

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 28 мая 2020 г.  
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Дисциплина «Геронтология, гериатрия»**

**по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)**

**Направленность: Лечебное дело**

**Форма обучения: очная**

**Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник**

**Срок обучения: 6 лет**

Год поступления 2019,2020

## 1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Геронтология, гериатрия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Организация гериатрической помощи в России.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2	Основные принципы терапии и реабилитации гериатрических больных	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3	Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4	Старение и болезни дыхательной системы.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5	Старение и болезни органов пищеварения	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
6	Старение и болезни мочевыделительной системы.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач,	Пятибалльная шкала оценивания

			курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	
7	Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
8	Старение и болезни эндокринной системы.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
9	Старение и болезни крови.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
10	Старение и нервно-психические расстройства.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
11	Итоговое занятие (зачет)	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	тестирование, собеседование.	Пятибалльная шкала оценивания

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (клинические практические занятия), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- доклад/ устное реферативное сообщение;
- решения ситуационных задач;
- разбор историй болезни;
- курация больного/разбор тематического больного;

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования**

## компетенций в процессе освоения образовательной программы

### 2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

#### Тема №1: Организация гериатрической помощи в России.

##### 01. ПОЖИЛЫМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ:

1. **60-74 года;**
2. 75-80 лет;
3. 81-89 лет;
4. 90 и более лет.

##### 02. СТАРЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ:

1. 60-74 года;
2. **75-89 лет;**
3. 90-95 лет;
4. 96 и более лет.

##### 03. ОПРЕДЕЛИТЕ ВОЗРАСТ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ:

1. 60-74 года;
2. 75-89 лет;
3. **90 и более лет;**
4. 100 и более лет.

##### 04. ПОКАЗАТЕЛЬ, ПРОГРЕССИВНО СНИЖАЮЩИЙСЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ:

1. уровень глюкозы в крови;
2. **сократительная способность миокарда;**
3. количество форменных элементов крови;
4. синтез гормонов гипофиза.

##### 05. БОЛЬШИНСТВО ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СПОСОБНЫ ПРОЖИТЬ:

1. 100 лет;
2. 80 лет;
3. **90 лет;**
4. более 100 лет.

##### 06. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ СТАРЕЮЩИМИ МОЖНО ПРИЗНАТЬ:

1. 1-2% пожилых и старых людей;
2. **3-6% пожилых и старых людей;**
3. 7-10% пожилых и старых людей;
4. 10-15% пожилых и старых людей.

##### 07. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. увеличением продолжительности жизни;
2. увеличением удельного веса лиц пожилого возраста;
3. **снижением продолжительности жизни;**
4. изменением социальной структуры общества.

##### 08. ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. дом-интернат для престарелых и инвалидов;
2. больница ветеранов;
3. поликлиника ветеранов;
4. **всероссийское общество Красного Креста.**

##### 09. ГЕТЕРОГЕННОСТЬ - ЭТО:

1. различная скорость развития возрастных изменений;
2. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа;
3. одновременное наступление старения всех органов и тканей;
4. **различие во времени наступления старения различных органов и тканей.**

##### 10. ГЕТЕРОТРОПНОСТЬ - ЭТО:

1. различная скорость развития возрастных изменений;

2. равноценная выраженность процесса старения различных органов и тканей и разных структур одного органа;
3. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
- 4. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа.**

11. ГЕТЕРОКИНЕТИЧНОСТЬ - ЭТО:

1. различие во времени наступления старения различных органов и тканей;
2. одинаковая скорость развития возрастных изменений различных органов и тканей;
- 3. различная скорость развития возрастных изменений;**
4. различная выраженность процесса старения органов и тканей, а также разных структур одного органа.

12. ВИТАУКТ - ЭТО ПРОЦЕСС:

- 1. стабилизирующий жизнедеятельность организма;**
2. процесс общей жизнедеятельности организма;
- 3. увеличивающий продолжительность жизни;**
4. уменьшающий продолжительность жизни.

13. В СТРУКТУРУ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РФ НЕ ВХОДЯТ:

1. медико-социальный гериатрический центр;
2. гериатрические кабинеты в поликлиниках;
- 3. санатории;**
4. дома-интернаты.

14. ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ:

1. лечебная;
2. консультативная;
3. профилактическая;
- 4. все перечисленное.**

15. К УЧРЕЖДЕНИЯМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ АМБУЛАТОРНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ, ОТНОСЯТСЯ:

1. хосписы;
2. центры экстренной психологической помощи;
- 3. поликлиники ветеранов;**
4. дома-интернаты для престарелых и инвалидов.

16. К УЧРЕЖДЕНИЯМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ, ОТНОСЯТСЯ:

- 1. больницы ветеранов;**
2. дома-интернаты для престарелых и инвалидов;
3. центры экстренной психологической помощи;
4. хосписы.

**Эталоны ответов**

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
<b>1.</b>	1	<b>5.</b>	3	<b>9.</b>	4	<b>13.</b>	3
<b>2.</b>	2	<b>6.</b>	2	<b>10.</b>	4	<b>14.</b>	4
<b>3.</b>	3	<b>7.</b>	3	<b>11.</b>	3	<b>15.</b>	3
<b>4.</b>	2	<b>8.</b>	4	<b>12.</b>	1, 3	<b>16.</b>	1

**Тема №2:** Основные принципы терапии и реабилитации гериатрических больных

01. Выберите правильную комбинацию ответов:

ГЕРОПРОТЕКЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- 1. достаточную физическую активность;**
- 2. снижение пищевого энергопотребления;**
3. увеличение массы тела;
4. снижение физической активности.

02. Выберите правильную комбинацию ответов:

К ВИДАМ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ:

- 1. социальную;**
2. экономическую;

**3. медицинскую;**

4. духовную.

03. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ЛФК, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

**1. утренняя гимнастика;**

2. бег на длинные дистанции;

3. силовые упражнения;

4. занятия лыжами, коньками.

04. К ВИДАМ ПОВСЕДНЕВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. купание;

2. одевание;

3. способность делать покупки;

**4. катание на велосипеде.**

05. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ ПОКАЗАНЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. электрофорез;

2. магнитотерапия;

3. УФО;

**4. ингаляции.**

06. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНАЖНОЙ ФУНКЦИИ БРОНХОВ ПОЖИЛЫМ И СТАРЫМ ЛЮДЯМ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

**1. дозированные физические упражнения;**

2. активную гимнастику;

3. силовую гимнастику;

4. бег.

07. МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ, ЧТО ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ НЕ МОЖЕТ СПОСОБСТВОВАТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ТАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ КАК:

1. гипостатическая пневмония;

**2. острый бронхит;**

3. тромбоэмболические нарушения;

4. пролежни.

08. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

**1. фитотерапия;**

**2. минеральная вода;**

3. ЛФК;

4. лазеротерапия.

09. ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:

1. сам больной;

2. медицинская сестра (семейная, участковая, гериатрического центра);

**3. врач;**

4. клинико-экспертная комиссия.

10. Выберите правильную комбинацию ответов:

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:

1. гомеопатическая терапия;

**2. реконструктивная хирургия;**

**3. протезирование и ортезирование;**

4. консервативная терапия.

11. Выберите правильную комбинацию ответов:

ОСНОВНЫЕ ВИДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА:

**1. социально-бытовая адаптация;**

2. профессиональная ориентация;

**3. социально-культурная реабилитация;**

4. возвращение к труду.

12. ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ III СТАДИИ ЛУЧШЕ НАЗНАЧИТЬ:

**1. фозиноприл;**

2. ателолол;

3. спиронолактон;

4. фуросемид.

13. У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ II СТАДИИ И БАКТЕРИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. гентамицин;

**2. доксициклин;**

3. сульфаниламиды;

4. цефазолин.

14. СЛАБОВЫРАЖЕННУЮ СЕРДЕЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ КОРРИГИРУЮТ СЛЕДУЮЩИМ ПРЕПАРАТОМ:

1. сердечными гликозидами;

2. большими дозами петлевых диуретиков;

**3. ингибиторами АПФ;**

4. нитратами;

15. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИ РАЗВИТИИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ В ОТВЕТ НА АНТИБИОТИКИ НУЖНО ПРОВЕСТИ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, МЕРОПРИЯТИЯ:

**1. отмена антибиотиков;**

**2. назначение антигистаминных препаратов и ГКС;**

3. уменьшение дозы антибиотика;

4. назначение препаратов калия.

16. ЦИТОСТАТИК, КОТОРЫЙ ОБЛАДАЕТ НЕЙРОТОКСИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ, ОСОБЕННО У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП:

1. цитозар;

2. винкристин;

3. лейкеран;

**4. алкеран.**

**Эталоны ответов**

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
<b>1.</b>	1, 2	<b>5.</b>	4	<b>9.</b>	3	13.	2
<b>2.</b>	1, 3	<b>6.</b>	1	<b>10.</b>	2, 3	14.	3
<b>3.</b>	1	<b>7.</b>	2	<b>11.</b>	1, 3	15.	1, 2
<b>4.</b>	4	<b>8.</b>	1, 2	<b>12.</b>	1	16.	4

**Тема №3:** Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.

01. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ - ЭТО:

1. артериальная гипертония;

**2. ишемическая болезнь сердца;**

3. клапанные пороки;

4. метаболические расстройства.

02. СРЕДИ ПОРОКОВ СЕРДЦА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1. митральный стеноз;

2. митральная недостаточность;

**3. стеноз устья аорты;**

4. недостаточность аортального клапана.

03. ПРИЧИНОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1. атеросклероз;

2. ревматизм;

**3. бактериальный эндокардит;**

4. травма грудной клетки.

04. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЯМИ АД И СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Характеристика уровня АД:

1) 1 степень АГ

2) 2 степень АГ

3) 3 степень АГ

Цифры АД (мм рт.ст.):

А. 145/85

Б. 170/100

В. 185/90

Г. 160/90

Д. 200/110

05. САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПРИЧИННЫМ ФАКТОРОМ, ОБНАРУЖИВАЕМЫМ ПРИ ТРОМБОЗЕ МОЗГОВЫХ СОСУДОВ У ПОЖИЛЫХ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1. узелковый периартериит;

**2. атеросклероз;**

3. полицитемия;

4. повышение свертываемости крови, связанное с недостатком половых гормонов.

06. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПАЦИЕНТУ 65 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТРАДАЮЩЕМУ УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИСТУПАМИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ II ФК ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

1. сердечные гликозиды;

**2. антагонисты кальция;**

**3. бета-блокаторы;**

4. антигипертензивные препараты центрального действия.

07. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ВИДОМ АРИТМИИ И ЭКГ-КАРТИНОЙ:

1. постепенное удлинение интервала PQ с А. АВ-блокада I степени  
выпадением очередного комплекса QRS

2. удлинение интервала  $PQ > 0,21$  сек

Б. АВ-блокада II степени

3. предсердия и желудочки сокращаются в своем  
различном друг от друга ритме

В. АВ-блокада III степени

08. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ЭКГ

Локализация ИМ:

1. нижний ИМ

2. передне-перегородочный ИМ

3. высокий боковой

Локализация изменений на ЭКГ

А. I, aVL, V5-V6.

Б. II, III, AVF

В. aVL

Г. I, aVL, V1-V3

Д. I, aVL, V2-V6

09. ТРУДНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ СВЯЗАНА С:

**1. полиморбидностью;**

2. повышением процента «гипертоний белого халата»;

3. расширением границ норм лабораторных показателей;

4. ускорением процесса деполяризации миокарда.

10. К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИКИ ИБС У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ ОТНОСЯТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

1. атипичная клиника стенокардии;

2. постепенное начало;

3. развитие хронической сердечной недостаточности;

**4. острое течение с быстрым восстановительным периодом.**



11. У СТАРИКОВ ПРИ ИБС ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. болевой синдром при стенокардии;
- 2. безболевого форма ишемии миокарда;**
3. отсутствие одышки;
4. быстрый эффект от нитратов.

12. ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, РАВНЫЙ:

1. 140 и 85- 159 и 90 мм рт. ст.;
2. ДАД 95 -104 мм рт. ст.;
3. ДАД 105-114 мм рт. ст.;
- 4. САД > 160, ДАД не более 90 мм рт. ст.**

13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СИМПТОМЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У СТАРИКОВ:

1. общая слабость;
2. ощущение шума в голове и ушах;
3. сильная головная боль;
- 4. все перечисленное.**

14. У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ РЕКОМЕНДУЮТ ИЗМЕРЯТЬ В ПОЛОЖЕНИЯХ:

- 1. сидя;**
2. лежа на правом боку;
3. после физической нагрузки;
4. лежа на левом боку.

15. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ КЛАССОМ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ:

- |              |   |
|--------------|---|
| 1. I ф.кл.   | А. Симптомы СН появляются при физической нагрузке. Функциональные возможности ограничены незначительно, в покое проявления отсутствуют. |
| 2. II ф.кл.  | Б. Симптомы СН присутствуют даже в состоянии покоя. Физическая нагрузка невозможна.   |
| 3. III ф.кл. | В. Симптомы СН появляются уже при небольших физических нагрузках. Физические возможности организма резко ограничены                     |
| 4. IV ф.кл.  | Г. Симптомы СН отсутствуют, обычная физическая нагрузка не ограничена.  |

16. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- |                          |                 |
|--------------------------|-----------------|
| 1. Антиагреганты         | А) варфарин     |
|                          | 2) гепарин      |
| 2. Прямые антикоагулянты | 3) ривароксабан |
|                          | 4) аспирин      |

**Эталоны ответов**

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
<b>1.</b>	2	<b>5.</b>	2	<b>9.</b>	1	<b>13.</b>	4
<b>2.</b>	3	<b>6.</b>	2, 3	<b>10.</b>	4	<b>14.</b>	1
<b>3.</b>	3	<b>7.</b>	1 – Б, 2 – А, 3 – В	<b>11.</b>	2	<b>15.</b>	1 – Г, 2 – А, 3 – В, 4 – Б.
<b>4.</b>	1 – А, 2 – Б, Г, 3 – В, Д	<b>8.</b>	1 – Б, 2 – Г, 3 – В	<b>12.</b>	4	<b>16.</b>	1 – Г, 2 – Б, В

**Тема №4:** Старение и болезни дыхательной системы

01. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ВНЕЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. сахарный диабет;
2. пиелонефрит;

3. тромбоз;
4. ишемическая болезнь сердца.

02. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:

1. оксацилина, рокситромицина, азитромицина;
2. **метазида, рифампицина;**
3. линкомицина, левомицетина;
4. имипенема и меропенема;
5. пенициллина, эритромицина.

03. У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ ЛЕГОЧНЫХ ДИССЕМИНАЦИЙ:

1. **миллиарный туберкулез;**
2. синдромом Хаммена-Рича;
3. саркоидоз Бека;
4. орнитоз.

04. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ НОГТЕЙ ПАЛЬЦЕВ РУК («ЧАСОВЫЕ СТЁКЛА»), ОДЫШКА - ЧАСТЫЕ ПРИЗНАКИ:

1. пневмоторакса;
2. острого респираторного заболевания;
3. пневмонии;
4. **старческой эмфиземы лёгких.**

05. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЁГКИХ:

1. снижение дыхательных объёмов лёгких при сохранении объёмных скоростей;
2. приступообразное ухудшение параметров кривой «поток-объём»;
3. **снижение объёмной скорости выдоха при относительной сохранности пиковой скорости выдоха;**
4. сохранение всех параметров в пределах нормы.

06. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1. ОФВ1 = 30-50% Д, индекс Тиффно < 70% Д | А. ХОБЛ легкого течения         |
| 2. ОФВ1 > 80%Д, индекс Тиффно < 70%Д      | Б. ХОБЛ средней тяжести         |
| 3. ОФВ1= 50-80%Д, индекс Тиффно <70%Д     | В. ХОБЛ тяжелого течения        |
| 4. ОФВ1<30%Д, индекс Тиффно <70%Д         | Г. ХОБЛ крайне тяжелого течения |

07. ПРИ РАЗВИТИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. эуфиллин внутривенно;
2. системные кортикостероиды;
3. М-холиномиметики;
4. **все перечисленное верно.**

08. ПРИ РАЗВИТИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЕТВЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПОЖИЛЫХ ПОКАЗАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ:

1. гепарин;
2. эуфиллин внутривенно;
3. морфин;
4. **все перечисленное верно;**
5. ничего из перечисленного.

