федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРИАТРИЯ**

по специальности

*31.08.49 Терапия*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности *31.08.49 Терапия*, одобренной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол №11 от 27 июня 2023 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России 27 июня 2023 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Компетенция** | **Индикатор достижения компетенции** |
|  | **УК-1.** Способен критически и системно анализировать возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте | **Инд.УК1.1.** Проведение анализа достижений в области медицины и фармации |
|
|
| **Инд.УК1.2.** Определение возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте |
|
|
|  | **ПК-1.**Способен к оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения, лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника | **Инд.ПК1.1.** Осуществляет диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" в амбулаторных условиях |
|
|
| **Инд.ПК1.2.** Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и осуществляет контроль его эффективности и безопасности |
|
|
| **Инд.ПК1.3.** Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе реализацию индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов |
|
|
| **Инд.ПК1.4.** Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" |
|
|
| **Инд.ПК1.5.** Проводит медицинские, профилактические медицинские осмотры, медицинские освидетельствования, диспансеризацию, диспансерные наблюдения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и контролирует эффективность мероприятий по диспансерному наблюдению |
|
|
| **Инд.ПК1.6.** Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения |
|
|
|  | **ПК-2.** Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "терапия" в условиях стационара и дневного стационара | **Инд.ПК2.1.** Диагностирует заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" |
|
|
| **Инд.ПК2.2.** Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и контроль его эффективности и безопасности |
|
|
| **Инд. ПК 2.3.** Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе реализацию индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов |
|
|
| **Инд. ПК 2.4.** Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". |
|
|
| **Инд. ПК 2.5.** Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения |
|
|

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема 1. Основы геронтологии и гериатрии. Гериатрические синдромы.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** тестирование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Типовые тестовые задания***

(выбрать один вариант правильного ответа):

1. Гериатрический синдром:

**- \*многофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов и функциональных нарушений;**

- монофакторное возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов и функциональных нарушений;

- возраст-ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни;

клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов и функциональных нарушений;

- возраст-ассоциированное клиническое состояние, повышающее риск функциональных нарушений.

2. К неблагоприятным исходам гериатрического синдрома относятся:

- смерть,

- зависимость от посторонней помощи,

- повторные госпитализации,

- потребность в долгосрочном уходе.

**- \*все верно**

3. Старческая астения:

**- \*гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов, с высоким риском развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти;**

- гериатрический синдром, характеризующийся полиморбидностью;

- астенизация пожилого человека после перенесенной вирусной инфекции;

- синдром патологии внутренних органов пожилых;

- гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов без риска развития неблагоприятных исходов для здоровья.

4. Преастения:

**- \*состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для постановки диагноза старческой астении;**

- состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, но без ее признаков;

- состояние, характеризующее начало хронического заболевания;

- состояние, характеризующее начало острого заболевания;

- не верифицированная старческая астения.

5. Автономность:

**- \*независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения**

- зависимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения

- независимость от посторонней помощи и неспособность самостоятельно принимать решения

- зависимость от посторонней помощи и неспособность самостоятельно принимать решения

- оценка собственных возможностей

6. Факторы риска старческой астении:

- возраст

- низкий уровень физической активности,

- плохое питание,

- депрессия, полипрагмазия

**- \*все верно**

7. К медицинским признакам, свидетельствующим о более высокой вероятности наличия у пациента синдрома старческой астении относят:

- непреднамеренная потеря веса

- недержание мочи

- когнитивные нарушения

- делирий

**- \*все ответы верные**

8. К функциональным признакам, свидетельствующим о более высокой вероятности наличия у пациента синдрома старческой астении относят:

- зависимость от посторонней помощи

- значительное ограничение мобильности

- недавнее падение(я)

- наличие у пациента факторов, предрасполагающих к развитию нежелательных реакций на лекарственные средства

**- \*все ответы верные**

9. В России для скрининга старческой астении разработан и валидирован опросник:

**- \*«Возраст не помеха»**

- «Возраст не беда»

- «Помеха не возраст»

- «Возраст всё может»

- «Возраст не проблема»

10. Основными принципами оказания помощи пациентам гериатрического профиля являются перечисленные, кроме:

- сохранение и поддержание автономности и улучшение качества жизни;

- цель – ориентированный подход;

- пациент-ориентированный подход;

- взаимодействие с семьей, лицами, осуществляющими уход, опекунами;

**- \*акцент на кратковременную помощь**

11. Проведение скрининга на синдром старческой астении рекомендуется у лиц старше:

- 50 лет

- 55 лет

**+ 60 лет**

- 70 лет

- 80 лет

12. К причинам падений у лиц старших возрастных групп, связанные с сердечно-сосудистыми изменениями, относятся перечисленные, кроме:

- артериальная гипертензия,

- последствия перенесенного инсульта,

- синкопы,

- ортостатическая гипотензия,

**- \*атриовентрикулярная блокада I степени.**

13. К факторам риска первичной саркопении относят перечисленные, кроме:

- гормональные изменения;

- ускоренный процесс клеточной гибели, нарушение функции митохондрий, дифференцировка стволовой клетки мезенхимы в адипоцит;

- замещение мышц жировой тканью;

- дегенеративные изменения в нервной системе, нарушение нервных сообщений в мышцах, денервация

**- \*наличие злокачественных образований**

14. К диагностическим критериям саркопении относятся:

**- \*снижение мышечной массы, снижение мышечной силы, снижение мышечной функции**

- снижение мышечной массы, снижение мышечной силы

- снижение мышечной массы, снижение мышечной функции

- снижение мышечной силы, снижение мышечной функции

- любой признак

15. К факторам риска мальнутриции у пожилых людей относятся перечисленные, кроме:

**- \*булимия**

- зависимость от посторонней помощи

- болезнь Паркинсона

- деменция

- депрессия

16. В процессе старения в организме пожилого человека наблюдается:

- снижение органного кровотока

- уменьшение объема внеклеточной жидкости

- снижение метаболической активности в печени

- снижение почечного кровотока

**+все перечисленное**

17. Комплексная гериатрическая оценка:

**- \* многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психо-эмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека**

- диагностический процесс, включающий оценку физического статуса врачом-гериатром

- диагностический процесс, включающий оценку врачом-гериатром физического и психо-эмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека

- междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку функциональных возможностей пожилого человека

- многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку социальных проблем пожилого человека

18. Цель комплексной гериатрической оценки

**-\*разработка плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня функциональной активности пожилого человека**

- разработка плана наблюдения, направленного на восстановление или поддержание уровня функциональной активности пожилого человека

- разработка плана лечения, направленного на восстановление или поддержание уровня функциональной активности пожилого человека

- разработка плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление функциональной активности пожилого человека

- разработка плана лечения и наблюдения, направленного на поддержание функциональной активности пожилого человека

19. Комплексная гериатрическая оценка направлена на определение степени тяжести:

- печеночной недостаточности

- почечной недостаточности

- сердечной недостаточности

- дыхательной недостаточности

**-\*старческой астении**

20. Функциональный статус пациента характеризуется уровнем его:

- \*функциональной активности, мобильности и мышечной силы

- функциональной активности и мобильности

- функциональной активности и мышечной силы

- мобильности и мышечной силы

- функциональной активности

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 2. Особенности диагностики, лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** собеседование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для собеседования***

1. Особенности диагностики, лечения и профилактики ишемической болезни сердца у больных пожилого и старческого возраста.

2. Особенности диагностики, лечения и профилактики артериальной гипертензии у больных пожилого и старческого возраста.

3. Особенности диагностики, лечения и профилактики нарушений ритма сердца у больных пожилого и старческого возраста.

4. Особенности диагностики, лечения и профилактики хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 3. Особенности диагностики, лечения и профилактики ревматических заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** собеседование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для собеседования***

1. Ревматология пожилого возраста. Остеопороз. Особенности диагностики, лечения и профилактики.

2. Ревматология пожилого возраста. Остеоартроз. Особенности диагностики, лечения и профилактики.

3. Особенности течения и лечения системных заболеваний у лиц пожилого возраста.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 4. Особенности диагностики, лечения и профилактики болезней органов дыхания у пациентов пожилого и старческого возраста.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** собеседование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для собеседования***

1. Пульмонология пожилого возраста. Пневмонии. Особенности диагностики, лечения и профилактики.

2. Пульмонология пожилого возраста. ХОБЛ. Особенности диагностики, лечения и профилактики.

3. Пульмонология пожилого возраста. Бронхиальная астма. Особенности диагностики, лечения и профилактики.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 5. Особенности диагностики, лечения и профилактики болезней органов пищеварения у пациентов пожилого и старческого возраста.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** собеседование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для собеседования***

1. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний пищевода и желудка у больных пожилого и старческого возраста.

2. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний печени и желчевыводящих путей у больных пожилого и старческого возраста.

3. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний поджелудочной железы у больных пожилого и старческого возраста.

4. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний кишечника у больных пожилого и старческого возраста.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 6. Особенности диагностики, лечения и профилактики болезней мочевыделительной системы у пациентов пожилого и старческого возраста.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** собеседование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для собеседования***

1. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики рецидивирующей инфекции мочевыводящих путей у больных пожилого и старческого возраста.

2. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики нефритов у больных пожилого и старческого возраста.

3. Хроническая болезнь почек и почечная недостаточность у пожилых. Факторы риска. Диагностика. Тактика ведения.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 7. Особенности диагностики, лечения и профилактики болезней системы кроветворения у пациентов пожилого и старческого возраста.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** собеседование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для собеседования***

1. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики анемий у пациентов пожилого и старческого возраста.

2. Особенности течения и ранней диагностики гемобластозов у пациентов пожилого и старческого возраста.

3. Особенности течения, диагностики и лечения геморрагических диатезов у пациентов пожилого и старческого возраста.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Тема 8. Особенности диагностики, лечения и профилактики эндокринных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста.**

**Формы текущего контроля** **успеваемости:** собеседование, проверка историй болезни.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для собеседования***

1. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета у больных пожилого и старческого возраста.

2. Особенности течения, диагностики, лечения и профилактики заболеваний щитовидной железы у больных пожилого и старческого возраста.

***Проверка историй болезни***

включает в себя оценку:

1. Ведения медицинской документации, качества её оформления.

2. Выполнения перечня работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния пациента и клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни;

- проведение клинического обследования и описания объективного статуса пациента по органам и системам;

- оценка факторов риска;

- формулирование предварительного диагноза (диагноза при поступлении, диагноза в начале курации) на основе полученной информации;

- определение состояний, требующих оказания неотложной помощи;

- разработка плана лабораторного, инструментального и иного обследования;

- оценка данных лабораторного, инструментального и иного обследования;

- проведения дифференциальной диагностики;

- назначения дополнительных методов исследования для уточнения диагноза;

- определения показаний для направления на консультации к специалистам;

- формулирования клинических диагнозов в соответствии с МКБ-10 и их обоснованность.

3. Выполнения перечня работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами ведения), порядками и стандартами медицинской помощи у лиц пожилого и старческого возраста:

- оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

- назначение медикаментозного лечения в соответствии с диагнозом и с учетом факторов риска заболеваний и их осложнений, показаний и противопоказаний;

- назначение немедикаментозной терапии, физиотерапии, ЛФК, с учетом факторов риска, показаний и противопоказаний;

- контроль эффективности лечебно-профилактических мероприятий и их возможных побочных эффектов.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| **собеседование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, представил аргументацию, ответил на вопросы участников собеседования. |
|  Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, проявил логику изложения материала, но не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся ясно изложил суть обсуждаемой темы, но не проявил достаточную логику изложения материала, не представил аргументацию, неверно ответил на вопросы участников собеседования. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающийся плохо понимает суть обсуждаемой темы, не способен логично и аргументировано участвовать в обсуждении. |
| **проверка историй болезни** | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся продемонстрировал правильно или с незначительными погрешностями заполненные истории болезни, обосновал лечебные методики, рациональную фармакотерапию с учетом гендерных, возрастных и других особенностей пациентов, оценил эффективность лекарственных препаратов с учетом их возможных побочных эффектов.  |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать заполненные истории болезни или при их ведении допустил существенные ошибки, не смог обосновать назначение лекарственных средств или не учел к ним противопоказания для их применения у пациента. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Геронтология и гериатрия» проводится в форме недифференцированного зачета по зачетным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и выполнения практических заданий по решению ситуационных задач:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и решению ситуационных задач.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или по решению ситуационных задач.

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

***Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине***

1. Функциональные изменения при старении. Общие закономерности регуляции обмена веществ и энергии при старении
2. Морфологические изменения при старении.
3. Понятие «гериатрический синдром». Отличие от понятия «синдром». Классификация.
4. Старческая астения. Диагностика. Тактика ведения.
5. Сенильный остеопороз. Диагностика, лечение, профилактика. Диспансерное наблюдение.
6. Анемический синдром у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности анемий позднего возраста. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
7. Атеросклероз как проблема гериатрии. Походы к профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.
8. Хроническая (стабильная) ишемическая болезнь сердца. Особенности диагностики и лечения у лиц пожилого и старческого возраста. Диспансерное наблюдение.
9. Артериальная гипертония и симптоматические гипертонии. Особенности диагностики и лечения у лиц пожилого и старческого возраста. Диспансерное наблюдение.
10. Хроническая сердечная недостаточность. Особенности диагностики и лечения у лиц пожилого и старческого возраста. Диспансерное наблюдение.
11. Бронхит и хроническая обструктивная болезнь легких у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение.
12. Пневмония у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности диагностики и лечения и профилактики. Диспансерное наблюдение.
13. Болезни пищевода и желудка у лиц пожилого и старческого возраста. Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение.
14. Болезни кишечника у лиц пожилого и старческого возраста Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение.
15. Болезни печени и желчных путей у лиц пожилого и старческого возраста Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение.
16. Болезни поджелудочной железы у лиц пожилого и старческого возраста Принципы диагностики и лечения. Диспансерное наблюдение.
17. Поражения суставов и околосуставных структур в пожилом и старческом возрасте. Принципы диагностики и лечения.
18. Сахарный диабет у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности течения и принципы ведения. Диспансерное наблюдение.
19. Болезни щитовидной железы у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности течения и принципы ведения.
20. Пиелонефриты и инфекция мочевыводящей системы у лиц пожилого и старческого возраста. Особенности течения, принципы ведения и диспансерного наблюдения.
21. Нефротический синдром у лиц пожилого и старческого возраста. Принципы диагностики и тактика ведения.
22. Хроническая болезнь почек, Хроническая почечная недостаточность у лиц пожилого и старческого возраста. Причины. Классификация. Диагностика. Тактика ведения. Профилактика. Диспансерное наблюдение.

***Типовые ситуационные задачи для проверки сформированных умений и навыков:***

Задача 1.

 Больной Г., 64 лет, обратился с жалобами на общую слабость, потливость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку.

 Анамнез заболевания: Заболел 10 дней назад после переохлаждения: появился насморк, кашель, болела голова, лечился самостоятельно, повышение температуры до 38,50С, принимал жаропонижающие препараты. Хуже стало вчера вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 25 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb 130 Г/л, Эр. 3,9 х1012/л, ЦП 1,0, лейкоциты 12,0х109/л, п/я 13%, с/я 57%, э 2%, л 23%, м 7%, СОЭ 22 мм/час, Тр. 180,0х109/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику данной клинической ситуации?

д) Выберите место лечения и тактику антибактериальной терапии.

Задача 2.

Мужчина, 68 лет. Жалобы на повышение температуры до 39оС, кашель с вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита.

Данные анамнеза. Неделю назад заболел ОРВИ. Лечился дома парацетамолом состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Данные осмотра. Общее состояние тяжелое. Заторможен. Одышка в покое с ЧД 32 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 ниже угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс – 100 в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

Данные лабораторных исследований.

ОАК: эр. – 4,5х10 12/л, Нв – 120 г/л, цв.п. – 0,9; тромбоциты – 220х109/л, лейкоциты – 13,2х109/л, пал. – 8%, сегм. – 52%, лимф. – 32%, мон. – 8%, СОЭ – 32 мм/час.

 ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. Вес – 1020, белок – 0,033 г/л, сахара нет, лейк. – 3-5 в п/зр., эр. – нет, цилиндров нет.

 Биохимический анализ крови: общий белок – 80 г/л, сахар – 3,9 ммоль/л, холестерин – 4,2 ммоль/л, билирубин – 12,4 мкмоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, СРБ – 100 мг\л.

 Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский – 2-3 в п/зр., мерцательный – 5-7 в п/зр., альвеолярный – 5-7 в п/зр., лейкоциты – 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.

 Бактериологический анализ мокроты – высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.

 Данные инструментального исследования.

 Рентгенография легких – Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

 ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 98 уд/мин. ЭОС не отклонена.

ВОПРОСЫ:

а) Установите предварительный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Обоснуйте выбор места лечения пациента с учетом шкалы CRB-65.

г) Составьте план дополнительного обследования в стационаре.

д) Определите тактику дальнейшего ведения пациентки в стационаре (принципы терапии, сроки контроля эффективности проводимой терапии, длительность курса антибиотикотерапии).

Задача 3.

Мужчина Ю., 69 лет. Жалобы на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня.

Анамнез заболевания: Около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита. Обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ. Во время обострений усиливается одышка, отмечается кашель с гнойной мокротой. С 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании).

Анамнез жизни: Работал маляром. Курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно.

Данные объективного обследования: Состояние средней степени тяжести. Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет.

Общий анализ крови: Hb – 162 г/л, лейкоциты – 8,4 тыс. (формула – без особенностей), тромбоциты – 300 тыс., СОЭ – 12 мм/ч

Анализ мокроты: лейкоциты – 30 в п/зр, эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена и спирали Куршмана не найдены, БК – отр.

