

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.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»**

**Направление подготовки 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)**

Направленность: Лечебное дело

Квалификация (степень) выпускника: Врач–лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Год поступления 2019,2020

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

№ п/п	№ компетенции	Формулировка компетенции
1	ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок
2	ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации
3	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, X пересмотра
4	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами
5	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

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует

развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «**ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ**»

выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1 Составление доклада/устного реферативного сообщения по темам:

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 болезни, стресс у лиц пожилого и старческого возраста (тема 10).
37. Проблемы обучения в геронтологической практике (тема 10).

4.2 Решение ситуационных задач

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, внутрисердечный 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 приём 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 гипертония (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, внутрисердечный 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 анти тромботической 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/м²; 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 равное 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, участвовавшие в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отеки 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), **деагреганты** (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 заднеинferiorной стенки левого желудочка в 2012 г., лечилась стационарно.

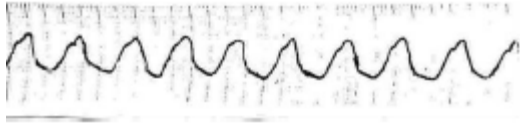
Страдает гипертонической болезнью с

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 заднеинferiorной 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 должна 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, верошпирана.

Тема №4: Старение и болезни дыхательной системы

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

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 - 21×10^9 /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 СО₂ - 20; Р О₂ - 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

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

тяжелое, 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, подъем 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;

- вентилиционно-перфузионная сцинтиграфия лёгких;

- спиральная компьютерная томография с контрастированием;

- определения уровня D-димера;

- ангиопульмонография;

- катетеризация правых отделов сердца;

- УЗИ 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 низкотоочная 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 **β-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. Экскурсия 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 - 21×10^9 /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; P CO₂ - 20; P O₂ - 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**: Левифлоксацин + Цефтриаксон; Цефотаксим + Макролид; Эртапенем + Макролид. **Отхаркивающие средства** (Ацетилицтеин, 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 Н.Рylogi 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 среднеключичной 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 Шоффера, 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 развитию 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 неэффективности 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

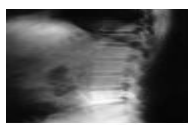
Основная часть: Женщина 75 лет, предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника,

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 отёка, 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 развернутый 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 межпозвонковых 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, Гиалуриновая 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

преимущества 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, остеоэрозия.

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, остеосклероз.

Функциональный класс:затруднение профессиональной деятельности.

Ожирение I степени (ИМТ - 31,3 кг/м²)

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/м².

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 гипертония 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/м². 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 ммоль/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°C. 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 L-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 эпигастральной 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,

фиброгастроуденоскопия, 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).

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для

самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-36 часов	
1.	Организация гериатрической помощи в России.	составление доклада/устного реферативного сообщения
2.	Основные принципы терапии и реабилитации гериатрических больных	составление доклада/устного реферативного сообщения
3.	Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4.	Старение и болезни дыхательной системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
5.	Старение и болезни органов пищеварения	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
6.	Старение и болезни мочевыделительной системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
7.	Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
8.	Старение и болезни эндокринной системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
9.	Старение и болезни крови.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
10.	Старение и нервно-психические расстройства. Зачёт.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

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

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя

студент должен: освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчетываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу. Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень экономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом»

начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанно читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательно аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.
- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями. • Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стараясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного

читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).

- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

Далее можно взять что-то из МР по дисциплине, относящееся к конкретным видам СРС на данной дисциплине

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-36 часов	
1.	Организация гериатрической помощи в России.	составление доклада/устного реферативного сообщения
2.	Основные принципы терапии и реабилитации гериатрических больных	составление доклада/устного реферативного сообщения
3.	Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4.	Старение и болезни дыхательной системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
5.	Старение и болезни органов пищеварения	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
6.	Старение и болезни мочевыделительной системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
7.	Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
8	Старение и болезни эндокринной системы.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
9.	Старение и болезни крови.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,
10	Старение и нервно-психические расстройства. Зачёт.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач,

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ»

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы