

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

**Методические указания для самостоятельной работы  
студентов по дисциплинам: «Госпитальная терапия»,  
«Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»,  
«Гериатрия»**

Уровень высшего образования – специалитет  
Специальность – 31.05.01 Лечебное дело

Рязань, 2018

**УДК 616(075.83)**

**ББК 54.1**

**M545**

Под редакцией профессора С.С. Якушина

***Рецензенты:***

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

М.А. Бутов, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

А.А. Низов, д.м.н., проф., зав. кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

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

***Авторы дисциплины «Госпитальная терапия»:***

Лыгина Е.В., к.м.н., ассистент; Филоненко С.П., к.м.н., доцент;

Никулина Н.Н., д.м.н., проф.; Добрынина Н.В., к.м.н., доцент; Евсина О.В., к.м.н., ассистент

***Авторы дисциплины «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»:***

Филиппов Е.В., д.м.н., проф.; Воробьев А.Н., к.м.н., ассистент

***Авторы дисциплины «Гериатрия»:***

Натальская Н.Ю., к.м.н., ассистент

**M545** Методические указания для самостоятельной работы студентов по дисциплинам: «Госпитальная терапия», «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней», «Гериатрия» / Е.В. Лыгина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018.- 71с.

В настоящих методических указаниях для самостоятельной работы студентов представлены отдельные темы по «госпитальной терапии», «неотложным состояниям в клинике внутренних болезней», «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(075.83)**

**ББК 54.1**

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2018

© Авторы, 2018

## Содержание

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Тема занятия: «ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ» (Евсина О.В., к.м.н., ассистент).....4

Тема занятия: «СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ» (Лыгина Е.В., к.м.н., ассистент, Филоненко С.П., к.м.н., доцент) .....9

Тема занятия: «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШУМОВ СЕРДЦА» (Лыгина Е.В., к.м.н., ассистент, Филоненко С.П., к.м.н., доцент) .....22

Тема занятия: «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ПАТОЛОГИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ» (Никулина Н.Н., д.м.н., профессор) ....29

Приложение 1. ....37

Приложение 2 .....38

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО «НЕОТЛОЖНЫМ СОСТОЯНИЯМ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»**.....40

Тема занятия: «ОСТРОЕ РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ» (Филиппов Е.В., д.м.н., профессор).....40

Тема занятия: «ТАМПОНАДА СЕРДЦА» (Воробьев А.Н., К.М.Н., ассистент).....47

Приложение 1. ....52

### **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО «ГЕРИАТРИИ»**.....53

Тема занятия: «НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА» (Натальская Н.Ю., к.м.н., ассистент) .....53

Тема занятия: «БРАДИАРИТМИИ И НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА» (Натальская Н.Ю., к.м.н., ассистент) .....62

Приложение 1. ....71

# **МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

## **Тема занятия: «ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»**

(Евсина О.В., к.м.н., ассистент)

**Цель занятия:** изучить особенности медицинской этики и деонтологии в работе врача терапевтического профиля применительно к отношениям в медицинском коллективе, отношениям «врач - больной» и «врач - родственники больного (или его законные представители)», особенности медицинской деонтологии при различных заболеваниях внутренних органов, в т.ч. при их обострении, при терминальных стадиях заболеваний.

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем)

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

### **Организационно-методические указания для преподавателей**

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

## **II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Определение термина «медицинская этика».
2. Определение термина «медицинская деонтология».
3. Кто является основателем деонтологического принципа в медицине?
4. Дайте расшифровку понятия «мораль» в общечеловеческом смысле и применительно к профессиональной деятельности медицинского работника.
5. Особенности психологического состояния пациента, находящегося в терапевтическом стационаре; возможные психотравмирующие факторы.
6. Возможные психотравмирующие факторы у пациента, обратившегося за медицинской помощью в поликлинику.
7. Принципы медицинской этики и деонтологии при работе в стационаре терапевтического профиля.
8. Принципы медицинской этики и деонтологии при работе врача терапевтического профиля в поликлинике

## **III. Клиническая работа: не предусмотрена**

## **IV. Заключительная часть**

### **Программированный контроль:**

1. **Каким термином определяется раздел философской дисциплины этики, объектом исследования которого являются морально-нравственные аспекты медицины?**
  - 1) Медицинская мораль
  - 2) Медицинская этика
  - 3) Медицинская деонтология
  - 4) Медицинская психология
2. **Каким термином определяется совокупность этических норм выполнения медработниками своих профессиональных обязанностей?**
  - 1) Медицинская мораль
  - 2) Медицинская этика
  - 3) Медицинская деонтология
  - 4) Медицинская психология
3. **Кто впервые сформулировал основной деонтологический принцип: "Должно обращать внимание, чтобы все, что применяется, приносило пользу"?**

- 1) Авиценна
- 2) Гиппократ
- 3) С.П. Боткин
- 4) М.Я Мудров

**4. Кто является автором «Канона врачебной науки»**

- 1) Авиценна
- 2) Гиппократ
- 3) С.П. Боткин
- 4) М.Я Мудров

**5. Что является сущностью медицинской этики?**

- 1) Научная сущность – получить важные для развития науки результаты
- 2) Материальная сущность – работа врача должна всегда приносить материальную выгоду
- 3) Гуманная сущность - стремлением облегчить страдания и помочь больному человеку
- 4) Все вышеперечисленное

**6. Как называется документ, который был принят Нюрнбергским трибуналом после завершения Нюрнбергского процесса над нацистскими врачами в августе 1947 года?**

- 1) Нюрнбергская декларация
- 2) Нюрнбергский кодекс
- 3) Нюрнбергский манифест
- 4) Нюрнбергский протокол

**7. Назовите первый международный документ, описывающий принципы проведения медицинских опытов на людях, вводящий этические нормы для ученых, занимающимися медицинскими экспериментами.**

- 1) Клятва Гиппократа
- 2) Хельсинкская декларация
- 3) Нюрнбергский кодекс
- 4) Клятва врача Советского Союза

**8. Главный этический принцип в медицине.**

- 1) Aegrotus est extra periculum. Больной вне опасности
- 2) Contra vim mortis non est medicamen in hortis. Против силы смерти нет лекарства в садах
- 3) Noli nocere! Не навреди
- 4) Aequo animo. Спокойно, равнодушно

5) Primum age mente, deinde manu armata. Сначала действуй умом, затем вооруженной рукой

**9. Кто является автором слов «Лечить не болезнь, а больного!»?**

- 1) Авиценна
- 2) Гиппократ
- 3) С.П. Боткин
- 4) М.Я Мудров

**10. Кто является автором слов «Главнейшие и существенные задачи практической медицины — предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека»?**

- 1) Авиценна
- 2) Гиппократ
- 3) С.П. Боткин
- 4) М.Я Мудров

#### Кейс – задачи:

##### **Задача №1.**

Пациент неоднократно обращается за медицинской помощью к врачу-терапевту со следующими жалобами, не подтверждающимися в дальнейшем результатами объективного обследования: на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение, периодически возникающую тревогу и тоску различной степени выраженности.

**Вопрос:** Сформулируйте основные принципы работы с таким пациентом.

#### **V. Рекомендуемая литература**

##### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С.

Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1,2.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

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

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014.- 462 с.

2. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- 435 с.

3. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

4. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов.-2-е изд.- СПб.: ООО «СпецЛит» , 2013.- 175с.

5. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика. Руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. - М.: ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.

6. О कोरोков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. О कोरोков, С. В. Селезнев; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань: РИО РязГМУ, 2013.- 172 с.

7. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.



**Тема занятия: «СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ,  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ»**  
(Лыгина Е.В., к.м.н., ассистент, Филоненко С.П., к.м.н., доцент)

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики, дифференциальной диагностики и лечения системных васкулитов (СВ) – узелкового полиартериита, микроскопического полиартериита, гранулематоза с полиангиитом Вегенера, синдрома Черджа-Стросс, неспецифического аортоартериита и др.

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем)

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

**Организационно-методические указания для преподавателей**

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

**II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Определение, классификация, распространенность, этиология, патогенез СВ.
2. Основные принципы диагностики СВ.
3. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.
4. Классификация системных васкулитов.

5. Узелковый полиартериит.
6. Микроскопический полиартериит. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
7. Синдром Черджа-Стросс. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
8. Неспецифический аортоартериит. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
9. Гранулематоз с полиангиитом Вегенера. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.
10. Интенсивная терапия некротизирующих васкулитов.

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

**IV. Заключительная часть:**

**Программированный контроль:**

**1. Критерием диагноза узелкового полиартериита является**

- 1) наличие вируса гепатита В
- 2) развитие полиартрита
- 3) поражение верхних дыхательных путей
- 4) легочное кровотечение

**2. К диагностическим критериям гранулематоза с полиангиитом относят**

- 1) ринит, фарингит
- 2) полинейропатию
- 3) миокардит
- 4) ишемический колит

**3. К системным васкулитам, повреждающим преимущественно крупные сосуды, относят**

- 1) артериит Такаясу
- 2) узелковый полиартериит
- 3) гранулематоз с полиангиитом
- 4) пурпуру Шенлейн-Геноха

**4. На прогноз пациентов с некротизирующими васкулитами влияет назначение**

- 1) цитостатиков
- 2) глюкокортикоидов
- 3) нестероидных противовоспалительных препаратов
- 4) вазодилататоров

**5. Из поражений сердца при узелковом периартериите наиболее типичным является**

- 1) коронариит
- 2) миокардит
- 3) сухой перикардит
- 4) крупноочаговый кардиосклероз

**6. Сочетание язвенно-некротического поражения верхних дыхательных путей и гломерулонефрита характерно для:**

- 1) гранулематоза Вегенера
- 2) системной красной волчанки
- 3) геморрагического васкулита
- 4) амилоидоза

**7. Сочетание синдрома злокачественной гипертонии с прогрессирующим снижением функции почек и асимметричным полиневритом характерно для**