ЭКГ: - синусовый ритм с ЧСС 98 в мин. ЭОС вертикальная. Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП.

ЭХОКС: Правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом.

Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии.

Спирография: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Шкала одышки mMRC 5 баллов.

РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%.

Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплощение диафрагмы.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите вероятный диагноз.

б) Обоснуйте вероятный диагноз.

в) Составьте дифференциально-диагностический ряд.

г) Обоснуйте принципы медикаментозной терапии ХОБЛ у данного пациента.

д) Обоснуйте возможность применения длительной кислородотерапии у данного пациента: обоснование, цель, длительность.

Задача 4.

Женщина 62 лет обратилась с жалобами на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд.

Считает себя больной в течение полугода, когда появилась сухость во рту, жажда. Неделю назад появился кожный зуд, что и заставило обратиться к врачу.

Работала поваром в школьной столовой. В анамнезе - 5 лет хронический панкреатит.

У двоюродной сестры 2 года назад выявлен сахарный диабет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ - 36 кг/м2. Окружность талии – 106 см, окружность бедер – 109 см. Кожные покровы чистые, на руках следы расчѐсов. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: глюкоза крови натощак - 6,8 ммоль/л, через 2 часа после еды – 11,4 ммоль/л, общий холестерин - 6,1 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Препарат какой группы рекомендуется пациентке для коррекции гипергликемии? Обоснуйте выбор.

д) Через 6 месяцев больная вновь пришла на приѐм к врачу. В результате проведѐнной терапии вес пациентки снизился на 6 кг. HbA1c снизился на 0,4% и была достигнута индивидуальная цель. Какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте выбор.

Задача 5.

Мужчина 69 лет наблюдается в районной поликлинике у врача-гериатра по поводу артериальной гипертонии, получает гипотензивную терапию в виде эналаприла в дозе 20 мг/сут., индапамид-ретард 1,5 мг в сутки, гиполипидемическую терапию: аторвастатин 20 /сут. При очередном обращении для выписки рецептов пожаловался на слабость, утомляемость, похудел на 3 кг, в связи с чем был направлен на определение уровня гликемии натощак, который оказался на уровне 5,8 ммоль/л.

Мать пациента страдала сахарным диабетом, получала лечение глибенкламидом, затем была переведена на инсулинотерапию. Умерла от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет. В анамнезе у пациента хронический пакреатит с нарушением внешнесекреторной функции, что требует практически ежедневного 2-3-кратного приема заместительной терапии пищеварительными ферментами (панкреатин).

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 33 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной влажности. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные. ЧСС - 74 ударов в минуту. АД - 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное.

В анализах: при проведении теста толерантности к глюкозе глюкоза крови через 2 часа после еды - 12,8 ммоль/л, HbA1c – 7,9%, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ - 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 1,0 ммоль/л, мочевина – 5,4 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л, натрий – 144 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Препарат какой группы порекомендуете пациентке для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

д) Через 6 месяцев больной пришел на приѐм к врачу. В результате проведѐнной терапии был достигнут целевой уровень HbA1c 7,4%. Переносимость приема препарата была удовлетворительная. Какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте выбор.

Задача 6.

Больная И. 73 лет на приѐме в поликлинике жалуется на слабость, утомляемость, снижение аппетита, одышку при ходьбе, похудание, периодически сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение.

Из анамнеза известно, что начало заболевания связывает с переутомлением.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы на ощупь влажные, отмечается припухлость век. Подкожно жировой слой развит умеренно (рост - 170 см., вес - 54 кг). Отмечается крупный тремор вытянутых пальцев рук, мышечная слабость. Симптомы Грефе и Мобиуса положительные. Щитовидная железа увеличена до II степени (по ВОЗ), эластичная, однородная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС  120 ударов в минуту. АД  160/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1 см от края реберной дуги. Отеки голеней, стоп.

В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,6 моль/л, общий белок 64 г/л, креатинин-86 мкмоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, общий билирубин 16,4 мкмоль/л, фибриноген 2,4 г/л. Исследование тиреоидных гормонов: Т4св. – 40,8, ТТГ – 0,1.

УЗИ щитовидной железы: общий объем 45,5 см3, диффузно неоднородна, эхогенность снижена, кровоток усилен.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, с ЧЖС 115-125 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки нагрузки на правое предсердие.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Назовите основные методы лечения диффузного токсического зоба.

д) Выберите метод лечения тиреотоксикоза в данном клиническом случае

Задача 7.

Больной М. 64 лет на приѐме у врача-гериатра жалуется на быструю утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса.

Из анамнеза известно, что указанные жалобы возникли 6 лет назад без видимой причины и развивались постепенно. За это время вес увеличился с 76 до 118 кг. В анамнезе - повторные ангины.

При осмотре: состояние удовлетворительное, рост – 165 см, кожные покровы чистые, сухие, особенно на локтях, холодные на ощупь. Лицо одутловатое, бледное. Кисти пастозны. На нижних конечностях плотный отѐк. Распределение жировой клетчатки равномерное. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, больше правая; железа плотная, безболезненна (1 ст. по ВОЗ). Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16. Границы относительной тупости сердца: левая - 1,5 см кнаружи от средне-ключичной линии; правая – на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко ослаблены. Пульс - 53 в минуту, ритмичен. АД - 90/70 мм рт. ст. Язык влажный, со следами зубов. Живот увеличен за счет жировой клетчатки и вздутия. Пальпация его безболезненна. Печень не увеличена. Стул склонность к запорам.

При лабораторном исследовании было выявлено ТТГ: 14 мМЕ/л (норма 0,4-4 мМЕ/л), св. Т4 – 5,6 пмоль/мл (норма 10 пмоль/л-25 пмоль/л), анти-ТПО - 364 МЕ/Мл (до 30 МЕ/мл).

Общий анализ крови: эритроциты - 3,5×1012/л, лейкоциты - 5,8×1012/л, гемоглобин – 96 г/л. Холестерин крови - 8,8 ммоль/л. Общий анализ мочи без патологии. Результат ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 56 в мин. ЭОС горизонтальная. Снижен вольтаж зубцов. Нарушение процессов реполяризации диффузного характера.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Назначьте лечение согласно стандартам оказания медицинской помощи.

д) Через 3 месяца после назначенной патогенетической терапии на дозе L-тироксина 100 мкг/сутки уровень ТТГ - 7,2 мМЕ/л. Ваша дальнейшая тактика.

Задача 8.

Мужчина, 61 год, обратился с жалобами на сухость во рту, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен сахарным диабетом в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м2. Кожные покровы обычной окраски. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезѐнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Мочеиспускание безболезнонное.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 9,0 ммоль/л, постпрандиальная 12,0 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин; альбуминурия – 100 мг/сутки.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Препараты какой группы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

д) Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой ответ.

Задача 9.

Пациентка 70 лет обратилась с жалобами на слабость, утомляемость, приступы головной боли, головокружения, сердцебиения, одышки, загрудинных болей, побледнения кожи на фоне повышения АД до 200/100 мм рт.ст. Кроме того, отмечался страх смерти, потливость. Продолжительность приступов 10-15 мин., чаще в вечернее время, после приступа - обильное мочеиспускание, слабость.

Анамнез заболевания: ранее стабильного повышения АД не отмечала, изредка до 140/90 мм рт.ст., не лечилась. Указанные приступы беспокоят в течение 2-х лет, участились в последние 2 месяца, провоцируются физической нагрузкой, тряской ездой. За последний год похудела на 3 кг.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 33 кг/м2. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Стул регулярный.

В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, общий белок 72 г/л, общий билирубин – 16 мкмоль/л.

УЗИ надпочечников: в проекции правого надпочечника образование 4 см в диаметре.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С чем чаще всего приходится проводить дифференциальную диагностику феохромоцитомы?

д) Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке в качестве стартовой терапии. Обоснуйте свой выбор.

Задача 10.

Пациентка, 66 лет, обратилась с жалобами: на ежедневную изжогу после приема любой пищи, отрыжку кислым, боли в эпигастрии, левом и правом подреберьях после приема жирной пищи и газированных напитков, тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту.

Анамнез заболевания: изжога беспокоит более 10 лет, периодически принимает антациды, более 20 лет страдает ожирением (вес 105 кг, рост 170 см), алкоголь не употребляет.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. На передней брюшной стенке «капли красной росы». В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 74 уд.в мин., АД – 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, правом и левом подреберьях. Симптомы Мерфи, Ортнера положительны. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Отеков нет. Стул регулярный.

Лабораторные данные:

ОАК: Hb - 138 г/л, эритроциты - 4,84 х 1012/л, ЦП – 0.86, тромбоциты – 214 х 109/л, лейкоциты – 6,6 х 109/л; п/я – 6%; с/я –53%; э -1%; л/ф -29%; м-11%; СОЭ 37 мм/час.

ОАМ: Уд. вес 1020, белок – отр., лейкоциты – 1- 2 в п/зр.

Копрограмма: цвет корич., офор., реакция на скрытую кровь – отриц; мыш. волокна с исчерч.- 0-1; без исчерченности – 2-3; жир. кислоты – небольшое кол-во, перевар. клетчатка - отр. внеклет крахмал - 0-1 в п/з. Йодофильная флора - един. Я/глист и патогенные простейшие не найдены.

Биохимические показатели крови: билирубин общ – 14,6 ммоль/л; билирубин связанный-12,4 ммоль/л; общий холестерин - 5,9 ммоль/л, в-ЛП - 5,7, АлАт - 37 Ед/л, АсАт – 30 Ед/л; амилаза крови 94 Е/л.; глюкоза крови - 5,56 ммоль/л; мочевина - 6,09, креатинин – 77 мкмоль/л, общий белок – 87 г/л, щелочная фосфатаза - 96 Е/л; фибриноген - 3,0 г/л; ГГТ - 27 Е/л; сиаловая проба - 0,14; С-реактивный белок - отриц; ЛДГ - 366 Ед/л; Калий - 5,23 ммоль/л; Натрий - 149,4 ммоль/л.

ИФА к описторхиям, токсокарам, лямблиям, аскаридам - отриц.

ИФА к Helicobacter pylori-положит 1:80

ВГС+HBsAg-отрицательный.

ЭКГ: Синусовый ритм с ЧСС 81 в мин. Полугоризонтальное положение ЭОС. Диффузные нарушения процессов реполяризации.

УЗИ внутренних органов: Печень левая доля 55 мм, правая доля 138 мм, контуры ровные, эхоструктура диффузно однородная, эхогенность не изменена. Воротная вена - 9 мм, холедох - 4 мм. Желчный пузырь 92х29 мм, форма обычная, эхогенность стенок повышена, толщина 2 мм, содержимое - небольшое уровень желчи, конкрементов нет. Поджелудочная железа – 28x16x25 мм, контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Селезёнка – 100х41мм, контуры ровные, эхоструктура однородная, эхогенность не изменена. Почки – правая 103х57х16 мм, левая 101х51х15 мм, расположение типичное, контуры ровные, паренхима неоднородная, почечные синусы не расширены, конкрементов нет.

ЭГДС: Антральный гранулярный гастрит. Короткий пищевод.

Рентгеноскопия органов легких, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки: Перидуоденит.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Обоснуйте выбор лечебной тактики.

д) Предложите метод контроля за эффективностью проводимого лечения.

Задача 11.

Больная К., 65 лет, обратилась с жалобами на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, преимущественно в ночное время, общую слабость, потерю веса, боли в коленных и голеностопных суставах.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала. За 2 нед до обращения появился жидкий стул с примесью крови и слизи, в течение 10 дней принимала антибиотики и лоперамид. Самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 12 кг.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык влажный, обложен белым налетом; перкуторно границы легких в пределах нормы, ясный легочный звук; при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не изменены, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 94 в минуту. Размеры печени по Курлову 10x9x8см, нижний край печени безболезненный. Живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются. Периферических отеков нет. Щитовидная железа не увеличена. Патологические рефлексы отсутствуют. Внешних изменения в суставах не определяются.

Анализ крови: Hb - 110 г/л, эритроциты - 4,1х1012/л, лейкоциты - 6,8х109/л, палочкоядерные - 1 %, сегментоядерные - 65 %, лимфоциты - 30 %, эозинофилы - 1 %, моноциты - 3 %, СОЭ – 26 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1019, белок, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Биохимия крови: общий белок - 60 г/л, холестерин - 4,2 мг %, креатинин - 102 мкмоль/л, калий - 3,5 ммоль/л, натрий – 145 ммоль/л, общий билирубин 18,3 мкмоль/л, АСТ - 30 ЕД, АЛТ - 20 ЕД.

УЗИ органов брюшной полости - патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Какие ошибки были допущены при проведенном лечении?

д) Назначьте лечение данной пациентке в соответствии с современными требованиями.

Задача 12.

Мужчина, 69 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, ноющие, голодные (по ночам), исчезающие после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым содержимым, снижение аппетита, запоры, иногда – рвоту желудочным содержимым, чаще на высоте болей, приносящую облегчение (иногда вызывается пациентом самостоятельно).

