

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

«26»

2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
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 НМФО

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2026 года поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2026

Разработчики программы:

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Занимаемая должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Недогода Сергей Владимирович	заведующий кафедрой	д.м.н. / профессор	внутренних болезней Института НМФО
2.	Чумачек Елена валерьевна	доцент	к.м.н., доцент	внутренних болезней Института НМФО
3.	Ледяева Алла Александровна	доцент	к.м.н., доцент	внутренних болезней Института НМФО
По методическим вопросам				
4.	Болотова Светлана Леонидовна	доцент	к.м.н.	внутренних болезней Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации 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.

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры внутренних болезней института НМФО, протокол №6 от 04.06.2026 года

Заведующий кафедрой внутренних болезней института НМФО,

д.м.н., профессор



С.В. Недогода

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол №1 от 25.08.2026 года

Председатель УМК



Н.И. Свиридова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.31 «ГЕРИАТРИЯ»

1. Пожилым считается возраст:

- а. 45-59 лет;
- б. 60-74 года;
- в. 75-80 лет;
- д. 90 и более лет.

2. Старческим считается возраст:

- а. 45-59 лет;
- б. 60-74 года;
- в. 75-89 лет;
- г. 90-95 лет;
- д. 96 и более лет.

3. Определите возраст долгожителей:

- а. 45-59 лет;
- б. 60-74 года;
- в. 75-89 лет;
- г. 90 и более лет;
- д. 100 и более лет.

4. Показатель, прогрессивно возрастающий с возрастом:

- а. уровень глюкозы в крови;
- б. сократительная способность миокарда;
- в. количество форменных элементов крови;
- г. синтез гормонов гипофиза;
- д. уровень общего холестерина крови.

5. Частота сердечных сокращений с возрастом:

- а. снижается;
- б. повышается;
- в. не изменяется;
- г. возрастает с возрастанием АД;
- д. снижается с возрастанием АД.

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

7. 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.

9. К показателям, изменяющимся в пожилом и старческом возрасте, относятся: 1. уровень глюкозы в крови; 2. сократительная способность миокарда; 3. толщина стенки матки; 4. синтез гормонов гипофиза; 5. кислотно-основное равновесие.

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.

10. Показатели, изменяющиеся с возрастом: 1. функция пищеварительных желез; 2. функция половых желез; 3. чувствительность органов к гормонам; 4. количество форменных элементов крови; 5. онкотическое давление.

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.

11. Характерные черты старения: 1. однонаправленность; 2. одномерность; 3. необратимость; 4. обратимость; 5. компенсаторность.

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.

12. Повышение общего периферического сопротивления связано с: 1. увеличением просвета периферических артерий; 2. снижением кровоснабжения почек; 3. склерозированием мелких венул; 4. склерозированием просвета периферических артерий; 5. снижением кровоснабжения сердца.

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.

13. С возрастом в миокарде развивается: 1. прогрессирующий склероз; 2. атрофия мышечных волокон; 3. гнездная гипертрофия мышечных волокон; 4. некротические изменения; 5. воспалительные изменения.

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.

14. Изменения дыхательного аппарата с возрастом включают в себя: 1. потерю эластичности реберных хрящей; 2. уменьшение подвижности реберно-позвоночных суставов; 3. развитие кальциноза хрящей; 4. повышение мышечной силы межреберных мышц; 5. повышение тонуса мышц дыхательного аппарата.

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.

15. Изменения грудной клетки в пожилом возрасте заключаются в: 1. увеличении передне-заднего размера; 2. расширении нижней апертуры; 3. росте отрицательного внутриплеврального давления; 4. уменьшении передне-заднего размера; 5. сужении нижней апертуры.

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.

16. Возрастные изменения стенки бронха - это: 1. инфильтрация лимфоидными элементами; 2. инфильтрация плазматическими элементами; 3. уменьшение просвета бронха; 4. инфильтрация эозинофилами; 5. увеличение просвета бронха.

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.

17. Дренажная функция бронхов снижается с возрастом в результате: 1. атрофии бронхиального эпителия; 2. снижения перистальтики бронхов; 3. снижения кашлевого рефлекса; 4. гипертрофии бронхиального эпителия; 5. усиления перистальтики бронхов.

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.

18. Возрастное уменьшение жизненной емкости легких связано с: 1. ригидностью грудной клетки; 2. снижением силы дыхательных мышц; 3. уменьшением эластичности легких; 4. увеличением силы дыхательных мышц; 5. увеличением эластичности легких.

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.

19. Возрастные рентгенологические изменения органов грудной клетки - это: 1. повышение прозрачности легочной ткани; 2. усиление бронхососудистого рисунка; 3. уменьшение подвижности диафрагмы; 4. уменьшение прозрачности легочной ткани; 5. усиление подвижности диафрагмы.

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.

20. 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.

21. 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

27. Наиболее возможным осложнением выраженного митрального стеноза является:

- а. эмболия в мозг;
- б. кровохаркание;
- в. отек легких;
- г. инфаркт миокарда;
- д. пневмония.

28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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
32. Критическим митральный стеноз называется при площади митрального отверстия:
- а. $< 2 \text{ см}^2$.
 - б. $> 2 \text{ см}^2$.
 - в. $< 1 \text{ см}^2$.
 - г. $< 0.1 \text{ см}^2$.
33. 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.
34. Больным АГ в сочетании с подагрой нельзя назначать:
- а. моксонидин
 - б. бисопролол
 - в. эналаприл
 - г. гипотиазид
 - д. амлодипин

35. Наиболее серьезные осложнения фибрилляции предсердий:
- а. переход в трепетание предсердий
 - б. тромбоэмболические осложнения
 - в. развитие легочной гипертензии
 - г. прогрессирующая сердечная недостаточность
36. Наибольшей чувствительностью для выявления тромбов левого предсердия обладает:
- а. рентгенография грудной клетки
 - б. трансторакальная эхокардиография
 - в. чреспищеводная эхокардиография
 - г. перфузионная сцинтиграфия миокарда
37. Какой вид анемии является прогностически неблагоприятным?
- А. апластическая
 - Б. В12- дефицитная
 - В. гемолитическая
 - Г. железодефицитная
38. 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
39. 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.
40. 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.
41. Наиболее значимое исследование при дифференциальной диагностике микроцитарных анемий:
- А. концентрации ферритина в сыворотке крови;
 - Б. пунктата костного мозга;
 - В. концентрации витамина В₁₂ в сыворотке крови;
 - Г. концентрации фолиевой кислоты в сыворотке крови;
 - Д. определение абсолютного количества ретикулоцитов.
42. Причины возникновения В₁₂-дефицитной анемии:

- А. атрофический гастрит;
- Б. гастрэктомия;
- В. дивертикулярная болезнь толстого кишечника;
- Г. пищевой дефицит овощей и фруктов.

43. Анемия хронических заболеваний:

- А. анемия, возникающая при любом хроническом заболевании;
- Б. анемия, ассоциированная с заболеванием, в основе которого лежит острое или хроническое воспаление, включая опухолевые заболевания;
- В. анемия, возникающая при хронических заболеваниях, сопровождающихся кровотечением.

44. Анемию хронических заболеваний дифференцируют с другими заболеваниями крови:

- А. ЖДА;
- Б. В12-дефицитной анемией;
- В. фолиеводефицитной анемией;
- Г. миелодиспластическим синдромом;
- Д. гемолитической анемией.

45. Укажите фактор, необходимый для всасывания витамина В₁₂:

- А. соляная кислота
- Б. фолиевая кислота
- В. гастрин
- Г. гастромукопротеин
- Д. пепсин

46. При ЖДА относительное/абсолютное число ретикулоцитов (до начала терапии препаратами железа):

- А. нормальное
- Б. повышено
- В. снижено

47. В понятие лейкоплакии входят

- а. грибковое поражение пищевода
- б. доброкачественная опухоль
- в. злокачественная опухоль
- г. очаги ороговевающего эпителия
- д. кистозный эзофагит

48. Клиническими признаками эзофагита являются:

- а. изжога
- б. симптом «проскальзывания»
- в. дисфагия
- г. голодные боли
- д. отрыжка воздухом

49. Признаками пищевода Баррета являются:

- а. язва пищевода
- б. цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
- в. врожденный короткий пищевод
- г. отсутствие перистальтики пищевода

д. щелочной пищевод

50. Осложнениями эзофагита могут быть:

- а. метаплазия эпителия слизистой оболочки пищевода (пищевод Баррета)
- б. гнойные осложнения – абсцесс, флегмона
- в. перфорация пищевода
- г. стриктура пищевода
- д. все перечисленное верно

51. Методом диагностики желудочно-дуоденального кровотечения является:

- а. рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием
- б. обзорный снимок брюшной полости
- в. УЗИ брюшной полости
- г. эзофагогастродуоденоскопия

52. Для диагностики патологии желудка и 12-перстной кишки используются:

- а. обзорный снимок брюшной полости
- б. ретроградная панкреатохолангиография
- в. эзофагогастродуоденоскопия
- г. колоноскопия

53. Боли при функциональной билиарной диспепсии желчного пузыря по гипертоническому типу имеют характер:

- а. опоясывающих
- б. кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
- в. поздних болей в верхней половине живота
- г. постоянных распирающих болей в правом подреберье
- д. тупых распирающих болей в околопупочной области

54. Боли при функциональной билиарной диспепсии желчного пузыря по гипотоническому типу имеют характер:

- а. опоясывающих
- б. кратковременных приступообразных болей в правом подреберье
- в. поздних болей в верхней половине живота
- г. постоянных распирающих болей в правом подреберье
- д. тупых распирающих болей в околопупочной области

55. Наиболее информативны для диагностики острого панкреатита:

- а. ультразвуковое исследование
- б. определение уровня ферментов поджелудочной железы в крови
- в. рентгенологическое исследование
- г. копрограмма
- д. КТ, МРТ

56. Специфичным биохимическим маркером острого панкреатита является:

- а. гиперамилаземия
- б. гиперлипаземия
- в. диспротеинемия
- г. снижение уровня ингибитора трипсина

57. Больной 62 лет с коротким язвенным анамнезом и длительно нерубцующейся язвой желудка обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита,

постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о:

- а. стенозе выходного отдела желудка
- б. злокачественной опухоли
- в. пенетрации язвы
- г. микрокровоотечениях из язвы
- д. перфорации язвы

58. Наиболее специфичным тестом внутрипеченочного холестаза является:

- а. динамическая сцинтиграфия
- б. трансаминазы
- в. щелочная фосфатаза
- г. конъюгированный билирубин
- д. неконъюгированный билирубин

59. Высокий уровень г-глутамилтранспептидазы является характерным для:

- а. острого алкогольного гепатита
- б. хронического гепатита В и С
- в. гемохроматоза
- г. сахарного диабета
- д. хронического панкреатита

60. 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.

61. Для острой кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические признаки:

- а. свободный газ под куполом диафрагмы;
- б. симптом Валя;
- в. симптом Цеге-Мантейфеля;
- г. чаши Клойбера;
- д. симптом "яблочной кожуры".

62. Наиболее распространенный метод исследования для оценки вентиляционной функции легких в общетерапевтической практике

- а. рентгеноскопия органов грудной клетки
- б. рентгенография органов грудной клетки
- в. спирометрия
- г. бодиплетизмография
- д. пульсоксиметрия

63. Какой показатель лучше всего показывает бронхиальную обструкцию?

- а. Диффузная способность (по CO₂).

- б. Функциональная остаточная емкость легких (ФОЕ)
- в. Индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ)
- г. Жизненная емкость легких (ЖЕЛ).
- д. Ни один из перечисленных.

64. Все признаки характерны для тромбоэмболии легочной артерии, кроме

- а. одышки
- б. повышения артериального давления в большом круге кровообращения
- в. кровохарканья
- г. гипертензии малого круга кровообращения
- д. боли в области сердца

65. Насыщение артериальной крови O₂ в норме составляет

- а. 75%
- б. 80%
- в. 85%
- г. 90%
- д. 95%

66. Возбудитель внебольничной пневмонии у взрослых в 30 – 50% случаев заболевания:

- а. стафилококк эпидермальный
- б. гемофильная палочка
- в. микоплазма
- г. пневмококк
- д. кандида

67. Важный механизм обструкции дыхательных путей при тяжелой бронхиальной астме:

- а. сокращение гладкой мускулатуры стенки бронха
- б. отек дыхательных путей
- в. утолщение стенки бронха вследствие структурных изменений, ремоделирование
- г. гиперсекреция слизи

68. Протеинурия без изменения мочевого осадка наиболее характерна для:

- а. острого пиелонефрита
- б. некроза канальцев
- в. нефритического синдрома
- г. амилоидоза почек
- д. туберкулеза почек

69. Диагноз хронической болезни почек может быть установлен, если у пациента отмечается снижение скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин./1,73 м² в течение:

- а. одного месяца
- б. двух месяцев
- в. трех месяцев
- г. четырех месяцев
- д. пяти месяцев

70. Уровень паратгормона при хронической болезни почек, как правило

- а) повышен
- б) понижен
- в) не изменен

- г) зависит от уровня артериального давления
- д) зависит от pH крови

71. Наиболее частыми возбудителями неосложненного внебольничного пиелонефрита являются

- а. кишечная палочка
- б. энтерококк
- в. протей
- г. все выше перечисленное
- д. ничего из перечисленного выше

72. Нефропротективным действием (уменьшение гиперфльтрации) при диабетической нефропатии обладают:

- а. бета-блокаторы;
- б. блокаторы Са-каналов;
- в. тиазидные диуретики;
- г. фуросемид;
- д. ингибиторы АПФ.

73. Морфологические изменения при доброкачественная гиперплазии предстательной железы выявляются в:

- а. семенных пузырьков;
- б. семенном бугорке;
- в. центральной зоне предстательной железы;
- г. шейке мочевого пузыря;
- д. куперовых железах.

74. Препараты, наиболее часто применяемые для лечения дизурических явлений у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы:

- а. ингибиторы 5 альфа-редуктазы;
- б. спазмолитики;
- в. препараты растительного происхождения;
- г. альфа-адреноблокаторы;
- д. антибактериальные препараты.

75. Для хронической болезни почек характерны:

- а. гипокальциемия в сочетании с гипофосфатемией
- б. гипокальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
- в. гиперкальциемия в сочетании с гиперфосфатемией
- г. гиперкальциемия в сочетании с гипофосфатемией
- д. любые сочетания

76. Назовите ключевой механизм действия глинидов (меглитинидов)?

- а. Стимуляция секреции эндогенного инсулина
- б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина
- в. Снижение продукции глюкозы печенью, снижение инсулинорезистентности мышечной и жировой ткани
- г. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью

77. Какой механизм действия не характерен для ингибиторов ДПП-4 (глиптинов)?

- а. Снижение реабсорбции глюкозы в почках

- б. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина
- в. Глюкозозависимое подавление секреции глюкагона
- г. Снижение глюконеогенеза в печени

78. Назовите ключевой механизм действия ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (глифлозинов)?

- а. **Снижение реабсорбции глюкозы в почках**
- б. Глюкозозависимое снижение секреции глюкагона и уменьшение продукции глюкозы печенью
- в. Замедление опорожнения желудка, уменьшение потребления пищи
- г. Глюкозозависимая стимуляция секреции инсулина

79. Причиной гиперосмолярной комы может быть все перечисленное, кроме:

- а. **Передозировка инсулина**
- б. Лихорадка, инфекционные заболевания
- в. Хирургические вмешательства, травмы
- г. Рвота, диарея, кровотечение, ожоги и др. состояния, способствующие дегидратации

80. Лечение тяжелой гипогликемии предусматривает:

- а. **В/в струйно 60 мл 40% раствора глюкозы**
- б. 4-5 кусочков или 2-3 чайных ложки сахара
- в. 4-5 таблеток глюкозы
- г. 2 ст.ложки каши или 1 кусок хлеба (1-2ХЕ)

81. Клинические особенности течения СД у пожилых пациентов:

- а. **Часто бессимптомное течение (отсутствие специфических жалоб на полиурию, жажду, сухость во рту)**
- б. **Нередко наличие микро- и макроангиопатий на момент выявления СД**
- в. **Множественная коморбидная патология**
- г. Дебютирует кетоацидозом

82. Особенности лабораторных показателей у больных СД пожилого возраста

- а. Отсутствие гипергликемии натощак у ряда больных
- б. Частое преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии
- в. Повышение почечного порога для глюкозы с возрастом
- г. **Все перечисленное**

83. Цели лечения пожилых больных СД 2 типа зависят от:

- а. Ожидаемой продолжительности жизни больного
- б. Коморбидной патологии
- в. Сохранности когнитивных функций
- г. **Все перечисленное**

84. При недостаточности инсулина наблюдается: 1. гипергликемия; 2. увеличение образования кетоновых тел; 3. уменьшение синтеза гликогена; 4. усиление синтеза гликогена; 5. уменьшение образования кетоновых тел.

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.

85. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:

- а. жирового гепатоза;**
- б. цирроза;
- в. сердечной недостаточности;
- г. диабетической нефропатии.

86. Нормальный базальный уровень глюкозы в крови (по чистой глюкозе) составляет:

- а. 8,3-10,1 ммоль/л;
- б. 6,2-9,3 ммоль/л;
- в. 2,7-5,5 ммоль/л;
- г. 3,8-6,7 ммоль/л;
- д. 3,3-5,5 ммоль/л.**

87. Максимально допустимый (для здоровых) уровень глюкозы в крови через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой составляет:

- а. 8,43 ммоль/л;
- б. 7,22 ммоль/л;
- в. 9,6 ммоль/л;
- г. 10,1 ммоль/л;
- д. 7,8 ммоль/л.**

88. Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются 1. брадикардией; 2. тахикардией; 3. зависимостью частоты пульса от ритма дыхания физических и эмоциональных нагрузок; 4. ортостатической артериальной гипотензией.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. если правильны ответы 1 и 3;
- в. если правильны ответы 2 и 4;**
- г. если правильный ответ 4;
- д. если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

89. К инсулинам длительного действия относятся: 1. лантус; 2. протафан; 3. левемир; 4. хумалог.

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 и 4 и 5.

90. Сахарный диабет у лиц пожилого и старческого возраста обусловлен:
- а. бактериальной инфекцией
 - б. психоэмоциональными перегрузками
 - в. абсолютным дефицитом инсулина
 - г. снижением чувствительности тканей к инсулину**
91. Главным критерием эффективности рационального питания при СД в пожилом возрасте является:
- а. улучшение самочувствия больного**
 - б. уменьшение массы тела больного с ожирением
 - в. отсутствие гипергликемии и глюкозурии
 - г. уменьшение полиурии
92. Особенности СД 2 типа в пожилом возрасте являются все, кроме:
- а. отсутствие жажды, нарушение памяти
 - б. головокружение, отсутствие гипергликемии натощак**
 - в. трудности распознавания гипогликемических реакций, утомляемость
 - г. прибавка в весе, гипергликемия натощак
93. Гликозилированный гемоглобин характеризует уровень гликемии:
- а. за последние 2-3 дня
 - б. за последний 1 месяц
 - в. за последние 3 месяца**
 - г. за последние 6 месяцев
94. Тяжелое течение урогенитального синдрома в постменопаузе при СД 2 типа обусловлено:
- а. кетоацидозом;
 - б. сахароснижающей терапией;
 - в. диабетической висцеральной нейропатией;**
 - г. нарушением связочного аппарата уретры;
 - д. антибактериальной терапией.
95. Лабораторная находка, характерная для диффузного токсического зоба:
- а. Высокий титр антител к рецептору ТТГ**
 - б. Повышение концентрации ТТГ
 - в. Стойкое повышение ТТГ, понижение Т3 и Т4
 - г. Снижением концентрации общего и свободного Т3
96. Стартовая доза тиамазола при лечении диффузного токсического зоба:
- а. 30-40 мг**
 - б. 10 мг
 - в. 5 мг
 - г. 2.5 мг
97. Целевой уровень ТТГ при проведении супрессивной терапии препаратами тиреоидных гормонов?
- а. 0,1-0,5 мкМЕ/мл**
 - б. 0,5-2,0 мкМЕ/мл
 - в. Менее 4,0 мкМЕ/мл

г. Менее 0,1 мкМЕ/мл

98. Из перечисленных симптомов для диффузного токсического зоба у пожилых характерны: 1. похудание; 2. постоянное сердцебиение; 3. мерцательная аритмия; 4. мышечная слабость.

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 2, 3 и 4.

99. Тиреотоксическая аденома характеризуется: 1. наличием узлового зоба; 2. эндокринной офтальмопатией; 3. снижением уровня ТТГ; 4. сочетанием с миастенией; 5. высоким уровнем тиреотропного гормона (ТТГ).

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 и 4 и 5.

100. Для гипотиреоза пожилых характерно: 1. сухость кожных покровов; 2. склонность к запорам; 3. Снижение памяти; 4. анемия.

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 и 4.

101. Для лечения гипотиреоза применяют: 1. лево-тироксин; 2. трийодтиронин; 3. калия йодид; 4. мерказолил.

Выберите правильный ответ по схеме:

а. правильны ответы 1, 2 и 3;

б. правильны ответы 1 и 2;

в. правильны ответы 2 и 4;

г. правильный ответ 4;

д. правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

102. Особенности течения токсического зоба у пожилых является все перечисленное, кроме:

а. значительных изменений сердечно-сосудистой системы

б. частого развития мерцательной аритмии

в. частого развития недостаточности кровообращения

г. тремора рук, нередко крупного

д. редкого наличия апатетического тиреотоксикоза

103. Для тиреотоксической аденомы в отличие от диффузного токсического зоба характерно все перечисленное, кроме:

а. наличия "горячего" узла при сканировании при уменьшенном поглощении

¹³¹I окружающей тканью

б. отсутствия тиреоидстимулирующих антител

в. наличия тиреоидстимулирующих антител

г. наличия узла при пальпации или сканировании

д. тахикардии

104. Этиологическими факторами тиреотоксической аденомы является все перечисленное, кроме:

а. йодной недостаточности

б. наследственных факторов

в. лучевой радиации

г. аутоиммунных факторов

д. местных расстройств нервной регуляции щитовидной железы

105. Особенностью функциональной активности тиреотоксической аденомы является:

а. секреция тироксина автономна, не зависит от секреции ТТГ

б. секреция тироксина зависит от секреции ТТГ

в. секреция трийодтиронина зависит от секреции ТТГ

г. аденома, не подавляющая продукцию ТТГ

д. снижение функции остальной ткани щитовидной железы не происходит

106. Гормональные исследования при тиреотоксической аденоме характеризуются всем перечисленным, кроме:

а. значительного повышения уровня Т3 в сыворотке крови

б. умеренно повышенного уровня Т4 в сыворотке крови

в. нормального уровня Т4 в сыворотке крови

г. снижения уровня Т3 в сыворотке крови

107. Непосредственными причинами смерти больных от тиреотоксической аденомы при поздней диагностике и несвоевременной терапии являются все перечисленные случаи, кроме:

а. сердечно-сосудистой недостаточности

б. тиреотоксического криза

в. тиреотоксического поражения печени

г. тромбоэмболических осложнений

д. острого психоза

108. Сердечно-сосудистые нарушения при гипотиреозе характеризуются всем перечисленным, кроме:

а. брадикардии

б. расширения границ сердца

в. увеличения минутного и систолического объема крови

г. снижения артериального давления

д. развития атеросклероза, ИБС

109. К признакам диффузного токсического зоба у пожилых относится:

а. повышение продукции тиреоидных гормонов;

б. диффузное увеличение щитовидной железы;

в. быстрое развитие недостаточности кровообращения;

г. устойчивая брадикардия;

д. эндокринная офтальмопатия.

110. К заболеваниям "маскам" первичного гипотиреоза относятся: 1. полиартрит; 2. миокардит; 3. гипокинезия толстой кишки; 4. панкреатит; 5. почечнокаменная болезнь.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а. если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б. если правильны ответы 1 и 3;**
- в. если правильны ответы 2 и 4;
- г. если правильный ответ 4;
- д. если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

111. Распространенность амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза в России составляет

- а. 3%
- б. 5,8%
- в. 5,8-15,8%**
- г. 12,5%

112. Амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз чаще встречается

- а. старше 70 лет
- б. 60-65 лет**
- в. у женщин
- г. у мужчин**

113. Отличительными признаками амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза 1-го от 2-го типа являются:

- а. предшествующей патологии щитовидной железы нет
- б. характерна спонтанная ремиссия
- в. обнаруживаются антитела к рецептору ТТГ**
- г. препараты первой линии глюкокортикоиды
- г. препараты первой линии тиреостатики**

114. Климактерический период характеризуется: 1. вегетативно-сосудистыми нарушениями; 2. кожными высыпаниями; 3. нейропсихическими расстройствами; 4. диспепсическими расстройствами. 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 и 4.

115. Климактерический период может сопровождаться: 1. приливами; 2. болью в сердце; 3. чувством нехватки воздуха; 4. диэнцефальными кризами. 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 и 4.**

116. При первичном снижении выделения тестостерона тестикулами отмечается

- а. увеличение уровня лютеинизирующего гормона
- б. уровень лютеинизирующего гормона не меняется
- в. снижение уровня лютеинизирующего гормона
- г. увеличение фолликулостимулирующего гормона**
- д. снижение фолликулостимулирующего гормона

117. Главным эстрогенным гормоном в постменопаузе является:

- а. тестостерон;
- б. эстрон;
- в. эстрадиол;
- г. эстриол;**
- д. альдостерон.

118. Урогенитальный синдром выявляется у:

- а. 20% женщин старше 70 лет;
- б. 40% женщин старше 70 лет;
- в. 60% женщин старше 70 лет;**
- г. 80% женщин старше 70 лет;
- д. 100% женщин старше 70 лет.

119. Гормональным критерием наступления менопаузы является:

- а. повышение уровня эстриола;
- б. снижение уровня эстрадиола;
- в. повышение уровня тестостерона;
- г. повышение уровня ФСГ;**
- д. снижение уровня гемоглобина.

120. Снижение уровня половых гормонов у мужчин начинается в возрасте:

- а. 30-40 лет;**
- б. 40-50 лет;
- в. 50-60 лет;
- г. 60-70 лет;
- д. старше 70 лет.

121. В развитии недостаточности кровоснабжения мозга при атеросклерозе играют роль все перечисленные факторы, кроме

- а) стеноза магистральных сосудов на шее
- б) снижения перфузионного давления
- в) снижения эластичности эритроцитов
- г) снижения активности свертывающей системы.**

122. При нейропатических болях стреляющего характера наиболее эффективны:

- а) антидепрессанты
- б) антиконвульсанты
- в) нестероидные противовоспалительные средства
- г) симпатолитики
- д) верно а) и б)**
- е) ничего из перечисленного

123. Основные принципы реабилитационных мероприятий:

- а) ранее начало
- б) систематичность и длительность

- в) комплексность
- г) поэтапность.
- д) все перечисленное**

124. При поражении спинномозговых нервов наиболее часто наблюдается:
- а) невралгия
 - б) радикулиты, радикулоневриты и плекситы
 - в) мононевриты
 - г) дистальная полинейропатия**
 - д) проксимальная амиотрофия
125. Рефлексы орального автоматизма свидетельствуют о поражении трактов:
- а) кортикоспинальных;
 - б) кортиконуклеарных;**
 - в) лобно-мостно-мозжечковых;
 - г) руброспинальных;
 - д) цилиоспинальный.
126. Основным патологическим рефлексом сгибательного типа является рефлекс:
- а) Бабинского;
 - б) Оппенгейма;
 - в) Россолимо;**
 - г) Гордона;
 - д) Чеддока.
127. Сенсорная афазия возникает при поражении:
- а) верхней височной извилины;**
 - б) средней височной извилины;
 - в) верхнетеменной доли;
 - г) нижней теменной доли;
 - д) язычной извилины теменной доли.
128. Седалищный нерв составляет волокна корешков:
- а) S1-S2;
 - б) L5-S3;**
 - в) S2-S3;
 - г) L5-S5;
 - д) L5-S1.
129. Поражение конского хвоста спинного мозга сопровождается:
- а) вялым парезом ног и нарушением чувствительности по корешковому типу;
 - б) спастическим парезом ног и тазовыми расстройствами;
 - в) нарушением глубокой чувствительности дистальных отделов ног и задержкой мочи;
 - г) спастическим парапарезом ног без расстройств чувствительности и нарушением функции тазовых органов.**
130. Для компрессии корешка С 7 характерны:
- а) боли и парестезии в области третьего пальца кисти;**
 - б) боли и парестезии в области первого пальца кисти;
 - в) выпадение рефлекса с двуглавой мышцы плеча;
 - г) боли в области 5 пальца кисти;

д) снижение карпо-радиального рефлекса.

131. Синдром компрессии корешка L5 проявляется:

- а) болью по внутренней поверхности голени и бедра;
- б) слабостью разгибателей I пальца стопы;**
- в) снижением ахиллова рефлекса;
- г) положительным симптомом Бабинского;
- д) положительным симптомом Россолимо.

132. Типичные бредовые синдромы включают такие симптомы, как:

- а) депрессия;
- б) растерянность;
- в) систематизированный бред;**
- г) нарушение сна;
- д) галлюцинации.

133. Атипичные бредовые синдромы представлены:

- а) ровным настроением;
- б) депрессивным аффектом;
- в) отсутствием аффективной напряженности;**
- г) бредовым поведением;
- д) расстройствами сна.

134. Типичные депрессивные синдромы представлены такими симптомами, как:

- а) нарушение поведения;
- б) депрессивная триада;
- в) расстройство ассоциативного процесса;**
- г) подозрительность;
- д) аффективная напряженность.

135. Сенильная деменция - это:

- а) функциональное заболевание головного мозга;
- б) сосудистое заболевание головного мозга;**
- в) неврозоподобное расстройство;
- г) органическое заболевание головного мозга;
- д) аффективная патология.

136. Сенильную деменцию следует дифференцировать с такими заболеваниями, как:

- а) сосудистые заболевания головного мозга;
- б) болезнь Альцгеймера;**
- в) инволюционный параноид;
- г) инволюционная меланхолия;
- д) шизофрения.

137. Болезнь Альцгеймера - это:

- а) самостоятельная нозологическая форма;**
- б) вариант старческой деменции;
- в) проявление последствий травм головного мозга;
- г) вариант сосудистого поражения головного мозга;
- д) эндогенное заболевание.

138. Болезнь Альцгеймера имеет наиболее типичный симптом:

- а) аффективные расстройства;
- б) нарушение памяти;**
- в) расстройства сна;
- г) расстройства поведения;
- д) навязчивость.

139. В далеко зашедших случаях болезни Альцгеймера расстраивается:

- а) память;
- б) эмоции;
- в) поведение;
- г) праксис;**
- д) сон.

140. Суицидоопасные состояния могут наблюдаться при следующих заболеваниях:
1. психогенная депрессия; 2. шизофрения; 3. алкогольная депрессия; 4. старческая деменция; 5. болезнь Альцгеймера.

Выберете один или несколько правильных ответов по схеме:

- а) правильные ответы: 1, 2, 3;**
- б) правильные ответы: 1, 3;
- в) правильные ответы: 2, 4;
- г) правильный ответ: 4;
- д) правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.

141. Изменения личности в процессе старения включают: 1. заострение свойственных человеку личностных черт; 2. усиление интравертированности; 3. выявление полярных черт характера; 4. консерватизм взглядов; 5. эмоциональное оскудение.

Выберете один или несколько правильных ответов по схеме:

- а) правильные ответы: 1, 2, 3;
- б) правильные ответы: 1, 3;
- в) правильные ответы: 2, 4;
- г) правильный ответ: 4;
- д) правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.**

142. Гиперурикемия может возникать при приеме всех препаратов, кроме:

- 1. циклоспорин А
- 2. низкие дозы аспирина**
- 3. высокие дозы аспирина
- 4. фуросемид

143. Для купирования острого приступа подагры применяют:

- 1. колхицин
- 2. ГКС системно
- 3. НПВП
- 4. верно все перечисленное**

144. Укажите, какое заболевание наиболее часто приводит к развитию вторичной

подагры:

1. пернициозная анемия
2. хронический миелолейкоз
3. **хроническая болезнь почек**
4. эритремия

145. У лиц пожилого возраста преимущественно встречается:

1. **гигантоклеточный артериит**
2. геморрагический васкулит
3. узелковый периартериит
4. микроскопический полиангиит

146. К урикозурическим средствам относятся все, кроме:

1. **аллопуринол**
2. сульфинпиразон
3. бензбромарон

147. Какая форма поражения почек развивается у больных с гиперурикемией раньше и чаще всего:

1. **мочекаменная болезнь**
2. интерстициальный нефрит
3. нефросклероз

148. В каком из пищевых продуктов содержание кальция наибольшее?

1. мясо
2. **молочные продукты**
3. крупы
4. курага

149. Какие заболевания часто ассоциируются с подагрой:

1. ИБС
2. артериальная гипертензия
3. гиперлипидемия
4. ожирение
5. **все перечисленное**

150. Какие лабораторные показатели присущи остеоартриту?

1. анемия
2. лейкоцитоз
3. **нормальные показатели крови**
4. тромбоцитопения

151. Укажите концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови, при которой диагностируется гиперурикемия у мужчин:

1. более 0,460 ммоль/л
2. более 0,420 ммоль/л
3. более 0,400 ммоль/л
4. **более 0,360 ммоль/л**

152. Укажите, какова нормальная суточная экскреция уратов с мочой при обычном питании:

1. **600-900 мг (3,6-5,4 ммоль)**
2. 300-600 мг (1,8-3,6 ммоль)
3. 900-1100 мг (5,4-6,6 ммоль)

153. К причинам замедленного выведения мочевой кислоты почками относятся:

1. хроническая болезнь почек
2. прием диуретиков
3. обезвоживание
4. **все из перечисленного**
5. ничего из перечисленного

154. Какие изменения лабораторных показателей характерны для острого приступа подагры:

1. **лейкоцитоз**
2. **повышение С-реактивного белка**
3. лейкопения
4. **повышение СОЭ**

155. Укажите побочные эффекты колхицина:

1. диарея
2. миелосупрессия
3. нарушение функции печени
4. отеки
5. депрессия
6. сердцебиение

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5, 6
2. верно 1, 2, 3, 4, 6
3. **верно 1, 2, 3, 5**
4. верно 1, 2, 4, 5, 6
5. всё перечисленное верно
6. всё перечисленное не верно

156. Какие пищевые продукты содержат наибольшее количество мочевой кислоты и пуринов:

1. мясо птицы
2. бобовые
3. говядина, свинина, телятина
4. куриные яйца
5. шпроты, сардины

6. картофель
7. молоко и молочные продукты

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5, 6, 7
2. верно 1, 2, 3, 4, 6, 7
3. **верно 1, 2, 3, 5**
4. верно 1, 2, 4, 5, 6, 7
5. всё перечисленное верно
6. всё перечисленное не верно

157. Скорость выведения мочевой кислоты при почечной форме гиперурикемии:

1. **снижена**
2. нормальная
3. повышена

158. Укажите, какую реакцию имеет моча у пациентов с уратным нефролитиазом:

1. слабокислую
2. **кислую**
3. щелочную

159. Выберите характерные для подагрического артрита рентгенологические признаки:

1. округлые с четкими контурами дефекты в эпифизах
2. субкортикальные кисты
3. эрозирование суставных поверхностей
4. уплотнение мягких околосуставных тканей

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4
2. **верно 1, 3, 4**
3. верно 1, 2, 3
4. верно 1, 2, 4
5. всё перечисленное верно
6. всё перечисленное не верно

160. Препаратом, повышающим почечную экскрецию уратов, является:

1. кандесартан
2. ирбесартан
3. **лозартан**
4. телмисартан
5. каптоприл

161. Укажите факторы, приводящие к развитию остеоартрита:

1. эндокринные нарушения
2. функциональная перегрузка с микротравматизацией
3. микрокристаллические артриты

4. наследственное снижение хряща к обычным нагрузкам
5. повторные кровоизлияния в сустав
6. асептический некроз

Варианты ответов:

1. правильны ответы 1, 2, 3, 6
2. правильны ответы 1 и 3, 6
3. **правильны ответы 2 и 4**
4. правильный ответ 4
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5, 6

162. Развитие «блокады» коленного сустава связано:

1. с травмой менисков
2. со скоплением жидкости в заворотах сустава
3. с разрывом крестообразных связок
4. **с наличием свободного внутрисуставного тела**
5. с наличием крупных остеофитов

163. Типичные боли механического типа при остеоартрите:

1. стихают в покое
2. усиливаются после нагрузки
3. уменьшаются после нагрузки
4. возникают при первых движениях (стартовые боли)

Варианты ответов

1. **правильны ответы 1, 2**
2. правильны ответы 1 и 3
3. правильны ответы 2 и 4
4. правильный ответ 4
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

164. Факторами, способствующими прогрессированию остеоартрита коленного сустава являются:

1. ожирение
2. продольное и поперечное плоскостопие
3. повторные травмы
4. слабость четырехглавой мышцы бедра
5. вальгусная и варусная деформации коленного сустава
6. хроническая артериальная недостаточность

Варианты ответов:

1. правильны ответы 1, 2, 3, 6
2. **правильны ответы 1, 3, 4, 5**
3. правильны ответы 2 и 4
4. правильный ответ 4, 6
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5, 6

165. Узелки Бушара – это костные утолщения:

1. пястнофаланговых суставов
2. дистальных межфаланговых суставов кисти
3. плюснефаланговых суставов
4. **проксимальных межфаланговых суставов кисти**

5. проксимальных межфаланговых суставов стопы

166. Киста Бейкера – это:

1. околоуставное кистовидное просветление костной ткани на рентгенограммах
2. скопление воспалительной жидкости в полости сустава
3. **скопление жидкости в заднем завороте коленного сустава**
скопление жидкости в препателлярной бурсе
4. скопление жидкости в заднем завороте плечевого сустава

167. Назовите наиболее типичные для остеоартрита рентгенологические признаки:

1. сужение суставной щели
2. околоуставной остеопороз
3. краевые остеофиты
4. уплотнение замыкательных пластин (субхондральный остеосклероз)
5. подвывихи суставов

Варианты ответов:

1. **правильны ответы 1, 3, 4**
2. правильны ответы 1 и 3
3. правильны ответы 2 и 4
4. правильный ответ 4
5. правильны ответы 1, 2, 3, 4, 5

168. В случае резкого ограничения функции сустава и выраженных рентгенологических изменениях при остеоартрите предпочтение следует отдать:

1. НПВП
2. внутрисуставному введению кортикостероидов
3. хондропротекторам
4. **ортопедическим методам**

169. Какие виды движения ограничиваются в тазобедренном суставе в первую очередь при остеоартрите:

1. разгибание
2. отведение
3. приведение
4. сгибание
5. **внутренняя ротация**
6. наружная ротация

170. Маркерными переломами при постменопаузальном остеопорозе являются:

1. перелом шейки бедра
2. перелом Коллеса
3. перелом тела позвонка
4. верно 1 и 2
5. верно 1 и 3
6. **верно 2 и 3**

171. Паратгормон приводит к:

1. стимуляции резорбции костной ткани
2. подавлению резорбции костной ткани
3. увеличению реабсорбции кальция в канальцах
4. снижение реабсорбции кальция в канальцах
5. стимуляции образования 1,25-дигидроксихолекальциферола

Варианты ответов

1. верно 1, 2, 3, 4
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 1, 2, 4, 5
4. **верно 1, 3, 5**
5. верно 2, 3, 4, 5
6. всё перечисленное верно

172. Активный витамин D:

1. **образуется в коже из 7-дегидрохолестерина под влиянием ультрафиолетового излучения**
2. образуется в кишечнике из эргостерина
3. образуется после 25-гидроксилирования в печени
4. образуется после 25-гидроксилирования в почках
5. образуется после последовательного 25-гидроксилирования в печени и 1-гидроксилирования в почках

173. Эффектами глюкокортикостероидов являются:

1. подавление синтеза витамина D и его клеточных рецепторов
2. снижение кишечной абсорбции кальция
3. увеличение почечной экскреции кальция
4. стимуляция синтеза паратгормона (за счёт снижения кальция плазмы)
5. усиление, в физиологических концентрациях, связывания ИПФР I с соответствующими рецепторами

Варианты ответов:

1. верно 1, 2, 5
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. верно 2, 3, 4, 5
6. **всё перечисленное верно**

174. Дефицит эстрогенов приводит к:

1. подавлению костной резорбции
2. повышению продукции провоспалительных цитокинов, включая RANKL
3. снижению продукции трансформирующего фактора роста-α
4. снижению продукции остеопротегерина
5. увеличению пула преостеокластов

Варианты ответов

1. верно 1, 2, 5
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. **верно 2, 3, 4, 5**
6. всё перечисленное верно

175. Прочность кости определяется:

1. минеральной плотностью костной ткани
2. качеством костной ткани
3. **верно 1 и 2**
4. оба положения не верны

176. Постменопаузальный остеопороз:

1. по классификации является остеопорозом I типа
2. по классификации является остеопорозом II типа
3. приводит к потере костной ткани преимущественно в кортикальной кости
4. приводит к возникновению переломов шейки бедра
5. приводит к потере костной ткани преимущественно в трабекулярной кости

Варианты ответов:

1. **верно 1, 5**
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. верно 2, 3, 4, 5
6. всё перечисленное верно

177. Сенильный остеопороз:

1. по классификации является остеопорозом I типа
2. по классификации является остеопорозом II типа
3. одним из механизмов его развития является нарушение метаболизма витамина D и вторичный гиперпаратиреоз
4. приводит к возникновению переломов преимущественно тел позвонков
5. приводит к потере костной ткани преимущественно в трабекулярной кости

Варианты ответов:

1. верно 1, 5
2. верно 1, 2, 3, 5
3. верно 4
4. верно 1, 3, 4, 5
5. **верно 2, 3**
6. всё перечисленное верно

178. Стабилизацией процесса в характере течения остеопороза выставляется в случае:

1. **отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при $\pm 2-3\%$ положительной динамике минеральной плотности костной ткани**
2. отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при отсутствии динамики минеральной плотности костной ткани
3. отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при более чем 3% отрицательной динамике минеральной плотности костной ткани
4. отсутствия новых переломов в течение минимум 3 месяцев и отсутствия динамики минеральной плотности костной ткани
5. отсутствия новых переломов в течение минимум 1 года при нормализации показателей минеральной плотности костной ткани

179. Факторами риска остеопороза и переломов являются:

1. низкая физическая нагрузка или иммобилизация
2. принадлежность к европеоидной расе
3. принадлежность к негроидной расе
4. принадлежность к монголоидной расе
5. избыточная физическая нагрузка

Варианты ответов:

1. верно 1, 5
2. верно 1, 2, 3
3. верно 4
4. верно 3, 4, 5
5. **верно 1, 2, 4**
6. всё перечисленное верно

180. Продукты богатые кальцием:

1. кунжут
2. сыр
3. халва
4. сметана
5. консервированная в томатном соусе рыба

Варианты ответов:

1. верно 1, 4, 5
2. **верно 1, 2, 3, 5**
3. верно 1, 2, 4, 5
4. верно 1, 3, 4, 5
5. верно 1, 2, 3, 4
6. всё перечисленное верно

181. Максимальное количество витамина D из представленных продуктов содержится в:

1. 120 граммах сардин в масле
2. 1 стакане цельного молока
3. 20 граммах сливочного масла
4. 20 граммах маргарина
5. **120 граммах атлантической сельди**

182. Наиболее специфическими для остеопороза жалобами являются

1. **боли в костях и мышцах, боль в спине, усталость**
2. нарушение походки, координации движений
3. нарушение осанки
4. снижение роста более чем на 2 см в год и/или 4 см на протяжении жизни в период, охватывающий возраст с 25 лет до текущего момента
5. мышечная слабость, утомляемость.

183. При возникновении перелома при минимальной травме:

1. пациентов следует рассматривать как больных остеопорозом, даже если минеральная плотность кости не соответствуют критериям остеопороза
2. таким пациентам возможно выставить диагноз остеопороза клинически без

денситометрического исследования

3. это позволяет начать лечение остеопороза без учёта данных о минеральной плотности кости у этих пациентов
4. этим пациентам следует немедленно выполнить DEXA для подтверждения диагноза остеопороза и начала соответствующего лечения
5. этим пациентам следует немедленно выполнить определение биохимических маркеров остеопороза для подтверждения диагноза остеопороза и начала соответствующего лечения

Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. **верно 1, 2, 3**
4. верно 1, 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

184. Биохимическими маркёрами образования кости являются:

1. остеокальцин
2. костная щелочная фосфатаза
3. карбокситерминальный и аминотерминальный пропептиды
4. карбокситерминальный и аминотерминальный телопептиды коллагена
5. тартрат-резистентная кислая фосфатаза

Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. **верно 1, 2, 3**
4. верно 1, 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

185. Биохимическими маркёрами костной резорбции, определяемыми в крови являются:

1. гидроксипиридинолин
2. пиридинолин
3. деоксипиридинолин
4. карбокситерминальный и аминотерминальный телопептиды коллагена
5. тартрат-резистентная кислая фосфатаза.

Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. верно 1, 2, 3
4. **верно 4, 5**
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

186. Биохимическими маркёрами костной резорбции, определяемыми в моче являются:

1. гидроксипиридинолин

2. пиридинолин
3. деоксипиридинолин
4. N- и C-телопептиды коллагена I типа
5. соотношение кальция/креатинин

Варианты ответов:

1. верно 2, 4, 5
2. верно 1, 3, 5
3. верно 1, 2, 3
4. верно 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. **всё перечисленное верно**

187. Биохимические маркёры остеопороза могут использоваться:

1. для подтверждения диагноза остеопороза
2. для предсказания риска переломов
3. для прогнозирования эффективности лечения
4. для увеличения приверженности пациентов к лечению
5. для оценки скорости костного метаболизма

Варианты ответов:

1. **верно 3, 4**
2. верно 1, 3, 5
3. верно 1, 2, 3
4. верно 4, 5
5. верно 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

188. Наиболее точно минеральная плотность костной ткани («костная масса») оценивается при использовании:

1. двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии
2. **количественной компьютерной томографии**
3. костной ультрасонографии
4. гистоморфометрии костной ткани
5. определения биохимических маркеров костного ремоделирования

189. Наиболее точно костный метаболизм оценивается при использовании:

1. двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии
2. количественной компьютерной томографии
3. костной ультрасонографии
4. **гистоморфометрии костной ткани**
5. определения биохимических маркеров костного ремоделирования

190. Двуэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия («рентгеновская денситометрия») позволяет оценить:

1. минеральную массу костной ткани
2. качество костной ткани
3. костный метаболизм
4. характеристики прочности кости

Варианты ответов:

1. верно 3, 4
2. верно 1, 3
3. верно 1, 2, 3

4. **верно 1, 4**
5. верно 2, 3
6. всё перечисленное верно

191. Костная компьютерная томография позволяет оценить:

1. минеральную массу костной ткани
2. качество костной ткани
3. костный метаболизм
4. характеристики прочности кости

Варианты ответов:

1. верно 3, 4
2. верно 1, 3
3. **верно 1, 2, 4**
4. верно 1, 4
5. верно 2, 3
6. всё перечисленное верно

192. В рентгенологической оценке степени деформации позвонков используется:

1. передне-задний индекс
2. средне-задний индекс
3. задне-задний индекс
4. оценка индексов по методу Дженанта
5. средне-передний индекс

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. верно 1, 3, 4, 5
3. верно 1, 2, 4, 5
4. **верно 1, 2, 3, 4**
5. верно 1, 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

193. Критериями остеопороза по DEXA являются:

1. Т-критерий до (-1) SD
2. Т-критерий от (-1) SD до $(-2,5)$ SD
3. **Т-критерий меньше $(-2,5)$ SD**
4. Т-критерий менее $(-2,5)$ SD в сочетании хотя бы с одним переломом
5. Т-критерий менее $(-3,5)$ SD

194. Т-критерий:

1. представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя пика костной массы молодых женщин
2. уменьшается при увеличении возраста обследуемых лиц
3. представляет собой количество стандартных отклонений выше или ниже среднего показателя для лиц аналогичного возраста
4. предпочтителен для использования у женщин в постменопаузе
5. предпочтителен для использования у мужчин старше 50 лет

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. верно 1, 3, 4, 5
3. **верно 1, 2, 4, 5**

4. верно 1, 2, 3, 4
5. верно 1, 2, 3, 5
6. всё перечисленное верно

195. Показаниями для определения минеральной плотности кости являются:

1. перелом с минимальной травмой в анамнезе
2. болезнь Педжета
3. состояния/заболевания, приводящие к снижению костной массы
4. приём препаратов, снижающих массу кости
5. мониторинг эффективности лечения

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. **верно 1, 3, 4, 5**
3. верно 1, 2, 4, 5
4. верно 1, 2, 3, 5
5. верно 1, 2, 3, 4
6. всё перечисленное верно

196. Оценка МПК у женщин в постменопаузальном периоде и у мужчин в возрасте 50 лет и старше:

1. **предпочтительнее использования Т-критерия**
2. предпочтительнее использования Z-критерия
3. предпочтительнее использование Т-критерия и Z-критерия совместно
4. для мужчин предпочтительнее не использовать денситометрическую классификацию ВОЗ
5. для женщин предпочтительнее не использовать денситометрическую классификацию ВОЗ

197. Препаратами первой линии для лечения остеопороза являются

1. стронция ранелат
2. азотсодержащие бисфосфонаты
3. терипаратид
4. кальцитонин;
5. активные метаболиты витамина D

Варианты ответов:

1. верно 3, 4, 5
2. верно 1, 3, 4
3. верно 2, 4, 5
4. **верно 1, 2, 3**
5. верно 2, 3, 4
6. всё перечисленное верно

198. Из нижеизложенного про ралоксифен верно:

1. относится к группе селективных модуляторов эстрогеновых рецепторов
2. является препаратом второй линии для лечения постменопаузального остеопороза
3. эффективен для предотвращения переломов тел позвонков у женщин с постменопаузальным остеопорозом
4. не доказана эффективность в профилактике периферических переломов
5. увеличивает риск венозных тромбоэмболий

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. верно 1, 3, 4, 5
3. верно 1, 2, 4, 5
4. верно 1, 2, 3, 5
5. верно 1, 2, 3, 4
6. **всё перечисленное верно**

199. Критериями эффективности терапии остеопороза являются:

1. снижение частоты переломов
2. увеличение минеральной плотности кости
3. нормализация или улучшение профиля маркеров костного метаболизма
4. улучшение качества кости
5. улучшение качества жизни больных

Варианты ответов:

1. верно 2, 3, 4, 5
2. верно 1, 3, 4, 5
3. верно 1, 2, 4, 5
4. верно 1, 2, 3, 5
5. верно 1, 2, 3, 4
6. **всё перечисленное верно**

200. В ОСНОВНОМ ВНУТРИГЛАЗНУЮ ЖИДКОСТЬ
ВЫРАБАТЫВАЕТ:

- 1) радужка
- 2) хориоидея
- 3) хрусталик
- 4) цилиарное тело**

201. ОСТРОТА ЗРЕНИЯ — ЭТО

- 1) способность глаза чётко различать цвета и оттенки
- 2) способность глаза чётко различать предметы в центре и на периферии
- 3) способность глаза воспринимать раздельно точки, расположенные друг от друга на минимальном расстоянии**
- 4) пространство, одновременно воспринимаемое неподвижным глазом

202. ОСТРОТА ЗРЕНИЯ ИЗМЕРЯЕТСЯ

- 1) относительными единицами**
- 2) диоптриями
- 3) метрами
- 4) миллиметрами
- 5) градусами

203. Состояние пресбиопии у эметропов чаще проявляется в возрасте:

- 1) 30–35 лет
- 2) 40–45 лет**
- 3) 50–55 лет
- 4) 60–65 лет
- 5) старше 65 лет

204. ДЛЯ БЛЕФАРИТА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) выворот и гиперемия век
- 2) невозможность полного смыкания век, инъекция сосудов конъюнктивы
- 3) покраснение, утолщение краёв век, наличие чешуек, корочек, язвочек у корней ресниц**
- 4) гиперемия век и перикорнеальная инъекция
- 5) острое воспаление слёзного мешка

205. ПРИЧИНОЙ СЛЕЗОТЕЧЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ:

- 1) миопия
- 2) эметропия
- 3) халязион
- 4) дакриоцистит**
- 5) пингвекула

206. СЛЕЗОТЕЧЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ:

- 1) заворота век**
- 2) некоррегированных аномалий рефракции
- 3) блефарита
- 4) халазиона
- 5) ячменя

207. СИМПТОМОМ КОНЪЮНКТИВИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) птоз
- 2) нистагм
- 3) экзотропия
- 4) частые мигательные движения
- 5) чувство засорённости за веками, дискомфорт**

208. ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО КОНЪЮНКТИВИТА НАЧИНАЮТ С:

- 1) массажа век
- 2) разрушение фолликулов путём соскоба
- 3) инстилляции гормонов
- 4) блефарорафии
- 5) инстилляция антисептиков или антибиотиков**

209. КАТАРАКТОЙ НАЗЫВАЮТ

- 1) воспаление хрусталика
- 2) помутнение хрусталика**
- 3) прорастание хрусталика сосудами
- 4) опухоль хрусталика
- 5) колобому хрусталика

210. ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ КАТАРАКТОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) врождённая слоистая
- 2) врождённая полная
- 3) приобретённая**
- 4) веретенообразная
- 5) задняя полярная

211. ВСЕ СТАРЧЕСКИЕ КАТАРАКТЫ ДЕЛЯТ НА:

- 1) начальные, незрелые, зрелые и перезрелые**
- 2) рефракционные и осевые

- 3) катаракты слабой, средней и высокой степени
- 4) врождённые, юношеские, первичные и вторичные
- 5) врождённые и юношеские

212. ПО СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ СРЕДИ СТАРЧЕСКИХ КАТАРАКТ ВЫДЕЛЯЮТ:

- 1) начальную, незрелую, зрелую
- 2) начальную, зрелую, перезрелую
- 3) незрелую, зрелую, перезрелую
- 4) начальную, незрелую, зрелую, перезрелую**
- 5) неполную, полную

213. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) видение тёмных плавающих пятен перед глазами
- 2) цветные ореолы
- 3) прогрессирующее снижение зрения**
- 4) выпадение полей зрения — скотомы
- 5) концентрическое сужение полей зрения

214. СВЕТООЩУЩЕНИЕ С НЕПРАВИЛЬНОЙ ПРОЕКЦИЕЙ У БОЛЬНОГО КАТАРАКТОЙ УКАЗЫВАЕТ НА НАЛИЧИЕ У НЕГО:

- 1) зрелой катаракты
- 2) незрелой катаракты
- 3) патологии сетчатки и зрительного нерва**
- 4) патологии роговицы
- 5) деструкции стекловидного тела

215. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ «НАБУХАЮЩЕЙ КАТАРАКТЕ» ПРЕДУСМАТРИВАЕТ:

- 1) частое динамическое наблюдение с контролем внутриглазного давления
- 2) срочное удаление катаракты**
- 3) отсутствие наблюдения и лечения
- 4) антиглаукоматозную операцию
- 5) усаждение инстилляций витаминных капель

216. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ПРИ:

- 1) начальной катаракте**
- 2) незрелой катаракте
- 3) зрелой катаракте
- 4) перезрелой катаракте
- 5) сублюксации хрусталика

217. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАКТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) электролечение
- 2) оперативное лечение**
- 3) лазерное лечение
- 4) инстилляции «антикатарактальных» капель
- 5) пневмомассаж

218. ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ

- 1) экстракапсулярной экстракции катаракты
- 2) интракапсулярной экстракции катаракты

3) хирургии катаракты «малых разрезов»

- 4) склероукрепляющих операций
- 5) гипотензивных операций

219. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ВИДОМ КОРРЕКЦИИ ОДНОСТОРОННЕЙ АФАКИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) коррекция очками
- 2) контактная
- 3) интраокулярная**
- 4) кератофакия
- 5) операция «LASIC»

220. СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ХРУСТАЛИКА И ИМПЛАНТАЦИИ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) амблиопией
- 2) анизейконией
- 3) афакией
- 4) артификацией**
- 5) анизометрией

221. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЗРЕЛОЙ КАТАРАКТЫ ДОЛЖНО БЫТЬ:

- 1) медикаментозным — глазные капли
- 2) оперативным**
- 3) физиотерапевтическим — рассасывающим
- 4) общеукрепляющим
- 5) противовоспалительным

222. ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНОЙ СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ НАЧИНАЮТ С

- 1) назначения витаминных капель
- 2) лазерного лечения**
- 3) оперативного лечения
- 4) системной общеукрепляющей терапии
- 5) общеукрепляющего

223. ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АРТЕРИИ СЕТЧАТКИ НА ЭТАПЕ ДООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НЕОБХОДИМО:

- 1) уложить больного в положение Тренделенбурга
- 2) провести пальцевой массаж глазного яблока и карбогенотерапию доступным способом**
- 3) внутривенно ввести сосудосуживающие препараты
- 4) закапать атропин 1%
- 5) начать противовоспалительную терапию

224. БОЛЬНОЙ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕТЧАТКИ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА

- 1) снижение остроты зрения, мелькание «молний», искажение предметов**
- 2) повышение внутриглазного давления
- 3) понижение внутриглазного давления
- 4) боль в глазу
- 5) светобоязнь

225. ПРИ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ БОЛЬНОЙ ОБРАЩАЕТСЯ С ЖАЛОБАМИ НА

- 1) появление «плавающих мушек» в глазу
- 2) постепенное снижение остроты зрения
- 3) появление «завесы» перед глазом, искажение видимых предметов**
- 4) гиперемию глазного яблока
- 5) ощущение давления внутри глаза

226. РАННИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ОБЪЕКТИВНО МОЖНО ВЫЯВИТЬ:

- 1) исследованием остроты зрения
- 2) исследованием полей зрения
- 3) исследованием цветоощущения
- 4) офтальмоскопией**
- 5) гониоскопией

227. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ СЧИТАЕТСЯ

- 1) назначение сахароснижающих препаратов
- 2) хирургическое лечение
- 3) лазерное лечение**
- 4) гипотензивная терапия
- 5) противовоспалительная терапия

228. ВСЛЕДСТВИЕ ТРОМБОЗА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНЫ СЕТЧАТКИ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) симптом «раздавленного помидора»**
- 2) дистрофические изменения сетчатки
- 3) отслойка сетчатки
- 4) «симптом «вишнёвой косточки»
- 5) фигура «звезды»

229. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В СЕТЧАТКЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

- 1) резким и значительным снижением остроты зрения**
- 2) покраснением глазного яблока
- 3) помутнением стекловидного тела
- 4) болями в глазу
- 5) затуманиванием и появлением радужных кругов перед глазами

230. ВЫРАЖЕННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА НА ГЛАЗНОМ ДНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) дистрофия сетчатки
- 2) симптом «раздавленного помидора»
- 3) симптом «серебряной проволоки»**
- 4) симптом «вишнёвой косточки»
- 5) отёк диска зрительного нерва

231. РАННИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПОРАЖЕНИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) симптом «серебряной проволоки»
- 2) появление микроаневризм сосудов сетчатки**
- 3) появление отслойки сетчатки

- 4) появление дистрофии в макулярной области (области «жёлтого пятна»)
- 5) отёк диска зрительного нерва

232. ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ МОЖЕТ ЗАПОДОЗРИТЬ ОТСЛОЙКУ СЕТЧАТКИ ПРИ

- 1) жалобах на внезапное снижение зрения (появление «занавески»)
- 2) наличии высокой степени близорукости**
- 3) повышении внутриглазного давления, определённом пальпаторно
- 4) нарушении сумеречного зрения
- 5) отёке диска зрительного нерва

233. ОСНОВНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) консервативный
- 2) оперативный**
- 3) общее медикаментозное лечение
- 4) сосудистое лечение
- 5) противовоспалительное

234. МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ОТСЛОЙКИ СЕТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) витаминотерапия
- 2) гимнастика для глаз
- 3) лазеркоагуляция сетчатки**
- 4) физиотерапия
- 5) противовоспалительная терапия

235. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) первичная закрытоугольная
- 2) первичная открытоугольная**
- 3) первичная смешанная
- 4) вторичная факогенная
- 5) ювенильная

236. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ОТТОКА ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ ИЗ ГЛАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трабекулопатия**
- 2) блокада угла передней камеры корнем радужки
- 3) блокада угла передней камеры новообразованными сосудами
- 4) блокада угла передней камеры стекловидным телом
- 5) заращение зрачка

237. ПРИЧИНОЙ СНИЖЕНИЯ ОТТОКА ВНУТРИГЛАЗНОЙ ЖИДКОСТИ ИЗ ГЛАЗА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) трабекулопатия
- 2) блокада угла передней камеры корнем радужки**
- 3) блокада угла передней камеры новообразованными сосудами
- 4) блокада угла передней камеры нерассосавшейся мезодермальной тканью
- 5) заращение зрачка

238. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА НОРМЫ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ТОНОМЕТРОМ МАКЛАКОВА РАВНА

- 1) 20 мм рт. ст.
- 2) 24 мм рт. ст.
- 3) 27 мм рт. ст.**
- 4) 28 мм рт. ст.
- 5) 32 мм рт. ст.

239. ПУСКОВЫМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПЕРВИЧНОЙ ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) набухание хрусталика
- 2) перезревание хрусталика
- 3) заращение зрачка
- 4) сужение зрачка
- 5) расширение зрачка**

240. ДОСТУПНЫМИ ВРАЧУ НЕОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ СЧИТАЮТ

- 1) офтальмобиомикроскопию
- 2) офтальмотонометрию по Маклакову
- 3) гониоскопию, офтальмоскопию
- 4) исследование в проходящем свете
- 5) пальпаторное определение внутриглазного давления, бифокальный осмотр**

241. КАРТИНА ОСТРОГО ПРИСТУПА ЗАКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ НЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) резкого повышения внутриглазного давления
- 2) застойной инъекции глазного яблока
- 3) мелкой передней камеры
- 4) выраженной болезненности при пальпации области цилиарного тела**
- 5) отёка роговицы и расширения зрачка

242. ПРИ СНЯТИИ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ ПРОТИВОПОКАЗАНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

- 1) раствора пилокарпина 1%
- 2) раствора атропина 1%**
- 3) раствора дорзоламида 2%
- 4) раствора тимолола 0,25%
- 5) раствора бетаксолола 0,5%

243. ДЛЯ СНЯТИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ГЛАУКОМЫ НЕОБХОДИМО ЗАКАПЫВАТЬ ГЛАЗНЫЕ КАПЛИ

- 1) пилокарпина 1%**
- 2) тропикамида 0,5%
- 3) атропина 1%
- 4) дексаметазона 0,1%
- 5) диклофенака 0,1%

244. ГЛАЗНЫМИ ГИПОТЕНЗИВНЫМИ СРЕДСТВАМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛАУКОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) пилокарпин, бетоптик, азопт, тимолол**

- 2) атропин
- 3) витабакт, тобрекс, тобрадекс
- 4) лекролин, систейн, опатанол, баларпан

245. Базалиома относится к:

1. доброкачественным опухолям
2. **злокачественным опухолям**
3. предраковым заболеваниям
4. дистрофическим процессам

246. Наиболее опасна ультрафиолетовая инсоляция для малигнизации заболевания:

1. Экзема
2. Фотодерматит
3. **Пигментная ксеродерма**
4. Витилиго

247. Особенности herpes zoster у больных со злокачественными опухолями являются:

1. Склонность к ранней диссеминации
2. Тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием
3. Атипичная локализация (по ходу межреберных промежутков)
4. **Правильно все перечисленное**

248. К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся:

1. Семейный полипоз
2. Неспецифический язвенный колит
3. Ворсинчатая аденома
4. **Все ответы верны**

249. Риск возникновения рака легкого по мере увеличения возраста обследуемых пациентов значительно возрастает:

1. **У мужчин**
2. У женщин
3. У мужчин и у женщин
4. Риск возникновения рака легкого не связан с возрастом

250. Какими морфологическими признаками характеризуется предраковое состояние слизистой оболочки желудка:

1. Наличием атипичных клеток
2. Тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток
3. Наличием морфологических признаков хронического воспаления
4. **Наличием кишечной метаплазии очагового характера**

251. Для включения пациента в группу повышенного риска развития рака желудка необходимо наличие:

1. Клинически доказанных фоновых заболеваний
2. Атипичных клеток при морфологическом исследовании слизистой желудка
3. **Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток**
4. Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с легкой и

средней степенью дисплазии эпителиальных клеток

252. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:

1. Узловую
2. Диффузную
3. Экземоподобные изменения ареола и соска
4. **Все ответы верные**

253. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом является:

1. Маммография
2. **Пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата**
3. Термография
4. Ультразвуковое исследование

254. Рак желудка наиболее часто возникает в возрасте:

- А). От 21 до 50 лет
- Б). От 51 до 70 лет
- В). Старше 70 лет**
- Г). Частота одинакова во всех группах
- Д). Старше 80 лет

255. Уровень заболеваемости раком желудка у мужчин:

- А). Выше, чем у женщин в 5 раз
- Б). Выше, чем у женщин в 2 раза**
- В). Ниже, чем у женщин
- Г). Одинаков у мужчин и женщин
- Д). Правильного ответа нет

256. При каком способе сохранения продуктов не увеличивается содержание нитрозаминов и их предшественников в пище?

- А). Солении
- Б). Копчении
- В). Замораживании**
- Г). Консервировании
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

257. Характер питания играет решающую роль в возникновении:

- А). Диффузного рака желудка
- Б). Интестинального рака желудка**
- В). Любых форм рака желудка
- Г). Роли не играет
- Д). Правильный ответ все, кроме В) и Г)

258. Для возникновения рака желудка не имеет значения:

- А). Избыточное употребление поваренной соли
- Б). Количество потребляемой клетчатки**
- В). Инфицирование желудка бактериальной флорой
- Г). Особенности кулинарной обработки пищи
- Д). Возраст

259. Предраковое заболевание желудка с резким утолщением складок слизистой

оболочки и усиленным образованием слизи, называется:

- А). Болезнь Менетрие**
- Б). Болезнь Педжета
- В). Эритроплазия Кейра
- Г). Болезнь Гиршпрунга
- Д). Пищевод Барретта

260. Не являются предраком желудка:

- А). Хронический атрофический гастрит
- Б). Язвенная болезнь желудка
- В). Гиперпластические полипы**
- Г). Аденоматозные полипы
- Д). Пернициозная анемия

261. Из перечисленных гистологических форм для рака желудка наиболее характерной является:

- А). Мелкоклеточный рак
- Б). Аденокарцинома**
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Карциноид
- Д). Светлоклеточный рак

262. Ранним раком желудка называют:

- А). Опухоль размерами менее 3 см
- Б). Рак in situ
- В). Опухоль размерами менее 5 см
- Г). Любых размеров рак, поражающий только слизистую оболочку и подслизистый слой**
- Д). Опухоль размерами менее 7,5 см

263. Наиболее часто рак желудка поражает:

- А). Кардиальный отдел
- Б). Антральный отдел**
- В). Тело желудка
- Г). Весь желудок
- Д). Большую кривизну желудка

264. Рак желудка чаще всего метастазирует в:

- А). Легкие
- Б). Кости
- В). Печень**
- Г). Надключичные лимфатические узлы
- Д). Мозг

265. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, с единичным метастазом в малом сальнике относится к стадии:

- А). 2А
- Б). 2Б**
- В). 3А
- Г). 3Б
- Д). 4

266. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, без регионарных метастазов по системе TNM обозначается:

- А). T1N1M0
- Б). T1N0M0
- В). T2N1M0
- Г). T2N0M0**
- Д). T3N0M0

267. Какими симптомами может проявляться рак дна желудка без перехода на пищевод:

- А). Чувство переполнения, шум плеска
- Б). Боль в области сердца, напоминающая стенокардию**
- В). Рвота пищей, съеденной накануне
- Г). Запорами
- Д). Дисфагия

268. Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

- А). Гастроскопия**
- Б). Поиск синдрома "малых признаков"
- В). Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- Г). Лапароскопия
- Д). Гастрография

269. Кто чаще болеет раком ободочной кишки?

- А). Мужчины
- Б). Женщины**
- В). Дети
- Г). Одинаково часто мужчины и женщины
- Д). Взрослые до 30 лет

270. Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Состав пищевых продуктов**
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д). Ожирение

271. Какие факторы из перечисленных способствуют возникновению рака ободочной кишки?

- 1). Пища, богатая жирами
- 2). Острая пища
- 3). Горячая пища
- 4). Мясная пища
- 5). Пища с большим количеством грубой клетчатки
- 6). Кисломолочные продукты
- 7). Очищенные углеводы

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 3,4,5
- В). 1,4,7**

- Г). 2,3,6
- Д). Все ответы верны

272. К группе повышенного риска рака ободочной кишки не относят лиц, страдающих:

- А). Неспецифическим язвенным колитом
- Б). Гранулематозным колитом (болезнь Крона)
- В). Аденоматозными полипами
- Г). Гиперпластическими полипами**
- Д). Семейным диффузным полипозом

273. Обязательным предраком ободочной кишки является:

- А). Аденоматозные полипы
- Б). Диффузный семейный полипоз**
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Неспецифический язвенный колит
- Д). Болезнь Крона

274. Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?

- А). Слепая кишка
- Б). Восходящая ободочная кишка
- В). Поперечная ободочная кишка
- Г). Нисходящая ободочная кишки
- Д). Сигмовидная кишка**

275. Наиболее частой гистологической формой рака ободочной кишки является:

- А). Аденокарцинома**
- Б). Солидный рак
- В). Недифференцированный рак
- Г). Плоскоклеточный рак
- Д). Правильного ответа нет

276. Наибольшую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

- А). Гиперпластические
- Б). Аденоматозные
- В). Ворсинчатые**
- Г). Индекс малигнизации одинаков во всех случаях
- Д). Правильного ответа нет

277. Экзофитный тип роста характерен больше для:

- А). Слепой и восходящей ободочной кишки**
- Б). Поперечной ободочной кишки
- В). Нисходящей ободочной кишки
- Г). Сигмовидной кишки
- Д). Правильного ответа нет

278. Эндофитный тип роста опухоли более характерен для опухолей:

- А).левой половины толстой кишки**
- Б). Правой половины толстой кишки
- В). Слепой кишки
- Г). Одинаково часто встречается во всех отделах
- Д). Правильного ответа нет

279. Рак ободочной кишки чаще метастазирует в:

- А). Кости
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Печень**
- Д). Легкие

280. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- А). В слепой и восходящей кишке**
- Б). В поперечной ободочной кишке
- В). В нисходящей ободочной кишке
- Г). В сигмовидной кишке
- Д). В печёночном углу

281. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли:

- А). В восходящем отделе
- Б). В поперечном отделе
- В). В нисходящем отделе**
- Г). Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
- Д). Зависит от возраста больного

282. Какие симптомы нехарактерны для рака слепой кишки:

- А). Запоры
- Б). Боли в животе
- В). Анемия
- Г). Непроходимость кишечника
- Д). Правильно А) и Г)**

283. Какие симптомы наиболее характерны для рака левой половины ободочной кишки:

- 1). Запоры
- 2). Примесь крови в каловых массах
- 3). Отрыжка, изжога
- 4). Слабость, похудание, потеря аппетита
- 5). Обтурационная кишечная непроходимость
- 6). Анемия

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,4,6
- В). 3,4,6
- Г). 1,2,5**
- Д). Все характерно в одинаковой степени

284. Больной 65 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен два месяца, острого начала не было. В правой подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре, с нечеткими контурами, ограничено в подвижности, малоболлезненное. При ирригрографии на латеральной стенке слепой кишки дефект наполнения с депо бария в центре. Ваш диагноз?

- А). Полип слепой кишки
- Б). Аппендикулярный инфильтрат
- В). Ворсинчатая опухоль слепой кишки
- Г). Рак слепой кишки**
- Д). Киста забрюшинного пространства

285. Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки:

- А). Лапароскопия
- Б). Селективная ангиография
- В). Ректороманоскопия
- Г). Колоноскопия**
- Д). Ирриография

286. Выбор метода хирургического лечения рака ободочной кишки не зависит от:

- А). Локализации опухоли
- Б). Наличия осложнения или их отсутствия
- В). Общего состояния больного
- Г). Наличия метастазов
- Д). Гистологического строения**

287. Радикальное лечение рака слепой кишки заключается:

- А). В резекции купола кишки с опухолью
- Б). Резекции слепой кишки и части восходящего отдела
- В). Клиновидном иссечении стенки кишки с опухолью
- Г). В правосторонней гемиколэктомии**
- Д). Наложении обходного илеотрансверзоанастомоза

288. Какой тип кишечной непроходимости характерен для рака толстой кишки?

- А). Обтурационная**
- Б). Странгуляционная
- В). Смешанная
- Г). Характерного типа нет.
- Д). Правильного ответа нет

289. Опухоли прямой кишки чаще локализуются в:

- А). Промежностном отделе
- Б). Ампулярном отделе**
- В). Ректосигмоидном отделе
- Г). Одинаково часто во всех отделах
- Д). Правильного ответа нет

290. Метастазы в паховые лимфатические узлы встречаются при раке:

- А). Анального отдела**
- Б). Ампулярного отдела
- В). Ректосигмоидного отдела
- Г). Всех отделов
- Д). Не встречаются

291. Рак прямой кишки чаще всего метастазирует в:

- А). Кости
- Б). Головной мозг

- В). Поджелудочную железу
- Г). Печень**
- Д). Легкие

292. Риск возникновения рака прямой кишки уменьшается при употреблении:

- 1). Пищи богатой растительной клетчаткой
- 2). Пищи богатой животными жирами
- 3). Сухого вина
- 4). Пищи богатой витаминами
- 5). Мясных продуктов

Правильные ответы:

- А). Все ответы правильные
- Б). 1,2,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,4**
- Д). 1,3,5

293. Перерождению (малигнизации) из всех доброкачественных опухолей прямой кишки чаще всего подвергаются:

- А). Лейомиомы
- Б). Ворсинчатые полипы**
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Железистые полипы
- Д). Ювенильные полипы

294. При ампулярной локализации рака прямой кишки опухоль может пенетрировать (прорасти) в:

- 1). Сигмовидную кишку
- 2). Слепую кишку
- 3). Мочевой пузырь
- 4). Влагалище
- 5). Предстательную железу
- 6). Крестец
- 7). Мочеточники**

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,5,6
- В). 3,4,7
- Г). 4,5,6
- Д). 3,5,6

295. Основным фактором, способствующим возникновению рака прямой кишки является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Характер питания**
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д). Ожирение

296. Риск развития рака прямой кишки повышается при диете с высоким

содержанием:

А). Жиров

Б). Грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике

В). Овощей и фруктов

Г). От диеты не зависит

Д). Углеводов

297. Риск развития рака прямой кишки снижается при диете богатой:

1). Жирами

2). Грубой растительной клетчаткой, плохо переваривающейся в кишечнике

3). Белками

4). Очищенными углеводами

5). Овощами и фруктами с высоким содержанием витаминов А и С

Правильные ответы:

А). 1,2,3

Б). 2,3,4

В). 3,4,5

Г). 1,3,4

Д). 2,5

298. Наиболее частой гистологической формой рака прямой кишки является:

А). Аденокарцинома

Б). Солидный рак

В). Слизистый рак

Г). Плоскоклеточный рак

Д). Недифференцированный рак

299. Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является:

А). Запор

Б). Слизь в каловых массах

В). Кровь в каловых массах

Г). Слабость, похудание, снижение аппетита

Д). Боль при дефекации

300. Сигналами тревоги при раке прямой кишки являются:

1). Чувство неполного опорожнения прямой кишки после акта дефекации

2). Наличие слизи в кале

3). Примесь крови в кале

4). Примесь крови в сочетании со жгучей болью при акте дефекации

5). Частый жидкий стул непереваренными кишечными массами

6). Чередование запоров и поносов с болями внизу живота перед актом дефекации

Правильные ответы:

А). 1,3,6

Б). 2,4,5

В). 1,2,4

Г). 2,5

Д). 1,6

301. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют:

- А). Аденомы бронха**
- Б). Папилломы бронха
- В). Сосудистые опухоли
- Г). Тератомы
- Д). Кистомы

302. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют:

- А). Фибромы
- Б). Тератомы
- В). Гамартомы**
- Г). Кистомы
- Д). Аденомы

303. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся:

- А). Длительно и много курящие
- Б). Больные хроническим бронхитом
- В). Имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- Г). Все ответы верные**
- Д). Правильные ответы А) и Б)

304. На долю центрального рака легких приходится:

- А). 20-30%
- Б). 40-50%
- В). 60-70%**
- Г). 80% и более
- Д). Нет правильного

305. Рак легкого по гистологической структуре чаще бывает:

- 1). Плоскоклеточным
- 2). Солидным
- 3). Слизистым
- 4). Мелкоклеточным
- 5). Перстневидно-клеточным
- 6). Железистым

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,5
- Д). 1,4,6**

306. К периферическим формам рака легкого относятся:

- 1). Окружная опухоль
- 2). Опухоль Вильмса
- 3). Рак Пенкоста
- 4). Рак Педжета
- 5). Мезотелиома
- 6). Пневмониеподобный рак

Правильные ответы:

- А). 1,2
- Б). 3,4
- В). 5,6
- Г). 2,4,5
- Д). 1,3,6**

307. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает:

- А). Плоскоклеточный рак**
- Б). Железистый рак
- В). Мелкоклеточный рак
- Г). Крупноклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

308. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов:

- А) Внутригрудные**
- Б) Подмышечные
- В) Забрюшинные
- Г) Паховые
- Д) Абдоминальные

309 Рак легкого метастазирует в:

- А). Печень
- Б). Кости
- В). Головной мозг
- Г). Все ответы верные**
- Д). Правильного ответа нет

310. Наиболее типичными ранними симптомами центрального рака легкого являются:

- 1). Кашель
- 2). Одышка
- 3). Боли за грудиной
- 4). Кровохарканье
- 5). Осиплость голоса
- 6). Дисфагия

Правильные ответы:

- А). Все ответы правильные
- Б). 1,3,4**
- В). Правильно все, кроме 2,6
- Г). Правильно все, кроме 6
- Д). 2,5,6

311. При периферическом раке легкого в отличие от центрального, заболевание:

- 1). Длительное время протекает бессимптомно
- 2). Сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
- 3). Симптомы кашля и кровохарканья являются ранними
- 4). Кашель и кровохарканье появляются поздно

Правильные ответы:

А). 1,3

Б). 2,3

В). 1,4

Г). 2,4

Д). 1,2

312. К неврологическим симптомам, обусловленным вовлечением в опухолевый процесс элементов плечевого сплетения при раке верхушки легкого, относятся:

А). Слабость мышц кисти

Б). Расстройства чувствительности участков кисти и предплечья

В). Синдром Горнера

Г). Все ответы верные

Д). Правильного ответа нет

313. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевого или главного бронха, вызывает смещение средостения:

А). В здоровую сторону

Б). В больную сторону

В). Смещения средостения не выявляется

Г). Зависит от размера опухоли

Д). Правильного ответа нет

314. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:

А). Определить размеры опухоли

Б). Точно локализовать опухоль

В). Определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению

Г). Получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких

Д). Все ответы верные

315. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

А). Хирургический

Б). Лучевой

В). Химиотерапевтический

Г). Иммуноterapia

Д). Плазмаферез

316. Хирургический метод лечения рака легкого необходимо применять у больных:

А). У которых отсутствуют противопоказания к данному методу лечения

Б). Которым противопоказано лучевое лечение

В). Имеющих противопоказания к химиотерапии

Г). Имеющих осложненное течение рака легкого (обструктивная пневмония, распад опухоли, опухолевый плеврит)

Д). Правильно В) и Г)

317. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:

А). Лобэктомия (билобэктомия), пульмонэктомия

Б). Сегментэктомия

В). Клиновидная или краевая резекция легкого

Г). Правильные ответы А) и Б)

Д). Все ответы верные

318. Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна:

А). При плоскоклеточном раке легкого

Б). При аденокарциноме легкого

В). При мелкоклеточном раке легкого

Г). Показана при всех формах

Д). Не доказана

319. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения:

А). Химиотерапия

Б). Иммуноterapia

В). Гормонотерапия

Г). Лучевая терапия

Д). Верны ответы А), Б), Г)

320. Наибольшая радиочувствительность характерна:

