraibing/Depreskraibing_antipsihiotiki.pdf

4.2. Депрескрайбинг ингибиторов протонной помпы у пациентов пожилого и старческого возраста (проект протокола, версия 2.0. от 14 мая 2019 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Depreskraibing/Depreskraibing_2_0_1.pdf

4.3. Ведение пациентов пожилого и старческого возраста с высоким риском развития делирия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях. Клинический протокол (проект, 2018 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Delirii_protokol.pdf

4.5. Правила оформления истории болезни пациентов с синдромом старческой астении (25.05. 2018 г.) http://rgnkc.ru/pravila-oformleniya-istorii-bolezni-patsientov-s-sindromom-starcheskoj-astenii

4.6. Методические рекомендации по профилактическому консультированию пациентов 75 лет и старше с целью профилактики развития и прогрессирования старческой астении (08.11.2017 г.) http://rgnkc.ru/images/metod_materials/Asteniya.pdf

4.7. Методические рекомендации «Предупреждение жестокого обращения с пожилыми людьми в учреждениях здравоохранения (2017 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Zhestokoe_obrashenie_preduprezhdenie.pdf

4.8. Методические рекомендации «Выявление и профилактика жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми в учреждениях здравоохранения и социальной защиты. Помощь жертвам жестокого обращения¬ (2017 г.) http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Zhestokoe_obrashenie_viyavlenie.pdf

4.9. Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой

астенией для врачей первичного звена здравоохранения (2016 г.) http://rgnkc.ru/images/metod_materials/asteniya.pdf

в) Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

НИИ, учреждения, клиники, кафедры		
	ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова¬ Минздрава России Российский геронтологический научно-клинический центр	http://rgnkc.ru/
Общественные организации/ ассоциации специалистов		
	Российская ассоциация геронтологов и гериатров	http://rosagg.ru/
	Европейское общество гериатрии European Geriatric Medicine Society	https://www.eugms.org/home.html
	Официальный учебный портал сообщества геронтологов и гериатров России	https://medpoint1.ru/site/index
	Геронтологическое общество при РАН	http://www.gersociety.ru/

Приложение 1

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ¬
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №_____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки (I этап ГИА)

_____
(наименование специальности)

«____¬_____20____г.

Присутствовали:
Председатель ГЭК: /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: /ФИО/

Секретарь подкомиссии: /ФИО/

Количество заданных вопросов при проведении аттестационного тестирования – 100

Количество правильных ответов при проведении аттестационного тестирования - _____

Оценка _____

Постановили:
Признать, что ординатор_____
сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/_____/

Секретарь ГЭК _____/ _____/

Приложение 2

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ¬
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №_____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(II этап ГИА - практические навыки)

_____
(наименование специальности)

«____¬_____20____г.

Присутствовали:
Председатель ГЭК: /ФИО/.

Члены государственной
экзаменационной комиссии: ---------- --./ФИО/

Секретарь подкомиссии: ----------.--./ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:
1._____
_____2.____
_____
_____
3._____
_____

Постановили:
Признать, что ординатор_____

сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/ _____/

Секретарь ГЭК _____/ _____/

Приложение 3

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ¬
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОТОКОЛ №_____
заседание государственной экзаменационной подкомиссии по приему
государственного экзамена по специальности подготовки
(III этап ГИА – устное собеседование)

_____
(наименование специальности)

«____¬_____20____г.

Присутствовали:
Председатель ГЭК: /ФИО/

Члены государственной
экзаменационной комиссии: /ФИО/

Секретарь подкомиссии: /ФИО/

Экзаменационный билет №_____

Вопросы:
1._____
_____
2._____
_____3.____
_____
_____

Постановили:
Признать, что ординатор_____

сдал государственный экзамен с оценкой:_____

Председатель ГЭК _____/ _____/

Секретарь ГЭК _____/ _____/

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна **03.12.25** 12:13 (MSK) Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA