MedikCase

Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Гериатрия

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 05:09 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3

Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4

Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт

Telegram

Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.

0001	Мужчина 72 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом.	3
0002	Больной Р. 76 лет поступил в ревматологическое отделение.	12

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Гериатрия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Мужчина 72 лет вызвал участкового врача-терапевта на дом.

1.2. Жалобы

- на эпизодическую боль в загрудинной области давящего характера, возникающую при небольшой физической нагрузке (ходьбе в среднем темпе до 500 м, при подъеме по лестнице на 1—2 пролета), эмоциональной нагрузке, купирующуюся приемом нитратов в течение 3-4 минут, эпизодически в покое;

- на одышку при незначительной физической нагрузке;

- на шаткость и неустойчивость при ходьбе;

- на снижение зрения;

- на страх падений.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больным с 55 лет, когда впервые стал отмечать загрудинные давящие боли при физической нагрузке, проходящие в покое и после нитратов короткого действия. Получает постоянную терапию нитратами, периндоприлом, индапамидом, аспирином. Несмотря на антигипертензивную терапию последние 6 мес., артериальное давление плохо контролируется. В течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, получает постоянную сахароснижающую терапию (метформин 1000 мг). Назначенную гиполипидемическую терапию самостоятельно отменил. Отмечает ухудшение состояния в течение последнего месяца, когда ангинозные боли стали возникать чаще, усилилась одышка, появились отеки ног.

1.4. Анамнез жизни

Рос и развивался нормально. Образование среднее. На пенсии с 60 лет, работал электриком. Наследственность: отягощена по линии отца по сердечно-сосудистым заболеваниям. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки: не курит, злоупотребление алкоголем отрицает. Отмечает неустойчивость, шаткость при ходьбе последние 6 месяцев, за это время – 2 эпизода падения (в ванной и 1 раз в комнате), переломов не было. Отмечает снижение зрения в течение 3 лет. По данным медицинской документации уровень витамина D 26 нг/мл (норма витамина Д 30–100 нг/мл).

1.5. Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Распределение подкожной жировой клетчатки по абдоминальному типу, повышенного питания. Индекс массы тела − 38,2 кг/м^2. Окружность талии − 112 см. Кожные покровы нормальной окраски, чистые, умеренной влажности. Пастозность голеней, стоп. Язык влажный, не обложен. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Частота дыхательных движений − 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление − 180/100 мм рт. ст., Частота сердечных сокращений − 79 удара в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Щитовидная железа не увеличена. Ходит медленно, короткими шагами. Шкала «Возраст не помеха» 3 балла.

1. План обследования

Вопрос 1

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

1. **общий анализ крови**
2. высокочувствительный СРБ
3. анализ мочи по Нечипоренко
4. **определение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак**
5. определение уровня антистрептолизина О, ревматоидного фактора
6. определение уровня международного нормализованного отношения

Правильные ответы:
1 - общий анализ крови
4 - определение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам рекомендуется проводить общий анализ крови с измерением уровней гемоглобина, эритроцитов и лейкоцитов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

Рекомендована оценка факторов риска, влияющих на развитие ишемической болезни сердца при сахарном диабете – возраст пациента на момент дебюта гипергликемии, наследственность по сахарному диабету, сосудистые осложнения, уровень глюкозы плазмы натощак, уровень HbA1c.

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Общий анализ крови

Показатель	Результат	Норма
Эритроциты, $x10^{12}$/л	4,7	М. 4,5-5,0 Ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л	133,1	М. 132-164 Ж. 115-145
ЦП	0,85	0,85-1,05
Ретикулоциты, ‰	-	2-12
СОЭ, мм/ч	15	М. 2-10 Ж. 2-15
Тромбоциты, $x10^{9}$/л	199,4	180-320
Гематокрит, %	42,7	М. 40-48 Ж. 36-41
Лейкоциты, $x10^{9}$/л	9,03	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	1	1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	3	1-5
Базофилы, %	1	0-1
Лимфоциты, %	31	20-40
Моноциты, %	6	2-10

3.2. Определение уровня гликозилированного гемоглобина крови и уровня глюкозы крови натощак

Гликозилированный гемоглобин (HbA1c) – 6,1%. +
Глюкоза в плазме крови натощак – 5,4 ммоль/л

3.4. Определение уровня международного нормализованного отношения

Международное нормализованное отношение = 1,08

Вопрос 2

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

1. УЗИ щитовидной железы
2. магнитно-резонансную томографию грудного отдела позвоночника
3. спирометрию
4. **электрокардиографию**
5. ультразвуковую допплерографию вен нижних конечностей
6. **трансторакальную эхокардиографию**

Правильные ответы:
4 - электрокардиографию
6 - трансторакальную эхокардиографию

ОБОСНОВАНИЕ

Всем пациентам с подозрением на ишемическую болезнь сердца при обращении к врачу рекомендуется выполнить электрокардиографию в покое и расшифровать электрокардиограмму.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

Трансторакальная эхокардиограмма в покое рекомендуется всем пациентам с подозрением на стабильную ишемической болезни сердца и при ранее доказанной стабильной ишемической болезни сердца.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Электрокардиография

Заключение: ритм синусовый, правильный, частота сердечных сокращений – 88 в минуту, PR 158 мсек., QRS 89 мсек., QT 402 мсек., QTc 392 мсек., нормальное положение электрической оси сердца.

5.2. Трансторакальная эхокардиография

Заключение: полость левого желудочка: Dd 5,1 см (N до 5,5); конечный диастолический объем 114 мл; конечный систолический объем 47 мл. Толщина стенок левого желудочка: межжелудочковая перегородка 1,0 см; задняя стенка 1,0 см. Глобальная сократительная функция левого желудочка: не нарушена, фракция выброса левого желудочка=54%. Нарушений локальной сократимости нет. Диастолическая дисфункция по 1 типу. Полость правого желудочка: 2,5 см. характер движения стенок: не изменен. Левое предсердие: 4,2 мл. +
Нарушение диастолической функции левого желудочка, уплотнение стенок аорты.

5.3. Ультразвуковая допплерография вен нижних конечностей

Заключение: патологии не выявлено

2. Диагноз

Вопрос 3

Учитывая жалобы, анамнез, данные лабораторных и физикальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

1. Острый коронарный синдром
2. **Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения**
3. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия Принцметала
4. Ишемическая болезнь сердца. Впервые возникшая стенокардия

Правильный ответ:
2 - Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения

ОБОСНОВАНИЕ

Признаки типичной (несомненной) стенокардии напряжения:

- Боль в области грудины, возможно с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, реже в эпигастральную область, длительностью 2—5 мин. Эквивалентами боли бывают одышка, ощущение «тяжести», «жжения».
- Вышеописанная боль возникает во время физической нагрузки, либо сильного эмоционального стресса.
- Вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приема нитроглицерина.

Для подтверждения диагноза типичной (несомненной) стенокардии необходимо наличие у пациента всех трех вышеперечисленных признаков одновременно.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

7. Диагноз

7.1. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения

7.3. Ишемическая болезнь сердца. Впервые возникшая стенокардия

Вопрос 4

У данного пациента клинические проявления свидетельствуют о наличии _____ функционального класса стенокардии напряжения

1. II
2. I
3. IV
4. **III**

Правильный ответ:
4 - III

ОБОСНОВАНИЕ

Приступы стенокардии резко ограничивают физическую активность: возникают при незначительной нагрузке – при ходьбе в среднем темпе <500 м, при подъеме по лестнице на 1-2 пролета. Изредка приступы возникают в покое.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

Вопрос 5

Фоновым заболеванием, которое усугубляет течение основного заболевания и является фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, является Гипертоническая болезнь _____ стадии. Риск _____. Целевой уровень АД не достигнут.

1. 3; 3 (низкий)
2. 2; 4 (очень высокий)
3. **3; 4 (очень высокий)**
4. 2; 3 (высокий)

Правильный ответ:
3 - 3; 4 (очень высокий)

ОБОСНОВАНИЕ

У пациента имеется коморбидность в виде наличия ишемической болезни сердца и сахарного диабета, что свидетельствует о 3 стадии гипертонической болезни и очень высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений. Максимальные цифры повышения артериального давления (180/100 мм рт. ст.) соответствуют 3 степени артериальной гипертензии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Артериальная гипертензия у взрослых, 2024 г. (1)

3. Лечение

Вопрос 6

Уровни глюкозы плазмы крови натощак и гликозилированного гемоглобина обусловливают необходимость

1. добавления второго сахароснижающего препарата
2. **продолжения приема назначенного препарата в полном объеме**
3. отмены метформина и перевода пациента на препараты инсулина
4. дополнительного введения инсулина короткого действия на фоне продолжения приема метформина

Правильный ответ:
2 - продолжения приема назначенного препарата в полном объеме

ОБОСНОВАНИЕ

На фоне регулярного приема метформина отмечается достижение целевого уровня глюкоза плазмы натощак и гликозилированного гемоглобина.

Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, О.Ю. Сухаревой. – 12-й выпуск. – М.; 2025 г. (1)

Вопрос 7

В качестве антиангинальной терапии пациенту следует назначить

1. комплексную метаболическую терапию, включающая триметазидин, мексидол и препараты калия
2. комплексную терапию, включающая триметазидин и ранолазин
3. монотерапию бета-адреноблокаторами
4. **комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция**

Правильный ответ:
4 - комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция

ОБОСНОВАНИЕ

При стабильной стенокардии 3-4 функционального класса рекомендуется сразу назначить комбинацию бета-адреноблокатора с дигидропиридиновым антагонистом кальция.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

Вопрос 8

Целевое значение частоты сердечных сокращений у пациента на фоне принимаемой терапии должно составлять ____ ударов в минуту

1. 45-50
2. **55-60**
3. 65-70
4. 75-80

Правильный ответ:
2 - 55-60

ОБОСНОВАНИЕ

При применении БАБ наибольшее снижение потребности миокарда в кислороде и прирост коронарного кровотока достигается при ЧСС 55—60 уд/мин.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

Вопрос 9

Целевые значения уровня липопротеидов низкой плотности при терапии статинами у данного пациента должны составлять ___ ммоль/л

1. ≤2,5
2. ≤4,0
3. **<1,4**
4. ≤3,0

Правильный ответ:
3 - <1,4

ОБОСНОВАНИЕ

Для профилактики сердечно-сосудистых осложнений всем пациентам с стабильной ишемической болезнью сердца рекомендуется назначать статины для достижения целевого уровня липопротеидов низкой плотности (<1,4 ммоль/л), т.к. риск очень высокий

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г. (1)

Вопрос 10

Оценить походку и риск падений у пожилых пациентов позволяет тест

1. вставания со стула 5 раз без помощи рук
2. скорости ходьбы на расстоянии 6 метров
3. **«Встань и иди»**
4. тандемный

Правильный ответ:
3 - «Встань и иди»

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендовано выполнять тест «Встань и иди» у пациентов, направленных на КГО, для оценки риска падений и выявления нарушений походки

Клинические рекомендации Минздрава России. Старческая астения, 2024 г. (1)

4. Вариатив

Вопрос 11

Учитывая риск падений, пациенту необходимо назначить консультацию

1. пульмонолога
2. **офтальмолога**
3. ревматолога
4. гастроэнтеролога

Правильный ответ:
2 - офтальмолога

ОБОСНОВАНИЕ

Сенсорные нарушения (снижение зрения и слуха) затрудняют выполнение повседневных задач, повышают риск когнитивных нарушений, депрессии, падений, социальной изоляции, ухудшают прогноз для жизни пожилых людей. При выявлении сенсорных дефицитов целесообразно направление пациента на консультацию к соответствующим врачам- специалистам - врачу-офтальмологу, врачу-сурдологу-оториноларингологу.

Клинические рекомендации Минздрава России. Старческая астения, 2024 г. (1)

Вопрос 12

В составе комплекса мер для снижения риска падений пациенту с необходимо назначить

1. **колекальциферол**
2. ретинол
3. витамины группы В
4. магний

Правильный ответ:
1 - колекальциферол

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется назначение колекальциферола с/или без препаратов кальция пациентам с недостатком/дефицитом витамина D в составе комплекса мер для снижения риска падений.

Клинические рекомендации Минздрава России. Старческая астения, 2024 г. (1)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Гериатрия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больной Р. 76 лет поступил в ревматологическое отделение.

1.2. Жалобы

на припухлость и резкую боль в первом пальце правой стопы, припухлость левого локтевого сустава.

1.3. Анамнез заболевания

- Заболел остро 2 дня назад после эмоционального стресса.
- Отмечалось повышение температуры тела до 37,8°С

1.4. Анамнез жизни

- В течение последних 3 лет эпизодически наблюдаются подъёмы артериального давления до 160/100 мм рт. ст., постоянной гипотензивной терапии не получал. Острые сердечно-сосудистые состояния, сахарный диабет в анамнезе отрицает. При УЗИ почек несколько лет назад были выявлены конкременты, однако в связи с отсутствием жалоб значения этому не придал, к урологу не обращался, лечения не получал
- Вредные привычки отрицает.