- 1) узелкового полиартериита
- 2) системной красной волчанки
- 3) амилоидоза с поражением почек
- 4) геморрагического васкулита

**8. Заболевание, встречающееся чаще у мужчин и характеризующееся гематурией в сочетании с кожными высыпаниями и абдоминалгиями, это**

- 1) геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Генох1)
- 2) гематурический гломерулонефрит (болезнь Берже)
- 3) узелковый полиартериит
- 4) системная красная волчанка

**9. Грубый систолический шум над правой сонной артерией, отсутствие пульса на правой лучевой артерии и АД 180/120 мм рт ст наиболее характерны для**

- 1) неспецифического аортоартериита
- 2) системной красной волчанки
- 3) фибромускулярной мультисосудистой гиперплазии
- 4) облитерирующего тромбангиита

**10. Для болезни Такаясу характерно наличие в клинической картине**

- 1) отсутствие пульса на одной из рук
- 2) геморрагической пурпуры
- 3) сетчатого ливедо
- 4) кровохарканья

**11. Препаратом выбора для лечения гранулематоза Вегенера является**

- 1) циклофосфамид
- 2) лефлуномид
- 3) пентоксифиллин
- 4) метотрексат

**12. Системный капиллярит с преимущественным поражением альвеол легких и базальных мембран гломерулярного аппарата почек имеет место при**

- 1) синдроме Гудпасчера
- 2) системной красной волчанке
- 3) болезни Рейно
- 4) синдроме Шегрена

**13. Сосуды крупного калибра поражаются при**

- 1) артериите Такаясу
- 2) болезни Бюргера
- 3) узелковом периартериите
- 4) геморрагическом васкулите

**14. Эозинофилия чаще сопутствует**

- 1) синдрому Черджа-Строс
- 2) ревматоидному артриту
- 3) склеродермии
- 4) подагре

**15. Какие васкулиты встречаются чаще у лиц молодого возраста? 1) височный артериит; 2) геморрагический васкулит; 3) болезнь Кавасаки; 4) узелковый периартериит.**

- 1) а, в
- 2) б, в
- 3) б, г
- 4) а, г

**16. Отметить наиболее частые проявления узелкового полиартериита: 1) лихорадка; 2) генерализованные боли в суставах; 3) бронхиальная астма; 4) полинейропатия.**

- 1) а, б, г
- 2) б, в, г
- 3) б, г
- 4) Все

**17. Какие из перечисленных васкулитов входят в группу артериитов с поражением сосудов крупного калибра? 1)**

**гранулематоз Вегенера; 2) синдром Черджа-Строс; 3) болезнь Такаюсу; 4) височный артериит.**

- 1) а, б
- 2) в, г
- 3) б, в, г
- 4) г

**18. Отметить основные проявления гигантоклеточного артериита: 1) ревматическая полимиалгия; 2) слепота; 3) головная боль; 4) лихорадка.**

- 1) а
- 2) б
- 3) в, г
- 4) а, б, в, г

**19. Какие заключения о геморрагическом васкулите правильны? 1) чаще встречаются у детей, чем у взрослых; 2) характерным симптомом является пурпура; 3) развитие пурпуры коррелирует со снижением концентрации тромбоцитов; 4) характерными симптомами являются боли в животе, поражение суставов.**

- 1) а, б
- 2) в
- 3) а, б, г
- 4) Все

**20. Отметить характерные признаки гранулематоза вегенера: 1) гнойный синусит; 2) инфильтраты в легких; 3) обнаружение антител к нейтрофилам; 4) обнаружение антинуклеарного фактора.**

- 1) Все
- 2) г
- 3) б, в
- 4) а, б, в

**21. Какие выводы о геморрагическом васкулите верны? 1) часто развивается артрит коленных суставов; 2) сыпь на верхних конечностях развивается редко; 3) боли в животе являются классическим проявлением заболевания; 4) развитие нефрита связано с отложением *iga*-содержащих иммунных комплексов.**

- 1) а, б, в
- 2) б, в, г
- 3) а

4) Все

**22. Отметить характерные признаки синдрома черджа-строс: 1) эозинофилия; 2) более частое поражение легких, чем при узелковом полиартериите; 3) гломерулонефрит; 4) все, выше перечисленное.**

1) а, б

2) а

3) б, в

4) г

**23. Какие васкулиты встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста? 1) геморрагический васкулит; 2) височный артериит; 3) болезнь Такаясу; 4) узелковый периартериит.**

1) а, в

2) в, г

3) б, в

4) б

**24. При каких васкулитах преимущественно поражаются сосуды среднего калибра? 1) артериит Такаясу; 2) узелковый полиартериит; 3) гранулематоз Вегенера; 4) гигантоклеточный артериит.**

1) а, б

2) б

3) б, в, г

4) а, г

**25. При каких васкулитах поражаются, преимущественно сосуды мелкого калибра? 1) микроскопический полиангиит; 2) артериит Такаясу; 3) синдром Черджа-Строс; 4) геморрагический васкулит.**

1) а, б

2) а, в, г

3) б, в

4) а, г

### Кейс – задачи:

#### **Задача №1.**

54-летний мужчина поступил в клинику с жалобами на сильную слабость, одышку в покое, онемение нижних конечностей. Из анамнеза: 6 недель назад у больного внезапно повысилась температура до 38,5 С, озноб, проливные поты по ночам, диффузная

миалгия, боли и отек голеностопных суставов. Слабость прогрессировала, больной похудел на 5 кг, появились боли при дыхании в левой половине грудной клетки. При рентгенологическом исследовании, выполненном 3 недели назад, изменений в легких не обнаружено. Объективный статус: пациент производит впечатление тяжелобольного с признаками кахексии, беспокоит одышка в покое. При объективном исследовании: АД – 110/60 мм рт.ст., пульс – 120/мин, ЧДД – 30/мин, температура – 37,0 С, эписклерит правого глаза, гиперпигментация кожи голеней. Выявлен носовой полип и поверхностная язва в области носовой перегородки, признаки атрофии слизистой. При неврологическом исследовании – периферическая невропатия. Лабораторные исследования: гематокрит – 17%, Нв – 102 г/л, лейкоциты – 12,6, п/я – 6%, с/я – 68%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, эозинофилы – 12%, СОЭ – 70 мм/ч, тромбоциты – 600 000, креатинин – 0,5 ммоль/л, печеночные ферменты – норма, электрофорез белков сыворотки – диффузная гипергаммаглобулинемия, анализ мочи: плотность – 1025, следы белка, эритроциты – до 100 в поле зрения. При рентгенологическом исследовании легких по сравнению с данными полученными 3 недели назад, выявляются инфильтраты с полостями распада в верхней доле левого легкого.

### **Вопросы:**

#### **I. Предполагаемый диагноз?**

1. СКВ
2. сепсис
3. гранулематоз с ангиитом Вегенера
4. узелковый полиартериит
5. синдром Чарга-Стросса
6. туберкулез

**II. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? (не более 3-х наиболее важных тестов)**

1. концентрация иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM, IgE
2. АНФ
3. РФ
4. антитела к нейтрофилам
5. криоглобулины
6. субпопуляции лимфоцитов
7. ЦИК

8. компоненты системы комплемента

III. Какое лечение целесообразно назначить больному?

1. антибактериальная терапия
  2. противотуберкулезная терапия
  3. циклофосфамид
  4. преднизолон
  5. НПВП
- (не более 2-х самых важных препаратов)

### **Задача №2.**

Мужчина 25 лет, токарь станкозавода, обратился к врачу поликлиники по поводу схваткообразных болей в животе и обильной геморрагической сыпи на конечностях. Появлению этих симптомов предшествовало обострение хронического тонзиллита, по поводу которого принимал амоксилав в течение 6 дней.

Объективно: при осмотре состояние удовлетворительное, на коже верхних и нижних конечностей симметричные папулезно-геморрагические высыпания. При надавливании элементы сыпи не исчезают, температура тела  $37,8^{\circ}\text{C}$  сохраняется в течение 3-х дней. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. При глубокой пальпации живот безболезненный, периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны внутренних органов без видимой патологии. Симптомы жгута, щипка не выражены. АЧТВ нормальное. Анализ мочи: микрогематурия.

Анализ крови: эритроциты –  $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Нв - 150г/л, цв. показ. - 1,0, тромбоциты – 300 тыс., лейкоциты –  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ , э - 4%, п - 10%, с - 70%, л - 12%, м - 4%, СОЭ - 20 мм/час.

### **Вопросы:**

1. Какой диагноз предполагаете?
2. План лечебных мероприятий.
3. Содержание иммуноглобулинов какого класса повышено при данном заболевании?
4. Назовите калибр поражения сосудов при этом заболевании?
5. Где должен лечиться больной?

### **Задача №3.**

Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры.



Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до 38,5°C. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°C, обложенный сухой язык. Патологии со стороны лёгких и сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты –  $200 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $21,0 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час.

Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

### **Вопросы:**

1. Укажите основной синдром в клинической картине.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

### **Задача №4.**

Больная Д., 18 лет, поступила в хирургическое отделение многопрофильной больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту коричневым содержимым, напоминающим кофейную гущу. В течение последних суток дважды отмечался жидкий черный стул. В течение недели беспокоили боли в коленных и голеностопных суставах. Страдает хроническим

тонзиллитом. Перенесла острое респираторное заболевание 10 дней назад.

Осмотрена дежурным хирургом. Состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледноваты. На коже передней поверхности голеней, бедер мелкоточечная геморрагическая сыпь, сгущающаяся в области голеностопных суставов, а также мелкие уртикарные и эритематозные элементы. Голеностопные суставы увеличены в объеме, горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за боли.



В легких хрипы не выслушиваются. Ритм сердца правильный, тоны звучные, ЧСС 95 в минуту. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области и в проекции луковицы двенадцатиперстной кишки, где определяются слабо положительные перитонеальные симптомы. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 128 г/л, гематокрит 40%, тромбоциты  $320 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $11.3 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 26%, моноциты 5%, эозинофилы 3%, СОЭ 38 мм/час.

Экстренно выполнена ЭГДС: на слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки выявлены множественные эрозии и мелкие кровоизлияния. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

Больная проконсультирована терапевтом. Согласовано лечение больной. Через двое суток абдоминальный синдром был полностью купирован и больная переведена в терапевтическое отделение. В день перевода отметила появление макрогематурии.

Анализ мочи: удельный вес 1022, белок 0.1 г/л, глюкоза нет, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты покрывают поле зрения, цилиндров нет.

Биохимический анализ крови: билирубин 14 мкмоль/л, АСТ 12 ед/л, АЛТ 21 ед/л., креатинин 65 мкмоль/л, мочевины 21 ммоль/л, общий белок 72 г/л, белковые фракции: альбумины 52%, альфа 1 4.1%, альфа 2 15.9%, бета 14.3%, гамма-глобулины 23.7%, ревматоидный фактор отрицательный, АСЛ-О 300 ед.

Иммуноглобулины крови: IgG 12,3 г/л (7,0 -17,0), IgA 6,9 г/л (0,9 -4,5), IgM г/л 1,1 (0,5 -3,5),

Коагулограмма: Фибриноген 2,5 г/л, протромбиновый индекс 85%, МНО 0,98 ед, АЧТВ 38 сек, тромбиновое время 15.9 сек, антитромбин III 92%, система протеина C >0,7 ед., волчаночный антикоагулянт (LA) -, фибринолитическая активность крови 7,8 мин, протаминсульфатный тест отр, этаноловый тест отр, продукты деградации фибриногена 0,03 г/л

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

### **Задача №5.**

Больная Г., 37 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на боль в стопах, икроножных мышцах, похудание на 8 кг в течение 7 месяцев, снижение чувствительности в дистальных отделах стоп.

Из анамнеза известно, что в январе после переохлаждения впервые появилось онемение в пальцах стоп, стали постоянно мерзнуть ноги, затем присоединились парестезии, снизилась чувствительность. В мае отметила появление некой «синей сетки» на коже нижних конечностей. Стали беспокоить жгучие боли в стопах и икроножных мышцах, в том числе в ночное время, что требовало постоянного ежедневного приема НПВС. Онемения, парестезии, болевой синдром нарастали. В июле появились участки цианоза на коже дистальных отделов стоп.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания, на коже нижних конечностей сетчатое ливедо, слева - «провисание» стопы и появление «петушиной» походки, цианоз передней трети

стопы, отсутствие чувствительности в дистальных отделах. Парез правой кисти. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Ритм правильный, ЧСС 76 в минуту, АД 160/90, шумы не определяются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови клиническом: эритроциты  $3,9 \times 10^9/\text{л}$ , Нб 106г/л, лейкоциты- $10,9 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы-1%, нейтрофилы-64%, лимфоциты-27%, моноциты-8%, тромбоциты- $532 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ-50мм/час.

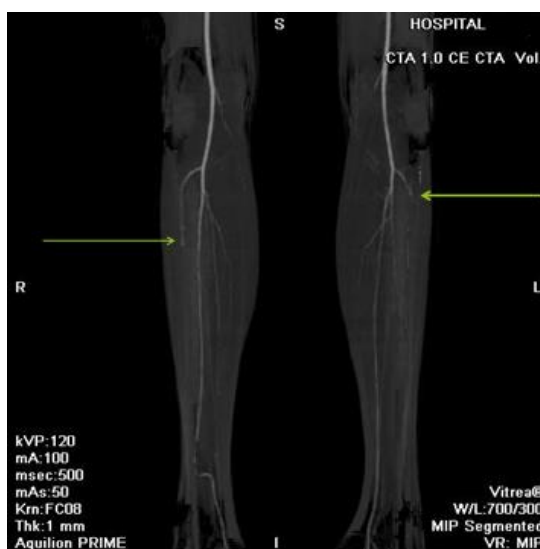
В биохимическом анализе крови: общий белок 75г/л, альбумины 48%, альфа-2 глобулины 15%, гамма-глобулины 26%, СРБ 40,97 мг/л, сывороточное железо 3,2мкмоль/л.

Иммунологические показатели: АТ к фосфолипидам IgG-4,9 (N <10,00 ед./мл), АТ к фосфолипидам IgM-IgM-3,50 (N <10,00 ед./мл), АТ к кардиолипину IgG-5,40 (N <10,00МЕ/мл), АТ к кардиолипину IgM- не обнаружено, волчаночный антикоагулянт – не обнаружен, АНЦА-0,1 (N <1,0), криоглобулины – отрицательно.

Общий анализ мочи: цвет желтый, реакция кислая, удельный вес – 1016, белок отсутствует, лейкоциты-1-2 в п.зр.

При дуплексном сканировании артерий нижних конечностей выявлена двусторонняя окклюзия передних большеберцовых артерий от уровня дистальной трети с коллатерализацией кровотока.

На МСКТ артерий нижних конечностей окклюзия ПББА с обеих сторон.



## Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.

2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

## **V. Рекомендуемая литература**

### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. : [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012. - Т.1,2.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012.- 435 с.
2. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика. Руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.: ГЭОТАР – Медиа,2010. -174с.
3. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт», «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

**Тема занятия: «ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА). ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШУМОВ СЕРДЦА»**  
(Лыгина Е.В., к.м.н., ассистент, Филоненко С.П., к.м.н., доцент)

**Цель занятия:** научиться диагностике, дифференциальной диагностике и лечению ревматической лихорадки, хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) и дифференциальной диагностике шумов сердца

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем)

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

**Организационно-методические указания для преподавателей**

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

**II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Этиология и патогенез РЛ.
2. Клиника РЛ. Понятие ХРБС.
3. Диагностические критерии РЛ.

4. Лечение и профилактика РЛ.

5. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение стеноза левого атриовентрикулярного отверстия.

6. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение недостаточности митрального клапана.

7. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение стеноза устья аорты.

8. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение недостаточности аортального клапана.

9. Клиника, диагностика, лечение сочетанного митрального, сочетанного аортального и комбинированных пороков сердца.

10. Основные принципы хирургического лечения ревматических пороков сердца.

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

**IV. Заключительная часть**

**Программированный контроль:**

**1. В патогенезе ревматической лихорадки участвуют механизмы: а) склерозирования; б) тромбообразования; в) токсико-воспалительные; 4) иммунные; д) аллергические. Выбрать правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, б, в

**2. Для вторичной круглогодичной профилактики ревматической лихорадки используют:**

- 1) Ампициллин
- 2) Эритромицин
- 3) Аспирин
- 4) Экстенциллин

**3. При недостаточности аортального клапана могут определяться следующие симптомы: а) усиление I тона; б) ритм перепела; в) ослабление II тона над аортой; 4) двойной тон**

**Траубе на крупных сосудах; д) шум Флинта. Выбрать правильную комбинацию ответов:**

- 1) б, в
- 2) в, г
- 3) а, б, в
- 4) в, г, д

**4. Ревматическому миокардиту соответствует: а) нарушение атриовентрикулярной проводимости; б) расширение полостей сердца; в) добавочный третий тон; 4) формирование пороков. Выбрать правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, б, в

**5. Пусковым механизмом в развитии ревматической лихорадки является:**

- 1) Стафилококк
- 2)  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы С
- 3) Пневмококк
- 4)  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А

**6. Для недостаточности аортального клапана характерны клинические признаки: а) пляска каротид; б) диастолический шум в V точке; в) ундуляция шейных вен; 4) систолический шум во II межреберье слева; д) диастолический шум на верхушке. Выбрать правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) в, г, д

**7. Диагностическими критериями ревматической лихорадки являются: а) малая хорея; б) кардит; в) артрит; 4) кольцевидная эритема; д) узловатая эритема. Выбрать правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) а, б, в, г
- 4) б, в, д

**8. Для артрита при ревматической лихорадке характерно: а) стойкая деформация суставов; б) поражение крупных и**



**средних суставов; в) летучесть болей; г) исчезновение болей после приема НПВП. Выбрать правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) б, в, г

**9. Для малой хореи характерно: а) головная боль; б) гипотония мышц; в) судорожные сокращения мимической мускулатуры; г) эпилептические припадки. Выбрать правильную комбинацию ответов:**

- 1) а, б
- 2) б, в
- 3) в, г
- 4) а, б, в

**10. Какие из перечисленных проявлений относятся к числу «больших» диагностических критериев острой ревматической лихорадки?**

- 1) Кардит
- 2) Хорея
- 3) Подкожные узелки
- 4) Все, перечисленные выше

**11. Отметить побочные эффекты нестероидных противовоспалительных препаратов:**

- 1) Головная боль
- 2) Гастропатия
- 3) Отеки
- 4) Все, перечисленные выше

**12. Отметить побочный эффект, нехарактерный для аспирина:**

- 1) Дуоденальная язва
- 2) Геморрагический гастрит
- 3) Снижение сывороточного железа
- 4) Агранулоцитоз

**13. Какой препарат не вызывает тяжелого поражения желудочно-кишечного тракта?**

- 1) Аспирин
- 2) Бутадион
- 3) Циклофосфамид
- 4) Преднизолон

## Кейс – задачи:

### **Задача №1.**

Больной З., 32 лет, рабочий.

Жалобы на небольшую одышку при физической нагрузке, сердцебиения, перебои в работе сердца.

Заболел 15 лет назад, когда после ангины появились боли и припухлость в коленных, голеностопных суставах летучего характера, прошедшие через 2 недели. Во время призыва в армию обнаружены шумы в сердце. В армии не служил. До настоящего времени чувствовал себя удовлетворительно. Месяц назад, через 2 недели после ангины, появилась субфебрильная температура без ознобов и вышеуказанные жалобы.