А). Для аденокарциномы легкого

Б). Для эпидермоидного рака

В). Для мелкоклеточного рака легкого

Г). Для бронхиоло-альвеолярного рака

Д). Рака Пэнкоста

321. При мелкоклеточном раке легкого лучевую наиболее часто применяют:

А). Как самостоятельный метод

Б). В комбинации с хирургическим

В). В сочетании с химиотерапией

Г). В сочетании с иммуноtherapiей и гормонотерапией

Д). Правильный ответ Б) и Г)

322. К факультативным предракам кожи относят:

А). Кожный рог

Б). Лейкоплакию

В). Старческую кератому

Г). Гемангиому

Д). Правильно А), Б), В)

323. К облигатным предракам кожи относят:

1). Болезнь Боуэна

2). Болезнь Педжета

3). Кератопапиллому

4). Трофические язвы

5). Эритроплакию Кейра

6). Внутридермальный пигментный невус

Правильные ответы:

А). 1, 2, 3

Б). 4, 5, 6

В). 1, 2, 5

Г). 3, 4, 6

Д). 1, 5, 6

324. К гистологическим вариантам рака кожи относят:
- А). Базальноклеточный рак
 - Б). Мелкоклеточный рак
 - В). Плоскоклеточный рак
 - Г). Светлоклеточный рак
 - Д). Правильно А) и В)**
325. Базальноклеточный рак кожи составляет:
- А). 20%
 - Б). 40%
 - В). 70%**
 - Г). 90%
 - Д). 95 %
326. Частота локализации базалиомы на коже лица составляет:
- А). 50-55%
 - Б). 60-70%
 - В). 94-97 %**
 - Г). На коже лица встречается редко
 - Д). 40%
327. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:
- А). На фоне хронических заболеваний кожи**
 - Б). На здоровой коже (de novo)
 - В). С одинаковой частотой и в том, и в другом случае
 - Г). На фоне меланомы
 - Д). В местах рубцовых изменений кожи
328. К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится:
- А). Болезнь Боуэна
 - Б). Базалиома
 - В). Эритроплазия Кейра
 - Г). Папилломатозный внутридермальный невус
 - Д). Правильные ответы А) и В)**
329. Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:
- А). В лимфоузлы
 - Б). В печень
 - В). В легкие
 - Г) В почки
 - Д) Не дает метастазов**
330. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:
- А). 2-2,5 %**
 - Б). 4-5 %
 - В). 6-10 %
 - Г). 11-15 %
 - Д). 20- 25%
331. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь

поражают:

- А). Легкие
- Б). Головной мозг
- В). Кости
- Г). Печень
- Д) Правильные ответы А) и В)**

332. Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:

- А). Быстрорастущего плотного бугристого узла**
- Б). Язвы с плотными вывороченными краями
- В). Разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью
- Г). Разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями
- Д). Ограниченного очага типа нумулярной экземы

333. Самыми информативными методами при постановке диагноза рака кожи являются:

- А). Цитологическое исследование мазков
- Б). Выявление клинико-анамнестических симптомов
- В). Гистологическое исследование биоптатов**
- Г). Радиоизотопное исследование с РЗ2
- Д). Все из перечисленного

334. У больной 62 лет базалиома кожи правой лопаточной области диаметром 1, 5 см. Ей целесообразно:

- А). Хирургическое удаление
- Б). Криогенная деструкция
- В). Лазерное воздействие
- Г). Близкофокусная рентгенотерапия
- Д). Все методы применимы**

335. У больного 67 лет рак кожи ягодичной области III стадии с подвижными метастазами в паховые лимфатические узлы. Ему целесообразно:

- А). Дистанционная гамматерапия (самостоятельный курс)
- Б). Хирургическое лечение с лимфаденэктомией
- В). Комбинированное лечение (предоперационная гамматерапия + операция иссечение опухоли + лимфаденэктомия)**
- Г). Близкофокусная терапия на опухоль + лимфаденэктомия
- Д). Правильно А) и В)

336. К меланомо-неопасным невусам относят:

- А). Синий (голубой) невус
- Б). Внутридермальный невус**
- В). Пограничный пигментный невус
- Г). Гигантский пигментный невус
- Д). Все ответы верны

337. Из ниже перечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

- А). Меланоз Дюбрея
- Б). Папилломатозный невус
- В). Невус Оста
- Г). Пигментная ксеродерма

Д). Правильно А) и В)

338. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявляться:

- А). Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- Б). Увеличением или неравномерностью пигментации
- В). Увеличением или неравномерностью плотности
- Г). Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- Д). Всем перечисленным**

338. Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

- А). Хирургический**
- Б). Лучевая терапия
- В). Электрокоагуляция
- Г). Комбинированный
- Д). Все ответы верны

339. Худший прогноз при локализации меланомы на коже:

- А). Головы
- Б). Верхних конечностей
- В). Туловища
- Г). Нижних конечностей**
- Д). Органов половой зоны

340. Наиболее часто меланомы располагаются на:

- А). Лице, голове, шее
- Б). Туловище**
- В). Верхних конечностях
- Г). Нижних конечностях.
- Д). Уши

341. В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны:

- А). Болезнь Минца
- Б). Узловая форма мастопатии
- В). Цистаденома
- Г). Все перечисленное**
- Д). Ничего из перечисленного

342. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является:

- А). Маститоподобная
- Б). Панцирная
- В). Рожеподобная
- Г). Рак Педжета
- Д). Узловая**

343. Отдаленными метастазами (M1) при раке молочной железы являются метастазы в:

- 1). Легкие
- 2). Печень
- 3). Загрудинные лимфоузлы

- 4). Надключичные лимфоузлы
- 5). Кости

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 2,4,5
- Г). 1,4,5

Д). Правильно В) и Г)

344. Для рака молочной железы не характерны метастазы в:

- А). Легкие
- Б). Печень
- В). Мозг
- Г). Пупок**
- Д). Кости

345. В молочной железе «болезнь Педжета» относится к:

- А). Узловой мастопатии
- Б). Внутрипротоковой папилломе
- В). Раку кожи
- Г). Узловой форме рака
- Д). Внутрипротоковому раку**

346. При I-IIa стадии рака молочной железы с локализацией в наружных квадрантах у женщин старше 55 лет целесообразно проводить:

- А). Мастэктомию по Холстеду + химиотерапию
- Б). Дооперационную лучевую терапию + мастэктомию по Пейти
- В). Мастэктомию по Маддену
- Г). Мастэктомию + послеоперационную лучевую терапию**
- Д). Верно А) и Г)

347. У больной 65 лет через 3 года после радикального лечения первичного РМЖ, выявлен метастаз в первый поясничный позвонок. Наиболее целесообразно применить:

- А). Эндокринную терапию
- Б). Лучевую терапию на поясничный отдел позвоночника
- В). Химиотерапию тиофосаамидами
- Г). Правильные ответы А) и Б)**
- Д). Все ответы правильные

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» желудочковая 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 тромбозмболических 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

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, дифференциальный диагноз, лечение и его осложнения (мониторимые 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.

3. 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 жесткое, 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» (САТ) 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/м². 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 – $5,3 \cdot 10^9$ /л, Hb - 168 г/л, лейкоциты - $6,1 \cdot 10^9$ /л (лейкоцитарная формула - без особенностей), СОЭ - 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ₁ = 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 B6 и B1, 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 пропafenон 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/м²; 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 бедра, головную боль, чувство нехватки воздуха при умеренной физ.нагрузке (подъем 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 приема 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 подъеме 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 отеков 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 тяжелой физической работой, при усилении болевого синдрома самостоятельно принимает НПВС: внутрь или парентерально (в/м) – диклофенак, кетопрофен.

Длительность приема 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 пальпации паравerteбральных 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.

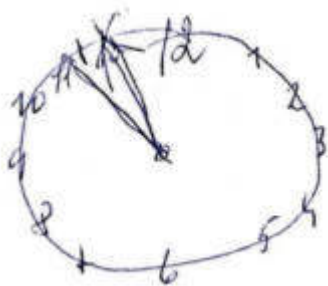
Лабораторные данные: гемоглобин – 130 г/л, гематокрит – 43%, глюкоза плазмы натощак – 7,7 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, липидный профиль: ОХ – 4,1 ммоль/л; ЛПНП – 1,8 ммоль/л; ЛПВП – 0,86 ммоль/л; ТГ – 1,6 ммоль/л, Na⁺ – 140 ммоль/л; K⁺ – 4,3 ммоль/л, мочевая кислота – 422 мкмоль/л, креатинин – 110 ммоль/л; рСКФ (СКД-ЕРІ) – 55 мл/ мин/1,73 м2, АЛТ – 36 Ед/л; АСТ – 39 Ед/л. Анализ мочи: плотность – 1020; рН – 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 5 лет 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 – 65 кг. Рост – 155 см. ОТ – 68 см, ОБ – 80 см. Лёгкие: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердце: границы сердца расширены влево на 1 см, 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

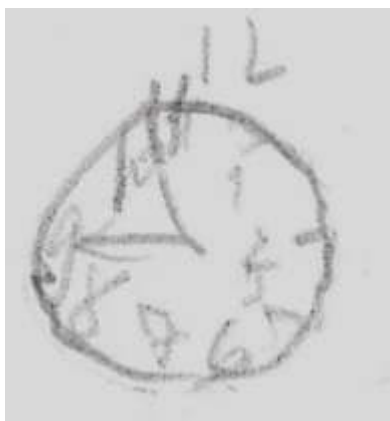
Тест «встань и иди» (сек)	18 сек
Способность поддержания равновесия (сек)	5 сек
Визуально аналоговая шкала (%)	80%
Риск переломов, FRAX (%)	13%

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	21 балл		

питания (MNA)	
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 (СКD-EPI) – 53 мл/ мин/1,73 м²; 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- $3,09 \times 10^{12}$ /л, MCV- 78 фл, лейкоциты- $7,6 \times 10^9$ /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 $3,11 \times 10^{12}$ /л, Hb-93 г/л, MCV 82 fl, MCH 28 pg, ретикулоциты – 8%, RDW 18%, лейкоциты $5,6 \times 10^9$ /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 T 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 $3,89 \times 10^{12}/л$, Hb-113 г/л, MCV 78 fl, MCH 26 pg, RDW 18%, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$. 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 T 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, подчеркнут 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 – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – $267 \times 10^9/л$, СОЭ – 14 мм/час.
Общий анализ мочи: рН – 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°C.

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°C, 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°C. 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 (mMRS) - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}/л$, Нв - 165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9/л$, 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/ЖЕЛ – 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 – $3,1 \times 10^{12}/л$, Нв – 109 г/л, тромбоциты – $178 \times 10^9/л$, лейкоциты – $39 \times 10^9/л$, 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 АВ-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, симvastатин 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 отеки на нижних конечностях в области нижней трети голени. 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 остеопоротических 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 $3,8 \times 10^{12}/л$, MCV 78 fl, тромбоциты – $188 \times 10^9/л$, лейкоциты – $4,9 \times 10^9/л$, 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, теряет 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/м². Кожа и слизистые бледные. Лимфоузлы не увеличены. Отеков 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 реберной дуги, край эластичный. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

Общий анализ крови, выполненный в неотложном порядке: эритроциты (RBC) - $2,31 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 52 г/л, MCV – 108 fl, MCH – 36,1 pg, MCHC – 391 г/л, лейкоциты (WBC) - $2,8 \times 10^9/л$: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) – $76 \times 10^9/л$. 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/м². 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 снаружи 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) – $2,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин (Hb) – 68 г/л, MCV – 84 fl, лейкоциты (WBC) – $5,9 \times 10^9/л$: базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 84%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, тромбоциты (PLT) – $190 \times 10^9/л$. 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.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**, Барканова Ольга
Николаевна

27.08.26 09:11 (MSK)

Простая подпись