09. ЕСЛИ ТЭЛА У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО ОСЛОЖНИЛАСЬ РАЗВИТИЕМ ИНФАРКТА ЛЕГКОГО, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЕНИЕ ВСЕХ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ:

1. антибиотиков;
2. гепарина;
3. эуфиллина;
4. **аминокапроновой кислоты.**

10. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО СЛУЧАЙНО ВЫЯВЛЕНА РАНЕЕ ОТСУТСТВОВАВШАЯ ТЕНЬ В ЛЕГКИХ. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. абсцесс;
2. каверна;
3. **рак легкого;**
4. киста.

11. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЕ МУКОЛИТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ БРОНХИТЕ У ПОЖИЛЫХ:

1. бромгексин;
2. мукалтин;
3. ацетилцистеиновая кислота;
4. **все перечисленное.**

12. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ, ВЫЗВАННОЙ НАЕМОРНИС INFLUENZAE, ЯВЛЯЮТСЯ:

1. **аминопенициллины;**
2. оксазолидиноны;
3. тетрациклины;
4. сульфаниламиды.

13. ДЛЯ ВЫБОРА МЕСТА ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ШКАЛУ:

1. **CRB-65;**
2. HAS-BLED;
3. SOFA;
4. MRC.

14. ПРИ ОРВИ С ВЫСОКОЙ ТЕМПЕРАТУРОЙ У ПОЖИЛЫХ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:

1. **парацетамол;**
2. ампициллина;
3. бисептола;
4. аспирин.

15. ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ПОЖИЛЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ:

1. **неселективные β-адреноблокаторы;**
2. ингаляционные глюкокортикостероиды;
3. ингаляционные М-холинолитики;
4. антибиотики.

16. БАЗИСНЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОЖИЛЫХ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. **ингаляционные глюкокортикоидные препараты (бекламетазон, будесонид);**
2. короткодействующие бета-адреномиметики (фенотерол);
3. короткодействующие ингаляционные М-холинолитики (ипратропия бромид);
4. бета-адреноблокаторы (бисопролол).

#### Эталонные ответы

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	4	5.	3	9.	4	13.	1
2.	2	6.	1 – В, 2 – А, 3 – Б, 4 – Г	10.	3	14.	1
3.	1	7.	4	11.	4	15.	1
4.	4	8.	4	12.	1	16.	1

**Тема №5:** Старение и болезни органов пищеварения

01. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ СВЯЗАНА С:

1. повреждающими свойствами рефлюктата (НСI, пепсин, желчные кислоты);
- 2. снижением функции антирефлюксного барьера;**
3. повышением клиренса пищевода;
4. нарушением опорожнения желудка.

02. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ТАЗОВОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ:

1. симптом Щеткина-Блюмберга;
2. симптом Ровзинга;
- 3. болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании;**
4. напряжение мышц в правой подвздошной области.

03. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЮ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. возникновения болей через 1-1,5 часа после приема пищи;
2. обострение болей после приёма НПВС;
3. иррадиации болей в поясничную область;
- 4. все перечисленное верно.**

04. ДЛЯ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ 12-ПЕРСТНОЙ И ТОНКОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО:

1. сохранение толщины слизистой;
- 2. уменьшение высоты ворсинок;**
3. увеличение толщины ворсинок;
4. сохранение параметров слизистой.

05. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМОРРОЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. недостаточность анального сфинктера;
2. язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- 3. гипертоническая болезнь с частыми кризами; портальная гипертензия;**
4. хронический панкреатит.

06. БОЛЬНОЙ 72 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:

1. стенозе выходного отдела желудка;
- 2. первично язвенной форме рака;**
3. пенетрации язвы;
4. перфорации язвы.

07. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО КОЛИТА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ:

1. оперативное лечение;
- 2. выжидательная тактика для оценки исхода развития естественного течения;**
3. только медикаментозное лечение;
4. физиолечение.

08. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ТИПАМИ ГАСТРИТА:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. образование антител к париетальным клеткам желудка и к внутреннему фактору Кастла | А. хронический гастрит С |
| 2. возникает за счет рефлюкса дуоденального содержимого                              | Б. хронический гастрит В |

3. хеликобактер-ассоциированное воспаление слизистой желудка, преимущественно в антральном отделе

В. хронический гастрит А

09. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ СИМПТОМОВ:

- |   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1. хронический гастрит с повышенной секрецией | А) Отрыжка кислым                     |
|   | 2) Отрыжка тухлым                     |
| 2. хронический гастрит с пониженной секрецией | 3) Стойкая болезненность в эпигастрии |
|   | 4) Чувство тяжести в животе           |
|   | 5) Метеоризм                          |
|   | Е) Понос                              |

10. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ЯЗВЫ И ОСОБЕННОСТЯМИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА:

- |  |   |
|--|---|
| 1. язва кардиального и субкардиального отделов желудка | А) поздние боли (через 2-3 часа после еды)  |
| 2. язва тела желудка                                   | 2) сразу после приема пищи  |
| 3. язва пилорического канала                           | 3) через полчаса-час после еды.   |
| 4. язва луковицы двенадцатиперстной кишки              | 4) «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а также ночные боли |

11. Выберите правильную комбинацию ответов:  
ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРНО:

1. малосимптомность;
2. более тяжелое течение;
3. **предрасположенность к малигнизации;**
4. частота мелены почти в два раза выше, чем у пациентов молодого и среднего возраста.

12. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ:

- |                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| 1. Мелена                       | А) Пищевод       |
| 2. Цвет "кофейной гущи"         | 2) Желудок       |
| 3. Рвота с кровью               | 3) Тонкая кишка  |
| 4. Выделение с калом алой крови | 4) Толстая кишка |

13. ПРИНЦИПАМИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. дозированная гимнастика, массаж живота, физиолечение (при отсутствии противопоказаний);
2. слабительные и прокинетики;
3. правильный рацион питания, включающий пищевые волокна и полноценный водный баланс;
4. **все перечисленное верно.**

14. Выберите правильную комбинацию ответов:  
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ВЫРАЖАЮТСЯ В:

1. **снижении сократительной способности желчного пузыря;**
2. **повышении тонуса сфинктера Одди с расширением общего желчного протока;**
3. повышении тонуса сфинктера Одди при наличии юкстапапиллярного дивертикула;
4. повышении сократительной способности желчного пузыря.

15. ПРИЧИНОЙ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. снижение тонуса желчного пузыря и сократительной способности желчного пузыря;
2. повышение выработки холестерина;
3. снижение секреции желчных кислот;
4. **все перечисленное верно.**

16. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ.  
ДЛЯ ЖЕЛТУХИ ХАРАКТЕРНЫ:

1. Надпечёночной А) гипербилирубинемия прямая, отсутствие стеркобилиногена в кале, повышение прямого билирубина в моче;
2. Подпечёночной 2) гипербилирубинемия прямая и непрямая, пониженный стеркобилиноген, повышение трансаминаз в крови, в моче – уробилиногенурия, прямой билирубина;
3. Печёночной 3) гипербилирубинемия прямая, повышение стеркобилиногена, есть уробилиноген;
- 4) гипербилирубинемия непрямая, уробилиногенурия, повышение уровня стеркобилиногена, нормальная ЩФ, нормальный уровень трансаминаз;

#### Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	5.	3	9.	1- А, В; 2- Б, Г, Д, Е	13.	4
2.	3	6.	2	10.	1 – Б, 2 – В, 3 – А, 4 – Г	14.	1, 3
3.	4	7.	2	11.	1, 3	15	4
4.	2	8.	1 – В, 2 – А, 3 – Б.	12.	1 – Б, В, 2 – Б, 3 – А, 4 – Г	16	1 – Г, 2 – А, 3 – Б

#### Тема №6: Старение и болезни мочевыделительной системы.

01. ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ЧАЩЕ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

1. нефротическая;
2. латентная;
3. протеинурическая;
4. гипертоническая.

02. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПИЕЛОНЕФРИТА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. кишечная палочка;
2. протей;
3. синегнойная палочка;
4. стафилококк.

03. Выберите правильную комбинацию ответов:  
ОСЛОЖНЕНИЕМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пиелонефрит;
2. рак предстательной железы;
3. цистит;
4. рак мочевого пузыря.

04. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. антиагреганты;
2. низкие дозы цитостатиков;
3. антикоагулянты;
4. высокие дозы цитостатиков.

05. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ СКФ И СТАДИЕЙ ХБП:

- |               |               |
|---------------|---------------|
| 1. I стадия   | А. 14 мл/мин  |
| 2. II стадия  | Б. 75 мл/мин  |
| 3. III стадия | В. 28 мл/мин  |
| 4. IV стадия  | Г. 44 мл/мин  |
| 5. V стадия   | Д. 102 мл/мин |

06. РАЗВИТИЮ СТАРЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА СПОСОБСТВУЕТ:

1. старческая атония мочевых путей;
2. мочекаменная болезнь;
3. обструкция нижних мочевых путей;

**4. все перечисленное верно;**

5. ничего из перечисленного.

07. ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1. хронический гломерулонефрит;

2. сахарный диабет;

3. хронический пиелонефрит;

**4. все перечисленное верно;**

5. ничего из перечисленного.

08. ПРОЯВЛЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. снижение скорости клубочковой фильтрации;

2. гиперкалиемия;

3. изогипостенурия;

**4. все перечисленное верно;**

5. ничего из перечисленного

09. ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ, ПРИВОДЯЩИЕ К РАЗВИТИЮ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ:

1. уменьшение внутрисосудистого объема;

2. недостаточность тканевой перфузии;

3. расстройство гемодинамики почки;

**4. все перечисленное верно.**

10. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРЕРЕНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЮТСЯ:

**1. кардиогенный шок;**

**2. острое нарушение мозгового кровообращения;**

3. злокачественная опухоль;

4. хроническая сердечная недостаточность.

11. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ГЕМОДИАЛИЗ, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ) У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНЫМ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

**1. гепарин;**

2. варфарин;

3. фондапаринкус;

4. дабигатран.

12. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ:

**1. стимуляторы эритропоэза;**

2. стимуляторы лейкопоэза;

3. аналоги нуклеозидов;

4. иммунодепрессанты.

13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЁЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 4 СТАДИИ У ПОЖИЛЫХ (КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ < 20 МЛ/МИН/1,73 М<sup>2</sup>) ДИУРЕТИКАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ:

**1. фуросемид, торасемид;**

2. спиронолактон, триамтерен;

3. индапамид, хлорталидон;

4. маннинил, буметанид.

14. О СОСТОЯНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ МОЧИ У ПОЖИЛЫХ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ:

**1. относительная плотность мочи;**

2. гематурия;

3. лейкоцитурия;

4. протеинурия.

15. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. **протеинурия с суточной потерей более 3,5 г;**
2. бактериурия;
3. лейкоцитурия;
4. гипоизостенурия

16. ДЛЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО СОЧЕТАНИЕ:

1. **отечного синдрома, протеинурии, диспротеинемии;**
2. артериальной гипертензии, отечного синдрома, гематурии;
3. лихорадочного синдрома, диспротеинемии, лейкоцитурии;
4. артериальной гипертензии, протеинурии, лейкоцитурии.

#### Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	5.	1 – Д, 2 – Б, 3 – Г, 4 – В, 5 – А	9.	4	13.	1
2.	1	6.	4	10.	1, 2	14.	1
3.	1, 3	7.	4	11.	1	15.	1
4.	4	8.	4	12.	1	16.	1

**Тема №7:** Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.

01. У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 5 ЛЕТ И ПРИНИМАЮЩЕГО ДИКЛОФЕНАК В ДОЗЕ 100 МГ В СУТКИ, МЕТОТРЕКСАТ В ДОЗЕ 7,5 МГ/НЕД. НЬ 92 Г/Л, ЭРИТРОЦИТОВ  $3 \times 10^{12}/Л$ , СОЭ 48 ММ/Ч, СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА И ТРАНСФЕРРИНА. РЕАКЦИЯ ГРЕГЕРСЕНА ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ. ПРИЧИНА АНЕМИИ:

1. скрытое желудочно-кишечное кровотечение на фоне НПВС - ассоциированной гастропатии;
2. фолиеводефицитная анемия на фоне метотрексата;
3. **гипохромная анемия, обусловленная ревматоидным воспалением;**
4. апластическая анемия.

02. ПОЖИЛОМУ БОЛЬНОМУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С БОЛЯМИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, С СИМПТОМОМ БАЛЛОТИРОВАНИЯ НАДКОЛЕННИКА, ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ КОЖИ НАД СУСТАВАМИ ПОКАЗАНО ВНУТРИСУСТАВНОЕ ВВЕДЕНИЕ:

1. гидрокортизон;
2. **триамцинолон;**
3. артепарон;
4. новокаин.

03. У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И КИСТЕЙ МЕНЕЕ 30 МИНУТ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ И КРЕПИТАЦИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, СОЭ МЕНЕЕ 20 ММ/Ч., РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ, УМЕРЕННОЕ СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОСТЕОФИТЫ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. реактивный артрит;
2. подагра;
3. **остеоартроз;**
4. ревматоидный артрит.

04. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- |                        |  |
|------------------------|--|
| 1. Ревматоидный артрит | А) симметричный характер                   |
| 2. Подагра             | 2) поражение 1 плюснефалангового сустава   |
| 3. Реактивный артрит   | 3) утренняя скованность более 30 минут     |
|                        | 4) в сочетании с уретритом, конъюнктивитом |

05. СТАРЕНИЕ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В:



**1. склонности к переломам;**

2. миозитах;
3. острых артритах;
4. подагре.

06. Выберите правильную комбинацию ответов:  
СТАРЧЕСКИЙ КИФОЗ РАЗВИВАЕТСЯ В СВЯЗИ С

**1. деформирующим спондилоартрозом;**

**2. сенильным остеопорозом;**

3. гипертонусом длинных мышц спины;
4. гипертрофией длинных мышц спины.

07. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ НПВП:

1. диклофенак;

2. кеторолак;

**3. ибупрофен;**

4. пироксикам.

08. МАРКЕРНЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПРИ СЕНИЛЬНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

**1. перелом шейки бедра;**

2. перелом лучевой кости в типичном месте;

3. перелом тела позвонка;

4. перелом ключицы.

09. Выберите правильную комбинацию ответов:

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.

10. ФАКТОРАМИ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЁ, КРОМЕ:

1. предшествующие переломы;

2. пожилой возраст;

3. женский пол;

**4. мужской пол.**

11. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

1. постменопауза (старше 65 лет) независимо от факторов риска;

2. постменопауза (моложе 65 лет) в сочетании с одним или более факторов риска;

3. мужчины в возрасте 70 лет и старше;

**4. все перечисленное верно.**

12. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО СОСТАВЛЯЕТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ОСТЕОАРТРОЗА У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО? 1) ОСТЕОПОРОЗ 2) МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭРОЗИИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ 3) ОСТЕОФИТОЗ 4) СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ 5) ОСТЕОСКЛЕРОЗ.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. 2, 3;

2. 3, 4;

3. 1, 2, 3;

**4. 3, 4, 5.**

13. ПОРАЖЕНИЕ КАКИХ СУСТАВОВ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ОСТЕОАРТРОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ?

1. дистальных межфаланговых;

2. проксимальных межфаланговых;

**3. лучезапястных;**

4. коленных.

14. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТЕОАРТРОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ: 1) ПРЕДНИЗОЛОН 2) ИНДОМЕТАЦИН 3) РУМАЛОН 4) АРТЕПАРОН 5) ДЕЛАГИЛ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

1. 1, 2;
2. 2, 3;
- 3. 3, 4;**
4. 1, 2, 3.

15. С ЧЕГО МОЖНО НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ АРТРИТА ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ТОЧНОГО ДИАГНОЗА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ?

1. с антибиотиков;
- 2. с нестероидных противовоспалительных препаратов;**
3. с преднизолона;
4. с метотрексата.

16. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

- |                         |  |
|-------------------------|--|
| 1. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, | А) поражение 1 плюснефалангового сустава |
| 2. ОСТЕОАРТРОЗ          | 2) поражение тазобедренных суставов      |
| 3. ПОДАГРА              | 3) утренняя скованность более 30 минут   |
|                         | 4) поражение коленных суставов           |

**Эталоны ответов**

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	3	5.	1	9.	2, 3	13.	3
2.	2	6.	1, 2	10.	4	14.	3
3.	3	7.	3	11.	4	15.	2
4.	1 – А, В; 2 – Б; 3 – Г	8.	1	12.	4	16.	1 – В; 2 – Б, Г; 3 – А

**Тема №8:** Старение и болезни эндокринной системы

01. ПРИ ОЖИРЕНИИ У ПОЖИЛЫХ ГЛАВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СО СТОРОНЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1. повышение артериального давления;**
2. прогрессирование атеросклероза коронарных сосудов;
3. гипертрофия левого желудочка;
4. мерцательная аритмия.

02. ПРИ ОЖИРЕНИИ У ПОЖИЛЫХ РАЗВИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖКТ:

1. желчнокаменная болезнь;
2. жировая инфильтрация печени;
3. хронический панкреатит;
- 4. все перечисленное верно;**
5. ничего из перечисленного.

03. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ У ПОЖИЛЫХ ИМЕЮТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

- 1. ослабление памяти;**
- 2. нарушение мозгового кровообращения;**
3. нистагм;
4. эпилепсия.

04. Выберите правильную комбинацию ответов:

ОЖИРЕНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

1. псориаз;
- 2. сахарный диабет 2 типа;**
3. витилиго;
- 4. ИБС;**
5. бронхиальная астма.

05. ЛИПИДОГРАММА ПРИ ОЖИРЕНИИ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ:

1. повышение уровня ХС;
2. повышение уровня ТГ;
3. повышение уровня ХСЛПНП и ХСЛПОНП;
4. снижение уровня ЛПВП;
- 5. все перечисленное верно;**
6. ничего из перечисленного.

06. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ:

1. метформин;
2. блокаторы  $\alpha$ -гликозидаз;
3. блокаторы кишечных и панкреатических липаз;
4. ингибиторы АПФ;
- 5. все перечисленное верно;**
6. ничего из перечисленного.

07. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПОЖИЛЫХ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

1. избыточной массой тела;
2. увеличением окружности талии;
- 3. снижением артериального давления;**
4. дислипидемией, гипергликемией.

08. В ПАТОГЕНЕЗЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ИГРАЕТ РОЛЬ:

- 1. инсулинорезистентность;**
2. замедление всасывания питательных веществ в кишечнике;
3. повышение скорости клубочковой фильтрации в почках;
4. гиперкортицизм

09. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1. увеличение окружности талии более 80 см у женщин и 88 см у мужчин;**
2. увеличение индекса массы миокарда левого желудочка свыше 110 у женщин и 125 у мужчин;
3. наличие отеков на нижних конечностях;
4. снижение уровня HbA1c в крови.

10. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ПРЕПАРАТЫ, КРОМЕ:

1. периндоприл;
- 2. атенолол;**
3. моксонидин;
4. амлодипин.

11. ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ОТЯГОЩАЮТ

- 1. атеросклероз, ожирение;**
2. пиелонефрит, цистит;
3. бронхит, пневмония;
4. гастрит, холецистит.

12. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ОБУСЛОВЛЕН

1. бактериальной инфекцией;
2. психоэмоциональными перегрузками;
3. избыточным употреблением углеводов;
- 4. снижением чувствительности тканей к инсулину.**

13. НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕННЫМ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПОЖИЛЫХ ОБЛАДАЮТ:

- 1. ингибиторы АПФ;**
2. бета-блокаторы;
3. тиазидовые диуретики;
4. глюкокортикоиды.

14. ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ С ПРОТЕИНУРИЕЙ У ПОЖИЛЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ:

1. **комбинированная терапия, включающая ингибитор ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (ингибитор АПФ или сартан);**
2. диуретики;
3. бета-адреноблокаторы;
4. блокаторы кальциевых каналов дигидропиридинового ряда.

15. ДЛЯ НАЧИНАЮЩЕЙСЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРНО ВОЗНИКНОВЕНИЕ:

1. **микроальбуминурии;**
2. массивной протеинурии;
3. лейкоцитурии;
4. гематурии.

16. ПРИ ДОКАЗАННОЙ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА У ПОЖИЛЫХ НАЗНАЧАЮТ:

1. **ингибиторы АПФ;**
2. петлевые диуретики;
3. блокаторы  $\beta$ -адренорецепторов;
4. блокаторы  $\alpha$ -адренорецепторов.

#### Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1	5.	5	9.	1	13.	1
2.	4	6.	5	10.	2	14.	1
3.	1, 2	7.	3	11.	1	15.	1
4.	2, 4	8.	1	12.	4	16.	1

**Тема №9:** Старение и болезни крови.

01. У БОЛЬНОГО 67 ЛЕТ С НАРАСТАЮЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ И ПОХУДАНИЕМ ОТМЕЧАЕТСЯ НОРМОХРОМНАЯ АНЕМИЯ (НО 90 Г/Л), СОЭ 44 ММ/Ч, ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЯ 90Г/Л ЗА СЧЕТ ГИПЕРГАММАГЛОБУЛИНЕМии, ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПАРАПРОТЕИН IGG, В ПУНКТАТЕ КОСТНОГО МОЗГА 10% ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК, НАЛИЧИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНЕ-ДЖОНСА; РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЕНЫ ДЕФЕКТЫ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ В КОСТЯХ ТАЗА, ЧЕРЕПА, КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ XI ГРУДНОГО ПОЗВОНКА. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. лимфогранулематоз;
2. **множественная миелома;**
3. болезнь тяжелых цепей;
4. хронический лимфолейкоз.

02. Установите соответствие ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ИЗ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ ОБНАРУЖЕНЫ:

- |                            |                                       |
|----------------------------|---------------------------------------|
| 1. гипохромия эритроцитов  | А) апластическая анемия               |
| 2. гиперхромия эритроцитов | Б) гемолитическая анемия              |
| 3. нормохромия эритроцитов | В) железодефицитная анемия            |
| 4. высокий ретикулоцитоз   | Г) В <sub>12</sub> -дефицитная анемия |

03. У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ С АТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ ЛИМОННО-ЖЕЛТЫЙ ЦВЕТ КОЖИ, АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ, МАЛИНОВЫЙ «ЛАКИРОВАННЫЙ» ЯЗЫК, НАРУШЕНА БОЛЕВАЯ И ТЕМПЕРАТУРНАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ В НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ. В КРОВИ: НВ 90Г/Л, ЭРИТРОЦИТОВ  $2 \times 10^{12}/\text{Л}$ , ТЕЛЬЦА ЖОЛЛИ И КОЛЬЦА КЭБОТА, РЕТИКУЛОЦИТОВ 1,5 %, ЛЕЙКОЦИТОВ  $3,4 \times 10^9/\text{Л}$ , ТРОМБОЦИТОВ  $100 \times 10^9/\text{Л}$ , МЕГАЛОЦИТЫ, УВЕЛИЧЕНО СОДЕРЖАНИЕ ФЕРРИТИНА ДО 200 ПМОЛЬ/Л, ПРИ СТЕРНАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ «СИНИЙ» КОСТНЫЙ МОЗГ С БОЛЬШИМ КОЛИЧЕСТВОМ МЕГАЛОБЛАСТОВ, КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИАНОКОБАЛАМИНА 50 ПГ/МЛ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. железодефицитная анемия;
2. **В<sub>12</sub>-дефицитная анемия;**
3. гемолитическая анемия;
4. апластическая анемия.

04. ЛЮДИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО БОЛЕЮТ:

1. хронической постгеморрагической железодефицитной анемией;
2. **В<sub>12</sub>-дефицитной анемией;**
3. фолиеводефицитной анемией;
4. апластической анемией.

05. У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП, ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩИМСЯ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. **хронический лимфолейкоз;**
2. хронические болезни печени;
3. эритремия;
4. хронический пиелонефрит.

06. ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ:

1. хронический лимфолейкоз;
2. эритремия;
3. **множественная миелома;**
4. хронический миелолейкоз.

07. У БОЛЬНОГО 76 ЛЕТ АНЕМИЯ, МЕГАЛОБЛАСТНЫЙ ТИП КРОВЕТВОРЕНИЯ, ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ ФЕРРИТИНА В КРОВИ, НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. железодефицитная анемия;
2. **В<sub>12</sub>-дефицитная анемия;**
3. аутоиммунная гемолитическая анемия;
4. апластическая анемия.

08. У БОЛЬНОГО 68 ЛЕТ В АНАМНЕЗЕ ПРИЁМ ХЛОРАМФЕНИКОЛА; ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ; СНИЖЕНИЕ КЛЕТОЧНОСТИ КОСТНОГО МОЗГА. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. железодефицитная анемия;
2. В<sub>12</sub>-дефицитная анемия;
3. аутоиммунная гемолитическая анемия;
4. **апластическая анемия.**

09. ЖЕНЩИНА 70 ЛЕТ, СТРАДАЮЩАЯ ГИПОТИРЕОЗОМ, ПЕРЕНЕСЛА АНГИНУ, ПРИНИМАЛА СУЛЬФАНИЛАМИДЫ. ПРИ ОСМОТРЕ: БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ, НЕКРОТИЧЕСКАЯ АНГИНА, ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ВЫСЫПАНИЯ, БОЛИ В СУСТАВАХ. В КРОВИ: Нв 90г/л, ЭРИТРОЦИТОВ  $2,7 \times 10^{12}/л$ , ЦП = 1,0, РЕТИКУЛОЦИТОВ 0,5 %, ЛЕЙКОЦИТОВ  $3,4 \times 10^9/л$ , ТРОМБОЦИТОВ  $10 \times 10^9/л$ ; В ПУНКТАТЕ КОСТНОГО МОЗГА: ПАНМИЕЛОФТИЗ, ОЧЕНЬ МАЛАЯ КЛЕТОЧНОСТЬ И БЛАСТОВ МЕНЕЕ 5%, В ТРЕПАНОБИОПТАТЕ КОСТНОМОЗГОВЫЕ ПРОСТРАНСТВА ПОЧТИ ЦЕЛИКОМ ЗАПОЛНЕНЫ ЖИРОМ, ОЧАГИ КРОВЕТВОРЕНИЯ РЕДКИ И МАЛОКЛЕТОЧНЫ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. пароксизмальная ночная гемоглобинурия;
2. В<sub>12</sub>-дефицитная анемия;
3. **приобретенная апластическая анемия;**
4. болезнь Верльгофа.

10. У БОЛЬНОГО 75 ЛЕТ СНИЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЕ ТРОМБОЦИТОВ В КРОВИ, УДЛИНЕНИЕ ВРЕМЕНИ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ПЕТЕХИАЛЬНО-ЭКХИМОЗНЫЙ ТИП КРОВОТОЧИВОСТИ, ОСНОВНОЙ ПРЕПАРАТ ЛЕЧЕНИЯ — ПРЕДНИЗОЛОН. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. **идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура;**
2. тромботическая тромбоцитопеническая пурпура;
3. гемофилия А;
4. гемолитическая анемия.

11. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ ГЕМОГЛОБИНА И СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ АНЕМИИ:

- |                           |           |
|---------------------------|-----------|
| 1. легкая степень анемии  | А) 47 г/л |
| 2. анемия средней тяжести | 2) 64 г/л |
| 3. анемия тяжелой степени | 3) 85 г/л |
|                           | 4) 95 г/л |
|                           | 5) 72 г/л |

12. ПОЯВЛЕНИЕ В МОЧЕ БЕЛКА БЕНС-ДЖОНСА У БОЛЬНОГО 63 ЛЕТ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

1. миеломной нефропатии;
2. волчаночного нефрита;
3. дисметаболической нефропатии;
4. лекарственной нефропатии.

13. ПРИ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ СКЛОННОСТЬ К:

1. панцитопении;
2. лейкоцитозу;
3. тромбоцитозу;
4. появлению миелоцитов.

14. ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

1. В12-дефицитной анемии;
2. апластической анемии;
3. железодефицитной анемии;
4. гемолитической анемии.

15. ГИПЕРЕМИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У МУЖЧИНЫ 63 ЛЕТ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1. полицитемии;
2. острого лейкоза;
3. хронического лейкоза;
4. миелофиброза.

16. У БОЛЬНОЙ 66 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ, ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ ОБЩЕГО УРОВНЯ БЕЛКА ЗА СЧЕТ:

1. парапротеина;
2. бета-глобулина;
3. альбумина;
4. альфа-глобулина.

#### Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	2	5.	1	9.	3	13.	1
2.	1 – В, 2 – Г, 3 – А, 4 – Б	6.	3	10.	1	14.	1
3.	2	7.	2	11.	1 – Г, 2 – В, Д, 3 – А, Б	15	1
4.	2	8.	4	12.	1	16	1

**Тема №10:** Старение и нервно-психические расстройства.

01. Выберите правильную комбинацию ответов:

ПРИ СТАРЕНИИ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С АТРОФИЧЕСКИМИ ПРОЦЕССАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

1. нарушение памяти;
2. эмоциональные расстройства;
3. улучшение памяти;
4. увеличение объема обучения.

02. Выберите правильную комбинацию ответов:

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В:

1. возрастании логического запоминания;
2. снижении механического запоминания;
3. возрастании механического запоминания;
4. снижении логического запоминания.

03. ИНВОЛЮЦИОННАЯ МЕЛАНХОЛИЯ — ЭТО:

1. вариант поздней шизофрении;

**2. самостоятельная нозологическая форма;**

3. вариант поздней меланхолии;
4. проявление личностной патологии.

**04. ИНВОЛЮЦИОННЫЙ ПАРАНОИД — ЭТО:**

**1. самостоятельная нозологическая форма;**

2. вариант поздней шизофрении;
3. вариант органического, заболевания головного мозга;
4. следствие травмы головного мозга.

**05. ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТЕСНО КОРРЕЛИРУЮТ С:**

1. временем принятия решений;
2. социальным временем,
3. психологическими характеристиками;
- 4. астрономическим временем.**

**06. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМУ СТАРЕНИЮ ПРЕПЯТСТВУЮТ:**

1. перенесенные заболевания;
2. неблагоприятные факторы внешней среды;
3. стрессы;
- 4. чувство юмора.**

**07.**

НА ПРИЕМЕ БОЛЬНОЙ Л., 58 ЛЕТ. РАНЕЕ РАБОТАЛ БУХГАЛТЕРОМ; НАРЯДУ С ТЕКУЩЕЙ РАБОТОЙ ГОТОВИЛ ОБШИРНЫЕ ГОДОВЫЕ ОТЧЕТЫ ДЛЯ ФИРМ. СОЦИАЛЬНО УСПЕШЕН. В АНАМНЕЗЕ БЕЗ ОСОБЕННОСТЕЙ. НЕ КУРИТ, СПИРТНОЕ УПОТРЕБЛЯЕТ ЭПИЗОДИЧЕСКИ. ПОСЛЕДНИЕ НЕСКОЛЬКО ЛЕТ ОТМЕЧАЕТ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ПОТЕРЮ ВЕСА. В ТЕЧЕНИЕ ГОДА НАЧАЛИСЬ НЕПРИЯТНОСТИ НА РАБОТЕ, СТАЛ ДЕЛАТЬ ОШИБКИ В ОТЧЕТАХ, СТАЛ ДЕЛАТЬ ЗАПИСИ, НО ЗАБЫВАЛ, ГДЕ ИХ ОСТАВЛЯЛ. ВСЕ ЭТИ СИМПТОМЫ ПРОТЕКАЛИ НА ФОНЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО СНИЖЕНИЯ НАСТРОЕНИЯ И РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТИ ОТ ОЩУЩЕНИЯ СВОЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ. ПОЕХАЛ В ДРУГОЙ ГОРОД, ОСТАВИЛ МАШИНУ НА ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДИ, ГДЕ ДОЛЖЕН БЫЛ ВСТРЕТИТЬСЯ С ПРИЯТЕЛЕМ. ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОСЛЕ ВСТРЕЧИ ЗАБЫЛ, ГДЕ ОСТАВИЛ МАШИНУ, МЕТАЛСЯ В ЕЕ ПОИСКАХ. ОБРАТИЛСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ. ПРИ ОСМОТРЕ РАСТЕРЯН. ГЛАЗА ШИРОКО РАСКРЫТЫ. ПУТАЕТ ДАТЫ, ТОЧНО НЕ ПОМНИТ, КАК ЗДЕСЬ ОКАЗАЛСЯ. ВЫЯВЛЯЕТ ОТЧЕТЛИВОЕ СНИЖЕНИЕ ПАМЯТИ НА ТЕКУЩИЕ СОБЫТИЯ.