При осмотре румянец щек. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД-26 в 1 мин, I тон на верхушке сердца хлопающий, "ритм перепела", мезодиастолический и грубый систолический шум на верхушке сердца, пульс 86 в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, отеков нет. На ЭКГ – расширение и двугорбость З. Р в I и II отведении.

При лабораторном обследовании: СОЭ – 26 мм/час, СРБ++, АСЛ "0" –I:750.

Сформулируйте диагноз. В каком дополнительном обследовании нуждается больной? Ваша лечебная тактика.

Ответ:

Повторная ревматическая лихорадка, кардит, активность II степени.

Хроническая ревматическая болезнь сердца: сочетанный митральный порок сердца (стеноз левого атрио-вентрикулярного отверстия, недостаточность митрального клапана), ХСН IIб стадии. ФК II.

Дополнительное обследование: эхокардиография, рентгенография органов грудной полости и сердца с контрастированным пищеводом, общеклиническое лабораторное обследование.

Лечение: НПВС, пенициллин 500 000 ЕД 4 раза в день внутримышечно 10 – 14 дней, затем экстенциллин 2 400 000 ЕД внутримышечно 1 раз в 3 недели в течение 3 – 5 лет. Лечение сердечной недостаточности по общеизвестным принципам.

## **V. Рекомендуемая литература**

### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012. - Т.1,2.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. – М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина [и др.]. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2014.- 462 с.

2. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012.- 435 с.

3. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

4. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов. -2-е изд. - СПб.: ООО «СпецЛит», 2013.- 175с.

5. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика. Руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.: ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.

6. Огороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. Огороков, С. В. Селезнев; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань: РИО РязГМУ, 2013.- 172 с.

7. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»);  
<http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт», «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

## **Тема занятия: «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ПАТОЛОГИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ»**

(Никулина Н.Н., д.м.н., профессор)

**Цель занятия:** изучить особенности взаимоотношения действия сахарного диабета (СД) и патологии внутренних органов (артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), хронической болезни почек (ХБП)), принципы ведения пациентов с данными вариантами полиморбидной патологии; изучить принципы ведения пациентов с патологией внутренних органов в периоперационном периоде.

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем)

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

### **Организационно-методические указания для преподавателей**

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

#### **II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Правила проведения перорального глюкозотолерантного теста.

2. Современные критерии нормальной гликемии.
3. Современные критерии нарушенной толерантности к глюкозе.
4. Современные критерии нарушенной гликемии натощак.
5. Современные критерии сахарного диабета.
6. Современная классификация сахарного диабета.
7. Алгоритм индивидуализированного выбора целей терапии по HbA1c.
8. Целевые показатели липидного обмена у больных сахарным диабетом.
9. Современные принципы инсулинотерапии при СД 1 и 2 типа.
10. Общие принципы начала и интенсификации гипогликемической терапии.
11. Группы сахароснижающих препаратов и механизм их действия.
12. Алгоритм мониторинга больных (лабораторные, инструментальные методы исследования) с СД 1 типа без осложнений.
13. Алгоритм мониторинга больных (лабораторные, инструментальные методы исследования) с СД 2 типа без осложнений.
14. Перечислите острые осложнения СД.
15. Перечислите хронические осложнения СД.
16. Диагностические критерии диабетического кетоацидотического состояния/комы в плане дифференциальной диагностики с другими состояниями, сопровождающимися нарушением/потерей сознания.
17. Дифференциальная диагностика гиперосмолярного гипергликемического состояния.
18. Дифференциальная диагностика лактатацидоза.
19. Состояния и заболевания, провоцирующие/усугубляющие лактатацидоз у больных СД.
20. Современные критерии гипогликемии.
21. Дифференциальная диагностика гипогликемической комы.
22. Особенности ведения коморбидных пациентов с диабетической нефропатией.
23. Сахароснижающие препараты, допустимые к применению на различных стадиях ХБП.
24. Принципы оценки сердечно-сосудистого риска при СД.

25. Особенности течения ИБС, в т.ч. инфаркта миокарда, у больных СД.

26. Особенности ведения пациентов с СД при развитии инфаркта миокарда.

27. Гликемический контроль при СД и ИБС.

28. Кардиоваскулярная безопасность гипогликемических препаратов при СД и ИБС.

29. Возможности и ограничения назначения сердечно-сосудистых препаратов у больных СД.

30. Особенности пероральной сахароснижающей терапии у больных СД с ХСН.

31. Целевое значение артериального давления при СД на фоне антигипертензивной терапии.

32. Приоритетные антигипертензивные препараты у больных с СД.

33. Особенности течения СД в пожилом возрасте.

34. Принципы периоперационного ведения больных с СД.

35. Группы населения с высоким риском развития СД.

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

**IV. Заключительная часть**

#### **Программированный контроль:**

**1. Оцените результаты перорального глюкозотолерантного теста (цельная капиллярная кровь): гликемия натощак 4,6 ммоль/л, через 2 часа после углеводной нагрузки 7,1 ммоль/л.**

- 1) Норма
- 2) Нарушение толерантности к глюкозе
- 3) Нарушенная гликемия натощак
- 4) Сахарный диабет

**2. Оцените результаты перорального глюкозотолерантного теста (цельная капиллярная кровь): гликемия натощак 4,6 ммоль/л, через 2 часа после углеводной нагрузки 8,5 ммоль/л.**

- 1) Норма
- 2) Нарушение толерантности к глюкозе
- 3) Нарушенная гликемия натощак
- 4) Сахарный диабет

**3. Оцените результаты перорального глюкозотолерантного теста (цельная капиллярная кровь): гликемия натощак 6,0 ммоль/л, через 2 часа после углеводной нагрузки 7,1 ммоль/л.**

- 1) Норма
- 2) Нарушение толерантности к глюкозе
- 3) Нарушенная гликемия натощак
- 4) Сахарный диабет

**4. Оцените результаты перорального глюкозотолерантного теста (цельная капиллярная кровь): гликемия натощак 6,5 ммоль/л, через 2 часа после углеводной нагрузки 12,0 ммоль/л.**

- 1) Норма
- 2) Нарушение толерантности к глюкозе
- 3) Нарушенная гликемия натощак
- 4) Сахарный диабет

**5. В качестве диагностического критерия СД выбран уровень HbA1c**

- 1)  $\geq 5,5$  %
- 2)  $\geq 6,0$  %
- 3)  $\geq 6,5$  %
- 4)  $\geq 7,0$  %

**6. Целевой уровень HbA1c у молодого пациента без тяжелых макрососудистых осложнений и с низким риском тяжелой гипогликемии:**

- 1)  $< 6,5$  %
- 2)  $< 7,0$  %
- 3)  $< 7,5$  %
- 4)  $< 8,0$  %

**7. Целевой уровень HbA1c у молодого пациента с тяжелыми макрососудистыми осложнениями и/или высоким риском тяжелой гипогликемии:**

- 1)  $< 6,5$  %
- 2)  $< 7,0$  %
- 3)  $< 7,5$  %
- 4)  $< 8,0$  %

**8. Целевой уровень HbA1c у пациента среднего возраста без тяжелых макрососудистых осложнений и с низким риском тяжелой гипогликемии:**

- 1)  $< 6,5$  %
- 2)  $< 7,0$  %



3) <7,5 %

4) <8,0 %

**9. Целевой уровень HbA1c у пациента среднего возраста с тяжелыми макрососудистыми осложнениями и/или высоким риском тяжелой гипогликемии:**

1) <6,5 %

2) <7,0 %

3) <7,5 %

4) <8,0 %

**10. Целевой уровень HbA1c у пациента пожилого возраста без тяжелых макрососудистых осложнений и с низким риском тяжелой гипогликемии:**

1) <6,5 %

2) <7,0 %

3) <7,5 %

4) <8,0 %

**11. Целевой уровень HbA1c у пациента пожилого возраста с тяжелыми макрососудистыми осложнениями и/или высоким риском тяжелой гипогликемии:**

1) <6,5 %

2) <7,0 %

3) <7,5 %

4) <8,0 %

**12. Целевой показатель холестерина липопротеидов низкой плотности у пациентов с СД без сердечно-сосудистых заболеваний и без ХБП С3а и более:**

1) <4,5 ммоль/л

2) <2,5 ммоль/л

3) <1,8 ммоль/л

4) <1,7 ммоль/л

**13. Целевой показатель холестерина липопротеидов низкой плотности у пациентов с СД и сердечно-сосудистыми заболеваниями и/или ХБП С3а и более:**

1) <4,5 ммоль/л

2) <2,5 ммоль/л

3) <1,8 ммоль/л

4) <1,7 ммоль/л

**14. Целевой показатель общего холестерина у пациентов с СД:**

- 1) <4,5 ммоль/л
- 2) <2,5 ммоль/л
- 3) <1,8 ммоль/л
- 4) <1,7 ммоль/л

**15. Целевой показатель триглицеридов у пациентов с СД:**

- 1) <4,5 ммоль/л
- 2) <2,5 ммоль/л
- 3) <1,8 ммоль/л
- 4) <1,7 ммоль/л

**16. Целевые показатели АД у больных СД без наличия ХБП**

**АЗ:**

1) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤140 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤85 мм рт. ст.

2) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤130 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤85 мм рт. ст.

3) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤140 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤90 мм рт. ст.

4) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤130 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤90 мм рт. ст.

**17. Целевые показатели АД у больных СД с наличием ХБП**

**АЗ:**

1) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤140 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤85 мм рт. ст.

2) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤130 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤85 мм рт. ст.

3) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤140 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤90 мм рт. ст.

4) Систолическое АД >120 мм рт. ст. и ≤130 мм рт. ст.,  
диастолическое АД >70 мм рт.ст. и ≤90 мм рт. ст.

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной В., 59 лет, обратился к врачу с жалобами на диффузные головные боли пульсирующего характера при повышении АД, а также на жажду, полиурию. Эпизодов гипогликемии никогда не наблюдалось.

В течение 10 лет повышается АД до 150-170/90-100 мм рт. ст. Принимает рамиприл 10 мг/сут., индапамид-ретард 1,5 мг/сут. Курит

20 лет по пачке сигарет в сутки. Алкоголь не употребляет. Оба родителя страдали АГ, СД 2 типа.

Объективно: ИМТ 32,0 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 105 см. Пульс симметричный, 72 уд/мин. АД 165/95 мм рт. ст. При физикальном обследовании сердца, легких и живота патологии не выявлено. Шумы на периферических артериях не выслушиваются

Результаты дополнительного обследования: калий – 4,4 ммоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, креатинин – 91 мкмоль/л (СКФ 79 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>), мочевая кислота 344 мкмоль/л, общий ХС – 6,5 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,4 ммоль/л, ТГ – 2,41 ммоль/л, альбумин в суточной моче - 70 мг/сут.

Пероральный глюкозотолерантный тест; гликемия натощак (из цельной капиллярной крови) – 6,5 ммоль/л, через 2 часа после углеводной нагрузки – 11,8 ммоль/л.

На ЭКГ – признаки гипертрофии ЛЖ. Обзорная рентгенография органов грудной клетки - без отклонений. ЭхоКГ: гипертрофия ЛЖ. УЗИ почек без патологии.

1. Какова связь сахарного диабета и АГ?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Назовите диагностические критерии стадии гипертонической болезни.

## **V. Рекомендуемая литература**

### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012.- Т.1,2. 895 с.
3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. – М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Гастроэнтерология: нац. рук. Краткое изд. / под ред. В.Т. Ивашкина и др. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2014.- 462 с.

2. Ревматология: учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012.- 435 с.

3. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство (с приложением на компакт – диске) / А.Г. Чучалин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.

4. Морозов М.А. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний: учебное пособие / М.А. Морозов. -2-е изд. - СПб.: ООО «СпецЛит», 2013.- 175с.

5. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика. Руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.: ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.

6. О कोरोков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В. Г. О कोरोков, С. В. Селезнев; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань: РИО РязГМУ, 2013.- 172 с.

7. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ, – 130с.,2015

#### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт», «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

**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: .....

*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**

# МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО «НЕОТЛОЖНЫМ СОСТОЯНИЯМ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ»

## Тема занятия: «ОСТРОЕ РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ»

(Филиппов Е.В., д.м.н., профессор)

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики, дифференциальной диагностики и лечения расслоения (диссекции) аорты

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем)

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

### Организационно-методические указания для преподавателей

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### Расчет учебного времени

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

**II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Дайте понятие острого аортального синдрома
2. Назовите факторы риска развития расслоения аорты
3. Классификация острого расслоения аорты



4. Инструментальная диагностика острого расслоения аорты
5. Медикаментозное лечение острого расслоения аорты
6. Хирургическое лечение острого расслоения аорты
7. Прогноз при остром расслоении аорты

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

**IV. Заключительная часть:**

### **Программированный контроль:**

#### **1. Факторы риска диссекции аорты:**

- 1) артериальная гипертензия, атеросклероз, перенесенные операции на сердце;
- 2) грипп, вирусные инфекции;
- 3) миокардит.

#### **2. При диссекции поражается оболочка аорты:**

- 1) внутренняя и средняя;
- 2) средняя и наружная;
- 3) наружная.

#### **3. Наиболее опасный разрыв при диссекции аорты:**

- 1) дистальный;
- 2) проксимальный;
- 3) одинаково опасны и дистальный, и проксимальный.

#### **4. Какую диссекцию называют типом А по Stanford:**

- 1) проксимальный или восходящий тип;
- 2) дистальный или нисходящий тип;
- 3) проксимальный и дистальный тип.

#### **5. Типом III по DeBakey называют диссекцию аорты при какой локализации разрыва:**

1) местом возникновения разрыва является восходящая аорта, а расслоение распространяется на дугу и часто дистальнее;

2) разрыв локализуется в восходящей части, расслоение ограничено только восходящей аортой;

3) разрыв интимы локализуется в нисходящей грудной аорте, распространяется чаще антеградно дистально, по нисходящей аорте на различном протяжении с вовлечением или только всего грудного отдела и/или и грудного и брюшного отделов.

#### **6. Наиболее вероятное осложнение, к которому может привести расслаивание аорты гематомой:**

- 1) гипертонический криз;

- 2) недостаточность митрального клапана;
- 3) коллапс.

**7. Патогномоничные клинические проявления при прогрессировании дистального расслаивания:**

- 1) боль в шее и челюсти;
- 2) боль в ногах, пояснице; гематурия;
- 3) цефалгия.

**8. У пациентов с каким типом острой диссекции аорты выше летальность:**

- 1) летальность у пациентов с острой диссекцией типа А в 2 раза выше, чем у пациентов с диссекцией типа В;
- 2) летальность у пациентов с острой диссекцией типа В в 2 раза выше, чем у пациентов с диссекцией типа А;
- 3) летальность у пациентов с острой диссекцией типа А и типа В
- 4) примерно одинакова.

**9. Назовите ЭКГ признаки диссекции аорты:**

- 1) отрицательный зубец Т по передней стенке левого желудочка;
- 2) не специфичны;
- 3) высокий симметричный зубец Т.

**10. Назовите необходимые лабораторные тесты при подозрении на диссекцию аорты:**

- 1) D-димер (в течение 1 часа), С-реактивный белок, тропонин;
- 2) тиреотропный гормон (ТТГ);
- 3) кровь на цитомегаловирус.

**11. При низкой клинической вероятности острого аортального синдрома (ОАС) исключает ли диагноз диссекции аорты отрицательный уровень D-димера:**

- 1) исключает;
- 2) не исключает;
- 3) не информативен.

**12. При высокой клинической вероятности ОАС исключает ли диагноз диссекции аорты отрицательный уровень D-димера:**

- 1) всегда исключает;
- 2) не исключает;
- 3) не информативен.

**13. Подтверждает ли диагноз диссекции аорты наличие промежуточной клинической вероятности ОАС в сочетании с положительным уровнем D-димера:**

- 1) подтверждает наличие диссекции;

- 2) не исключает наличие диссекции;
- 3) для подтверждения диагноза необходимо обследование с использованием визуализирующих методик.

**14. Если визуализирующее исследование не подтвердило диагноз диссекции, но подозрение все же сохраняется, что рекомендовано из нижеперечисленного:**

- 1) исключить диагноз диссекции;
- 2) провести повторно визуализирующее исследование (КТ или МРТ);
- 3) подтвердить диагноз диссекции.

**15. Частота диссекции аорты при синдроме Марфана:**

- 1) 6–9%;
- 2) 10%;
- 3) 17%.

**16. Чаще всего (65%) расслоение локализуется в области:**

- 1) восходящей аорты;
- 2) нисходящей аорты;
- 3) дуги аорты.

**17. Боль в спине и ногах характерна для:**

- 1) проксимального расслоения;
- 2) дистального расслоения;
- 3) проксимального и дистального расслоения.

**18. Хирургическое лечение показано:**

- 1) всем пациентам с расслоением аорты типа А;
- 2) всем пациентам с расслоением аорты типа В;
- 3) при острых дистальных расслоениях.

**19. При каком виде диссекции TEVAR является методом выбора:**

- 1) при осложненном или неосложненном расслоении аорты типа В;
- 2) всем пациентам с расслоением аорты

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

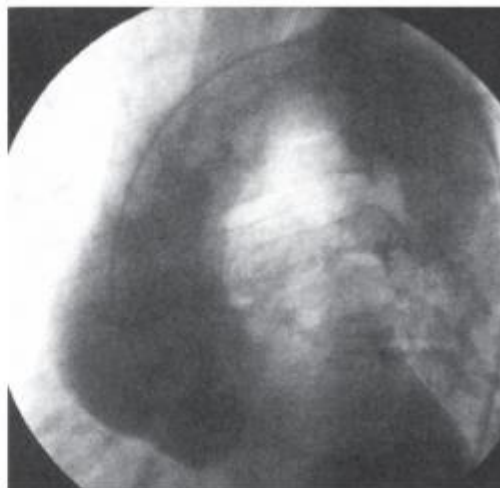
Больной, 50 лет, поступил с жалобами на одышку, загрудинные боли, купирующийся приемом нитроглицерина, кашель с незначительным отделением мокроты. Артериальной гипертензией (АД 170/90 мм рт.ст.) страдает 10 лет. Состояние среднетяжелое, кожные покровы бледные, на шее «пляска каротид». В легких

выслушивается жесткое дыхание с небольшим количеством влажных хрипов в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, с выраженным диастолическим шумом во II и V точках аускультации сердца. Данные обзорной рентгенографии грудной клетки и контрастной аортографии представлены ниже.

Ваш диагноз? Какие методы лечения показаны больному?



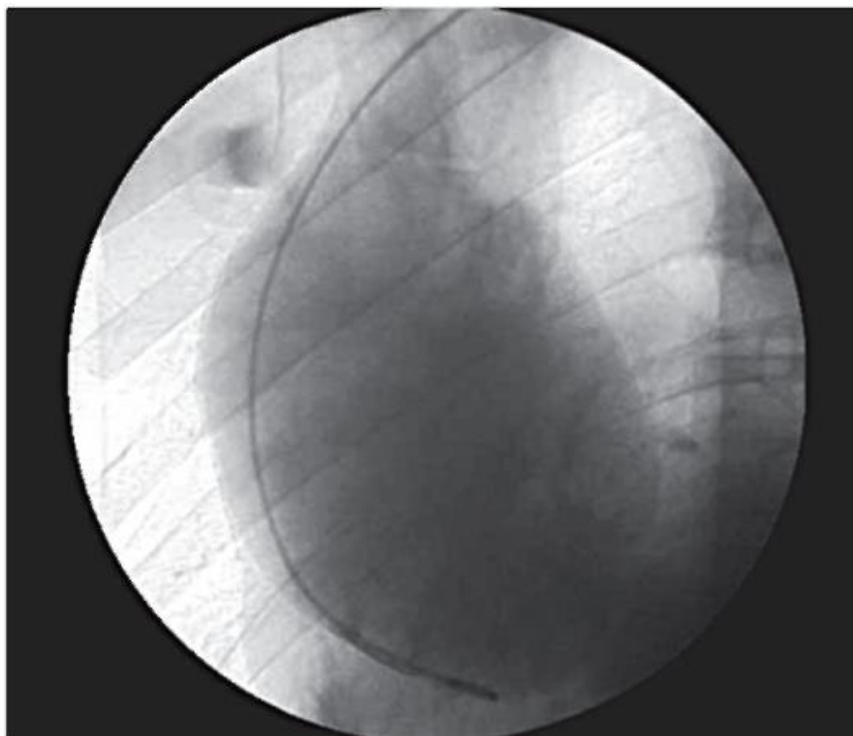
а



б

### Задача №2.

Больной Д., 47 лет, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, боли в загрудинной области стенокардитического характера. Пациенту проведено клинико-инструментальное обследование. Установите диагноз на основании аортографии.



Установлен клинический диагноз: соединительнотканная дисплазия, гигантская аневризма восходящего отдела аорты с аортальной недостаточностью IV степени. Постоянная форма фибрилляции предсердий. ХСН 3 ф.к. (NYHA). Хронический гастрит, хронический бронхит. Какое лечение необходимо пациенту?

## **V. Рекомендуемая литература**

### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012.- Т.1,2.

3. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. – М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Клинические Рекомендации: Рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты 2014. – Электрон. дан.-

Режим доступа: [http://scardio.ru /content/Guidelines /Recommendations/aorta\\_rkj\\_15.pdf](http://scardio.ru/content/Guidelines/Recommendations/aorta_rkj_15.pdf); дата последнего обновления: 06.02.2018

2. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е.В. Шляхто. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 800 с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт», «Юрайт» <http://biblio-online.ru>

**Тема занятия: «ТАМПОНАДА СЕРДЦА»**  
(Воробьев А.Н., к.м.н., ассистент)

**Цель занятия:** изучить дифференциальную диагностику и тактику при тампонаде сердца, ознакомиться с клиническими аспектами применения инструментальных, лабораторных и инвазивных методов диагностики и лечения при соответствующих состояниях.

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем)

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

**Организационно-методические указания  
для преподавателей**

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

**II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Определение термина «тампонада сердца».
2. Основные причины развития тампонады сердца.
3. Клинические признаки угрожающей и развившейся тампонады сердца.
4. Диагностическая тактика при наличии жидкости в перикарде.
5. Лечебные мероприятия при тампонаде сердца.

6. Исходы и прогноз при тампонаде сердца.

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

**IV. Заключительная часть**

**Программированный контроль:**

**1. Какими клиническими признаками сопровождается тампонада сердца?**

- 1) Брадикардия, гипотензия
- 2) Гипотензия, парадоксальный пульс
- 3) Парадоксальный пульс, высокий вольтаж ЭКГ
- 4) Пониженное яремное давление, сниженный вольтаж ЭКГ

**2. Скопление чего в полости перикарда может приводить к тампонаде?**

- 1) Гной
- 2) Кровь
- 3) Газ
- 4) Все перечисленное

**3. Парадоксальный пульс – это:**

- 1) Снижение систолического АД на вдохе более, чем на 10 мм рт.ст.
- 2) Повышение систолического АД на вдохе более, чем на 10 мм рт.ст.
- 3) Снижение систолического АД на выдохе более, чем на 10 мм рт.ст.
- 4) Повышение систолического АД на выдохе более, чем на 10 мм рт.ст.

**4. Какое эндокринное нарушение может быть причиной развития тампонады сердца?**

- 1) Гиперпаратиреоз
- 2) Гипотиреоз
- 3) Сахарный диабет
- 4) Несахарный диабет

**5. Наиболее информативный метод исследования при подозрении на тампонаду сердца?**

- 1) Перкуссия
- 2) ЭКГ
- 3) ЭхоКГ
- 4) КТ с контрастированием



## **6. Лечение тампонады включает в себя:**

- 1)Массивную диуретическую терапию
- 2)Физиотерапевтические методы
- 3)Дренирование перикарда
- 4)Перикардэктомию

## **7. Признак тампонады сердца при ЭхоКГ:**

- 1)Поздний диастолический коллапс правого желудочка
- 2)Переполнение нижней полой вены
- 3)Ранний диастолический коллапс правого предсердия
- 4)Сниженная дыхательная вариабельность (<25%)

## **8. Распространенная причина тампонады сердца:**

- 1)Туберкулез
- 2)Коллагенозы
- 3)Уремия
- 4)Пневмоперикард

## **9. Редкая причина тампонады сердца:**

- 1)Перикардит
- 2)Травма
- 3)Лучевое поражение
- 4)Неопластический процесс

## **10. Выраженность гемодинамических нарушений при тампонаде сердца зависит от:**

- 1)Характера скапливающегося в перикарде материала
- 2)Возраста больного
- 3)Скорости накопления и количества содержимого перикарда
- 4)Этиологического фактора скопления содержимого перикарда

### Кейс – задачи:

#### **Задача №1.**

Больной 42 лет жалуется на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 2 недель назад 3 дня находился на больничном листе с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». 5 дней назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром по совету тещи принял 2 таблетки Фуросемида, выделил около 1,5

литров мочи. состояние резко ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре состояние средней тяжести. В сознании. Лежит низко. Голени пастозны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 22 в минуту, шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений - 128 в минуту. Ритм правильный, АД - 110/70 мм рт. ст., при обычных цифрах - 130/80 мм рт. ст. На вдохе величина систолического давления снижается на 15 мм рт. ст. Печень + 4 см, чувствительна при пальпации. На ЭКГ синусовая тахикардия. Амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях снижена, зубец Т во всех отведениях сглажен.

**Вопросы:**

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

**Ответы:**

1. Острый экссудативный перикардит. Тампонада сердца.
2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, фибриноген, СРБ, АСТ, АЛТ. Рентгенологическое исследование грудной клетки. ЭКГ. ЭХОКГ. Диагностическая пункция перикарда.
3. Антибактериальная терапия (цефалоспорины), иммуносупрессивная терапия (преднизолон 20-30 мг/сут). Лечение недостаточности кровообращения: диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Пункция перикарда с удалением жидкости.
4. ИБС, инфаркт миокарда; миокардит, цирроз печени.
5. Боли в сердце. Одышка, которая уменьшается при наклонах тела вперед. Появляется сухой кашель, иногда рвота вследствие давления экссудата на трахею, бронхи и диафрагмальный нерв. Симптомы тампонады сердца: значительное расширение тени сердца, резкое повышение венозного давления (набухание шейных вен,

особенно заметное в горизонтальном положении), снижение артериального давления, появление парадоксального пульса.

## **V. Рекомендуемая литература**

### **Основная литература:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764 с.

2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа», 2012.- Т.1,2.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов: рук. / пер. с англ. Е.В. Шляхто; под ред. А.Д. Кэмма [и др.]. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 1437 с.

### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО - [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru)
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

**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: .....
  9. *Жалобы по дежурству, статус пораженной системы, оказанная по дежурству помощь, ее результаты.*
  10. Студенты проводили обход в отделении, измеряли АД, заполняли медицинскую документацию.

# МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО «ГЕРИАТРИИ»

## Тема занятия: «НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА»

(Натальская Н.Ю., к.м.н., ассистент)

**Цель занятия:** изучить особенности клиники, диагностики, фармакотерапии и немедикаментозных методов лечения различных аритмий у лиц пожилого и старческого возраста.

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем).

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы.

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено.

### Организационно-методические указания для преподавателей

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

#### **ПК-7:**

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

### Расчет учебного времени

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

## **II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Тактика ведения пациентов с экстрасистолией.
2. Чем обусловлено увеличение распространенности аритмий сердца у пожилых лиц?
3. Особенности клиники и диагностики аритмий у пожилых.
4. Почему выбор средств и методов лечения аритмий у пожилых людей является сложным вопросом?
5. Может ли у практически здоровых лиц старше 60 лет при холтеровском мониторировании ЭКГ выявляться экстрасистолия?
6. Назовите причины возникновения экстрасистолии у пожилых.
7. Как купировать пароксизм наджелудочковой тахикардии у пожилых?
8. Каковы наиболее частые причины трепетания предсердий у пожилых?
9. Принципы лечения трепетания предсердий у пожилых.
10. Почему фибрилляция предсердий увеличивается с возрастом?
11. Какую тактику ведения пожилого пациента с фибрилляцией предсердий выбрать? Контроль ритма или контроль частоты желудочковых сокращений.
12. Какие лекарственные препараты показаны для купирования пароксизма фибрилляции предсердий у пожилых лиц?
13. В каких случаях пожилому пациенту с фибрилляцией предсердий необходима электрическая кардиоверсия?
14. Чем опасна фибрилляция предсердий у лиц пожилого возраста?
15. Перечислите антикоагулянты, которые могут быть назначены пожилому пациенту с фибрилляцией предсердий.

## **III. Клиническая работа: не предусмотрена**

## **IV. Заключительная часть**

### **Программированный контроль:**

1. **Нарушения сердечного ритма (аритмии) у лиц пожилого и старческого возраста – это: ... Назовите неверный ответ.**
  - 1) самостоятельная болезнь
  - 2) следствие органических заболеваний сердца

3) следствие химических влияний (алкоголь, никотин, антиаритмики)

4) следствие желчнокаменной болезни

**2. В клинической картине аритмий у пожилых лиц возможно:**

1) бессимптомное течение

2) сердцебиение

3) слабость, «потемнение в глазах»

4) все выше перечисленное

**3. ЭКГ-признаками фибрилляции предсердий являются все, кроме...**

1) неправильный ритм желудочков

2) отсутствие зубцов Р

3) частые волны f

4) широкий комплекс QRS

**4. Какая аритмия не требует назначения антиаритмических препаратов у пожилых пациентов?**

1) желудочковая экстрасистолия

2) наджелудочковая экстрасистолия

3) фибрилляция предсердий

4) трепетание предсердий

**5. У пациента К., 85 лет, перенесшего два инфаркта миокарда, появилась частая желудочковая экстрасистолия. Какой препарат следует назначить?**

1) аллапинин

2) амиодарон

3) этацизин

4) пропафенон

**6. Какая аритмия наиболее часто встречается у пожилых?**

1) фибрилляция предсердий

2) экстрасистолия

3) трепетание предсердий

4) наджелудочковая тахикардия

**7. Какая аритмия является наиболее частой причиной госпитализации пожилого пациента?**

1) фибрилляция предсердий

2) экстрасистолия

3) трепетание предсердий

4) наджелудочковая тахикардия

**8. 75-летний мужчина обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, головокружение при ходьбе. За последний год дважды наблюдались пароксизмы фибрилляции предсердий, купировались в/в введением кордарона. Рекомендованные препараты пациент не принимал в связи с хорошим самочувствием. Объективно: отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС=95 уд/мин. АД=120/70 мм рт.ст. Печень – по краю реберной дуги.**

**Какие исследования необходимо провести?**

**Укажите неправильный ответ.**

- 1) ЭКГ
- 2) общий анализ крови
- 3) суточное мониторирование ЭКГ
- 4) проба с физической нагрузкой

**9. Как купировать пароксизм наджелудочковой тахикардии у пожилого пациента с нормальным АД?**

- 1) электроимпульсная терапия
- 2) в/в лидокаин
- 3) в/в верапамил
- 4) массаж каротидного синуса

**10. Как купировать пароксизм наджелудочковой тахикардии у пожилого пациента с АД ≤ 90/60 мм рт.ст.?**

- 1) электроимпульсная терапия
- 2) в/в амиодарон
- 3) в/в лидокаин
- 4) массаж каротидного синуса

**11. Какой препарат показан пожилому пациенту с частой политопной экстрасистолией? В анамнезе два инфаркта миокарда.**

- 1) аллапинин
- 2) дигоксин
- 3) амиодарон
- 4) верапамил

**12. У мужчины, 74 лет, страдающего ХОБЛ и артериальной гипертензией, появились перебои в работе сердца, слабость. На ЭКГ – наджелудочковая экстрасистолия. Какой препарат необходимо назначить?**

- 1) метопролол



- 2) дигоксин
- 3) лидокаин
- 4) верапамил

**13. Женщина, 80 лет, страдает ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, перманентной фибрилляцией предсердий. Какой лекарственный препарат не показан больной?**

- 1) аллапинин
- 2) бисопролол
- 3) лизиноприл
- 4) варфарин

**14. Пациентка, 78 лет, в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, с этого времени беспокоит одышка при ходьбе, слабость, перебои в сердце. На ЭКГ – фибрилляция предсердий, ЧЖС = 90 уд/мин (регистрируется 1,5 года). Сколько баллов у данной больной по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc?**

- 1) 4
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 7

**15. У пациента, 75 лет, длительно принимающего дигоксин, на ЭКГ появилась желудочковая бигеминия. Какова наиболее вероятная причина аритмии?**

- 1) инфаркт миокарда
- 2) острый коронарный синдром
- 3) передозировка сердечных гликозидов
- 4) дефицит калия

**16. Пациент, 79 лет, страдает ИБС: постинфарктным кардиосклерозом ХСН IIa ст., политопной экстрасистолой. Принимает аторвастатин, кардиомагнил, бисопролол, лизиноприл. Какое утверждение неверно?**

- 1) пациент должен постоянно принимать все перечисленные препараты
- 2) врач должен обучить пациента и его родственников правилам приема каждого препарата
- 3) врач не должен запугивать пожилого пациента информацией о каждом препарате
- 4) пациент должен знать целевые показатели пульса, АД, уровня ЛПНП в крови.

**17. Увеличение распространенности аритмий сердца у пожилых лиц обусловлено возрастными изменениями. Что неверно?**

- 1) с возрастом снижается автоматизм синусового узла
- 2) с возрастом повышается автоматизм синусового узла
- 3) повышается чувствительность миокарда к катехоламинам
- 4) снижается содержание внутриклеточного калия в миокарде

**18. Какой лекарственный препарат является антикоагулянтом?**

- 1) клопидогрел
- 2) ацетилсалициловая кислота
- 3) ривароксабан
- 4) тикагрелор

**19. Какой лекарственный препарат является дезагрегантом?**

- 1) клопидогрел
- 2) ривароксабан
- 3) лозартан
- 4) розувастатин

**20. Какие нарушения ритма сердца требуют назначения антиаритмических препаратов у пациента, 80 лет, страдающего ИБС: постинфарктным кардиосклерозом?**

- 1) желудочковая бигеминия
- 2) синусовая аритмия
- 3) синусовая брадикардия
- 4) редкая наджелудочковая экстрасистолия

**21. Пациент, 82 лет, длительно страдающий перманентной фибрилляцией предсердий, принимает метопролол и варфарин. За последний месяц дважды наблюдались обмороки. Какое обследование необходимо провести, кроме...**

- 1) холтер ЭКГ
- 2) пробу с физической нагрузкой
- 3) ЭХОКГ
- 4) УЗИ сонных артерий

**22. Назовите главную причину инвалидизации и смертности пациентов с фибрилляцией предсердий.**

- 1) геморрагический инсульт
- 2) ишемический инсульт
- 3) острый коронарный синдром

4) артериальная гипотензия

**23. Антикоагулянтная терапия у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий обоснована, если значение индекса CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc составляет:**

- 1)  $\geq 1$  у мужчин и  $\geq 2$  у женщин
- 2)  $\geq 2$  у мужчин и  $\geq 3$  у женщин
- 3)  $\geq 2$  независимо от пола
- 4)  $\geq 3$  независимо от пола

**24. Назовите факторы, которые могут препятствовать адекватной антикоагулянтной терапии у людей пожилого и особенно старческого возраста.**

- 1) когнитивные расстройства вплоть до деменции
- 2) полиморбидность и сопутствующая терапия
- 3) опасения по поводу геморрагических осложнений
- 4) все выше перечисленные

**25. Антиаритмический эффект  $\beta$ -блокаторов обусловлен... Назовите неправильный ответ.**

- 1) уменьшением ЧСС
- 2) подавлением триггерной активности (устранение ишемии)
- 3) замедлением проведения в АВ-узле
- 4) блокадой калиевых каналов

#### Кейс – задачи:

##### **Задача №1.**

Больная Т., 70 лет, после работы на даче почувствовала резкую слабость, головокружение, тошноту. В анамнезе гипертоническая болезнь с 55 лет. АД повышалось до 180/100 мм рт. ст., 2 года назад перенесла ТИА. Регулярно принимает лозартан 100 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут. с достижением АД 130/80 мм рт.ст. Объективно: отеки обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, 10 экстрасистол в минуту. ЧСС = 90 уд/мин. АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень +2 см.

##### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

## **Задача №2.**

Больная А., 80 лет, внезапно почувствовала резкую слабость, головокружение, «остановку сердца», нехватку воздуха. В анамнезе гипертоническая болезнь более 20 лет, последние 5 лет – перманентная фибрилляция предсердий. Регулярно принимает лизиноприл, бисопролол, кардиомагнил. Последнюю неделю АД 180/90 мм рт.ст. Самостоятельно к лечению добавила верапамил. Через 2 дня – вышеуказанное ухудшение. Родственники вызвали «скорую помощь». Объективно: состояние средней тяжести. Вялая, на вопросы отвечает с трудом. Кожа бледная, обычной влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм неправильный. ЧСС =42 уд/мин. АД=110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень + 1 см. Пастозность стоп. Очаговой неврологической симптоматики нет.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какова тактика врача «скорой помощи»?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести пациентке?
4. Цели ведения данной пациентки. Обоснуйте необходимую фармакотерапию.

## **V. 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>.

## **Тема занятия: «БРАДИАРИТМИИ И НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА»**

(Натальская Н.Ю., к.м.н., ассистент)

**Цель занятия:** изучить особенности клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения брадиаритмий и нарушений проводимости у лиц пожилого и старческого возраста.

**Форма проведения:** самостоятельная работа обучающихся (самостоятельное изучение тем)

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

**Методическое оснащение:** методические разработки для студентов, контрольные вопросы, кейс-задачи, тестовые вопросы

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

### **Организационно-методические указания для преподавателей**

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-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

#### **ПК-7:**

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

### **Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 6 часов**

#### **II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Назовите лекарственные препараты, которые могут вызвать выраженную брадикардию у пожилых лиц.

2. Показания к имплантации постоянного ЭКС.
3. В каких случаях показана установка временного ЭКС.
4. Причины развития синдрома слабости синусового узла (СССУ) у лиц пожилого и старческого возраста.
5. Патогенез СССУ у пожилых.
6. Клиническая картина СССУ у пожилых.
7. Электрокардиографические критерии диагностики СССУ у пожилых лиц.
8. Показания для проведения холтеровского мониторирования пожилым.
9. Показания и противопоказания для проведения чреспищеводного электрофизиологического исследования сердца лицам пожилого и старческого возраста.
10. Лечение пожилого пациента с СССУ.
11. Клиника, диагностика АВ-блокады I степени у лиц пожилого и старческого возраста.
12. Клиника, диагностика АВ-блокады II степени у лиц пожилого и старческого возраста.
13. Клиника, диагностика АВ-блокады III степени у пожилых.
14. Прогноз пожилых пациентов с АВ-блокадой.
15. Показания к госпитализации пожилых пациентов с брадиаритмией.

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

**IV. Заключительная часть:**

#### Программированный контроль:

**1. Абсолютными показаниями к имплантации постоянного ЭКС являются все перечисленное, кроме ....**

- 1) АВ – блокада I степени ( $PQ > 0,3$  с) у пожилых пациентов с симптомами ХСН
- 2) АВ – блокада II степени при наличии симптомной брадикардии
- 3) АВ – блокада II степени в сочетании с асистолией 3 с и более
- 4) АВ – блокада II степени после катетерной аблации АВ – узла.

**2. Возможные варианты СССУ у пожилых. Назовите неправильный ответ**

- 1) стойкая синусовая брадикардия
- 2) стойкая синусовая аритмия

- 3) СА-блокада
- 4) остановка синусового узла

**3. Какая причина крайне редко вызывает развитие СССУ у пожилых?**

- 1) ИБС
- 2) клапанные пороки сердца
- 3) отравления
- 4) ваготоническая дисфункция

**4. Клиническая картина СССУ у пожилых. Какое утверждение неверно?**

- 1) приступы Морганьи –Адамса-Стокса у пожилых всегда требуют реанимационных мероприятий
- 2) приступы МАС у пожилых могут пройти самостоятельно
- 3) пожилые пациенты могут жаловаться на головокружение, слабость, шум в ушах
- 4) у пожилых лиц возможно бессимптомное течение СССУ

**5. Какие возрастные изменения в проводящей системе сердца способствуют увеличению частоты брадиаритмий и нарушений проводимости у лиц пожилого и старческого возраста? Какой ответ неверен?**

- 1) прогрессирующее уменьшение количества пейсмекерных клеток в синоатриальном узле
- 2) увеличение количества фиброзной и жировой ткани
- 3) инфильтрация амилоида
- 4) увеличение количества пейсмекерных клеток

**6. Назовите наиболее редкую причину синусовой брадикардии у пациентов старше 60 лет**

- 1) нижний инфаркт миокарда
- 2) гипертермия
- 3) повышение внутричерепного давления
- 4) прием ивабрадина

**7. Перечислите наиболее частые причины синоатриальной блокады у лиц пожилого и старческого возраста. Укажите неправильный ответ.**

- 1) ишемия миокарда
- 2) интоксикация сердечными гликозидами
- 3) миокардит
- 4) возрастные гистологические изменения в проводящей системе сердца



**8. Какой лекарственный препарат нельзя назначать пожилому пациенту с артериальной гипертензией и брадикардией?**

- 1) амлодипин
- 2) бисопролол
- 3) лизиноприл
- 4) индапамид

**9. Какой лекарственный препарат следует назначить пожилому пациенту со стенокардией напряжения и синусовой брадикардией?**

- 1) амлодипин
- 2) ивабрадин
- 3) метопролол
- 4) атропин

**10. Пожилая пациентка страдает гипертонической болезнью и перманентной фибрилляцией предсердий. Принимает ксарелто, метопролол, лизиноприл. Последние 10 дней появилась слабость, головокружение, шум в ушах. При самостоятельном измерении: ЧСС 42-48 уд/мин; АД 120/70-130/80 мм рт. ст. С чем связано ухудшение самочувствия?**

- 1) нерациональная комбинация препаратов
- 2) недостаточная доза лизиноприла
- 3) передозировка метопролола
- 4) передозировка лизиноприла

**11. Больной К., 68 лет, поступил в АРО по поводу нижнего инфаркта миокарда. ЧСС =40 уд/мин. АД =105/60 мм рт. ст. На ЭКГ – Q инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, PQ = 0.32 с. Какое нарушение проводимости имеется у пациента?**

- 1) АВ – блокада I степени
- 2) АВ блокада II степени
- 3) полная АВ блокада
- 4) фибрилляция предсердий, брадисистолическая форма

**12. Больная, 80 лет, доставлена скорой помощью в кардиологическое отделение по поводу острого коронарного синдрома. За время лечения дважды наблюдались эпизоды потери сознания с судорогами. Объективно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС = 40 уд/мин. АД = 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ: зубцы Р не связаны с комплексом QRS жестким интервалом,**

**продолжительность PP=0,80 сек, RR = 1,5 сек. С чем связаны эпизоды потери сознания?**

- 1) эпилепсия
- 2) полная АВ блокада
- 3) нарушение мозгового кровообращения
- 4) фибрилляция желудочков

**13. 76-летний мужчина обратился к участковому врачу с жалобами на головокружение, пошатывание при ходьбе, слабость, приступы сердцебиения. Дважды наблюдались обмороки. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС=52 уд/мин. АД=150/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?**

- 1) общий анализ крови
- 2) холтер ЭКГ
- 3) велоэргометрия
- 4) 1+2

**14. При остро возникшей выраженной брадиаритмии у лиц пожилого и старческого возраста можно использовать все перечисленное, кроме:**

- 1) в/в атропин
- 2) в/в изопреналин
- 3) в/в преднизолон
- 4) временная электрокардиостимуляция

**15. Приступ МАС у пожилых может быть спровоцирован следующим....**

- 1) синусовой брадикардией
- 2) блокадой левой ножки пучка Гиса
- 3) блокадой правой ножки пучка Гиса
- 4) АВ –блокадой

**16. Приступы МАС могут наблюдаться у пожилых при....**

- 1) АВ – блокаде I степени
- 2) экстрасистолии
- 3) АВ – блокаде III степени
- 4) синусовой аритмии

**17. Назовите правильное суждение о приступе МАС.**

- 1) диагностируется только на основании данных ЭКГ

- 2) потеря сознания при выраженной брадиаритмии с резким снижением сократительной способности сердца
- 3) обусловлен повышением минутного объема крови
- 4) характерно параксизмальное включение проксимального эктопического водителя ритма желудочков

**18. Пожилому пациенту с фибрилляцией предсердий, брадисистолической формы нельзя назначать:**

- 1) нифедипин
- 2) варфарин
- 3) ивабрадин
- 4) амлодипин

**19. Причины СА – блокады у лиц пожилого возраста:**

- 1) ишемическая болезнь сердца
- 2) интоксикация сердечными гликозидами
- 3) миокардит
- 4) все перечисленное

**20. Прогноз при СА – блокаде у пожилых. Назовите неправильный ответ.**

- 1) всегда неблагоприятный
- 2) при преходящей СА – блокаде относительно благоприятный
- 3) при продолжительной СА - блокаде с далеко зашедшим заболеванием сердца прогноз неблагоприятный
- 4) СА-блокада с асистолией без включения замещающего ритма может привести к смертельному исходу

**21. Назовите наиболее редкую причину АВ –блокады у пожилых лиц:**

- 1) ревматический миокардит
- 2) атеросклеротический кардиосклероз
- 3) инфаркт миокарда
- 4) передозировка сердечных гликозидов

**22. При какой локализации инфаркт миокарда у пожилых часто наблюдается АВ- блокада I степени?**

- 1) передне-перегородочной
- 2) верхушечной
- 3) нижней
- 4) боковой

**23. Какой лекарственный препарат не может вызвать АВ-блокаду?**

- 1) дигоксин

- 2) трициклические антидепрессанты
- 3) амлодипин
- 4) амиодарон

**24. В каких случаях пожилым пациентам с инфарктом миокарда и АВ – блокадой показана имплантация ЭКС? Укажите неверное суждение.**

1) ЭКС имплантируют при стойкой АВ – блокаде II – III степени дистального или проксимального типа

2) в остром периоде инфаркта миокарда показана временная ЭКС

3) решение об имплантации постоянного ЭКС принимают через 2-3 месяца

4) решение об имплантации постоянного ЭКС принимают через 2-3 недели

**25. Преимущества двухкамерной электрической стимуляции в сравнении с однокамерной желудочковой стимуляцией у пожилых пациентов с АВ – блокадой. Назовите неправильный ответ.**

1) двухкамерная стимуляция более физиологична

2) двухкамерная стимуляция сердца не улучшает выживаемость больных

3) значительно снижает частоту развития фибрилляции предсердий и умеренно снижает риск инсульта.

4) снижает сердечно-сосудистую смертность.

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной А., 72 лет, вызвал участкового врача на дом. Жалобы на слабость, головокружение. Накануне была кратковременная потеря сознания. Из анамнеза известно, что 3 года назад перенес инфаркт миокарда, 1-2 раза в неделю при ходьбе появляются давящие боли за грудиной, купирующиеся сублингвальным приемом нитроглицерина. Постоянно принимает аторвастатин, аспирин, лизиноприл, метопролол (без контроля ЧСС и АД). Объективно: состояние относительно удовлетворительное. В сознании, на вопросы отвечает. Лицо гиперемировано. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС 40/мин, АД = 180/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень – по краю реберной дуги.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Назначьте лечение.

**Задача №2.**

Пациентка Б., 76 лет, вызвала скорую помощь в связи с внезапным ухудшением самочувствия – резкое головокружение, чувство нехватки воздуха, потемнение в глазах, слабость. Анамнез: в течение 15 лет повышено АД до 190/100 мм рт.ст., последние 3 года беспокоят давящие боли за грудиной при ходьбе, нерегулярно принимала аспирин, амлодипин, лозартан, бисопролол, индапамид. Последние 6 месяцев появилась одышка при ходьбе и редкий пульс (35-40/мин.). Обращалась к участковому врачу. В общем анализе крови и мочи – без патологии. На ЭКГ – синусовая брадикардия (55 уд/мин.). Отклонение ЭОС влево. Умеренные изменения в миокарде. Бисопролол был снят. Объективно: общее состояние средней тяжести. На лице испуг. Сидит, лечь не может из-за усиления одышки. Ч.д. 25/мин. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах влажные хрипы. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС 30 уд/мин., АД=200/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеки стоп. Печень + 2см. Очаговой неврологической симптоматики нет.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова тактика врача скорой помощи?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
4. Назначьте и обоснуйте лечение.

**V. 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). 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: .....
  9. *Жалобы по дежурству, статус пораженной системы, оказанная по дежурству помощь, ее результаты.*
  10. Студенты проводили обход в отделении, измеряли АД, заполняли медицинскую документацию.