

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение  
высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра госпитальной терапии  
по дисциплине «Гериатрия»**

**Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина**

**Методические указания для студентов  
по дисциплине «Гериатрия»**

Уровень высшего образования – специалитет  
Специальность – 31.05.01 Лечебное дело

Рязань, 2018

**УДК 616-056.9(075.83)**

**ББК 52.5**

**Н 331**

Под редакцией профессора С.С. Якушина

**Рецензенты:**

**В.Н. Абросимов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии ФДПО с курсом семейной медицины ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

**М.А. Бутов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

**А.А. Низов**, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

**В.А. Фомина**, к.м.н., заведующая 8 кардиологическим отделением ГБУ РО РОККД

**Авторы:**

Н.Ю. Натальская, к.м.н., ассистент; Н.Н. Никулина, д.м.н., профессор; Е.В. Лыгина, к.м.н., ассистент

**Н 331** Натальская Н.Ю. Методические указания для студентов по дисциплине «Гериатрия» / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018.- 71с.

В настоящих методических указаниях для студентов представлены отдельные темы по дисциплине «Гериатрии», не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены вопросы для самоконтроля, программированный контроль, кейс–задачи и рекомендуемая литература.

Методические указания предназначены для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело.

**УДК 616-056.9(075.83)**

**ББК 52.5**

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2018

© Натальская Н.Ю., Никулина Н.Н., Е.В. Лыгина, 2018

## Содержание

Общие вопросы гериатрии. Особенности патофизиологии, клинического течения и диагностики заболеваний внутренних органов в пожилом и старческом возрасте. Сочетанная терапевтическая патология (полиморбидность) в гериатрии. <i>Натальская Н.Ю.</i> .....	4
Особенности ведения гериатрических пациентов. Принципы рационального питания, рациональной фармакотерапии и обучения пожилых пациентов и их родственников. Приверженность пациентов к терапии. Вопросы вторичной профилактики. <i>Никулина Н.Н.</i> .....	13
"Патогномоничные" заболевания в пожилом и старческом возрасте: ИСАГ, кальцинированный аортальный стеноз, брадиаритмии, синкопальные состояния, остеопороз, деменция и болезнь Альцгеймера, аденома простаты, опущение и выпадение внутренних органов, запоры у пожилых. <i>Натальская Н.Ю.</i> .....	22
Сердечно-сосудистая патология у пациентов пожилого и старческого возраста: артериальная гипертензия, ИБС, ХСН. Особенности диагностики и лечения пожилых пациентов. Принципы фармакотерапии заболеваний сердечно-сосудистой системы у пожилых. <i>Натальская Н.Ю.</i> .....	32
Заболевания органов дыхания и системы пищеварения у лиц пожилого и старческого возраста: особенности клиники, диагностики и лечения. <i>Натальская Н.Ю.</i> .....	44
Заболевания мочевыделительной системы и опорно-двигательного аппарата у пожилых: особенности клиники, диагностики и лечения. <i>Лыгина Е.В.</i> .....	56
План доклада на утренней конференции (Приложение №1) .....	65
План написания выписного эпикриза (Приложение №2).....	66
Правила отработки пропущенных занятий (Приложение №3) .....	69

## **Тема занятия: ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ГЕРИАТРИИ. ОСОБЕННОСТИ ПАТОФИЗИОЛОГИИ, КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ. СОЧЕТАННАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ (ПОЛИМОРБИДНОСТЬ) В ГЕРИАТРИИ**

**Цель занятия:** изучить особенности больных пожилого и старческого возраста, знание которых во многом определяет стратегию и тактику ведения гериатрического пациента; особенности течения заболеваний у пожилых, как одну из причин трудности диагностики в гериатрии. Изучить полиморбидность заболеваний у пожилых больных.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (кол-во астрономических часов): 6.

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, вопросы для обсуждения, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность 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.

#### **ПК-7:**

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

## Расчет учебного времени

- I. Вводная часть – 30 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала:
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов – 35 мин.

### Программированный контроль:

#### 1. ГЕРОНТОЛОГИЯ – ЭТО:

- А. раздел социологии и психологии, изучающий изменение психики при старении человека
- Б. раздел медико-биологической науки, изучающий явления старения живых организмов, в том числе и человека
- В. раздел клинической медицины, изучающий заболевания людей старших возрастных групп
- Г. раздел демографии, изучающий пожилое население

#### 2. КАКОЕ УЧЕНИЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ СОСТАВНЫХ ЧАСТЕЙ ГЕРОНТОЛОГИИ?

- А. демография
- Б. гериатрия
- В. социальная геронтология
- Г. геронтопсихология

#### 3. ДОЛГОЛЕТИЕ ЧЕЛОВЕКА ЗАВИСИТ ОТ:

- А. наследственности
- Б. образа жизни (рациональное питание, правильный режим труда и отдыха, отсутствие вредных привычек)
- В. благоприятного микроклимата в семье и на работе
- Г. все выше перечисленное

#### 4. ГЕРИАТРИЯ – ЭТО:

- А. раздел геронтологии, изучающий гигиену и психологию людей старших возрастных групп
- Б. раздел медико-биологической науки, изучающий явления старения живых организмов, в том числе и человека
- В. раздел клинической медицины, изучающий заболевания людей старших возрастных групп
- Г. раздел социологии и психологии, изучающий изменение психики при старении человека

**5. ДЛЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РОССИИ НЕ ХАРАКТЕРНО:**

- А. низкая рождаемость
- Б. увеличение продолжительности жизни
- В. рост численности населения
- Г. рост доли населения старших возрастов (демографическое старение населения)

**6. В КАКОМ ГОДУ БЫЛ ВВЕДЕН ТЕРМИН «ГЕРИАТРИЯ»?**

- А. 1949г.
- Б. 1909г.
- В. 1945г.
- Г. 1897г.

**7. КТО ВВЕЛ ТЕРМИН «ГЕРИАТРИЯ»?**

- А. И.П. Павлов
- Б. В.Г. Коренчевский
- В. И.И. Мечников
- Г. И.Л. Нашер

**8. КТО ЯВЛЯЕТСЯ РОДОНАЧАЛЬНИКОМ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ГЕРОНТОЛОГИИ?**

- А. И.П. Павлов
- Б. И.И. Мечников
- В. А.Н. Северцов
- Г. С.П. Боткин

**9. КТО ВВЕЛ ТЕРМИН «ГЕРОНТОЛОГИЯ»?**

- А. И.П. Павлов
- Б. И.И. Мечников
- В. А.Н. Северцов
- Г. С.П. Боткин

**10. КАКОЙ ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЮТ «ПОЖИЛЫМ»?**

- А. 50-60 лет
- Б. 60-74 г.
- В. 75-85 лет

Г. старше 70 лет

**11. КАКОЙ ВОЗРАСТ ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЮТ «СТАРЧЕСКИМ»?**

А. 60-74 г.

Б. 75-90 лет

В. старше 80 лет

Г. старше 100 лет

**12. КАКИХ ЛЮДЕЙ НАЗЫВАЮТ «ДОЛГОЖИТЕЛЯМИ»?**

А. старше 80 лет

Б. старше 90 лет

В. старше 95 лет

Г. старше 100 лет

**13. ПРИЧИНАМИ ПАДЕНИЯ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА МОГУТ БЫТЬ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ:**

А. прием двух таблеток нитросорбида

Б. прием двух таблеток триметазидина (предуктал)

В. синдром слабости синусового узла

Г. неудобная обувь

**14. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НЕ ХАРАКТЕРНО:**

А. атипичность

Б. выраженность клинических проявлений

В. стертость клинической симптоматики

Г. полиморбидность (сочетанная патология)

**15. ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ, КАК ПРАВИЛО:**

А. с множеством заболеваний, «проблемный» пациент

Б. «легкий» пациент, не требующий длительного наблюдения и постоянного ухода

В. не нуждается в общении с медицинскими работниками

Г. не нуждается в обучении и отказе от вредных привычек

**16. ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СЛЕДУЮЩИЕ, КРОМЕ...**

- А. уменьшение количества миокардиоцитов
- Б. повышение ригидности стенок артерий
- В. повышение чувствительности барорецепторов
- Г. снижение сердечного выброса

**17. В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ РАЗВИВАЮТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ.**

- А. атрофия слизистой оболочки
- Б. повышение продукции соляной кислоты
- В. ферментативная недостаточность
- Г. запоры

**18. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРОИСХОДЯТ ИНВОЛЮЦИОННЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МЫШЕЧНО-СКЕЛЕТНОЙ СИСТЕМЫ. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ НЕ ВЕРНО?**

- А. атрофия мышечных волокон
- Б. гипертрофия хрящей
- В. остеопороз
- Г. атрофия хрящей

**19. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ВХОДИТ В ОПРЕДЕЛЕНИЕ СИНДРОМА «СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ»?**

- А. одышка
- Б. потеря веса
- В. выраженная слабость и повышенная утомляемость
- Г. значительное снижение физической активности

**20. ЧТО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА К СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ?**

- А. потеря близкого человека
- Б. выход на пенсию
- В. одиночество
- Г. все выше перечисленное



2) обсуждение с обязательным объяснением материала – 35 мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Укажите различия между терминами «геронтология» и «гериатрия»?
2. Определение «синдрома старческого возраста»?
3. Каковы функциональные и морфологические изменения органов и систем в организме человека старческого возраста?
4. Каковы причины полиморбидности заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста?
5. Каковы особенности клиники и диагностики заболеваний внутренних органов у гериатрического пациента?