**ВОПРОСЫ:**

1. Для какого состояния характерна указанная картина?
2. Какие стадии заболевания существуют?
3. Какие группы препаратов используются в лечении?
4. Каков прогноз заболевания в зависимости от лечения?

**ОТВЕТЫ:**

1. Для постепенного прогрессирования деменции при болезни Альцгеймера.
2. Инициальная стадия (у данного больного), стадия умеренной деменции, стадия тяжелой деменции.
3. Группы препаратов:
  - Ноотропные препараты;
  - Сосудистые препараты;
  - Ингибиторы ХЭ;
  - Большие дозы витаминов, общеукрепляющие препараты;
  - Антипаркинсонические препараты.
4. Прогноз неблагоприятен: прогрессирование деменции, наступление конечной стадии; лечение может замедлить прогрессирование.

**08.**

НА ПРИЕМЕ БОЛЬНОЙ М., 75 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ДРОЖЬ В ПОКОЕ, ПОСТОЯННОЕ НАПРЯЖЕНИЕ, РАЗДРАЖИТЕЛЬНОСТЬ. В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ СТРАДАЕТ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ИБС. ПРИ ОСМОТРЕ: МЕЛКОРАЗМАШИСТЫЙ ТРЕМОР РУК (СИМПТОМ «КАТАНИЯ ПИЛЮЛЬ») И ГОЛОВЫ (ИЗ СТОРОНЫ В СТОРОНУ, ПО ТИПУ «НЕТ-НЕТ»), МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС ПОВЫШЕН.

**ВОПРОСЫ:**

1. Каков диагноз?
2. Какие еще симптомы могут наблюдаться при данном заболевании и какова при них тактика врача?
3. Каково лечение больного?

ОТВЕТЫ:

1. Болезнь Паркинсона.
2. Недвигательные проявления болезни Паркинсона: слюнотечение, себорея, запоры, нарушение мочеиспускания, нарушение аккомодации, боли, депрессия, деменция, нарушение сна.
3. Группы препаратов:
  - центральные холинолитики (циклодол, паркопан, лизезин, норакин, тропацин);
  - мидантан (амантадин);
  - трициклические антидепрессанты: (амитриптилин, имипрамин);
  - ингибиторы МАО-В,
  - агонисты дофаминовых рецепторов (парлодел (бромокриптин));
  - ДОФА-содержащие препараты, симптоматическое лечение, включая антисклеротические средства;
  - сосудорасширяющие препараты;
  - препараты, улучшающие метаболические процессы.

09. Выберите правильную комбинацию ответов:  
ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ - ЭТО:

1. **раннее снижение памяти;**
2. **снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы;**
3. повышение трудоспособности;
4. снижение эмоционального реагирования.

10. Выберите правильную комбинацию ответов:  
ТЕРМИН «ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ» ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ЧАСТНЫЕ ПОНЯТИЯ:

1. правовой возраст;
2. **биологический возраст;**
3. **психический возраст;**
4. фактический возраст.

11. СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ - ЭТО:

1. функциональное заболевание головного мозга;
2. **сосудистое заболевание головного мозга;**
3. неврозоподобное расстройство;
4. органическое заболевание головного мозга.

12. СТАРЧЕСКОЕ СЛАБОУМИЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С ТАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КАК:

1. сосудистые заболевания головного мозга;
2. **болезнь Альцгеймера;**
3. инволюционный параноид;
4. инволюционная меланхолия.

13. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА - ЭТО:

1. **самостоятельная нозологическая форма;**
2. вариант старческой деменции;
3. проявление последствий травм головного мозга;
4. вариант сосудистого поражения головного мозга.

14. БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА ИМЕЕТ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫЙ СИМПТОМ:

1. аффективные расстройства;
2. **нарушение памяти;**
3. расстройства сна;
4. расстройства поведения.

15.

На приеме находится больной А. 72 лет, обратившийся по настоянию родственников. Жалобы: тремор в покое – тремор головы, верхних конечностей. Также отмечает ухудшение зрения, сухость кожи лица, сухость кожи, иногда – задержка мочеиспускания. Из анамнеза: Много лет страдает ИБС, гипертонией. Указанные жалобы беспокоят на протяжении нескольких месяцев. При осмотре: Отмечается тремор головы (совершает однообразные качательные движения с частотой 6-8 в мин.) и рук



(МОНОТОННЫЕ ДВИЖЕНИЯ, С-М «СЧЕТА МОНЕТ» С ТОЙ ЖЕ ЧАСТОТОЙ). ПОХОДКА ШАРКАЮЩАЯ, ОСАНКА СГОРБЛЕННАЯ, ПРИСУТСТВУЮТ ЯВЛЕНИЯ РИГИДНОСТИ МЫШЦ. НАСТРОЕНИЕ БОЛЬНОГО СНИЖЕНО, ВЫСКАЗЫВАЕТ МЫСЛИ О НЕЖЕЛАНИИ ЖИТЬ. ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ – НЕАДЕКВАТНО РАВНОДУШНОЕ.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Методы лечения?
4. Методы профилактики?

ОТВЕТЫ:

1. Болезнь Паркинсона.
2. Болезнь Паркинсона дифференцируют с другими заболеваниями, сопровождающимися паркинсонизмом — синдромом экстрапирамидных расстройств, включающим гипокинезию, повышение мышечного тонуса и тремор покоя.
3. Главная задача лечения при болезни Паркинсона заключается в том, чтобы поддержать баланс между дофаминергической и холинергической системами. Используются
  - Леводофа(L-ДОФА) превращается в дофамин — стимулятор D<sub>1</sub>- и D<sub>2</sub>-рецепторов.
  - Агонисты дофамина – бромкриптин и др.
  - М-холиноблокаторы.
  - Амантадин
  - Селегилин - ингибитор МАО В и обратного захвата дофамина.
  - Пропранолол.
  - В отдельных случаях – ботулотоксин А.

16.

НА ПРИЕМЕ НАХОДИТСЯ БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ, ПРИВЕДЕННЫЙ ДОЧЕРЬЮ. ДОЧЬ СООБЩАЕТ, ЧТО НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНИХ ПРИМЕРНО ПОЛУГОДА БОЛЬНОЙ НАЧАЛ ПОСТЕПЕННО СТАНОВИТСЯ РАЗДРАЖИТЕЛЬНЫМ, ОБИДЧИВЫМ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМ, В БЕСЕДЕ ВЫСКАЗЫВАЕТ НЕАДЕКВАТНЫЕ ПРЕТЕНЗИИ К РОДСТВЕННИКАМ. ПРЕЖНИЕ ИНТЕРЕСЫ ПОСТЕПЕННО УТРАЧИВАЮТСЯ, В ПОВЕДЕНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ НЕАДЕКВАТНОСТЬ, В ПОСЛЕДНЕЕ ВРЕМЯ БОЛЬНОЙ ПЫТАЕТСЯ РАЗОБРАТЬ ИЛИ ДАЖЕ РАЗЛОМАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ПРЕДМЕТЫ ДОМАШНЕЙ ОБСТАНОВКИ, ГОВОРЯ, ЧТО ОН ИХ «ЧИНИТ». КРИТИКА К СОСТОЯНИЮ ОТСУТСТВУЕТ. НЕ УЗНАЕТ СОСЕДЕЙ, ПУТАЕТ СТАРЫХ ЗНАКОМЫХ НА ФОТОГРАФИЯХ, ПУТАЕТ СОБЫТИЯ ПРОШЛОГО. ЧАСТО ТЕРЯЕТСЯ В ПРИВЫЧНОЙ ОБСТАНОВКЕ, ЗАБЫВАЕТ, ГДЕ ЧТО НАХОДИТСЯ, ПОСТОЯННО ЗАБЫВАЕТ, КУДА ПОЛОЖИЛ ТУ ИЛИ ИНУЮ ВЕЩЬ, ЧТО СОБИРАЛСЯ СДЕЛАТЬ, ЧТО УЖЕ СДЕЛАЛ.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Диагностический алгоритм?
3. Методы лечения?
4. Прогноз?

ОТВЕТЫ:

1. О начавшейся и постепенно прогрессирующей болезни Альцгеймера.
2. Для достоверного диагноза необходимо присутствие следующих признаков:
  - Наличие деменции, примерно как это описано выше.
  - Постепенное начало с медленно нарастающим слабоумием. Хотя время начала заболевания установить трудно, обнаружение окружающими существующих дефектов, может наступить внезапно. В развитии заболевания может отмечаться некоторое плато.
  - Отсутствие данных клинического или специальных исследований, которые могли бы говорить в пользу того, что психическое состояние обусловлено другими системными или мозговыми заболеваниями, приводящими к деменции (гипотиреозидизм, гиперкальциемия, дефицит витамина В<sub>12</sub>, дефицит никотинамида, нейросифилис, гидроцефалия нормального давления, субдуральная гематома).
  - Отсутствие внезапного апоплектического начала или неврологических симптомов, связанных с повреждением мозга, таких как гемипарезы, потеря чувствительности, изменения полей зрения, нарушение координации, возникающих рано в процессе развития заболевания (правда, такие симптомы могут в дальнейшем развиваться и на фоне деменции).
3. Направления терапии:
  - Ноотропы (пирацетам, ноотропил);
  - Ингибиторы холинэстеразы (такрин, донепезил, физостигмин, галантамин);
  - Мегавитаминная терапия (витамины гр. В, Е в мегадозах);
  - При необходимости противопаркинсонические препараты (юмекс);
  - Сосудистые препараты (ангиовазин, кавинтон);

- Организация ухода за больным и консультирование родственников по вопросам ухода, «обучение заново», сенсорное обогащение среды.
4. Прогноз неблагоприятный.

#### Эталоны ответов

вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ	вопрос	ответ
1.	1, 2	5.	4	9.	1, 2	13.	1
2.	1, 2	6.	4	10.	2, 3	14.	2
3.	2	7.	СКО	11.	2	15.	СКО
4.	1	8.	СКО	12.	2	16.	СКО

### 2.2. Перечень тематик реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

1. Геронтология как комплекс естественных наук о старении, ее интеграция с социологией, биологией, экономикой и психологией (тема 1).
2. Особенности демографической ситуации в Российской Федерации (тема 1).
3. Социально-экономические проблемы геронтологии (тема 1).
4. Старение и старость. Определение (тема 1).
5. Проблемы старения, старости, долголетия (тема 1).
6. Основы физиологии и патологии старения (тема 1).
7. Основные теории и механизмы старения (тема 1).
8. Организация питания пациента геронтологического профиля на дому и в лечебно-профилактическом учреждении (тема 2).
9. Основные принципы лекарственной терапии пожилых и престарелых (тема 2).
10. Подходы к нефармакологическим методам лечения пожилых и престарелых (тема 2).
11. Роль врача в реабилитации больных пожилого и старческого возраста (тема 2).
12. Особенности течения ИБС в пожилом возрасте (тема 3).
13. Особенности течения гипертонической болезни в пожилом возрасте (тема 3).
14. Внебольничная пневмония у пожилых (тема 4).
15. ХОБЛ в пожилом возрасте (тема 4).
16. Особенности течения хронического гастрита в пожилом возрасте (тема 5).
17. Особенности течения язвенной болезни в пожилом возрасте (тема 5).
18. Особенности течения ГЭРБ в пожилом возрасте (тема 5).
19. Особенности течения хронического панкреатита в пожилом возрасте (тема 5).
20. Особенности течения хронического гепатита в пожилом возрасте (тема 5).
21. Особенности течения цирроза печени в пожилом возрасте (тема 5)
22. Особенности течения хронического тубулоинтерстициального нефрита в пожилом возрасте (тема 6).
23. Хроническая почечная недостаточность в пожилом возрасте (тема 6).
24. Старение и болезни опорно-двигательного аппарата (тема 7).
25. Особенности течения заболеваний опорно-двигательного аппарата в пожилом возрасте (тема 7).
26. Лечение и профилактика сенильного остеопороза (тема 7).
27. Лечение и профилактика остеоартроза у пожилых (тема 7).
28. Старение и болезни эндокринной системы (тема 8).
29. Особенности течения заболеваний эндокринной системы в пожилом возрасте (тема 8).
30. Метаболический синдром и сахарный диабет в пожилом возрасте (тема 8).
31. Старение и болезни крови (тема 9).
32. Особенности течения заболеваний крови в пожилом возрасте (тема 9).
33. Анемии у людей пожилого возраста (тема 9).
34. Гемобластозы у людей пожилого возраста
35. Болезнь Альцгеймера: проблемы пациента, семьи (тема 10).
36. Особенности реакции на болезнь, стресс у лиц пожилого и старческого возраста (тема 10).
37. Проблемы обучения в геронтологической практике (тема 10).

Темы реферативных сообщений могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

### 2.3. Ситуационные задачи текущего контроля успеваемости (по темам или разделам)

**Тема №3:** Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

### Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслюминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от 21.02.2016 г. дислипидемия IIb типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда. Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия IIb тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий. Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.

3. -Холтермониторирование-ЭКГ (контроль ЧСС);

-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

-определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

4. 1.) **Ингибиторы АПФ** или **антагонисты рецепторов к ангиотензину II** (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2.) **Статины в высоких дозах** (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.

3.) **Бета-адреноблокаторы** (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

4.) **Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + клопидогрель + пероральный антикоагулянт-варфарин** (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная,

год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).  
5. В случае недостаточной дозировки **бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной Фракции выброса** - к терапии может быть **добавлен Дигоксин**. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть **добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма)**.

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Мужчина 68 лет 18.04.2016 обратился к врачу с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием.

Из анамнеза известно, что в течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм.рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст. Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

### Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный прием пациенту. Обоснуйте их применение
5. Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслюминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от 18.01.2016 г.

Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск ССО4.

Дислипидемия IIa ст.

Табакокурение.

Осложнения: гипертонический криз от 18.04.2016 г.

2. Диагноз «**ИБС**» выставлен в связи с наличием у пациента в анамнезе *инфаркта миокарда*. Диагноз «**постинфарктный кардиосклероз**» выставлен, учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней). Дислипидемия IIa тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня **общего холестерина, ЛПНП** (целевой уровень <1,8), при нормальном уровне триглицеридов (целевой уровень <1,7). Диагноз «**артериальная гипертензия (АГ)**» установлен на основании жалоб больного на **повышение АД**, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение многих лет). Степень АГ установлена на основании **цифр АД**, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия **поражения органов-мишеней (сердца)**. Степень риска сердечно-сосудистых осложнений (**ССО**) поставлена на основании **наличия ассоциированного клинического состояния и степени артериальной гипертензии**. Диагноз «**гипертонический криз**» установлен на

основании **появления вегетативных расстройств** на фоне высоких цифр артериального давления.

3. **ЭКГ** (гипертрофия миокарда ЛЖ, признаки рубцовых изменений миокарда: патологический зубец Q, QS, отрицательный зубец T). **ЭХО-КГ** (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечной тромбоз). **Суточное мониторирование АД** (оценка стабильности повышения АД, суточного профиля АД). Консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия **гипертонической офтальмопатии**. Консультация врача-невролога для исключения **гипертонической энцефалопатии**.

**УЗ-исследование почек** для оценки поражения органа-мишени почек.

4. 1.) **Ингибиторы АПФ** или **сартаны** (антагонисты рецепторов к ангиотензину II) (предотвращение ремоделирования сердца, коррекция артериальной гипертензии, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2.) **Статины** в высоких дозах (снижение уровня холестерина-замедление атеросклероза) постоянно.

3.) **Бета-адреноблокаторы** (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

4.) Двойная антиагрегантная терапия: **ацетилсалициловая кислота + клопидогрель** до 18.01.2017 г., затем **монотерапия ацетилсалициловой кислоты постоянно** (цель - профилактика тромбозов).

5. Учитывая сроки фибрилляции предсердий (больше 48 часов), восстановление ритма пациенту в данный момент не показано. Должна быть назначена **антикоагулянтная терапия в течение 3 недель** с последующим решением вопроса о восстановлении ритма. (Альтернатива: проведение ЧП-ЭХОКГ, в случае отсутствия тромбов в полостях сердца, ушке левого предсердия -возможно восстановление ритма). Учитывая наличие фибрилляции предсердий, высокого риска тромбозов и высокого риска кровотечения пациенту показано проведение до **18.01.2017 г. двойной**

**антитромботической терапии: антикоагулянт + антиагрегант (Аспирин + клопидогрель), далее монотерапия антикоагулянтом.**

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больная 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт.ст. Из анамнеза известно о повышении АД до макс. 180/80 мм рт.ст. в течение 20 лет, когда впервые был установлен диагноз ГБ. Назначенную врачом-терапевтом терапию проводила нерегулярно. Ситуационно при повышении АД свыше 180 мм.рт.ст. принимает каптоприл. Менопауза более 20 лет. Гиподинамия после прекращения работы 6 лет назад. Вредных привычек нет. Из семейного анамнеза установлено, что наследственность по ССЗ не отягощена. При осмотре состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ 17,7 кг/м<sup>2</sup>; ОТ 98 см. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное над всей поверхностью лёгких, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона над аортой. АД – 162/62 ммрт.ст. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
4. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (препараты из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранные в прошлом вопросе) + розувастатин 10 мг/сутки + соблюдение диеты – АД находится в пределах 140-150/65 мм рт.ст., ОХС 5,6; ХС ЛПВП 1,14; ТГ 1,9 ммоль/л, ЛПНП 3,6 ммоль/л, СКФ 63 мл/мин, сахар натощак 5,2 ммоль/л. АЛТ 50 Ед/л, АСТ 38 Ед/л, КФК 121 Ед/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

5. Определите план диспансерного наблюдения.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Гипертоническая болезнь (ГБ) II стадии, изолированная систолическая артериальная гипертензия (ИСАГ), риск ССО 3. Цереброваскулярная болезнь: дисциркуляторная энцефалопатия I степени.

2. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании указаний на повышение АД; установление ИСАГ основано на цифрах АД. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней, а именно значения пульсового АД (ПАД). ПАД равно или превышающее 60 мм рт. ст. у пациентов пожилого и старческого возраста рассматривается как проявление повышенной ригидности и жесткости сосудистой стенки. Уровень ПАД равен:  $162 - 62 = 100$  мм рт. ст. Степень риска ССО поставлена на основании поражения органов мишеней.

Диагноз «цереброваскулярная болезнь (ЦВБ), дисциркуляторная энцефалопатия I степени» обоснован указаниями на снижение памяти у пациентки с длительным стажем ГБ.

3. Пациентке показано медикаментозное лечение. Наиболее предпочтительными для лечения пожилых пациентов ИСАГ, с точки зрения действующих национальных рекомендаций по АГ, являются сочетания блокаторов кальциевых каналов + тиазидный диуретик. При плохой переносимости блокаторов кальциевых каналов, как периферических вазодилаторов, рекомендовано использовать в лечении ИАПФ или АРА. Пациентке также показана

гиполипидемическая терапия. С учётом того, что пациентка пожилого возраста с дефицитом массы тела, назначение статинов сопряжено с риском развития миопатии, рабдомиолиза. С точки зрения безопасности лицам пожилого возраста начинать лечение статинами необходимо с минимальной дозы, предпочтение следует отдавать гидрофильным статинам (розувастатин).

4. Гипотензивный эффект от проводимого лечения может быть расценён как положительный. Целевое систолическое АД у пожилых пациентов - 140-150 мм рт. ст. достигнуто. Гиполипидемическую терапию следует продолжать, однако, в связи с недостаточным эффектом, может быть рекомендовано повышение дозы статина, под контролем АЛТ, АСТ, КФК через 4-6 недель после повышения дозы или комбинация с ингибитором обратного всасывания холестерина – Эзетимибом в дозе 10 мг.

5. Посещения не реже 2 раз в год с оценкой эффективности лечения, общий осмотр. Не реже 1 раза в год оценка биохимического анализа крови (глюкоза, креатинин, липидный спектр, АЛТ, АСТ, КФК, ОАМ), ЭКГ, ЭхоКГ

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, учатившиеся в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отёки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались. Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД. Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рёберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отёки на ногах до верхней трети голени.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс II. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НШБ, функциональный класс IV. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4.
2. Полная атриовентрикулярная блокада, замещающий ритм АВ-соединения. Заключение: полная атриовентрикулярная блокада (III степени).
3. Нарушение проводимости: полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.
4. Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии.
5. Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5****Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть:** Пациент 69 лет направлен врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на

выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации. Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки,

Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37,4°C. Вследствие нарастания слабости, прекратил приём Карведилола, использовал обильное питьё,

витамины. Состояние ухудшилось. Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы

в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отёки нижних конечностей.

В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек.

ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента? Что способствовало развитию декомпенсации сердечной недостаточности? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы препаратов следует назначить больному? Как быть с назначенным ингибитором АПФ фозиноприлом в связи с АД 105/70 мм рт. ст. - отменить, уменьшить или увеличить дозу? Как быть с Карведилолом?
5. Если, несмотря на проведение адекватной терапии, не удастся добиться стойкой компенсации сердечной недостаточности, имеются ли резервы в лечении?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии ФК III.

2. Согласно анамнеза диагноз «дилатационная кардиомиопатия» был выставлен больному 6 лет назад (при ЭХО-КГ имеется дилатация левого желудочка, гипокинезия стенок левого

желудочка). В настоящее время тяжесть состояния обусловлена явлениями **сердечной недостаточности**, декомпенсации которой способствовали: вирусная инфекция, обильный приём жидкости и отмена лекарственных препаратов. Диагноз **ХСН** и её стадия выставлены на основании жалоб (**одышка, удушье**), объективных данных (**цианоз, отёки нижних конечностей, хрипы в лёгких, протодиастолический ритм галопа**), результатов ЭХО-КГ (**низкая фракция выброса левого желудочка, дилатация левого желудочка**).

3. Кроме общеклинических исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови) необходимо провести **рентгенологическое исследование органов грудной клетки** для исключения пневмонии, инфильтративных заболеваний лёгких (у больного отмечалось повышение температуры тела, кашель) с целью выявления признаков кардиомегалии, признаков венозного застоя в лёгких, наличия выпота в плевральной полости; **суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру** с целью выявления нарушений ритма и проводимости сердца.

4. Основные группы препаратов для лечения этого больного: **ингибиторы АПФ, селективные в-блокаторы, диуретики (Верошпирон, Гипотиазид, Фуросемид), сердечные гликозиды - Дигоксин** (в связи с декомпенсацией, большими размерами сердца и низкой фракцией выброса левого желудочка), **дезагреганты** (для профилактики тромбоэмболических осложнений). **Ингибитор АПФ фозиноприл должен быть оставлен больному в лечении, но дозу его нужно уменьшить в связи с низкими цифрами АД. в-блокатор Карведилол должен быть вновь назначен этому пациенту.**

5. При неэффективности медикаментозной терапии **прибегают к электрофизиологическим и хирургическим методам лечения: двухкамерная электростимуляция сердца с помощью имплантированного электрокардиостимулятора** (улучшает внутрисердечную гемодинамику, повышает систолическую функцию желудочков, предупреждает развитие некоторых осложнений); трансплантация сердца. **Показания для трансплантации сердца: быстрое прогрессирование ХСН и отсутствие эффекта от проводимой терапии; возникновение опасных нарушений ритма сердца; высокий риск тромбоэмболических осложнений.**

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

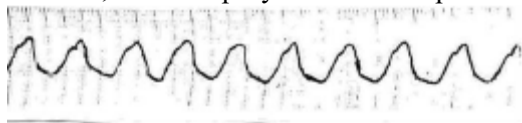
**Основная часть:** К больной 71 года вызван врач скорой помощи. Жалобы на одышку, слабость,

головокружение и учащённое сердцебиение в течение 15 минут. Анамнез заболевания: перенесла Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 г., лечилась стационарно. Страдает гипертонической болезнью с

цифрами АД 180/90 мм рт. ст. в течение 10 лет. При небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние 200 метров спокойным шагом) бывают загрудинные боли, которые снимаются приемом Нитроглицерина. Приступы в течение последнего полугодия не учащались. Отмечает отёки голеней больше к вечеру. Принимает периодически Кардипин XL, Фуросемид, Дигоксин.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Лежит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Пульс - 120 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости слева в V межреберье от *lin. medioclavicularis sin.* + 2 см. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен. Акцент II тона на лёгочной артерии. Частота дыхания - 26 в 1 минуту. В лёгких жёсткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже рёберной дуги. Отёки голеней.

На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной с целью оценки характера нарушений ритма:



#### Вопросы:

1. Дайте описание изменений на электрокардиограмме.



2. Ваш предположительный диагноз.
3. Проведите обоснование Вашего предположительного диагноза.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. На ЭКГ зарегистрирована **непрерывная «синусоидальная» пароксизмальная желудочковая тахикардия** – это синусоидальной формы желудочковые комплексы с частотой 120 -180 в минуту, **напоминающие трепетание желудочков** (у больной - с частотой 180 в 1 минуту). Такая желудочковая тахикардия возникает в основном у больных с тяжёлыми поражениями левого желудочка. Учитывая длительность пароксизма, у больной - устойчивая форма.

2. **Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз** (Q инфаркт миокарда заднеинferальной стенки левого желудочка в 2012 году). **Гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО 4. Пароксизм желудочковой тахикардии, устойчивая форма. Аритмический шок I стадии. Сердечная недостаточность II Б стадии, IV функциональный класс.**

3. У больной в с документированным инфарктом миокарда анамнезе имеются клинические проявления стенокардии напряжения III функционального класса. Жалобы в момент обращения связаны с устойчивым пароксизмом желудочковой тахикардии, который осложнился аритмическим шоком. Нельзя исключить интоксикацию сердечными гликозидами, так как синусоидальная форма желудочковой тахикардии характерна для передозировки сердечными гликозидами. Имеются проявления бивентрикулярной сердечной недостаточности в покое, что характерно для сердечной недостаточности II б стадии, IV функционального класса. У больной –гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО IV, учитывая наличие ассоциированного клинического состояния – ишемической болезни сердца.

4. После купирования пароксизма желудочковой тахикардии пациентке рекомендовано: суточное мониторирование ЭКГ, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки размеров полостей сердца и наличия тромбов, оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.Коронароангиография.

Лабораторные исследования: оценка маркеров повреждения миокарда, электролитного состава крови, креатинина, клубочковой фильтрации, липидного спектра, дневных колебаний глюкозы крови.

5. У больной - жизнеугрожающее нарушение ритма, устойчивая форма пароксизмальной желудочковой тахикардии, осложнившаяся аритмическим шоком. Показана **экстренная электрокардиоверсия.** Больная должны быть госпитализирована в отделение реанимации. Показана **отмена сердечных гликозидов и введение Унитиола.** Для улучшения прогноза жизни больных, перенесших ИМ и имеющих потенциально злокачественные ЖА, **показано назначение б-блокаторов без собственной симпатомиметической активности и амиодарона.** Решение вопроса об имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Показано назначение **ингибиторов АПФ, петлевых диуретиков** после восстановления синусового ритма и подъема АД, верошпирона.

#### **Тема №4: Старение и болезни дыхательной системы**

##### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

В приёмный покой доставлен больной 3. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°C, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился.

При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты -  $21 \times 10^9/\text{л}$ , базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 16%, моноциты - 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС:РН - 7,5; Р CO<sub>2</sub> - 20; Р O<sub>2</sub> - 50; BE 10.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого тяжёлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно-токсический шок. Острое повреждение почек.  
2. Клинические проявления, острое начало заболевания, синдром очаговых изменений лёгочной ткани с объективными признаками внутриальвеолярной экссудации. Тяжёлое течение пневмонии обусловлено выраженной интоксикацией, тяжёлым общим состоянием, повышением температуры тела до 40°C, выраженной одышкой (44 дыхания в минуту), тахикардией, проявлениями инфекционно-токсического шока с гипотонией и анурией.

3. Инфекционно-токсический шок, дыхательная недостаточность 3 степени, острое повреждение почек, токсический гепатит.

4. Ведущую роль в диагностике пневмоний играет обзорная рентгенограмма лёгких в прямой и боковой проекциях. При необходимости проводится томографическое исследование с целью детализации внутренней структуры инфильтрата.

Комплексное микробиологическое исследование.

Бактериоскопию мазков мокроты, окрашенных по Граму.

Микроскопию мазков по Цилю-Нильсену.

Посев материала на питательные среды для выделения, идентификации и определения чувствительности к возбудителю.

Обнаружение специфических антител в сыворотке крови серологическими методами.

КФО почек, мониторинг креатинина и клубочковой фильтрации, мониторинг КОС.

5. Антибактериальная терапия внутривенно - цефалоспорины 3-4 поколения, респираторные фторхинолоны, в последующем выбор препаратов с учётом результатов бактериологического исследования мокроты. При тяжёлой пневмонии показано введение двух антибиотиков: Левофлоксацин + Цефтриаксон; Цефотаксим + Макролид; Эртапенем + Макролид. Отхаркивающие средства (Ацетилицеин, Лазольван).

Восстановление ОЦК, плазмозаменители сочетанием коллоидных и кристаллоидных растворов.

Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин). Оксигенотерапия.

ИВЛ

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2**

Больная 60 лет поступила в клинику с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость. Заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением; была кратковременная потеря сознания. Врачом неотложной помощи была предложена госпитализация, от которой больная отказалась. Сегодня приступ одышки повторился, появилось кровохарканье, госпитализирована. Состояние больной тяжёлое, кожные покровы бледно-цианотичные. Наблюдаются отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком. Частота дыханий - 26 в минуту. Пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный, малого наполнения. АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на

верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией. При перкуссии лёгких определяется притупление лёгочного звука в левой подлопаточной области, здесь же выслушивается шум трения плевры.

На ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъем сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Показания и методы хирургического лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Тромбоз вен левой голени. Тромбоэмболия лёгочной артерии.  
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на одышку, боли в левой половине грудной клетки при кашле и дыхании, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, слабость; данных анамнеза: заболела остро 2 дня назад, когда внезапно возник приступ удушья, сопровождающийся болями в левой половине грудной клетки, сердцебиением, была кратковременная потеря сознания; данных объективного осмотра: состояние больной тяжелое, кожные покровы бледно-цианотичные, отёки нижних конечностей, больше левой, варикозное расширение вен, гиперемия кожи левой голени с цианотичным оттенком, частота дыханий - 26 в минуту, пульс - 110 ударов в минуту, ритмичный малого наполнения, АД - 90/60 мм рт. ст., I тон на верхушке сердца ослаблен, акцент II тона над лёгочной артерией; инструментального обследования: на ЭКГ зарегистрировано увеличение зубцов Q в III отведении и S в I отведении, подъём сегмента ST и отрицательный зубец T в III отведении, блокада правой ножки пучка Гиса.

3. - ЭКГ;

- рентгенография органов грудной клетки;

- исследование газов артериальной крови;

- ЭХО-КГ;

- вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия лёгких;

- спиральная компьютерная томография с контрастированием;

- определения уровня D-димера;

- ангиопульмонография;

- катетеризация правых отделов сердца;

- УЗДГ сосудов нижних конечностей.

4. - При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-лёгочную реанимацию.

- Коррекция гипоксии - оксигенотерапия.

- Купирование болевого синдрома.

- Тромболитическая и антикоагулянтная терапия.

5. Показания:

- развитие острой массивной ТЭЛА;

- наличие противопоказаний к тромболитической терапии;

- неэффективность уже проведенной тромболитической терапии.

Методы хирургического лечения ТЭЛА:

- постановка кавафилтра;

- клипирование нижней полой вены;

- эмболэктомия;

- эндоваскулярная катетерная тромбэктомия.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больной М. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на одышку при небольшой

физической нагрузке, периодически малопродуктивный кашель (особенно при переохлаждении, в сырую погоду), ощущение хрипов и тяжести в груди, сердцебиение. Из анамнеза: курит 30 лет по пачке в день. Одышка появилась 3 года назад и стала прогрессировать

за последний год. В течение последнего месяца, после перенесённого ОРЗ, одышка усилилась, мокроты стало выделяться больше, она приобрела жёлто-зелёный цвет. Несколько лет наблюдается с диагнозом «стенокардия II ФК», 2 года назад перенёс крупноочаговый инфаркт миокарда переднебоковой, в связи с чем постоянно принимает Соталол, Кардиомагнил, Моночинкве (изосорбида-5-мононитрат). Объективно: общее состояние средней тяжести. Лёгкий акроцианоз. Больной пониженного питания, грудная клетка расширена в поперечнике, при перкуссии грудной клетки - лёгочный звук с коробочным оттенком. При аускультации лёгких - дыхание ослабленное, в нижних отделах лёгких сухие низкотембровые и пневмосклеротические хрипы, выдох удлинён.

При осмотре ЧДД - 24 в минуту, ЧСС - 100 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. На ЭКГ: рубцовые изменения на боковой стенке левого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы.

Спирография: ЖЕЛ - 52%, ОФВ1 - 37%, Тест Тифно - 57,2. На рентгенограмме органов грудной клетки - признаки эмфиземы и пневмосклероза лёгких. Общий анализ мокроты: лейкоциты - до закрытия полей зрения, нейтрофилы - 90%, лимфоциты - 10%.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз. Определите индекс курильщика у больного.
3. Составьте и обоснуйте план дообследования больного.
4. Какая базисная терапия необходима больному в соответствии с его диагнозом?
5. Что бы Вы изменили в базисной терапии ИБС? Обоснуйте почему.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. **Хроническая обструктивная болезнь лёгких**, тяжёлое течение (III ст.), эмфизематозный тип, обострение. Соп. **ИБС. Стенокардия II ФК. Постинфарктный кардиосклероз** (Q-образующий неуточнённой давности). **Желудочковая экстрасистолия. ХСН II А. ФК II.**

2. Диагноз «хроническая обструктивная болезнь лёгких» (ХОБЛ) выставляется на основании жалоб на **прогрессирующую одышку, кашель, наличие хрипов и тяжести в груди**, длительного стажа курения (30 лет); объективных данных (**эмфизематозная грудная клетка** и перкуторно **коробочный звук**, что вместе с преобладанием одышки над кашлем свидетельствует об эмфизематозном типе ХОБЛ). На **рентгенограмме** характерные для ХОБЛ изменения – **эмфизема и пневмосклероз**. При помощи спирограммы уточняем диагноз (обструкция) и стадию - Тест Тифно <70% и ОФВ1=37% (III ст.). Наличие жалоб на **учащение кашля**, увеличение и **гнойный характер мокроты**, подтверждённый при помощи общего анализа мокроты, указывает на наличие обострения. Данные анамнеза и ЭКГ свидетельствуют о наличии кардиальной патологии. Индекс курильщика – количество сигарет, выкуриваемых в день × стаж курения / 20 = 20×30/20 = 30 пачка/лет.

3. **Пульсоксиметрия** для уточнения тяжести дыхательной недостаточности, по возможности – газы крови. **Общий анализ крови, мочи. Глюкоза крови, СРБ.** Для уточнения наличия обострения заболевания, или сопутствующих заболеваний, или дифференциальной диагностики. Микробиологическое исследование мокроты для верификации возбудителя. **ЭХО-КС** для исключения хронического лёгочного сердца.

Контроль **спирографии** после лечения для оценки обратимости бронхообструкции. **Пикфлоуметрия** ежедневно для уточнения обратимости и вариабельности бронхообструкции. При необходимости - **КТ ОКГ** (наличие булл в лёгких).

4. **Бронхолитики длительного действия** – в первую очередь М-холинолитик тиотропия бромид (Спирива) 18 мкг (капс.) 1 раз в сутки. Возможно добавить **β2-агонист длительного действия** – Формотерол (Форадил) по 12 мкг (капс.) 2 раза в сутки. По потребности – **ингаляция Беродуала** через дозированный ингалятор или небулайзер. При частых обострениях и хорошем ответе на **глюкокортикостероиды** показано назначение Ингал. ГКС. Эффективный вариант терапии в таких случаях - сочетание ИГКС и пролонгированного β2-агониста, например, Симбикорт (Будесонид 160 мкг/формотерол 4,5 мкг). При сохраняющейся одышке возможно добавление теофиллинов per os (Теопек 2 раза в сутки). При сатурации крови кислородом <90% - **длительная низкопоточная оксигенотерапия**.

5. Наличие серьёзной конкурирующей патологии – ИБС диктует необходимость приёма жизненно важных препаратов. К таким препаратам относится неселективный β-блокатор Соталол, имеющий побочный эффект в виде бронхоспазма. В связи с **наличием обструктивных**

изменений на спирограмме рекомендуется заменить его на селективный В -блокатор, например, Бисопролол

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть:** Больной В. 66 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенёс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до 37-39°C принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°C) впервые появились отёки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота.

Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулёзом ранее не болел, контакт с больными туберкулёзом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей. Состояние тяжёлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тёплые, отёки голеней, бёдер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Эскурсия грудной клетки ограничена. При

перкуссии над лёгкими - коробочный звук и опущение нижних границ лёгких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на лёгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД -100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объёме из-за асцита. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации. Рентгенограмма – диффузное усиление лёгочного рисунка, горизонтальный ход рёбер, признаки эмфиземы лёгких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях. ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4.

Анализ крови: эритроциты -  $5,4 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель -1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты -  $12,5 \times 10^9/л$ , базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты –  $33 \times 10^9/л$ , моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

**Вопросы:** 1. Ваш предположительный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

#### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. **ХОБЛ, тяжёлое течение, в фазе обострения. Эмфизема лёгких. Дыхательная недостаточность 3 степени. Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения IIБ по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.**

2. У больного имеются экзогенные факторы риска ХОБЛ - индекс курящего человека 25 лет, работа на вредном производстве. Длительное течение заболевания, проявляющегося продуктивным кашлем с частыми обострениями, симптомы необратимой обструкции верхних дыхательных путей, дыхательной недостаточности, хронического лёгочного сердца с застойной сердечной недостаточностью по правожелудочковому типу. Наличие нейтрофильного лейкоцитоза, гипертермии, гнойной мокроты свидетельствует о фазе обострения ХОБЛ. Имеются рентгенологические признаки, характерные для ХОБЛ - **диффузное усиление лёгочного рисунка, проявления эмфиземы**

лёгких. На ЭКГ - признаки перегрузки правого желудочка. В клиническом анализе крови - вторичный эритроцитоз, что свидетельствует о существовании длительной выраженной гипоксемии.

**3. Дыхательная недостаточность 3 степени. Эмфизема лёгких. Вторичные бронхоэктазы. Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения 2б по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит. Вторичный эритроцитоз.**

Согласно шкале mMRC у больного очень тяжёлая одышка, которая делает невозможным выход из дома и возникает при минимальной физической нагрузке, что соответствует 3 степени дыхательной недостаточности.

О хроническом лёгочном сердце в фазе декомпенсации свидетельствует застойная сердечная недостаточность, гепатомегалия, асцит, признаки перегрузки правых отделов сердца на ЭКГ. Вторичный эритроцитоз свидетельствует о выраженной гипоксемии.

4. Ведущее значение в диагностике ХОБЛ имеет исследование **функции внешнего дыхания**. Обязательным является определение следующих показателей: **жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ), фиксированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1)** и значение ОФВ1/ФЖЕЛ. Критерием диагноза ХОБЛ является величина отношения ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%. **Компьютерная томография грудной клетки** помогает уточнить не только характер эмфиземы, но и обнаружить бронхоэктазы. **Эхокардиография** позволит уточнить состояние правых отделов сердца и определить лёгочную гипертензию и степень её выраженности. Цитологическое исследование мокроты даёт информацию о характере воспаления и его активности. Необходимо проведение **бактериоскопического и бактериологического исследования мокроты** с использованием современных методик (ПЦР, ДНК диагностика).

5. При ХОБЛ тяжёлой степени базисной терапией является регулярное лечение длительно действующими **бронходилататорами: формотерол, сальметерол** (по 1 ингаляции 2 раза в день), индакатерол (по 1 ингаляции 1 раз

в день), **тиотропия бромид** (по 1 ингаляции 1 раз в день), гликопиррониум (по 1 ингаляции 1 раз в день). Так как у больного ХОБЛ тяжёлого течения, то ему показана тройная терапия: тиотропия бромид + серетид или симбикорт или фостер. При наличии вязкой мокроты показана **муколитическая терапия**. Наиболее эффективен амброксол (лазолван). В связи с обострением ХОБЛ показана парентеральная терапия системными **глюкокортикостероидами** в среднетерапевтических дозах (эквивалентно 30-40 мг преднизолона), сроком не более 2 недель с постепенной полной отменой. Показана **антибактериальная терапия** респираторными фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин). Коррекция **гипоксии с помощью оксигенотерапии**.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5**

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** В приёмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку,

нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40°C, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился.

При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°C. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты -  $21 \times 10^9/\text{л}$ , базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 16%, моноциты - 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС:РН - 7,5; Р СО<sub>2</sub> - 20; Р О<sub>2</sub> - 50; ВЕ 10.

**Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. **Внебольничная пневмония нижней доли правого лёгкого тяжёлого течения. Дыхательная недостаточность 3 степени. Инфекционно-токсический шок. Острое повреждение почек.**

2. Клинические проявления, острое начало заболевания, **синдром очаговых изменений лёгочной ткани** с объективными признаками внутриальвеолярной экссудации. Тяжёлое течение пневмонии обусловлено **выраженной интоксикацией, тяжёлым общим состоянием**, повышением температуры тела до **40°C**, выраженной одышкой (**44 дыхания в минуту**), тахикардией, проявлениями инфекционно-токсического шока с гипотонией и анурией.

3. **Инфекционно-токсический шок, дыхательная недостаточность 3 степени, острое повреждение почек, токсический гепатит.**

4. Ведущую роль в диагностике пневмоний играет обзорная **рентгенограмма лёгких** в прямой и боковой проекциях. При необходимости проводится **томографическое исследование** с целью детализации внутренней структуры инфильтрата.

**Комплексное микробиологическое исследование.**

**Бактериоскопию мазков мокроты**, окрашенных по Граму.

**Микроскопию мазков по Цилю-Нильсену.**

Посев материала на питательные среды для выделения, идентификации и определения чувствительности к возбудителю.

Обнаружение специфических антител в сыворотке крови серологическими методами.

**КФО почек, мониторинг креатинина и клубочковой фильтрации, мониторинг КОС.**

5. **Антибактериальная терапия внутривенно** - цефалоспорины 3-4 поколения, респираторные фторхинолоны, в последующем выбор препаратов с учётом результатов бактериологического исследования мокроты. При тяжёлой пневмонии показано введение **двух антибиотиков**: Левифлоксацин + Цефтриаксон; Цефотаксим + Макролид; Эртапенем + Макролид. **Отхаркивающие средства** (Ацетилицеин, Лазольван).

Восстановление ОЦК, **плазмозаменители сочетанием коллоидных и кристаллоидных растворов.**

**Дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин). Оксигенотерапия.**

**ИВЛ**

**Тема №5:** Старение и болезни органов пищеварения

#### **Ситуационная задача №1**

Инструкция: **ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЙ ОТВЕТ НА ВОПРОСЫ**

Основная часть: Мужчина 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД -120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Язвенная болезнь желудка впервые выявленная, обострение.

2. -ФГДС с биопсией 6-8 фрагментов (исключить рак желудка, *H. pylori*).  
-Рскопия ЖКТ с барием (исключить осложнения язвенной болезни).
3. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (итаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию. При выявлении *H. Pylori* эрадикационная терапия (Амоксициллин + Кларитромицин).
- При подтверждении рака желудка –консультация врача-онколога.

## Ситуационная задача №2

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больной Д. 55 лет, начальник автоколонны №1236. Обратился с жалобами на изжогу после еды, усиливающуюся при наклонах туловища и в положении лёжа; кислую отрыжку и избыточную саливацию во время сна.

Анамнез заболевания: указанные симптомы испытывает в течение трёх лет, вначале появилась изжога после погрешности в питании, особенно при наклонах туловища; затем появились боли в собственно эпигастрии и за грудиной жгучего характера, сопровождающиеся кислой отрыжкой. В последующем изжога стала возникать

3-4 раза в неделю независимо от качества пищи, появилась отрыжка кислым и горьким. В последний месяц состояние больного значительно ухудшилось: усилились боли, особенно ночью, появилась избыточная саливация во время сна, сон нарушился. Для снятия изжоги и болей использовал соду, Алмагель, Маалокс. В последний месяц эти препараты перестали действовать. Пытался снять боль за грудиной нитроглицерином, однако существенного эффекта не было. Наблюдается с гипертонической болезнью с 53 лет, постоянно принимает Кордипин-ретард 20 мг в день. Курит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания, масса тела - 106 кг. (ИМТ - 38). Кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Область сердца без особенностей, перкуторно левая граница сердца по среднечлочичной линии. Сердечные тоны ритмичные, частотой 66 в минуту.

АД - 130/90 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Живот увеличен за счет подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Пальпация внутренних органов затруднена из-за абдоминального ожирения. Печень по краю рёберной дуги. Пузырные симптомы отрицательные. Зоны Шоффара, Губергрица - Скульского безболезненные.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 143 г/л, СОЭ - 4 мм/час, эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $8,6 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные - 5%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 37%.

Биохимический анализ крови: общий белок - 76 г/л, альбумины - 38 г/л, фракции глобулинов в пределах нормы, глюкоза - 5,2 ммоль/л, билирубин общий - 16,3 мкмоль/л; прямой - 3,6 ммоль/л; АЛТ - 21 U/L (норма 4-42 U/L); АСТ - 17 U/L (5-37 U/L); амилаза крови - 16 г/л (12-32 г/л в час).

ФЭГДС: слизистая нижней трети пищевода несколько отёчна, умеренно гиперемирована, кардия зияет, при натуживании в грудную полость пролабирует слизистая желудка; в желудке умеренное количество жидкости, слизь; слизистая желудка и ДПК без особенностей.

Rg – графия пищевода и желудка: пищевод свободно проходим, прослеживаются продольные складки на всём протяжении. Желудок в форме крючка, газовый пузырь небольшой. В положение Тренделенбурга дно желудка выступает в грудную полость в виде округлого образования, вертикально желудок занимает обычное положение, складки слизистой желудка обычного калибра, перистальтика желудка и эвакуация своевременна, луковица ДПК без особенностей.

**Вопросы:** 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препарат какой группы для патогенетической терапии вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор



5. Через 2 месяца рекомендуемой терапии, а также соблюдения диеты, режима труда и отдыха исчезли клинические проявления болезни, и в последние 2 недели никаких проявлений рефлюкса и болевого синдрома не было. При ФЭГДС исчезли гиперемия и отёк слизистой. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте ваш выбор.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Неэрозивная форма ГЭРБ. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Ожирение 2 степени.**

2. Наличие у больного в течение нескольких лет **изжоги**, а в дальнейшем **кислой отрыжки, боли в собственно эпигастрии и за грудиной некоронарогенного характера** с частотой более одного раза в неделю за последний год (или 2 раза в неделю и более за последние 6 месяцев) позволяет установить диагноз ГЭРБ. **Неэрозивная форма установлена в связи с отсутствием эрозий**, отёк и гиперемия слизистой в данном случае классифицируются как НЭРБ. **Превышение массы тела на 38%** характерно для 2 степени ожирения. Скользящая грыжа пищеводного отверстия подтверждается **данными эндоскопического и рентгенологического исследования.**

3. Пациенту рекомендовано: **исследование на Н.р.** (выявлять Н.р. необходимо обязательно, так как лечение ГЭРБ предполагает длительный, иногда пожизненный приём ИПП, что при наличии Н.р. будет способствовать развитию атрофии слизистой, а в последующем и метаплазии и возможности развития дисплазии и неоплазии), **ЭКГ** (страдает ГБ, необходимо оценивать состояние сердца), **рН-метрия** (определить количество и интенсивность кислотных выбросов), **импедансометрия** (проводится в случае, если сохраняется клиническая картина ГЭРБ при отсутствии кислотных выбросов по данным рН-метрии).