1.5. Объективный статус

- Состояние удовлетворительное
- Конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост 171 см. Вес 96 кг. ИМТ 33,6 кг/м^2. Окружность талии 104 см.
- В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту.
- Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 84 в минуту. АД 150/105 мм рт. ст.
- Живот увеличен в объёме за счёт избыточного развития подкожной жировой клетчатки, мягкий, безболезненный. Правая доля печени на 1,5 см выступает из-под реберной дуги; край печени мягкий, безболезненный.
- Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
- Физиологические отправления в норме.
- Периферических отеков нет.

Осмотр костно-суставного аппарата: выраженная деформация первого плюснефалангового сустава правой стопы за счёт экссудативных явлений, резкая болезненность при пальпации данного сустава, гиперемия кожи над ним и повышение местной температуры, объём движений в первом плюснефаланговом суставе справа резко ограничен. Дефигурация и ограничение подвижности левого локтевого сустава за счёт экссудативных явлений, умеренная гиперемия, пальпаторная болезненность. Другие суставы при осмотре не изменены, пальпация их безболезненна, движения в других суставах сохранены, в полном объёме. Подкожные и внутрикожные узелки не

выявляются.

1. План обследования

Вопрос 1

Основным лабораторным исследованием, необходимым для установления основного диагноза, в данной клинической ситуации является

1. общий анализ мочи
2. определение уровня ревматоидного фактора
3. общий анализ крови
4. **биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты**

Правильный ответ:
4 - биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется у всех пациентов с подозрением на подагру определять сывороточный уровень мочевой кислоты

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

3. Результаты лабораторного метода обследования

3.1. Биохимический анализ крови с определением уровня мочевой кислоты

Глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 6,8 ммоль/л, триглицериды – 3,1 ммоль/л, креатинин 77 мкмоль/л, мочевина 7,2 ммоль/л, мочевая кислота 540 мкмоль/л (N<360), общий белок 68 г/л, АЛТ 84 ЕД/л, АСТ 67 ЕД/л.

3.2. Определение уровня ревматоидного фактора

РФ 12 МЕ/мл (N 0 -30).

Вопрос 2

Дополнительным методом обследования, необходимым для установления диагноза основного заболевания, является

1. ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей
2. **пункция сустава и поляризационная микроскопия синовиальной жидкости**
3. рентгенологическое исследование пораженных суставов
4. УЗИ органов брюшной полости и почек

Правильный ответ:
2 - пункция сустава и поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется всем пациентам для постановки определенного диагноза подагры выявление кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или в содержимом тофуса

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. Пункция сустава и поляризационная микроскопия синовиальной жидкости

Выявление в синовиальной жидкости игольчатых кристаллов с эффектом отрицательного двойного лучепреломления. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм^3 (преимущественно нейтрофилы). При окраске по Граму микроорганизмов в пунктате не выявлено.

5.3. УЗИ органов брюшной полости и почек

Печень увеличена (168 мм), эхогенность ткани печени обычная. Желчный пузырь не увеличен, толщина стенок 2 мм, в просвете «замазка». Общий желчный проток 5 мм. Поджелудочная железа визуализируется в области головки и тела, не утолщена, контуры ровные, эхогенность незначительно диффузно повышена. Селезенка не увеличена, структура однородная. Почки расположены типично, обычных размеров (правая почка 102×55 мм, левая почка 102×50 мм). Слой паренхимы в правой почке 11 мм, в левой почке 12 мм. В чашечно-лоханочной системе обеих почек мелкие конкременты до 4 мм.

2. Диагноз

Вопрос 3

Выявленное основное заболевание является

1. Септическим полиартритом
2. **Подагрой**
3. Ревматоидным артритом
4. Острой ревматической лихорадкой

Правильный ответ:
2 - Подагрой

ОБОСНОВАНИЕ

Для определённого диагноза подагры достаточно выявление кристаллов моноурата натрия в синовиальной жидкости или тофусах; при невозможности указанных исследований диагноз должен быть обоснован наличием совокупности клинических, лабораторных и инструментальных признаков.

Критерии ACR/EULAR, 2015

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

7. Диагноз

7.1. Подагра

7.3. Острая ревматическая лихорадка

Вопрос 4

Форму подагры в данном случае рассматривают как

1. бессимптомную гиперурикемию
2. **острый подагрический артрит**
3. хроническую тофусную подагру
4. хронический подагрический артрит в фазе обострения

Правильный ответ:
2 - острый подагрический артрит

ОБОСНОВАНИЕ

Основные клинические проявления подагры: рецидивирующие атаки острого артрита, очаговое накопление кристаллов уратов с образованием тофусов в тканях (в области суставов, мягких тканей, различных органах), нефролитиаз, подагрическая нефропатия.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

Вопрос 5

Подагру в данном случае можно считать

1. лекарственной
2. неуточненной
3. **идиопатической**
4. обусловленной нарушением почечной функции

Правильный ответ:
3 - идиопатической

ОБОСНОВАНИЕ

Заболеваемость подагрой составляет в различных популяциях от 5 до 70 на 1 000 среди мужчин и 1-10 среди женщин. Распространённость подагры среди взрослого населения колеблется в европейских странах от 0,9% до 2,5%, в США достигает 3,9%. Пик заболеваемости у мужчин в возрасте 40-50 лет, женщин – после 60 лет (в постменопаузальном периоде). Подагра среди мужчин встречается в 6-7 раз чаще, в старческом возрасте – в 3 раза чаще.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

Вопрос 6

Предполагаемым триггерным фактором развития острого артрита в данном случае является

1. **эмоциональный стресс**
2. прием алкоголя
3. прием диуретиков
4. физическая нагрузка

Правильный ответ:
1 - эмоциональный стресс

ОБОСНОВАНИЕ

Основными причинами гиперурикемии являются генетические факторы, приводящие к повышению реабсорбции и снижению экскреции мочевой кислоты с мочой либо к её гиперпродукции; избыточная масса тела и ожирение, повышение артериального давления, приём алкоголя, потребление большого количества животного белка, приём мочегонных препаратов, заболевания и состояния, характеризующиеся гиперурикемией.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

Вопрос 7

Коморбидными состояниями, увеличивающими риск развития подагры, являются

1. h.pylori-ассоциированные заболевания желудка и 12-перстной кишки
2. приобретенные пороки сердца ревматической этиологии
3. хроническая обструктивная болезнь легких и хронический обструктивный бронхит
4. **артериальная гипертензия и ожирение**

Правильный ответ:
4 - артериальная гипертензия и ожирение

ОБОСНОВАНИЕ

Пациенты с подагрой часто имеют связанные с ожирением сопутствующие заболевания, например АГ, гипертриглицеридемия, нарушения углеводного обмена.

Диагностика, лечение, профилактика ожирения и ассоциированных с ним заболеваний (национальные клинические рекомендации), 2017 (1)

Вопрос 8

Осложнением подагры у данного пациента является

1. хроническая почечная недостаточность
2. стеатоз печени
3. **мочекаменная болезнь**
4. ожирение I степени

Правильный ответ:
3 - мочекаменная болезнь

ОБОСНОВАНИЕ

В основе развития мочекаменной болезни лежат нарушения обменных процессов, связанных как с алиментарными факторами, так и с заболеваниями эндокринной системы, наследственной предрасположенности, а также климато-географических условий.

Урология. Российские клинические рекомендации / под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д. Ю. Пушкаря. — 2017. — 544 с. ISBN 978-5-9906972-6-3 (1)

3. Лечение

Вопрос 9

Для купирования острой подагрической атаки в качестве первой линии терапии наряду с НПВС рекомендуется назначение

1. аллопуринола
2. **колхицина**
3. метотрексата
4. азатиоприна

Правильный ответ:
2 - колхицина

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется всем пациентам в качестве «первой линии» терапии острого артрита назначать нестероидные противовоспалительные препараты или колхицин, или глюкокортикоиды.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

Вопрос 10

Частым побочным эффектом длительного приема НПВС является

1. **ульцерогенез**
2. сухой кашель
3. полицитемия
4. брадикардия

Правильный ответ:
1 - ульцерогенез

ОБОСНОВАНИЕ

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов должно учитывать индивидуальный риск желудочно-кишечного кровотечения и их кардиотоксичность.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

Вопрос 11

Постоянная медикаментозная терапия гиперурикемии у данного пациента

1. противопоказана
2. возможна при неэффективности немедикаментозных методов коррекции гиперурикемии
3. не желательна
4. **обязательна**

Правильный ответ:
4 - обязательна

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с дебютом подагры в возрасте менее 40 лет, при наличии почечной патологии, коморбидных заболеваний, уратснижающую терапию следует инициировать сразу после первого приступа артрита.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)

Вопрос 12

В качестве уратснижающей терапии первой линии пациенту следует рекомендовать прием

1. фебуксостата
2. **аллопуринола**
3. блемарена
4. канакинумаба

Правильный ответ:
2 - аллопуринола

ОБОСНОВАНИЕ

Рекомендуется пациентам с нормальной функцией почек в качестве препарата первой линии терапии назначение аллопуринола

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Подагра. 2018 г. (1)