**V. Клиническая работа:** курация больных – 1 часа 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач – 35 мин.

#### Кейс-задача № 1:

Пациентка К., 83 лет, вызвала участкового врача на дом. Жалобы на общую слабость, снижение веса на 5 кг за последние 5 лет, быструю утомляемость, трудности в перемещении по дому, плохое настроение. Все эти жалобы появились около 6 лет и постепенно усиливаются. 6 месяцев назад упала дома, травм не было. Боится выходить на улицу. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 163 см. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС = 64 уд./мин., АД = 130/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул склонен к запорам. Дизурии нет.

#### **Вопросы:**

1. Какой синдром у данной пациентки?
2. Какие рекомендации необходимо дать?

#### Кейс-задача №2:

Больной П., 70 лет, вахтер, пришел на диспансерный осмотр, жалоб не предъявляет. С 50-летнего возраста страдает гипертонической болезнью, 2 года назад перенес инфаркт миокарда. Регулярно принимает бисопролол 2,5 мг/сут., лозартан 50 мг/сут., кардиомагнил 75мг/сут. Объективно: отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, 2 экстрасистолы в

минуту. ЧСС = 72 уд./мин., АД = 140/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какое обследование необходимо назначить?
3. Какую обязательную группу препаратов пациент не принимает?

Кейс-задача №3:

Больной К., 69 лет, страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет. Нерегулярно принимает гипотиазид и лизиноприл. Поступил с ухудшением самочувствия вследствие психоэмоционального стресса: жалобы на головную боль в затылочной области, тошноту. Курит 20 лет по пачке сигарет в сутки.

Объективно: ИМТ 26,0 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии - 97 см. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1 см. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. Пульс симметричный, 64 уд/мин. АД 180/100 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень – по краю реберной дуги. Шумы на периферических артериях не выслушиваются.

Результаты дополнительного обследования. Биохимический анализ крови: калий – 4,5 ммоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, креатинин – 99 мкмоль/л (СКФ (ЕРІ) = 70 мл/мин), мочевиная кислота 544 мкмоль/л, общий ХС – 4,9 ммоль/л, ХС ЛПНП – 2,8 ммоль/л, ТГ – 1,41 ммоль/л. Альбумин в суточной моче - 200 мг/сут.

На ЭКГ – признаки гипертрофии ЛЖ. Обзорная рентгенография органов грудной клетки – смещение границ сердца влево. ЭхоКГ: гипертрофия ЛЖ. УЗИ почек без патологии. Дуплексное сканирование сонных артерий: толщина интима-медиа 1,2 мм.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Кейс-задача №4:

Мужчина, 72 лет, пришел на осмотр, ранее наблюдался у другого врача. Страдает артериальной гипертензией, по поводу которой получает индапамид 2,5 мг ежедневно. Также он время от времени принимает аспирин в низкой дозе, так как видел рекламу и решил, что ему он будет полезен.

Анамнез жизни без особенностей, наличие иных хронических заболеваний отрицает. Пациент не курит, эпизодически употребляет алкогольные напитки и не занимается физическими упражнениями. Отец умер в возрасте 60 лет от инфаркта миокарда, мать умерла в возрасте 72 лет от злокачественного новообразования, есть две младшие сестры, обе не страдают хроническими заболеваниями.

При физикальном исследовании рост 170 см, масса тела 92 кг, окружность талии 106 см. ЧСС – 75 ударов в минуту, АД – 130/80 мм.рт.ст. По органам и системам без отклонений от нормы.

В лабораторных анализах липидного спектра: общий холестерин 6,23 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) 1,2 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности 4,03 ммоль/л, триглицериды 1,56 ммоль/л.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этому пациенту?

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

**VII. Рекомендуемая литература**

**Основная:**

1. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина. – М.: ООО «Персэ», 2012.-223с.

2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.2: Введение в клиническую гериатрию / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 783с.

3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.3: Клиническая гериатрия / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 894с.

4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- Т.4: Клиническая гериатрия / под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 524с.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов; под ред. В.Х. Хавинсона. - СПб.: Прайм-ЕВПРОЗНАК, 2008.-778с.
2. Практическая гериатрия: (избр. клинич. и организационные аспекты) / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555с.
3. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: практ. рук. / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская, А.А. Натальская; Ряз.гос.мед.ун-т. - Рязань, 2005. - 164с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
2. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: рук. для врачей [Электронный ресурс] / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 974 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407868.html>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения) [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru>.

## **Тема занятия: ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ. ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ, РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ. ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Цель занятия:** изучить особенности ведения пациентов пожилого и старческого возраста, принципы их рационального питания, рациональной фармакотерапии, вторичной профилактики и сохранения приверженности к терапии; научиться их применять в клинической работе.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия (кол-во астрономических часов):** 6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника.

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность 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.

#### **ПК-7:**

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

## Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 30 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала:
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

### Программированный контроль:

**1. ПЕРЕЧИСЛЕННЫ ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ, УЛУЧШАЮЩИМИ КОММУНИКАЦИЮ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. ОДИН ПРИНЦИП УКАЗАН ОШИБОЧНО. КАКОЙ?**

1. Терпеливые объяснения
2. Необходимость активно слушать и переформулировать
3. Использование профессиональных терминов
4. Использование вопросов, требующих развернутых ответов

**2. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ЛЕЧИТЬ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ \_\_\_\_.**

1. В поликлинике
2. На дому (стационар на дому)
3. На дневном стационаре
4. В стационаре

**3. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_\_.**

1. Пневмонии
2. Инфекции мочевых путей
3. Раневые инфекции
4. Пищевые токсикоинфекции

**4. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, ВКЛЮЧАЮЩИЙ ОЦЕНКУ НЕ ТОЛЬКО МЕДИЦИНСКИХ, НО И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ, СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЕТСЯ \_\_\_\_\_.**

1. Диспансеризация

2. Реабилитация
3. Комплексная гериатрическая оценка
4. Рациональная фармакотерапия

**5. АССОЦИИРОВАННЫЙ С ВОЗРАСТОМ СИНДРОМ, ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, МЕДЛИТЕЛЬНОСТЬ И/ИЛИ НЕПРЕДНАМЕРЕННАЯ ПОТЕРЯ ВЕСА НАЗЫВАЕТСЯ \_\_\_\_\_ .**

1. Старческая кахексия
2. Старческая астения
3. Старческая деменция
4. Старость

**6. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. В СОСТАВ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ КОМАНДЫ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ ДОЛЖНЫ ВХОДИТЬ \_\_\_\_\_ .**

1. Врача-гериатр
2. Гериатрическая медицинская сестра
3. Кардиолог
4. Специалист по социальной работе

**7. КОМПЛЕКС МЕР, ПРИЗВАННЫЙ ПРЕДУПРЕДИТЬ ВОЗМОЖНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ РЕЖИМА ТРУДА И ОТДЫХА, ЗДОРОВОЕ ПИТАНИЕ, ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ, ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОКРУЖЕНИЕ И Т.П.) – ЭТО \_\_\_\_\_ .**

1. Первичная профилактика
2. Вторичная профилактика
3. Третичная профилактика
4. Четвертичная профилактика

**8. СОВОКУПНОСТЬ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОТИВ ЯВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, СПОСОБНЫХ ВЫЗВАТЬ ОБОСТРЕНИЕ ИЛИ РЕЦИДИВ ЗАБОЛЕВАНИЯ - ЭТО \_\_\_\_\_. ДАННЫМ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАНИМАЮТСЯ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ТАКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ.**

1. Первичная профилактика
2. Вторичная профилактика
3. Третичная профилактика
4. Четвертичная профилактика

**9. КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ, НЕ СПОСОБНЫХ ВЕСТИ ПОЛНОЦЕННЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ – ЭТО \_\_\_\_\_. ПРИЗВАН ФОРМИРОВАТЬ У ТАКИХ ГРАЖДАН УВЕРЕННОСТЬ В СОБСТВЕННОЙ ЗНАЧИМОСТИ, СПОСОБСТВОВАТЬ ВОССТАНОВЛЕНИЮ ИХ ТРУДОВЫХ И ФИЗИЧЕСКИХ НАВЫКОВ, УКРЕПЛЯТЬ ЗДОРОВЬЕ. ТАКОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ ЗАНИМАЮТСЯ ГОСУДАРСТВО, ОБЩЕСТВЕННЫЕ И МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ.**

1. Первичная профилактика
2. Вторичная профилактика
3. Третичная профилактика
4. Четвертичная профилактика

**10. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. К ПРИНЦИПАМ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ОТНОСЯТСЯ:**

1. Лекарственные препараты должны быть назначены для каждого из имеющихся заболеваний с целью улучшения прогноза пациента
2. Использовать лекарственные препараты, только если четко определена мишень их терапевтического воздействия
3. Назначать минимально необходимое количество лекарственных препаратов
4. Учитывать противопоказания к их применению и возможные побочные эффекты

**11. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. К ПРИНЦИПАМ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ОТНОСЯТСЯ:**

1. Начинать лечение с малых дозировок
2. При применении лекарственных препаратов, воздействующих на жизненно важные физиологические процессы, избегать резких изменений доз этих лекарственных препаратов



3. У всех лиц пожилого и старческого возраста предпочтителен парентеральный путь введения препаратов как более надежный

4. Для всех лекарственных препаратов с почечным путем выведения корректировать дозы по СКФ

## **12. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ. К ПРИНЦИПАМ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ ОТНОСЯТСЯ:**

1. Ведение пациента преимущественно в условиях стационара с целью усиления контроля за приемом лекарственных препаратов

2. Контроль за потреблением жидкости и выделением мочи

3. Анализ и, при необходимости, коррекция всего перечня принимаемых лекарственных препаратов не реже 2-3-х раз в год, а также после каждой консультации специалиста

4. Учитывать психические особенности больного, затрудняющие его приверженность к лечению (например, забывчивость)

## **13. ПЕРЕЧИСЛЕНА СУБЪЕКТИВНАЯ ПРИЧИНА СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТА, СНИЖАЮЩАЯ ЕГО ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ. ОДНО ПРИВЕДЕНО ОШИБОЧНО. КАКОЕ?**

1. Бессимптомное заболевание («зачем принимать ЛП, если ничего не беспокоит?»)

2. Наличие препятствий к предоставлению медицинской помощи, включая динамическое наблюдение

3. Когнитивные нарушения (пациент не может понять «зачем» или забывает принять ЛС)

4. Недостаточная вера больного в пользу лечения

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35 мин.

## **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Перечислите принципы ведения гериатрических пациентов.

2. Дайте характеристику понятия «комплексная гериатрическая оценка».

3. Перечислите принципы надлежащего ухода за пожилым пациентом.

4. Цели и приемы терапевтического обучения пожилого пациента и его родственников.

5. Как определяется оптимальный выбор места/условий оказания медицинской помощи (стационар/поликлиника) пожилому пациенту?

6. Принципы рационального питания лиц пожилого и старческого возраста.

7. Принципы рациональной физической активности лиц пожилого и старческого возраста.

8. Дайте характеристику понятия «старческая астения».

9. Перечислите рекомендации по профилактике травматизма у пожилых больных.

10. Принципы рациональной фармакотерапии у пациентов лиц пожилого и старческого возраста.

11. Факторы, влияющие на приверженность пациентов, в т.ч. гериатрических, к терапии.

12. Факторы, повышающие приверженность пациентов, в т.ч. гериатрических, к терапии

13. Место реабилитационных мероприятий и профилактики в ведении пациентов пожилого и старческого возраста.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задача №1:

Мужчина 76 лет, обратился к врачу с жалобами на слабость, 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. Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, несколько бледные. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 98 уд. в мин., АД – 110/60

мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Пациент последние 2 месяца за медицинской помощью не обращался, продолжал принимать рекомендованную при выписке терапию: аспирин 75 мг 1 раз/сут, тиклопидин 90 мг 2 раза/сут, бисопролол 10 мг/сут, периндоприл 10 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, индапамид 2,5 мг/сут. Кроме того, по совету соседа для «очищения печени» он купил и принимает БАД (биологически активную добавку) неизвестного состава и нимесулид по потребности - до 400 мг/сут – для профилактики боли (у пациента двусторонний гонартроз).

**Вопросы:**

1. Какие ошибки были допущены при ведении пациента?
2. Объясните пациенту необходимость отказа от курения.
3. Проведите коррекцию фармакотерапии.
4. Сформулируйте Ваше объяснение пациенту и его родственникам о необходимости приема каждого рекомендуемого Вами препарата.

Кейс – задача №2:

На приеме пациентка 81 года, в сопровождении дочери.  
Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС: Стенокардия напряжения III ФК.  
Фоновое заболевание: 1. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск очень высокий. 2. Сахарный диабет 2 типа, целевой HbA1c ≤8%.

Осложнения основного заболевания: ХСН IIА стадии, II ФК.  
Единичная наджелудочковая экстрасистолия. ХБП С2, А1.

Сопутствующие заболевания: Паркинсонизм. Двусторонний гонартроз, коксартроз. Двусторонняя катаракта. Нейросенсорная тугоухость.

**Вопросы:**

1. Терапия какого заболевания подбирается в первую очередь при условии, что:
  - а) выраженность фоновых и сопутствующих заболеваний незначительная;
  - б) пациентка имеет высокую частоту гипер- и гипогликемий;

в) на фоне подобранной терапии частота приступов стенокардии снизилась до 1-2 в неделю, но стал практически непереносимым болевой синдром в коленных суставах.

2. Какие Вы видите сложности в обеспечении приверженности к лечению у такого пациента?

3. Какие Вы предпримите мероприятия по улучшению приверженности?

**VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

**VII. Рекомендуемая литература**

**Основная:**

1. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина. – М.: ООО «Персэ», 2012.-223с.

2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.2: Введение в клиническую гериатрию / М.Х. Абулов; под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С.- 783с.

3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.3: Клиническая гериатрия / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 894с.

4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- Т.4: Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. - 524с.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов; под ред. В.Х. Хавинсона. - СПб.: Прайм-ЕВПРОЗНАК, 2008.-778с.

2. Практическая гериатрия: (избр. клинич. и организационные аспекты) / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555с.

3. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: практ. рук. / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская, А.А. Натальская; Ряз.гос.мед.ун-т. - Рязань, 2005. - 164с.

**Интернет – ресурсы:**

1. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.

2. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: рук. для врачей [Электронный ресурс] / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 974 с. - Режим доступа: [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN\\_9785970407868.html](http://www.studmedlib.ru/book/ISBN_9785970407868.html)

3. Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения) [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru>.

## **Тема занятия: «ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ» ЗАБОЛЕВАНИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: ИСАГ, КАЛЬЦИНИРОВАННЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, БРАДИАРИТМИИ, СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ОСТЕОПОРОЗ, ДЕМЕНЦИЯ И БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА, АДЕНОМА ПРОСТАТЫ, ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ЗАПОРЫ У ПОЖИЛЫХ**

**Цель занятия:** изучить особенности клиники, диагностики и лечения наиболее часто встречаемых заболеваний и синдромов у лиц пожилого и старческого возраста.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия (кол-во астрономических часов):** 6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника.

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность 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.

#### **ПК-7:**

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

## Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 30 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала:
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

### Программированный контроль:

#### **1. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ИСАГ) У ПОЖИЛЫХ?**

А. систолическое АД >160 мм рт.ст., диастолическое АД <90 мм рт.ст.

Б. систолическое АД >140 мм рт.ст., диастолическое АД <90 мм рт.ст.

В. ИСАГ выявляется только у лиц пожилого и старческого возраста

Г. снижение пульсового АД

#### **2. КАКОЙ ПРОЦЕСС НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ИСАГ?**

А. снижение эластичности и растяжимости стенок артерий

Б. отложение в стенках артерий коллагена, кальция

В. снижение скорости распространения пульсовой волны

Г. повышение пульсового АД

#### **3. ДЛЯ КАЛЬЦИНИРОВАННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА НЕ ХАРАКТЕРНО ...**

А. гипертрофия левого желудочка

Б. наличие сращения створок по комиссурам

В. преимущественная локализация кальциноза в области клапанного кольца и в основании створок

Г. отсутствие сращения створок по комиссурам

#### **4. ПАЦИЕНТ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ. В КАКОМ СЛУЧАЕ НЕ ПОКАЗАНО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ?**

А. у пациента приступы стенокардии

Б. у пациента одышка при ходьбе

В. у пациента удушье по ночам, одышка при малейшей физической нагрузке, асцит

Г. у пациента обморочные состояния

**5. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ОБМОРОКОВ У ПОЖИЛЫХ**

А. ортостатическая гипотензия

Б. аортальный стеноз

В. синдром слабости синусового узла

Г. все выше перечисленное

**6. КАКАЯ ПРИЧИНА ОБМОРОКОВ ТРЕБУЕТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ?**

А. синдром слабости синусового узла

Б. ортостатическая гипотензия

В. анемия

Г. постпрандиальная гипотензия

**7. НАЗОВИТЕ САМОЕ ЧАСТОЕ УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ?**

А. рак предстательной железы

Б. аденома предстательной железы

В. рак мочевого пузыря

Г. гидронефроз

**8. КАКАЯ ГРУППА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НЕ ПОКАЗАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АДЕНОМЫ ПРОСТАТЫ У ПОЖИЛЫХ?**

А.  $\alpha$ -адреноблокаторы

Б.  $\beta$ -адреноблокаторы

В. антиандрогенные препараты

Г. средства фитотерапии

**9. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕСТИ ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ЗАПОРАМИ?**

А. анализ кала на скрытую кровь

Б. УЗИ органов брюшной полости

В. колоноскопию

Г. ректороманоскопию



**10. ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТ СТРАДАЕТ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ; ПРИНИМАЕТ РЕГУЛЯРНО ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ВЫЗВАЛ ЗАПОРЫ?**

- А. аторвастатин
- Б. аспирин
- В. верапамил
- Г. лозартан

**11. ПАЦИЕНТ К., 86 ЛЕТ, СТРАДАЕТ ДЕМЕНЦИЕЙ. ПОСЛЕДНИЕ 2 ГОДА СТУЛ СКЛОНЕН К ЗАПОРАМ, ИНОГДА ПРИНИМАЕТ ГУТТАЛАКС. 3 ДНЯ НАЗАД ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ ВНИЗУ ЖИВОТА, ТОШНОТА, АНОРЕКСИЯ, СТУЛ НЕ БЫЛО 5 ДНЕЙ. ВАШЕ ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ?**

- А. острый живот
- Б. рак толстой кишки
- В. каловые завалы
- Г. хронический колит

**12. ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ, СТРАДАЮЩЕМУ ЗАПОРАМИ, НЕОБХОДИМО ПРАВИЛЬНОЕ ПИТАНИЕ. КАКОЙ ОТВЕТ НЕ ВЕРЕН?**

- А. больше есть овощей, фруктов, соков
- Б. больше есть молочных и мясных продуктов
- В. в рацион включать отруби
- Г. не ограничивать себя в приеме жидкости (сок, слабый чай, кефир)

**13. ПАЦИЕНТ, 80 ЛЕТ, СТРАДАЕТ ЗАПОРАМИ. ПРИНИМАЕТ РЕГУЛАКС БЕЗ ЭФФЕКТА. ПРОШЕЛ ОБСЛЕДОВАНИЕ, ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОЛОНОСКОПИИ ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО. КАКОЕ СЛАБИТЕЛЬНОЕ НАЗНАЧИТЬ?**

- А. бисакодил
- Б. касторовое масло
- В. гутталакс
- Г. сорбитол

**14. ПЕРЕЛОМЫ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СКЕЛЕТА РЕЖЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПОЖИЛЫХ С ОСТЕОПОРОЗОМ?**

- А. позвонков
- Б. проксимального отдела бедра
- В. костей стоп и кистей
- Г. дистального отдела предплечья

**15. КАКОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПАЦИЕНТА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОПОРОЗОМ?**

- А. быстрая утомляемость
- Б. чувство усталости в спине
- В. уменьшение роста
- Г. появление сколиоза

**16. С ЦЕЛЬЮ СНИЖЕНИЯ РИСКА ПАДЕНИЙ И ПЕРЕЛОМОВ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ НУЖНО РЕГУЛЯРНО ... УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ СУЖДЕНИЕ.**

- А. проверять зрение
- Б. контролировать АД
- В. принимать седативные средства
- Г. следить за освещением в доме

**17. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ ДЕМЕНЦИИ У ПОЖИЛЫХ**

- А. болезнь Альцгеймера
- Б. болезнь Паркинсона
- В. сосудистая деменция
- Г. депрессии

**18. БЕЗ КАКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НЕВОЗМОЖНО ВЫЯВИТЬ ПРИЧИНУ ДЕМЕНЦИИ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА?**

- А. общий анализ крови
- Б. липидный спектр крови
- В. магнитно-резонансная томография
- Г. электроэнцефалография

## **19. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА?**

- А. утрата способности пациента к чтению, письму, счету
- Б. появление парезов и параличей
- В. потеря способности к самообслуживанию
- Г. дезориентация в месте и времени

## **20. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ЭФФЕКТИВНЫ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА ДАЖЕ ПРИ ВЫРАЖЕННЫХ РАССТРОЙСТВАХ?**

- А. статины
- Б. ноотропные препараты
- В. антагонисты NMDA – рецепторов глутаматергической системы
- Г. ингибиторы ацетилхолинэстеразы

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Укажите различия между терминами «геронтология» и «гериатрия»?
2. Определение «синдрома старческого возраста»?
3. Каковы функциональные и морфологические изменения органов и систем в организме человека старческого возраста?
4. Каковы причины полиморбидности заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста?
5. Каковы особенности клиники и диагностики заболеваний внутренних органов у гериатрического пациента?

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

### Кейс – задача №1:

Пациентка К., 75 лет, обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью

уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 160 см., вес 52 кг, ИМТ 20,3 кг/м<sup>2</sup>. Отеков нет. Усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64 в минуту, АД 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,5×10<sup>12</sup>/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,8×10<sup>9</sup>/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты – 267×10<sup>9</sup>/л, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, АСТ – 16 Е/л, АЛТ – 22 Е/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте его?
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки?
3. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов)?

### Кейс – задача №2:

Больная 72 лет, пенсионерка, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на бессонницу, снижение памяти, повышение АД до 160-170/65-70 мм рт.ст., одышку при ходьбе.

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.

Объективно состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 46 кг, ИМТ 17,7 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, нормальной окраски, тургор снижен. Периферических отёков нет. Дыхание везикулярное, 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. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Поколачивание в проекции почек безболезненно с обеих сторон.

### **Вопросы:**

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

### Кейс – задача №3:

Пациент А., 72 лет, пенсионер, доставлен в кардиологическое отделение скорой медицинской помощью с жалобами на перебои в работе сердца, головокружение, одышку, дискомфорт за грудиной, слабость. До 60-летнего возраста считал себя здоровым, АД=120/70 мм рт.ст. В возрасте 65 лет стал отмечать после работы на даче появление ноющих болей в сердце, одышки и головокружения, повышение АД до 160/90 мм рт.ст. В покое жалобы проходили, к врачу не обращался. В возрасте 70 лет после интенсивной физической нагрузки появилось резкое головокружение, потерял сознание. Со слов жены обморочное состояние продолжалось 3-4 минуты. АД 90/60 рт.ст. На следующий день обратился к участковому врачу, АД 150/90 мм рт.ст., на ЭКГ -

данных за острую коронарную патологию нет. Принимал аспирин-кардио 0,1/сут, аторис 10мг/сут, эналаприл 10 мг/сут в течение 3 месяцев. Жалоб не было, лекарства принимать перестал. Через 6 месяцев после работы дома (ремонтировал кран) появилось резкое головокружение, упал с потерей сознания. Жена вызвала скорую помощь. На ЭКГ - частая желудочковая экстрасистолия. АД=110/70 мм рт.ст., ЧСС 80 уд/мин. Госпитализирован. Объективно: сознание ясное, отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно левая граница сердца смещена на 1 см латеральнее I.medioclavicularis sin. При аускультации: во 2 межреберье справа - ослабление II тона, который сливается с грубым пансистолическим шумом, выслушиваемым на сосудах шеи. Ритм правильный, 5 экстрасистол в минуту. ЧСС=76 уд/мин, АД= 130/80 мм рт.ст. Печень не увеличена. Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

**Вопросы:**

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
- 2.Составте план обследования.
- 3.Нужно ли направить данного пациента к кардиохирургу?

Кейс – задача №4:

Больной Т., 85 лет, при ходьбе внезапно почувствовал головокружение, тошноту, слабость и упал. Вызвана скорая помощь - пациент в сознании, отвечает на вопросы. Ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС = 45/мин. АД= 115/70 мм рт.ст. На ЭКГ-ритм синусовый, рубцовые изменения в нижней стенке левого желудочка. Доставлен в кардиологическое отделение. В анамнезе: 10 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдался в поликлинике по месту жительства, принимает аторвастатин 20 мг/сут, кардиомагнил 75 мг/сут, лозартан 25 мг/сут, карведилол 12,5 мг/сут. Самостоятельно контролирует пульс и АД: пульс= 52-60 уд/мин, АД= 110/70-125/75 мм рт.ст. Жалоб не было. Объективно в стационаре: сознание ясное, пастозность стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС= 52 уд/мин. АД= 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень - по краю реберной дуги.

**Вопросы:**

- 1.Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
- 2.Какое дополнительное обследование необходимо провести?
- 3.Какие лекарственные препараты необходимо принимать пациенту?

**VI. Заключительная часть** (подведение итогов) - 5 мин.

**VII. Рекомендуемая литература**

**Основная:**

1. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина. – М.: ООО «Персэ», 2012.- 223с.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.2: Введение в клиническую гериатрию / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 783с.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.3: Клиническая гериатрия / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 894с.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- Т.4: Клиническая гериатрия / под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. - 524с.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов; под ред. В.Х. Хавинсона. - СПб.: Прайм-ЕВПРОЗНАК, 2008.-778с.
2. Практическая гериатрия: (избр. клинич. и организационные аспекты) / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555с.
3. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: практ. рук. / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская, А.А. Натальская; Ряз.гос.мед.ун-т. - Рязань, 2005. - 164с.

**Интернет – ресурсы:**

1. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского ВУЗа. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
2. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: рук. для врачей [Электронный ресурс] / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 974 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407868.html>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru>.

**Тема занятия: СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ИБС, ХСН. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ. ПРИНЦИПЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ**

**Цель занятия:** изучить особенности клиники, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у гериатрических пациентов. Изучить принципы фармакотерапии артериальная гипертензия, ИБС, ХСН у пожилых лиц.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия (кол-во астрономических часов):** 6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника.

**Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ПК-6:**

способность 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.

**ПК-7:**

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

**ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.



## Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 30 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала:
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

### Программированный контроль:

#### **1.К ОСОБЕННОСТЯМ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИБС У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ НЕ ОТНОСЯТСЯ:**

- A. Высокая частота типичных приступов стенокардии.
- B. Высокая частота безболевого ишемии.
- B. Наличие сопутствующих заболеваний
- Г. Менее благоприятный прогноз, чем у молодых пациентов.

#### **2.КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ:**

- A. Шум в голове и ушах.
- B. Общая слабость.
- B. Шаткость походки.
- Г. Постоянные сильные головные боли.

#### **3.ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ ИБС У ПОЖИЛЫХ ДОЛЖНА БЫТЬ НАПРАВЛЕНА НА... НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ.**

- A. Устранение факторов риска.
- B. Эффективное лечение артериальной гипертензии, гиперлипидемии.
- B. Рациональное изменение характера питания, отказ от курения.
- Г. Рациональное питание, отказ от курения у пожилых не имеют большого значения.

#### **4.75-ЛЕТНИЙ МУЖЧИНА ПОЧУВСТВОВАЛ ДАВЯЩУЮ БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ, КОТОРАЯ ПРОДОЛЖАЛАСЬ 10 МИНУТ. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ В АЛГОРИТМЕ ОКАЗАНИЯ САМОПОМОЩИ.**

- А. Сесть, облокотившись на спинку стула или кресла.
- Б. Разжевать аспирин 0,25г
- В. Положить под язык 1 таблетку нитроглицерина.
- Г. Пожилому человеку достаточно принять 40 капель валокордина.

**5.У 70-ЛЕТНЕГО МУЖЧИНЫ ПОСЛЕ РАБОТЫ НА ОГОРОДЕ ВОЗНИКЛА СИЛЬНАЯ ДАВЯЩАЯ БОЛЬ ЗА ГРУДИНОЙ И ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ПОКОЕ 25 МИНУТ. КАКАЯ ПАТОЛОГИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА?**

- А. Пневмоторакс.
- Б. ТЭЛА.
- В. Инфаркт миокарда.
- Г. Обострение остеохондроза позвоночника.

**6. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПОЖИЛЫХ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА:**

- А. Нитраты.
- Б.  $\beta$ -адреноблокаторы.
- В. Антагонисты кальция.
- Г.  $\alpha$ -адреноблокаторы.

**7.ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ПРИМЕНЯЮТ:**

- А. Быстродействующие нитраты сублингвально.
- Б. Пролонгированные нитраты.
- В.  $\alpha$ -адреноблокаторы.
- Г. Триметазидин (предуктал).

**8.КАКИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИНОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ НЕ НАЗНАЧАЮТСЯ ПОЖИЛЫМ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?**

- А. Антагонисты кальция.
- Б. Тиазидные диуретики.
- В. ИАПФ.
- Г. Папазол, но-шпа.

**9.ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Одышка.
- Б. Отеки на нижних конечностях.
- В. Тахикардия.
- Г. Все вышеперечисленное.

**10.ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ:**

- А. Существенно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.
- Б. Является приспособительной реакцией организма, направленной на поддержание адекватной перфузии органов и тканей.
- В. Не требует лечения.
- Г. Сопряжена с низким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

**11.У 74-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА С ИБС В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА СОСТАВИЛ 6,8 ММОЛЬ/Л. НАЗОВИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:**

- А. Это нормальный уровень холестерина для пожилого пациента.
- Б. Уровень холестерина незначительно повышен.
- В. Необходимо только соблюдать средиземноморскую диету и принимать статины.
- Г. Необходимо соблюдать средиземноморскую диету и принимать статины.

**12.НАЗОВИТЕ ЦЕЛЕВОЙ УРОВЕНЬ САД У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, У КОТОРОГО В АНАМНЕЗЕ БЫЛ ИНСУЛЬТ**

- А. < 140 мм рт.ст.
- Б. 140-150 мм рт.ст.
- В. <160 мм рт.ст.
- Г. 120-130 мм рт.ст.

**13.КАКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ИБС НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА?**

- А. Впервые возникшая стенокардия
- Б. Вазоспастическая стенокардия
- В. Стенокардия напряжения II и III ФК.
- Г. Стенокардия напряжения IV ФК.

**14.КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ИСАГ?**

- А. ИАПФ и сартаны.
- Б. Антагонисты кальция и тиазидные диуретики.
- В. Агонисты имидазолиновых рецепторов.
- Г.  $\beta$ -блокаторы.

**15.КАКАЯ ПРИЧИНА СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ АГ ВСТРЕЧАЕТСЯ ОЧЕНЬ РЕДКО У ПОЖИЛЫХ?**

- А. Стеноз почечной артерии.
- Б. Коарктация аорты.
- В. Опухоль головного мозга.
- Г. Аортальная недостаточность.

**16. КАКИЕ ИЗ УКАЗАННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭКГ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СТЕНОКАРДИИ?**

- А. Патологический зубец Q
- Б. Депрессия сегмента ST.
- В. Появление отрицательного зубца T.
- Г. Преходящая блокада ножек пучка Гиса.

**17. 70-ЛЕТНИЙ МУЖЧИНА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ЖАЛУЕТСЯ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ОБМОРОКИ, ПОШАТЫВАНИЯ ПРИ ХОДЬБЕ. ДВАЖДЫ НАБЛЮДАЛИСЬ ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ОБЪЕКТИВНО: РИТМ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НЕПРАВИЛЬНЫЙ, ЧСС 54 В МИН., АД 160/75 ММ РТ.СТ. КАКОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ПОКАЗАНО?**

- А. Общий анализ крови
- Б. Проба с физической нагрузкой.

- В. Суточный мониторинг ЭКГ.
- Г. Электрофизиологическое исследование (ЧПЭС).

**18. ПАЦИЕНТ К.,80 ЛЕТ, ПОСЛЕ СТРЕССА ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ТОШНОТА И ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. АД 170/90,ЧСС 68 УД/МИН. ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ?**

- А. Уложить в постель с приподнятым головным концом.
- Б. Поставить горчичник на икроножные мышцы.
- В. Принять внутрь Эналаприл 10 мг.
- Г. Принять сублингвально Каптоприл 25 мг.

**19. ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИБС, МЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО...**

- А. Безболевая ишемия миокарда.
- Б. Типичная стенокардия.
- В. Появление внезапно одышки, перебоев в работе сердца.
- Г. Приступы стенокардии, провоцируемые колебаниями АД.

**20. ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НЕЛЬЗЯ... НАЗОВИТЕ НЕВЕРНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ**

- А. Бросать курить.
- Б. Есть соленую, острую, жирную пищу.
- В. Злоупотреблять алкоголем.
- Г. Пропускать прием лекарственных препаратов, назначенных врачом.

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Особенности клиники и диагностики АГ у пожилого пациента?
2. Какие обстоятельства необходимо учитывать при лечении гериатрического пациента с ИБС?
3. Особенности клиники и диагностики ХСН у пожилых?
4. Как изменяется фармакокинетика и фармакодинамика сердечно-сосудистых препаратов у пожилых?

5. Какие трудности возникают у врача при ведении гериатрического пациента с сердечно-сосудистой патологией?

**V. Клиническая работа:** курация больных – 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

Кейс – задача №1:

Мужчина, 68 лет, 18.04.2016 вызвал участкового врача на дом. Жалобы на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе (после стресса в семье).

Анамнез: С 50-летнего возраста 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. Принимал Эналаприл 10 мг/сут нерегулярно. 3 месяца назад перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST, выполнена коронароангиография – 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. Регулярно принимал Кардиомагнил 75 мг/сут, Клопидогрел 75 мг/сут, Аторвастатин 40 мг/сут, Карведилол 12,5 мг/сут, Периндоприл 10 мг/сут.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. Отеков нет. В горизонтальном положении усиление одышки. ЧДД 22 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 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.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Тактика участкового врача.
3. Составте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в стационаре
4. Купирование гипертонического криза.
5. Ведение пациентов после выписки из стационара

### Кейс – задача №2:

Больной Ф., 78 лет, вызвал участкового врача на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебоев в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

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

Объективно: общее состояние средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Отеки стоп и голеней. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 22 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см внутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 112 уд/мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Результаты обследования: общий анализ крови и мочи без патологии.

ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

#### **Вопросы:**

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?

### Кейс – задача №3:

Мужчина, 72 лет, находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 16.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации.

Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет.

01.09.2016г. проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

Биохимический анализ крови: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП – 0,97 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5ммоль/л.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердия. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка ( $VE/VA < 1,0$ ). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 5.10.2016 г.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров.

6.10.2016 г. явился на прием в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при ходьбе появляется одышка.

Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пастозность стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.



Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените данные объективного обследования и результат биохимического анализа, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.

Кейс – задача №4:

Мужчина, 70 лет, вызвал скорую помощь. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие за грудиной боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку, которые появились около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки, чувство нехватки воздуха. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 15 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные, бледные. Отеков нет. В легких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, свистящие хрипы на выдохе. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. ЭКГ: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз, обоснуйте его.
2. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе?
3. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
4. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда?

**VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

**VII. Рекомендуемая литература**

**Основная:**

1. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина. – М.: ООО «Персэ», 2012.- 223с.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.2: Введение в клиническую гериатрию / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. - 783с.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.3: Клиническая гериатрия / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. - 894с.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- Т. 4: Клиническая гериатрия / под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 524с.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов; под ред. В.Х. Хавинсона. - СПб.: Прайм-ЕВПРОЗНАК, 2008.- 778 с.
2. Практическая гериатрия: (избр. клинич. и организационные аспекты) / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555с.
3. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: практ. рук. / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская, А.А. Натальская; Ряз.гос.мед.ун-т. - Рязань, 2005. - 164с.

**Интернет – ресурсы:**

1. Консультант студента.- Электронная библиотека медицинского ВУЗа. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
2. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: рук. для врачей [Электронный ресурс] / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 974 с. – Режим доступа: [http://www.studmedlib.ru/book/ISBN\\_9785970407868.html](http://www.studmedlib.ru/book/ISBN_9785970407868.html)
3. Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru>.

## **Тема занятия: ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**Цель занятия:** изучить особенности клиники, диагностики и лечения заболеваний органов дыхания у лиц пожилого и старческого возраста. Изучить особенности клиники, диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта у гериатрических пациентов.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия (кол-во астрономических часов):** 6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника.

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность 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.

#### **ПК-7:**

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

## **Расчет учебного времени**

**I. Вводная часть - 30 мин.**

**II. Клиническая конференция – 30 мин.**

**III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

### **Программированный контроль:**

**1. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТ:**

А. Высокая эффективность исследования мокроты.

Б. Крайне низкая распространенность среди возбудителей микоплазмы.

В. Большой риск энтеробактериальной инфекции.

Г. Медленное рентгенологическое «выздоровление»

**2. ПАЦИЕНТ К., 70 ЛЕТ, СТРАДАЕТ ХОБЛ 2 СТАДИИ, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ. КУРИТ 50 ЛЕТ. КАКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ НЕВЕРНО?**

А. Курение – основной фактор риска и прогрессирования ХОБЛ.

Б. Необходимо предложить пациенту программу отказа от курения.

В. Пожилому пациенту с ХОБЛ отказ от курения бесполезен.

Г. Отказ от курения у пожилых пациентов с ХОБЛ способствует снижению смертности.

**3. ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ К РАЗВИТИЮ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ, ЭТО ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, СНИЖАЮЩИХ ИММУННЫЙ ОТВЕТ. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЛП НЕ ВЛИЯЮТ НА ИММУНИТЕТ?**

А. Антибактериальные препараты.

Б. Глюкокортикостероиды.

В. Антациды.

Г. Статины.

**4.ОСЛОЖНЕНИЕМ ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:**

- А. Цирроз печени.
- Б. Кровохарканье.
- В. Эмпиема плевры.
- Г. Инфекционно-токсический шок.

**5.ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ХОБЛ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ..., КРОМЕ:**

- А. Курс лечебной физкультуры.
- Б. Прием диуретиков.
- В. Диету.
- Г. Индивидуально подобранную физическую нагрузку.

**6.КАК ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ХОБЛ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ БРОНХОДИЛАТАТОРЫ?**

- А. Внутривенно.
- Б. Перорально.
- В. Ингалятор-дозатор
- Г. Небулайзер.

**7.ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. ЧТО НЕВЕРНО?**

- А. Возрастные морфофункциональные изменения органов дыхания.
- Б. Наличие сопутствующих заболеваний и на фоне обострения ХОБЛ частая их декомпенсация.
- В. Редкое развитие дыхательной недостаточности.
- Г. Атипичное течение обострений ХОБЛ.

**8.КАКИЕ СТРУКТУРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРОИСХОДЯТ В ОРГАНАХ ДЫХАНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА? НАЗОВИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ**

- А. Нарушение мукоцилиарного клиренса.
- Б. Повышение активности сурфактанта.

В. Снижение фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов и нейтрофилов.

Г. Увеличение количества слизистых клеток.

**9.КАКОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ РЕЖЕ ВЫЗЫВАЕТ ВНЕБОЛЬНИЧНУЮ ПНЕВМОНИЮ У ПОЖИЛЫХ?**

А. Пневмококк.

Б. Гемофильная палочка.

В. Микопlasма.

Г. Энтеробактерии.

**10. ПРИ КАКОЙ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ СИТУАЦИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПНЕВМОНИЮ?**

А. Повышение температуры тела, одышка и лейкоцитоз.

Б. Повышение температуры тела, спутанность сознания и лейкоцитоз.

В. Одышка, спутанность сознания и лейкоцитоз.

Г. При всех выше перечисленных ситуациях.

**11.КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРОИСХОДЯТ В ПРОЦЕССЕ СТАРЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА? НАЗОВИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ**

А. Снижается перистальтика ЖКТ.

Б. Гипертрофия слизистой оболочки желудка.

В. Снижение процессов всасывания в кишечнике.

Г. Увеличение числа гепатоцитов.

**12.УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ РЕКОМЕНДОВАЛ ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЮЩУЮ ДИЕТУ. ЧТО НЕВЕРНО?**

А. Супы молочные, крупяные и овощные.

Б. Каши молочные жидкие

В. Хорошо вываренное мясо и свежую отварную рыбу.

Г. Прием пищи через каждые 6-8 часов.

**13.НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

А. Стеноз привратника.

- Б. Прободение.
- В. Кровотечение.
- Г. Малигнизация.

**14.КАКОЙ ГАСТРИТ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ?**

- А. С секреторной недостаточностью.
- Б. С сохраненной секрецией.
- В. С повышенной секрецией.
- Г. Одинаково часто с пониженной, сохраненной и повышенной секрецией.

**15.КАКОВЫ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ? НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ**

- А. Малосимптомность и стертость клинической картины.
- Б. Более тяжелое течение заболевания.
- В. Размеры язвы менее значительны, чем у молодых.
- Г. Размеры язвы более значительны, чем у молодых.

**16.ЧАЩЕ В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ ЛЕЖИТ:**

- А. Нарушение питания.
- Б. Бактериальная инфекция.
- В. Возрастные изменения печени.
- Г. Нарушение микроциркуляции в стенке желудка.

**17. ОСНОВНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:**

- А. Преимущественная локализация в желудке.
- Б. Преимущественная локализация в двенадцатиперстной кишке.
- В. Наклонность к кровотечениям.
- Г. Медленное заживление.

**18.К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПОЖИЛЫХ ОТНОСИТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:**

- А. Раздельное питание.
- Б. Принцип энергетической сбалансированности между калорийностью потребляемой пищи и фактическими энергозатратами.
- В. Оптимальные пропорции между белками, жирами и углеводами.
- Г. Обоснованность дополнительного приема витаминов и микроэлементов.

**19.НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПРИЕМОМ НПВС ПОЖИЛЫМИ ПАЦИЕНТАМИ**

- А. Блокаторы протонного насоса.
- Б. Синтетические аналоги простагландинов.
- В. Блокаторы  $H_2$  – гистаминовых рецепторов..
- Г. Эрадикационная терапия.

**20.КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НПВС РЕЖЕ ДРУГИХ ВЫЗЫВАЕТ ЯЗВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЖКТ:**

- А. Диклофенак.
- Б. Индометацин.
- В. Мелоксикам.
- Г. Нимесулид

2) обсуждение с обязательным объяснением материала – 35 мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Этиологические факторы внебольничной пневмонии у пожилых.
2. Особенности лечения гериатрического пациента с ХОБЛ.
3. Приоритетные группы бронхорасширяющих средств в пожилом возрасте.
4. Особенности лечения язвенной болезни желудка в пожилом и старческом возрасте.
5. Каковы причины частого развития НПВС – гастропатий у пожилых?

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин,



разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

### Кейс – задача №1:

Больной Р., 76 лет, пенсионер. При обращении к участковому врачу предъявляет жалобы на слабость, головную боль, одышку при ходьбе, сердцебиение. Заболел остро после переохлаждения. Больной страдает гипертонической болезнью 20 лет, последние 2 года АД 120/70 мм рт.ст., 10 лет приступы стенокардии при физической нагрузке, 5 лет появилась одышка при ходьбе, периодически отекали стопы. Принимает постоянно Периндоприл 10 мг/сут., Небиволол 5 мг/сут, Спиринолактон 25 мг/сут., Аторвастатин 10 мг/сут., Кардиомагнил 75мг/сут. Контакт с больными туберкулёзом и инфекционными больными не было. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

Объективно: кожные покровы бледноватые, влажные, цианоз губ. Температура тела 37,2 °С. Голени и стопы пастозны. ЧД в покое 24 в мин. В лёгких дыхание ослабленное везикулярное, множественные влажные мелкопузырчатые хрипы выслушиваются в нижнем отделе левого лёгкого. Тоны сердца приглушены, ритмичные, единичные экстрасистолы. ЧСС – 90 уд/мин, АД – 110/70 мм рт. ст. Язык обложен беловатым налётом. Печень на 1 см выступает из-под края рёберной дуги. Дизурических явлений нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 126 г/л; эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты –  $10,9 \times 10^9$ /л; эозинофилы 2%, палочкоядерные 10%, сегментоядерные 77%, лимфоциты 6%, моноциты-5%, СОЭ – 30 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1012, белок – 0,33 г/л, лейкоциты – 2–4 в поле зрения.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС – 100 уд/мин, единичные наджелудочковые экстрасистолы. Признаки гипертрофии левого желудочка. Очаговых изменений миокарда нет.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрация в нижней доле левого лёгкого.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Обоснуйте свой выбор.

#### Кейс – задача №2:

К участковому терапевту обратился больной 72 лет, пенсионер, с жалобами на постоянный кашель с отделением скудного количества слизистой мокроты, преимущественно в утренние часы, одышку с затруднением выдоха, возникающую при обычной физической нагрузке, снижение массы тела.

Курит с 20 лет (30 сигарет в день), работал наборщиком в типографии. Последние 5 лет беспокоит кашель, а 2 года - одышка при ходьбе, которая значительно ограничивает физическую работоспособность и снижение массы тела. Два месяца назад перенёс простудное заболевание, на фоне которого отметил значительное усиление кашля и одышки, амбулаторно принимал азитромицин. Самочувствие улучшилось, но сохраняется выраженная одышка, в связи с чем обратился в поликлинику. В течение последнего года подобных эпизодов простудных заболеваний с усилением кашля и одышки, кроме указанного, не отмечалось.

Перенесённые заболевания: правосторонняя пневмония в 40-летнем возрасте. Аллергоанамнез не отягощён.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания, рост 178 см, вес 56 кг. Кожные покровы обычной окраски, отёков нет. Грудная клетка бочкообразной формы, при перкуссии лёгких – коробочный звук, при аускультации – диффузно ослабленное везикулярное дыхание, частота дыханий – 18 в минуту, SpO<sub>2</sub>96%. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над лёгочной артерией. Пульс 88/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.
3. Назначьте и обоснуйте лечение.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.

#### Кейс – задача №3:

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъём на 2-й этаж), купируются приемом нитроминта под язык и при прекращении нагрузки.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приёма но-шпы, альмагеля. Около недели назад пациент отметил эпизод появления чёрного стула в течение 2-х суток. В возрасте 49 лет диагностировали язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, лечился в стационаре, в последующем обострений заболевания никогда не фиксировалось. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС, 2 года назад перенёс инфаркт миокарда, год назад проведена операция стентирования ЛКА и ПМЖА. Пациент получает тромбоасс, клопидогрел, бисопролол, крестор, престариум.

Объективно: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup>, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/85 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 11х9х8 см и 6х4 см соответственно. Край печени плотно-эластической кон

систенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: эритроциты  $3,11 \times 10^{12}/л$ , Hb 103 г/л, MCH - 22p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты  $5,6 \times 10^9/л$ . СОЭ 8 мм/час.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI > RII > RIII, в I, avL, v1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

2. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?

3. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.

4. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы выбрали бы в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.

#### Кейс – задача №4:

Больной Т., 76 лет, пенсионер, обратился к участковому терапевту с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги.

Из анамнеза: с 17 лет отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимал но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, в течение 20 лет работал электросварщиком, часто имел ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал альмагель, омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете, на фоне приёма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие улучшилось, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами давления 170/100 мм рт.ст. Нерегулярно принимает Эналаприл.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост: 175 см, вес: 72 кг. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца

умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, б/б. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул в норме.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , НЬ – 138 г/л, лейкоциты –  $5,2 \times 10^9/л$ : базофилы – 0, эозофилы -1%, палочкоядерные – 2%, сегментоядерные – 68%; лимфоциты – 23%, моноциты – 6%, СОЭ = 5 мм/час.

ЭКГ: синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка.

ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество слизи. Слизистая тела желудка розовая. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов.
5. Составьте конкретную схему медикаментозного лечения данного пациента с указанием доз, продолжительности приёма. Выберите схему поддерживающей терапии. Выберите схему эрадикационной терапии. Обоснуйте Ваш выбор. Определите сроки проведения контрольного эндоскопического исследования. Примите решение по экспертизе трудоспособности пациента.

**VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

**VII. Рекомендуемая литература**

**Основная:**

1. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина. – М.: ООО «Персэ», 2012.-223с.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.2: Введение в клиническую гериатрию / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 783с.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.3: Клиническая гериатрия / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 894с.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- Т.4: Клиническая гериатрия / под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. - 524с.

#### **Дополнительная учебная литература:**

1. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов; под ред. В.Х. Хавинсона. - СПб.: Прайм-ЕВПРОЗНАК, 2008.- 778с.
2. Практическая гериатрия: (избр. клинич. и организационные аспекты) / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555с.
3. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: практ. рук. / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская, А.А. Натальская; Ряз.гос.мед.ун-т. - Рязань, 2005. - 164с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. Консультант студента.- Электронная библиотека медицинского ВУЗа. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
2. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: рук. для врачей [Электронный ресурс] / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 974 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407868.html>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cr.rosminzdrav.ru>.

## **Тема занятия: ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ПОЖИЛЫХ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики, дифференциальной диагностики и лечебной тактики при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и мочевыделительной системы у лиц пожилого и старческого возраста.

**Время проведения занятия** (кол-во астрономических часов):6

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

**Материально-техническое оснащение:** столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

#### **ПК-6:**

способность 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.

#### **ПК-7:**

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

**I. Вводная часть - 30 мин.**

**II. Клиническая конференция – 30 мин.**

**III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

## Программированный контроль:

### **1. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ УЗЕЛКОВ ГЕБЕРДЕНА:**

- A. Дистальные межфаланговые суставы кистей;
- B. Проксимальные межфаланговые суставы кистей;
- C. Локтевые и коленные суставы;
- D. Пяточная кость.

### **2. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ УЗЕЛКОВ БУШАРА:**

- A. Проксимальные межфаланговые суставы кистей.
- B. Локтевые и коленные суставы;
- C. Пяточная кость;
- D. Дистальные межфаланговые суставы кистей;

### **3. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- A. остеоартроза
- B. подагрического артрита
- C. ревматоидного артрита
- D. реактивного артрита

### **4. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРОЗА**

- A. субхондральный склероз и остеофиты
- B. эрозии
- C. кистовидные просветления
- D. остеолиты

### **5. КАКОЕ ИЗ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА НАИБОЛЕЕ ВСЕГО ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА**

- A. ожирение
- B. дислипидемия
- C. гипертиреоз
- D. акромегалия

### **6. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ**



**ОБНАРУЖЕНЫ УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:**

- A. остеоартроз суставов кистей
- B. ревматоидный артрит
- C. системная склеродермия
- D. системная красная волчанка

**7. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ**

- A. сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах
- B. сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узур
- C. кисты в эпифизах
- D. сужение суставной щели и хондрокальциноз

**8. К ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА ОТНОСЯТ**

- A. функциональную перегрузку с микротравматизацией
- B. эндокринные нарушения
- C. повторные кровоизлияния в сустав
- D. асептический некроз

**9. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ**

- A. появление механических болей
- B. повышение кожной температуры над суставами
- C. появление припухлости суставов
- D. гиперпигментация кожи над пораженными суставами

**10. ГЛАВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА:**

- A. рентгеновская денситометрия
- B. общий анализ крови;
- C. общий анализ мочи;
- D. определение биохимических маркеров.

**11. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ СЕРЬЁЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ СЕНИЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА:**

- A. перелом шейки бедра
- B. перелом большеберцовой кости;
- C. перелом лучевой кости
- D. перелом локтевой кости

**12. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА?**

- A. снижение АД
- B. предотвращение новых переломов;
- C. прекращение или замедление потери массы кости;
- D. нормализация процессов костного ремоделирования;
- E. уменьшение болевого синдрома.

**13. О ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКЕ ОСТЕОПОРОЗА ГОВОРЯТ В ТОМ СЛУЧАЕ, ЕСЛИ:**

- A. обнаруживается прирост МПКТ более чем 2-3 % за год при отсутствии новых переломов
- B. нет новых переломов костей, нет прироста МПКТ или ее снижения ( $\pm 2\%$ );
- C. нет новых переломов, прирост МПКТ менее чем 1-2%;
- D. возникают новые переломы за период лечения и/или снижение МПКТ более чем на 3% за год;
- E. возникают новые переломы за период лечения и/или снижение МПКТ более чем на 5% за год.

**14. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОПОРОЗА?**

- A. боль в пояснице
- B. тошнота;
- C. головная боль;
- D. перелом;
- E. снижение АД.

**15. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ОТЕКОВ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ:**

- A. повышение секреции вазопрессина
- B. растормаживание секреции РААС
- C. повышение активности калликреин-кининовой системы
- D. снижение онкотического давления плазмы

Е. первичная задержка натрия вследствие воспалительных изменений в клубочках

**16. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ - ЭТО ОСТРОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ:**

- А. интерстиция
- В. канальцев
- С. клубочков
- Д. все ответы верны
- Е. все ответы неверны

**17. ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ - ЭТО ПОРАЖЕНИЕ КЛУБОЧКОВ:**

- А. иммуннокомплексное
- В. аутоиммунное
- С. бактериальное
- Д. вирусное
- Е. все ответы неверны

**18. ФАКТОРАМИ РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:**

- А. рефлюксы на различных уровнях МВП
- В. нейрогенный мочевой пузырь
- С. пороки развития почек и мочевыводящих путей
- Д. сахарный диабет
- Е. анемия

**19. ХАРАКТЕРНЫМИ ЛАБОРАТОРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:**

- А. бактериурия
- В. лейкоцитурия
- С. протеинурия (1-2 г\сут)
- Д. оксалатурия
- Е. цилиндрурия

**20. ПОЗДНИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ УЗИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- А. деформация контура почки

- В. уменьшение её размеров и толщины паренхимы
- С. расширение и деформация лоханок
- Д. асимметрия и неровность контуров одной или обеих почек
- Е. снижение эхогенности паренхимы

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Назовите типичные заболевания опорно-двигательного аппарата характерные для пожилых?
2. Расскажите клинические проявления остеоартрита?
3. Назовите классификацию остеоартрита?
4. Укажите лечение остеоартрита?
5. Расскажите патогенез сенильного остеопороза?
6. Лечение сенильного остеопороза?
7. Назовите типичные заболевания мочевыделительной системы характерные для пожилых?
8. Расскажите клинику острого гломерулонефрита у пожилых?
9. Расскажите клинику хронического гломерулонефрита у пожилых?
10. Расскажите клинику пиелонефрита пожилых?
11. Назовите лечение острого и хронического гломерулонефрита у пожилых?
12. Назовите лечение пиелонефрита у пожилых?