4. Для патогенетической терапии следует выбрать ИПП, причём препарат должен обладать наибольшей эффективностью действия, так как от этого зависит эффект противокислотной терапии. При ГЭРБ необходимо **повысить рН в желудке до 4** и более и держать на таком уровне не менее 22 часов в сутки. Такими возможностями обладают оригинальные препараты, и в первую очередь Нексиум, затем **Париет** и Лосек мапс. **Нексиум назначается 40 мг 1 раз в сутки** (доза специально для лечения ГЭРБ). Продолжительность лечения 4-8 недель, препарат принимается утром за 30 минут до еды. Париет и лосек принимаются в стандартной суточной дозе. Учитывая неэрозивную форму ГЭРБ можно назначить прокинетики, однако вряд ли эта группа препаратов окажет хороший эффект, учитывая наличие ГПОД. Пробное назначение **Мотилиума по 10 мг 3 раза 1 неделю.**

Рекомендуется назначать альгинаты – Гевискон двойного действия после приёма пищи и на ночь. Этот препарат способен образовывать в желудке плотную пену «плот», который перегораживает желудок на 2 полости, причём над плотом рН значительно выше чем под ним, и если идёт заброс в пищевод содержимого верхних отделов, то оно не обладает столь выраженными агрессивными свойствами. Двойное действие – это увеличение дозы солей кальция в 2 раза, что обеспечивает двойной эффект и способствует нейтрализации «кислотного кармана». **Коррекция лекарственной терапии гипертонической болезни: антагонисты кальция отменить, перевести больного на В-блокаторы или ингибиторы АПФ, или ингибиторы ангиотензиновых рецепторов. Осмотр хирурга с Rg-снимками для решения вопроса о необходимости оперативного лечения грыжи ПОД. Биопсия с гистологическим исследованием при очередной эзофагогастрофиброскопии с целью выявления метаплазии эпителия пищевода.**

5. Пациента следует перевести на поддерживающую терапию ИПП 20 мг лучше на ночь. Пациенту рекомендовано продолжить вести дневник самочувствия с записью появления признаков рефлюкса, при отсутствии клинических проявлений в течение 4 недель перейти на терапию по требованию (ИПП и альгинаты принимать в течение 2-3 дней при появлении признаков рефлюкса). Если симптомы рефлюкса исчезают – приём препарата прекратить, если нет, то обратиться к участковому врачу. Рекомендации по изменению образа жизни: пожизненно (спать с приподнятым головным концом кровати – 15-20 см, снижение массы тела, не лежать после еды в течение 1.5 часов, не принимать пищу перед сном, ограничить прием жиров, прекратить курение, избегать тесной одежды и тугих поясов, не принимать лекарственных препаратов оказывающих отрицательное действие на моторику и слизистую пищевода).

#### **Тема №6: Старение и болезни мочевыделительной системы.**

##### **Ситуационная задача №1**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть.** Мужчина 56 лет в течение 12 лет отмечает повышение уровня мочевой кислоты до 850 мкмоль/л. Нерегулярно принимает Аллопуринол. Отмечал несколько приступов артрита в области локтевых и плечевых суставов за последние 2 года. В течение 3 лет повышение АД до 200/120 мм рт. ст. Лечение комбинацией ингибиторов АПФ - Эналаприл 10 мг и блокаторов медленных кальциевых каналов - Амлодипин 10 мг - неэффективно. Масса тела избыточная. Отмечена пастозность лица и нижних конечностей. Температура тела 36,6 С. Имеются тофусы в области проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, в области локтевых суставов. В лёгких дыхание везикулярное. Сердце: тоны правильные, 80 в мин., акцент II тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Анализ крови: Нв - 110 г/л, лейкоциты -  $5,4 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность 1,008 г/л, белок - 0,066 г/л, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры - до 15 в поле зрения, кристаллы мочевой кислоты. Креатинин сыворотки крови - 200 мкмоль/л.

**Вопросы:**

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

**ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Хроническая подагра. Среднетяжелое течение. Подагрический артрит. Подагрическая почка. Артериальная гипертензия. Вторичная анемия средней степени тяжести.
2. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, С-реактивный белок, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, креатинин, СКФр, мочевины. Уровень мочевой кислоты в моче. Клиренс креатинина. Радиоизотопные методы исследования функции почек. УЗИ почек. Рентгенография суставов кистей, стоп, локтевых, плечевых.
3. Антиподагрическая диета. Запрещение алкоголя. Урикодепрессивные препараты (Аллопуринол 100 мг с увеличением дозы до 300 мг или Фебуксостат, добавить Пробеницид. При остром подагрическом артрите - Ибупрофен 800 мг. 4 р/сут., при не эффективности Колхицин 1 мг 3 раза в день, со снижением дозировки до 1 мг 2 раза на следующий день, затем по 1 мг/сут. Для контроля АД - Лозартан 50 мг.сут в комбинации с Урапидилом 30 мг 2 р/сут.
4. Ревматоидный артрит, деформирующий остеоартроз, вторичная подагра при заболеваниях крови, злокачественных опухолях, длительном применении диуретиков.
5. Приступы острого артрита, провоцируемые травмами и микротравмами, физической и психической перегрузкой, инфекцией, приемом диуретиков и других медикаментов, повышающих содержание мочевой кислоты в крови. Характерная картина подагрического приступа: внезапное появление резчайших болей (обычно ночью), чаще всего в I плюснефаланговом суставе, с его припухлостью, яркой гиперемией и последующем шелушением. Сопровождаются лихорадкой, ознобом, лейкоцитозом, ускорением СОЭ. При длительном течении подагры число пораженных суставов и локализация изменяются. Образование тофусов. Деформация суставов. Подагрическая нефропатия. Гломерулосклероз и нефросклероз с развитием гипертензии и недостаточности функции почек. Синдром «пробойника» при рентгенографии суставов.

**Тема №7: Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.**

**Ситуационная задача №1**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть:** Женщина 75 лет, предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника,

в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин. Указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала Диклофенак 100 мг/сут с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъёме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт. ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес - 96 кг, рост - 162 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Деформация коленных суставов за счет периартикулярного отека, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объём движений не изменён, пальпация и движения умеренно болезненны. Припухлость и деформация грудино-ключичного сочленения справа, пальпация его безболезненна. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 86 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты -  $7,7 \times 10^9$ /л, СОЭ - 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии.

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок - 8 мг/л. Общий анализ мочи без патологии.



Рентгенограмма коленных суставов

Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника

### Вопросы:

1. Сформулируйте развёрнутый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова тактика ведения больной (немедикаментозная и медикаментозная)?
5. Какие дополнительные назначения необходимо сделать с учетом сопутствующих заболеваний?

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. полиостеоартроз, узелковая форма (узелки Гебердена, Бушара).

Двусторонний гонартроз, рентгенологическая ст. III (по Kellgren), ФНС 2.

Остеоартроз поясничного отдела позвоночника.

ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 степени, 3 стадии, группа риска 4.

Ожирение.

Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

2. Диагноз **«полиостеоартроз»** установлен на основании наличия **множественного поражения суставов кистей** с узелками Гебердена и Бушара, **коленных суставов**, механического характера боли, наличия стартовой боли в коленных суставах, **утренней скованности не более 30 минут**, **нормальных** острофазовых показателей крови (СОЭ, СРБ), характерных **рентгенологических** изменений коленных суставов (субхондральный склероз, остеофиты, сужение суставной щели) и поясничного отдела позвоночника (остеофитоз, спондилоартроз). Рентгенологическая **стадия III** – R-лог. **изменения** (сужение суставной щели, наличие единичных остеофитов). **Степень ФНС** определяется по **способности пациента к самообслуживанию** и выполнению профессиональных, непрофессиональных обязанностей. В задаче у пациента нет ограничения в самообслуживании, однако имеются **ограничения в профессиональной и непрофессиональной деятельности, что соответствует II ст.** ФНС. Спондилоартроз исследования позвоночника (остеосклероз тел позвонков, снижение высоты межпозвоночных дисков, спондилофиты).

Диагноз **«гипертонической болезни 3 степени, 3 стадии, риск 4»** установлен в связи с **максимальным повышением АД** до 180/110 мм рт. ст., **наличием клинически ассоциированного состояния** (инфаркт миокарда в анамнезе) и других факторов риска (возраст, ожирение).

3. Пациенту рекомендовано:

-УЗИ коленных суставов - исключить наличие синовита;

-МРТ коленных суставов - (подтвердить/исключить синовит, уточнить *характер повреждения хряща* и кости);

- липидный профиль,
- ЭхоКГ,
- Суточное мониторирование АД - уточнение поражения сердца и степени риска ССО, учитывая сопутствующую патологию.

4. Пациенту для лечения полиостеоартроза необходимо назначение пероральных НПВП с наименьшим кардиоваскулярным риском (*Напроксен*), при наличии реактивного синовита коленных суставов возможно внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (*Дипроспан*), а также необходимо назначение препаратов *Хондроитин* и/или Глюкозами сульфатов на срок не менее 6 месяцев с последующими повторными курсами. Из немедикаментозного лечения важным является коррекция модифицируемых факторов риска, а именно снижение веса тела, регулярные дозированные физические нагрузки (ходьба, плавание), ношение наколенников при длительной статической нагрузке, физиотерапия, санаторно-курортное лечение.

5. Для лечения ИБС и гипертонической болезни необходимо назначение препаратов из группы селективных бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, статинов, антиагрегантов.

### Ситуационная задача №2

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больная К. 56 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в левом коленном суставе, усиливающиеся в положении стоя или при нагрузке, периодически возникающий хруст при активных движениях в данном суставе. По утрам после пробуждения ощущает скованность движений в левом коленном суставе, которая длится 15-20 минут. Боли появились около 2 лет назад и постепенно усиливались. При осмотре: суставы внешне не изменены, деформации и дефигурации не отмечаются. Объём активных и пассивных движений незначительно снижен в левом коленном суставе. Атрофии окружающих тканей нет.

Анализ крови: без отклонений от нормальных значений, СОЭ - 22 мм/ч, РФ - отрицательный.

Рентгенограммы коленных суставов представлены на рисунке



### Вопросы:

1. Какие изменения видны на рентгенограммах?
2. Предположите наиболее вероятный диагноз. Ответ обоснуйте.
3. Укажите факторы риска данного заболевания.
4. Перечислите медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы болезни. Ответ обоснуйте.
5. Назначьте лечение больной в данной клинической ситуации. Выбор обоснуйте.

### ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. На снимке левого колена в переднезадней проекции определяют сужение суставной щели с медиальной стороны. На боковом снимке определяют субхондральный склероз с формированием остеофитов.
2. Предварительный диагноз «остеоартроз левого коленного сустава». Обоснованием диагноза являются характерные жалобы больной (нагрузочный характер болей, утренняя скованность, крепитация при активном движении), возраст больной и данные рентгенографии левого коленного сустава (сужение суставной щели, субхондральный склероз с формированием остеофитов).
3. Эндогенные факторы риска остеоартроза: возраст, пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность. Экзогенные факторы: травмы, профессиональная деятельность, спорт, избыточная масса тела.

4. Медленнодействующие препараты, модифицирующие симптомы остеоартроза: Хондроитин сульфат, Глюкозамин, неомыляющиеся соединения сои/авокадо, Диацереин, Гиалуроновая кислота. Медленнодействующие симптоматические препараты обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, как и НПВП, и, кроме того, обладают некоторыми хондропротективными свойствами. Отличительная особенность - время наступления эффекта в течение 2-8 недель от начала лечения, и сохранение эффекта в течение 2-3 месяцев после прекращения лечения.

5. Рекомендованное лечение: Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме; НПВП показаны в случае неэффективности Парацетамола, а также при наличии признаков воспаления.

Парацетамол является препаратом выбора при умеренно выраженном болевом синдроме. НПВП при остеоартрозе применяют только в период усиления болей, в отличие от их систематического приёма при воспалительных артритах. В настоящее время не выявлено преимуществ в отношении эффективности какого-либо одного НПВП над другим. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов в данной ситуации не показано. Оно показано лишь при наличии симптомов экссудативного воспаления. Частота внутрисуставного введения не должна превышать 2-3 раз в год. Эффективность приёма хондропротекторов внутрь (хондроитина или глюкозамина) большинство рекомендаций считают хотя и не доказанным, тем не менее их назначение может оказать пользу (продолжительность приема не менее 8-12 месяцев).

### **Ситуационная задача №3**

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больной 64 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них. Анамнез: страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. В последующем артрит неоднократно рецидивировал. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Неоднократно безболезненно с мочой отходили конкременты желтовато-бурового цвета размером до 3-4 мм.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 0,2 см, белесоватые на изгибе. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Правый голеностопный сустав припухший, болезненный при пальпации. Кожа над суставом блестящая, синевато- багрового цвета, горячая. АД - 170/105 мм рт. ст. ЧСС - 84 удара в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см от срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Мочевая кислота - 780 ммоль/л, холестерин крови - 6,7 ммоль/л, триглицериды - 2,7 ммоль/л, ЛПВП - 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак - 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,4 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет Ваша тактика лечения в период острого приступа и в межприступный период?
5. Каким препаратам следует отдать предпочтение для коррекции артериальной гипертензии и гиперхолестеринемии и почему?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Хроническая тофусная подагра. Поражение суставов, почек (нефролитиаз). Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия II степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4 ст. Метаболический синдром. Дислипидемия.
2. Диагноз «подагра» поставлен на основании типичных признаков суставного синдрома: приступообразное воспаление суставов стопы, интенсивная боль, отёчность суставов, кроме того имеет значение рецидивирующий характер течения и наличие тофусов.

Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердце). Степень риска сердечно-сосудистых осложнений поставлена на основании наличия метаболического синдрома. Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендовано рентгенологическое исследование стоп, поляризационная микроскопия синовиальной жидкости для визуализации кристаллов мочевой кислоты, УЗИ почек для определения поражения почек, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭхоКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; лабораторное исследование: креатинин для определения СКФ и определения стадии ХБП.

4. Всем больным необходимо выполнение рекомендаций по питанию - стол №6: ограничение продуктов, содержащих пурины (мясо), ограничение содержания в продуктах жиров, запрещение приёма алкоголя.

Для купирования острого суставного синдрома применяется 3 группы препаратов: НПВС (например, Диклофенак 100 мг 2 раза в день после еды), глюкокортикостероиды (Дипроспан 1,0 локально) или Колхицин 1 мг 3 раза в сутки. В межприступный период: необходимо продолжить придерживаться диеты, к терапии добавить Аллопуринол 300 мг в сутки до нормализации мочевой кислоты, с последующим снижением дозы до поддерживающей - 100 мг в сутки, НПВС - при болях.

5. Антагонисты рецепторов к ангиотензину II для коррекции АД и Аторвастатин для снижения гиперлипидемии, т. к. эти препараты обладают урикозурическим эффектом. Кроме того, выбор препарата из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II основан на его нефропротективных свойствах. С этой же позиции оправдано использование в качестве гипотензивного средства препарата из группы ингибиторов АПФ. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан

#### **Ситуационная задача №4**

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ.

**Основная часть:** Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты -  $6,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.

Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеоэсклероз.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

**ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Основной: **остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз**, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, **ФК I** Сопутствующий: **ожирение I степени**.

2. **Остеоартроз: боли механического типа, скованность** в пределах 20 минут, **деформация суставов** за счет костных разрастаний,

**Рентгенологическая стадия: сужение суставной щели, остеофиты, остеоэсклероз.**

**Функциональный класс:затруднение профессиональной деятельности.**

**Ожирение I степени (ИМТ - 31,3 кг/м<sup>2</sup>)**

3. Пациенту рекомендовано:для уточнения степени активности – **определение острофазовых показателей (фибриноген, СРБ, протеинограмма).**

**Рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ коленных суставов** (дообследование опорно-двигательного аппарата).

4. **Базисная терапия (хондропротекторы) - хондроитин сульфат**, глюкозамин сульфат (Дона, Структум, Артра, Алфлутоп).**НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).**

**ГК внутрисуставно** при наличии синовита. Препараты **гиалуроновой кислоты** внутрисуставно.

**Антиагреганты и антагонисты Са** для улучшения микроциркуляции в субхондральных отделах костей и в синовии..**ЛФК, массаж, физиотерапия** (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук).

**Местная терапия (НПВП, димексид)**

Лечение сопутствующих заболеваний (**коррекция массы тела**).Санаторно-курортное лечение.

**Запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах, ношение тяжестей;** не рекомендуются частые подъемы и спуски по лестнице.

5. **Жизненный прогноз благоприятен.** Возможно **инвалидизирующее поражение коленных и тазобедренных суставов.**

**На момент обострения - временная нетрудоспособность.**

**Тема №8: Старение и болезни эндокринной системы**

**Ситуационная задача №1**

**Инструкция: ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Основная часть:** На приёме у врача-терапевта участкового пациент М. 68 лет. Сахарный диабет 2

типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу-терапевту участковому для назначения лечения.

Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м<sup>2</sup>.

Объём талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок –75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 13,1 ммоль/л,креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) -91 мл/мин.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте основной клинический диагноз сахарного диабета согласно современным требованиям.

2. Обоснуйте выбор индивидуального целевого уровня гликозилированного гемоглобина у данного пациента. Определите целевые параметры гликемии у данного пациента.
3. Определите объём дополнительного обследования пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при сахарном диабете 2 типа.
4. Определите тактику лечения пациента.
5. Определите показатели гликемического контроля, которые должны использоваться для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

**1. Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 6,5%. Ожирение 2 степени, абдоминальная форма. Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО 4.**

2. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 6,5% определен на основании достаточно молодого возраста пациента (48 лет), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза. Целевые параметры гликемии у данного пациента: **глюкоза до еды – не выше 6,5 ммоль/л, через 2 часа после приёмов пищи – не выше 8,0 ммоль/л.**

3. Объём дополнительного обследования данного пациента согласно стандарту оказания медицинской помощи при СД 2 типа должен включать: **ОАК, ОАМ**, определение микроальбуминурии при отсутствии белка в ОАМ, **липидограмму, ЭКГ, рентгенографию легких, осмотр стоп** с определением тактильной, температурной, вибрационной чувствительности и определением рефлексов, **офтальмоскопию** (осмотр врача-офтальмолога), **осмотр невролога** при выявлении клинических проявлений нейропатии.

4. Лечение данного пациента должно включать: 1) **немедикаментозные методы лечения** – изменение образа жизни (изменение питания, увеличение физической активности); 2) **медикаментозную терапию (гипогликемизирующую, гипотензивную, гиполипидемическую** при наличии дислипидемии). Немедикаментозная терапия направлена на снижение массы тела: 1) В рационе питания необходимо постепенно уменьшить калорийность суточного рациона до 1700-1800 ккал в сутки, исключив при этом

легкоусваиваемые углеводы, максимально ограничить жиросодержащие продукты (особенно животный жир), уменьшить примерно наполовину объем сложных углеводов. Без ограничений могут употребляться в пищу богатые водой и клетчаткой овощи. 2) **Оптимальной физической** нагрузкой для пациента будет являться ходьба 30-60 минут ежедневно, но не менее 3-х раз в неделю. 3) Целесообразно обучение пациента в школе сахарного диабета.

Медикаментозная терапия: 1) Гипогликемизирующая: метформин 500

мг 2 раза в сутки с постепенным увеличением дозировки до 850-1000 мг 2 раза в сутки под

контролем гликемии. 2) Гипотензивная: в основе терапии должны использоваться ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов, целевые параметры АД 120-140/70-85 мм рт.ст. 3) Гиполипидемическая: целевые параметры липидного обмена у пациента – общий холестерин менее 4,5 ммоль/л, ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, триглицериды – менее 1,7 ммоль/л. При превышении этих показателей должны быть назначены статины.

5. Для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться **уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца**. Кроме того, пациент должен проводить **самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю**

#### **Ситуационная задача №2**

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Женщина 52 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу. Работает поваром в детском учреждении. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит. Мама страдала сахарным диабетом.



При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м<sup>2</sup>. Окружность талии –106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчёсов. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет

В анализах: глюкоза крови натощак - 5,8 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациента.
3. В результате проведенного исследования было выявлено, что у пациентки глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 11,1 ммол/л; HbA1c - 7,1%. Назначьте лечение. Обоснуйте свой выбор.
4. Дайте больной рекомендации по питанию.
5. Через 6 месяцев больная вновь пришла на приём к врачу. В результате проведённой терапии вес пациентки снизился на 6 кг. HbA1c снизился на 0,5% и была достигнута индивидуальная цель. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. **Сахарный диабет тип 2, целевое значение HbA1c < 7,0%. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром).**
2. **Повторное определение гликемии в последующие дни, пероральный глюкозотолерантный тест, определение HbA1c.**
3. У больной имеется ожирение 2 степени и исходный уровень HbA1c = 7,1%. Рекомендовано **изменение образа жизни: диета, физическая активность. Монотерапия: метформином, и ДПП-4 или аГПП -1.**
4. Рекомендуется **ограничение калорийности рациона** с целью умеренного снижения массы тела. Это так же обеспечит положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов. Необходимо максимальное **ограничение жиров** (прежде всего животного происхождения) **и сахаров**; рекомендовано **умеренное потребление сложных углеводов(крахмал) и белков. Рекомендовать употребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов. Важно включить в рацион продукты богатые моно – и полиненасыщенными жирными кислотами** (рыба, растительное масло).
5. **Оставить проводимую терапию без изменений**, так как отмечается снижение массы тела и достигнут целевой уровень HbA1c. Продолжить динамическое наблюдение. Контроль HbA1c 1 раз в 3 месяца. **Самоконтроль гликемии глюкометром.**

#### **Ситуационная задача №3**

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больная 64 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость

кожных покровов, избыточный вес (ИМТ □ 28), снижение температуры тела, снижение аппетита, запоры, снижение памяти, сонливость. При осмотре: кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Отёчность лица. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 58 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Температура тела □ 36,3°С. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см из-под края рёберной дуги. Стул нерегулярный, склонность к запорам. По данным лабораторного обследования: общий анализ крови: гемоглобин □ 104 г/л, холестерин □ 9,4 ммоль/л, триглицериды □ 5,5 ммоль/л, КФК – 247, АСТ □ 48, ТТГ □ 15,3 мЕ/л.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.
3. Составьте план обследования данной пациентки.
4. Какова тактика лечения данного пациента?
5. Показано ли данной пациентке оперативное лечение?

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. Синдром гипотиреоза (первичный гипотиреоз).
2. При отсутствии в анамнезе указаний на оперативное вмешательство на щитовидной железе или облучение шеи, наиболее вероятной причиной развития гипотиреоза следует считать **хронический аутоиммунный тиреоидит**.
3. С целью уточнения причины и тяжести гипотиреоза необходимо определить уровень **св. Т4, антител к тиреопероксидазе, антител к тиреоглобулину**, выполнить **УЗИ щитовидной железы**.
4. Назначение препаратов **Л-тироксина** в дозе 1,6-1,8 мкг/кг/сут, начиная с дозы 12,5-25 мкг/сут с **постепенным увеличением до 100 мкг** (расчетная доза 125 мкг).
5. **Необходимость оперативного лечения возникает в связи со значительным увеличением щитовидной железы и компрессионным синдромом**. Клинически симптомов сдавления близлежащих органов нет, объём щитовидной железы следует уточнить при помощи УЗИ. На данном этапе показаний для оперативного лечения у пациента нет.

### Тема №9: Старение и болезни крови.

#### **Ситуационная задача №1**

**Инструкция:** ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

**Основная часть:** Больная К. 64 лет доставлена в клинику без сознания. По словам родственников, в

течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, одышку, плохой аппетит, боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии, периодически тошноту и дискомфорт в эпигастриальной области после приёма пищи, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у неё была обнаружена анемия. В результате лечения

состояние больной улучшилось. После выписки из больницы она жила в деревне, к врачам не обращалась и не лечилась. За несколько месяцев до поступления самочувствие больной ухудшилось, появились слабость, одышка, отмечалось изменение походки, ухудшение аппетита, бледность. Состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, заторможенность. Больная была госпитализирована.

При осмотре: состояние очень тяжёлое, больная без сознания, температура 36°C, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отёков нет. Органы дыхания без особенностей. Сердце несколько расширено вправо и влево. Тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой. Тахикардия, пульс - 120 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены, живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, пальпируется селезёнка.

Анализ крови: эритроциты -  $1 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель -1,5, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоциты -  $18 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $4 \times 10^9/л$ , базофилы - 0%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 42%, моноциты - 5%, полисегментированные гигантские нейтрофилы, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ - 30 мм/ч.

Сахар в крови и креатинин в пределах нормы. Анализ мочи без патологии. На ЭКГ: ритм синусовый, отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях.

#### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

#### **ЭТАЛОН ОТВЕТА**

1. **В12-дефицитная анемия (болезнь Аддисона-Бирмера) тяжёлой степени**. Осложнения:

**Анемическая кома. Фуникулярный миелоз. Циркуляторно-гипоксический синдром.**

2. Критериями В12-дефицитной анемии являются: **снижение содержания эритроцитов** (менее  $3,0 \times 10^{12}/л$ ); **цветового показателя** (более 1,1); **макроцитоз; появление мегалоцитов; полисегментоядерность нейтрофилов, тельца Жолли и кольца Кебота; проявления фуникулярного миелоза: боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии;** для окончательного подтверждения диагноза необходимо выявить этиологическую причину

В12 дефицитного состояния.

3. **Анемическая кома, фуникулярный миелоз, циркуляторно-гипоксический синдром.**  
4. Определение **содержания витамина В12 и фолиевой кислоты** в сыворотке крови, **содержание железа и ферритина** в сыворотке крови, **стерильная пункция** с оценкой миелограммы (исключить гемопоэтическую дисплазию), оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии, **фиброгастродуоденоскопия, фиброколоноскопия** (исключить дивертикулёз толстого кишечника), **исследование титра антител к гастромукопротеину, кал на яйца глист** (исключить глистную инвазию), **копрологическое исследование** (исключить малабсорбцию).

5. **Гемотрансфузии эритроцитарной массы** по 250-300 мл (5-6 трансфузий), **Цианкобаламин** по 1000 мкг внутримышечно в течение 4-6 недель до наступления гематологической ремиссии. После нормализации костномозгового кроветворения и состава крови витамин вводят 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, затем в течение полугода 2 раза в месяц в тех же дозах. Это связано с необходимостью создания депо витамина В12. В дальнейшем профилактически вводят 1-2 раза в год короткими курсами по 5-6 инъекций или ежемесячно по 200-500 мкг (пожизненно).

**3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачёт**

**3.1 Вопросы к зачёту (ОПК-5,ОПК-6,ПК-6,ПК-8,ПК-10):**

1. Геронтология как комплекс естественных наук о старении, ее интеграция с социологией, биологией, экономикой и психологией.
2. Особенности демографической ситуации в Российской Федерации.
3. Социально-экономические проблемы геронтологии.
4. Старение и старость. Определение.
5. Проблемы старения, старости, долголетия.
6. Основы физиологии и патологии старения.
7. Основные теории и механизмы старения.
8. Общие закономерности старения.
9. Естественное и преждевременное старение. Видовая продолжительность жизни.
10. Основные причины и факторы преждевременного старения.
11. Профилактика преждевременного старения.
12. Организация гериатрической помощи в России.
13. Вопросы медицинской этики и деонтологии в гериатрии.
14. Хоспис и паллиативная помощь лицам пожилого и старческого возраста.
15. Социальная защита пожилых.
16. Причины снижения качества жизни у пожилых и престарелых.
17. Технологии повышения качества жизни лиц пожилого и старческого возраста.
18. Проблемы обучения в геронтологической практике.
19. Реабилитация пожилых: виды, формы, методы.
20. Особенности питания гериатрического пациента.
21. Организация питания пациенту геронтологического профиля на дому и в лечебно-профилактическом учреждении.
22. Уход за гериатрическим пациентом в стационаре.
23. Особенности организации диагностического процесса у пожилых и престарелых.
24. Основные методы определения биологического возраста человека.
25. Особенности состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста.
26. Особенности реакции на болезни, стресс у лиц пожилого и старческого возраста.
27. Причины обострения ухудшения течения наиболее распространенных заболеваний, травматизма у лиц пожилого и старческого возраста.
28. Основные задачи сестринской службы, сестринского ухода при решении проблем гериатрических пациентов.
29. Особенности общения, сбора информации и выполнения этапов сестринского процесса с лицами пожилого и старческого возраста.
30. Проблемы семьи с пациентом пожилого и старческого возраста.
31. Основные принципы лекарственной терапии пожилых и престарелых.
32. Подходы к нефармакологическим методам лечения пожилых и престарелых.
33. Роль врача в реабилитации больных пожилого и старческого возраста.

34. Трудности диагностики у лиц пожилого возраста.
35. Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.
36. Особенности течения заболеваний сердечно-сосудистой системы в пожилом возрасте.
37. Старение и болезни дыхательной системы.
38. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте.
39. Внебольничная пневмония у пожилых.
40. Туберкулёз в пожилом возрасте.
41. Старение и заболевания органов пищеварения в пожилом и старческом возрасте.
42. Особенности течения заболеваний органов пищеварения в пожилом возрасте.
43. Старение и заболевания мочевыделительной системы.
44. Особенности течения заболеваний мочевыделительной системы в пожилом возрасте.
45. Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.
46. Особенности течения заболеваний опорно-двигательного аппарата в пожилом возрасте.
47. Лечение и профилактика сенильного остеопороза.
48. Старение и болезни эндокринной системы.
49. Особенности течения заболеваний эндокринной системы в пожилом возрасте.
50. Сахарный диабет в пожилом возрасте. Особенности сестринского процесса.
51. Старение и болезни крови.
52. Особенности течения заболеваний крови в пожилом возрасте.
53. Анемии у людей пожилого возраста.
54. Старение и нервно-психические расстройства. Проблемы пациентов с нервно-психическими расстройствами в контексте семьи.
55. Проблема диагностики, лечения и реабилитации пожилых и престарелых пациентов онкологического профиля.
56. Болезнь Альцгеймера: проблемы пациента, семьи и организация сестринского процесса.

**4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

#### 4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	<b>Знать:</b> этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		<b>Уметь:</b> использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов
		<b>Владеть:</b> Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Показатели оценивания компетенций	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-6	готовностью к	<b>Знать:</b> Правила ведения	Обучающийся демонстрирует	Обучающийся демонстрирует

	ведению медицинской документации	медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи
		<b>Уметь:</b> Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями
		<b>Владеть:</b> Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	<b>Знать:</b> Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
		<b>Уметь:</b> применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и	Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и

	здоровьем , X пересмотра	X пересмотра в своей профессиональной деятельности	проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности
		<b>Владеть:</b> навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	<b>Знать:</b> Особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии
		<b>Уметь:</b> Исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения, исходя из особенностей течения заболевания, выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение, исходя из особенностей течения заболевания, выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		<b>Владеть:</b> Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины

			дисциплины	рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	------------	-----------------------------

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	<b>Знать:</b> Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Уметь:</b> Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		<b>Владеть:</b> Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины



## 4.2. Шкала и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результато3)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, стандартизированный тестовый контроль, курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни

### 4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для разбора тематического больного:

- ❖ **Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.
- ❖ **Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.
- ❖ **Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.
- ❖ **Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

#### Для курации больного:

- ❖ **Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и

инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

❖ **Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

#### **Для разбора истории болезни:**

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

#### **Для оценки доклада/ устного реферативного сообщения:**

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание \ отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение/доклад не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения/доклада не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

#### **Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы.

#### **4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.**

##### **Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)**

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.