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задача №1:

Пациент 75 лет. Жалобы на боли в коленных суставах, боли носят постоянный характер, усиливаются при обычной физической нагрузке.

Объективно: Гиперстенического телосложения. Температура тела 36,6°C. В области коленных суставах отмечается припухлость. Гиперемии нет. Движения в обоих коленных суставах болезненные, незначительно ограничены.

В ОАК: СОЭ 12 мм/ч.

На рентгенограмме коленных суставов: небольшое сужение суставной щели, маленькие остеофиты на краях суставных поверхностей костей, слабовыраженный субхондральный склероз.

**Вопросы:**

- 1) поставьте клинический диагноз
- 2) сформулируйте лечебную тактику

Кейс – задача №2:

Женщина 75 лет обратилась на приём с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической окраски. Рост 160 см., вес 52 кг, ИМТ 20,3 кг/м<sup>2</sup>. При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчёркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 64 в минуту, АД 125/80 мм.рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени - 9(0)×8×7 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9/л$ , базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты - 8%, тромбоциты –  $267 \times 10^9/л$ , СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л.

На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

**VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**

**VII. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина. – М.: ООО «Персэ», 2012.-223с.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.2: Введение в клиническую гериатрию / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. - 783с.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- Т.3: Клиническая гериатрия / М.Х. Абулов; под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 894с.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.- Т.4: Клиническая гериатрия / под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева.- 524с.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов; под ред. В.Х. Хавинсона. - СПб.: Прайм-ЕВПРОЗНАК, 2008.-778с.
2. Практическая гериатрия: (избр. клинич. и организационные аспекты) / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555с.
3. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний: практ. рук. / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская, А.А. Натальская; Ряз.гос.мед.ун-т. - Рязань, 2005. - 164с.

### **Интернет – ресурсы:**

1. Консультант студента.- Электронная библиотека медицинского ВУЗа. Ссылка на ресурс: <http://www.studmedlib.ru>.
2. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: рук. для врачей [Электронный ресурс] / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 974 с. Ссылка на ресурс: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407868.html>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения). Ссылка на ресурс: <http://cr.rosminzdrav.ru>.

**План доклада на утренней конференции:**

1. Дежурство «число, месяц» в «...» отделении с 17:00 до 21:00,
2. Дежурный врач «фамилия, имя, отчество»,
3. Дежурные студенты «фамилия»
4. В отделении состоит "...» больных.
5. За время дежурства поступили:  
Больной «фамилия», «лет» в «...» палату  
При поступлении жалобы на: .....  
В анамнезе (кратко): когда заболел, когда наступило ухудшение  
Объективно: состояние, сознание, статус пораженной системы  
Назначенное лечение  
Эффективность проведенной терапии
6. В дневное время поступили и наблюдались следующие больные / поступлений не было/:  
Больной «фамилия», «лет» в «...» палату с диагнозом: .....  
*Жалобы по дежурству, статус пораженной системы, оказанная по дежурству помощь, ее результаты.*
7. Ранее поступили и находились под наблюдением следующие больные:
8. Больной «фамилия», «лет» в «...» палате с диагнозом: .....  
*Жалобы по дежурству, статус пораженной системы, оказанная по дежурству помощь, ее результаты.*
9. *Жалобы по дежурству, статус пораженной системы, оказанная по дежурству помощь, ее результаты.*
10. Студенты проводили обход в отделении, измеряли АД, заполняли медицинскую документацию.



**План написания выписного эпикриза**

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России  
Кафедра госпитальной терапии

Зав. Кафедрой: профессор С.С. Якушин  
Преподаватель: доцент (ассистент) И.О. Фамилия

Выписной эпикриз

Подготовил(а): И.О. Фамилия  
студент(ка) 6 курса, леч.ф., гр. №...

Рязань, 2018

**Больной** (ФИО, дата рождения) **находился на лечении** (лечебное учреждение, отделение) **с 01.01.2018г** (дата) **по 10.01.2018г** (дата).

**Поступил с жалобами на:** (жалобы представляются в сжатом лаконичном виде касательно основного и значимых сопутствующих заболеваний).

**Из анамнеза:** (анамнез болезни и анамнез жизни лаконично, только касательно сути основного и значимых сопутствующих заболеваний).

**Объективный статус при поступлении:** (по всем системам — только патологию).

**Проведено обследование:** (перечисляются все результаты всех проведенных исследований в любой форме: таблица, текст).

На основании жалоб (перечислить — каких), **анамнестических данных** (перечислить — каких), объективного статуса (перечислить только патологию касательно основного и значимых сопутствующих заболеваний) и **результатов обследования** (перечислить только значимые для постановки диагноза результаты) **выставлен** следующий **КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ** (обязательно структурированный, диагноз без структуры эпикриза приниматься не будет !!!!!):

**Основной:**

**Осложнения основного:**

**Сопутствующая патология:**

**Проведено лечение:** (немедикаментозное и медикаментозное, подробно с дозами, путем, кратностью введения и количеством процедур).

**На фоне лечения:** (отразить динамику состояния больного в лечебном учреждении).

**Рекомендовано:** (рекомендации по последующему ведению больного: необходимое наблюдение у участкового терапевта или специалистов, соблюдение определенного режима, диеты и медикаментозное лечение с указанием конкретного препарата, дозы и кратности введения).

**Лист нетрудоспособности №** (открыт вновь или является продолжением листа № \_\_\_\_\_) с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г. **открыт** (в этом случае указать дату явки в поликлинику) **или закрыт** (указать дату выхода на работу). **ВК №** \_\_\_\_\_ (если необходимо) **проведено** « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

**Дата** (выписки больного)

*Лечащий врач*

\_\_\_\_\_ / *Расшифровка подписи*  
Подпись

### **Положения о порядке проведения отработок**

1. Ликвидация студентами всех видов академической задолженности (пропуск занятия, пропуск лекции, неудовлетворительная оценка за ответ на занятии, передача контрольной точки) производится в дни официальных отработок. Отработки проводятся на кафедре, один раз в неделю (до 4 раз в конце семестра), согласно установленному графику с выделением дежурного преподавателя, с 14.00 до 18.00. Студент должен иметь документ, удостоверяющий личность (студенческий билет или зачетную книжку).

2. Предварительная запись студентов на отработку в журнале регистрации приема отработок пропущенных занятий производится не позднее, чем за два дня до начала отработки. В журнале, который находится лаборантской на 5 этаже, указывается фамилия, курс, группа, тема пропущенного занятия или лекции. Записаться на одну отработку может не более 15 студентов.

Преподаватель не может отказать в приеме отработки студенту, не записавшемуся заранее на отработку, в том случае, если количество желающих отработать менее максимального указанного выше числа.

3. За одну отработку студент может отработать не более одного пропущенного практического занятия, пропуск лекции, неудовлетворительную оценку за ответ на занятии, передачу контрольной точки. Исключением может быть хорошее знание учебного материала при пропуске по уважительной причине; в этом случае разрешается принять 2 отработки.

#### **4. Практические занятия:**

- пропущенные по неуважительной причине отрабатываются устным ответом по теме занятия и написанием реферата, с указанием преподавателем баллов рейтинга в журнале отработок и электронных журналах. Учебное время пропущенного занятия отрабатывается дежурством в клинике в любой день (с собой необходимо иметь халат, фонендоскоп, тонометр, ручку). По результатам дежурства в клинике письменно предоставляется информация о дежурстве (состоянии поступивших и оставленных под наблюдение пациентов, диагноз, проводимое лечение, планируемое обследование), а также бумага с подписью дежурного врача (подпись должна быть расшифрована) с указанием фамилии студента, даты и времени дежурства.

- пропущенные по уважительной причине отрабатываются устным ответом по теме занятия. Могут быть отработаны студентом вне графика отработок, в свободное от основных занятий время по согласованию с преподавателем, преподающим дисциплину.

В случае пропуска двух и более практических занятий подряд студент допускается к дальнейшему посещению занятий, но с последующим представлением допуска на отработку из деканата. Учебное время пропущенного занятия отрабатывается дежурством.

5. Неудовлетворительная оценка по теме занятия отрабатывается устным ответом по теме занятия.

6. Лекции, пропущенные по уважительной и неуважительной причине отрабатываются написанием реферата по теме лекции (тема реферата определяется преподавателем) и устным ответом по теме лекции.

7. Допуск к отработке пропущенного занятия и тему реферата дает преподаватель, ведущий группу.

8. При успешном выполнении студентом необходимого объема практической и теоретической подготовки, отработка считается принятой, о чем делается отметка в журнале приема отработок пропущенных занятий и выдается соответствующий документ.

9. Необходимо своевременно информировать преподавателя, ведущего группу, о сдаче отработки.