Из анамнеза заболевания. Много лет наблюдался в поликлинике с диагнозом «хронический гастрит», беспокоили боли в эпигастрии после приема острой и жареной пищи, изжога. Настоящие жалобы впервые возникли примерно полгода назад, но боли быстро купировались приемом альмагеля. Ухудшение самочувствия около двух дней, возобновились ночные голодные боли без иррадиации, присоединилась рвота на высоте болей съеденной пищей. Самостоятельно принимал но-шпу, альмагель без выраженного и стойкого эффекта.

Перенесенные заболевания: детские инфекции. Питается нерегулярно, часто всухомятку, часто употребляет алкоголь в больших количествах. Курит до 1 пачки сигарет в день. Наследственность: у отца – язвенная болезнь желудка. Аллергологический анамнез не отягощен.

Данные осмотра. Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Астенического телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд/мин. АД 130/85 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык обложен белым налетом, на боковых поверхностях языка отпечатки зубов, сосочки сглажены. Живот симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания, локальная умеренная резистентность в пилородуоденальной зоне. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом Менделя слабо положительный в пилородуоденальной зоне. При глубокой пальпации определяются все отделы толстого кишечника, нормальных размеров безболезненные, эластичные, определяется болезненность в пилородуоденальной области. Размеры печени по Курлову 987 см. Селезенка не увеличена. Поджелудочная железа пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования.

ОАК: Нb-125 г/л, эр. – 4,11012/л, лейкоциты – 6,6109/л, э – 2%, п/я – 2%, с/я – 56%, л – 32%, м – 8%, СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: относительная плотность – 1016, эпителий – 2-3 в п.зр., белок, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: сахар крови – 4,4 ммоль/л, фибриноген – 2,8 г/л, общий белок – 66 г/л, альбумины – 51%, глобулины – 49%: α1 – 4%, α2 – 12%, β – 15%, γ – 17%, билирубин – 8,9 (2,2/6,7) мкмоль/л.

ЭГДС – пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардия смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая гиперемирована, определяется язвенный дефект 1,0 см в диаметре. Дно прикрыто фибрином. Выявлен Helicobacter pylori.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

г) Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациенту? Какие существуют способы повышения эффективности назначенной терапии. Обоснуйте свой выбор.

д) Какова дальнейшая тактика ведения пациента? В какие сроки и каким методом следует контролировать эффективность эрадикации Helicobacter pylori?

Задача 13.

Женщина, 68 лет, обратилась к врачу с жалобами на частые приступы острой боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, плечо, длящиеся до 3-х часов, сопровождающиеся повышением температуры тела до субфебрильных цифр, тошнотой, рвотой с примесью желчи, лёгкий кожный зуд. Возникают, как правило, после приема острой и жирной пищи.

Анамнез заболевания. Считает себя больной около 2 лет, когда впервые возникли боли в правом подреберье. С этого времени после погрешностей в диете возникают подобные обострения, не обследовалась, самостоятельно принимала спазмолитики, пользовалась грелкой. Вчера после погрешностей в диете возобновились боли, присоединились тошнота и рвота с примесью желчи, сегодня повысилась температура тела до 37,90С, вызвала скорую помощь. Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ. Профессиональный анамнез: на пенсии, часто употребляет жирную и жареную пищу. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре. Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Гиперстенического телосложения, повышенного питания, ИМТ 25,5 кг/м2 . Кожные покровы и видимые слизистые субъиктеричны, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка – 3 см, по средне-ключичной линии – 2 см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет. Язык влажный, у корня обложен бело-жёлтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Край печени не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 1098 см. Симптомы Кера, Мерфи, Ортнера – положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

ОАК: эритроциты – 3,91012/л, Hb – 136 г/л., ЦП – 1,0, СОЭ – 19 мм/ч, тромбоциты – 318109/л, лейкоциты – 11,4109/л: э – 1%, п – 17%, с – 58%, лф. – 15%, м – 9%.

ОАМ: светло-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес 1017; белок, сахар – нет, лейкоциты – 1-2, эпителий – 3-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры – нет, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: сахар крови – 4,3 ммоль/л, фибриноген – 3,4 г/л, протромбиновый индекс – 90%, АСТ – 48 ЕД/л, АЛТ – 46 ЕД/л, холестерин – 5,5 ммоль/л, билирубин общий – 59,0 мкмоль/л, прямой – 53,0 мкмоль/л, непрямой – 6,0 мкмоль/л, амилаза – 95,7 ЕД/л, общий белок – 75 г/л, альбумины – 54%, глобулины – 46%, щелочная фосфатаза 320 ЕД/л, гамма-глютамилтранспептидаза – 85 ЕД/л, желчные кислоты сыворотки – 19 мкмоль/л.

Копрограмма: светло-желтый, мягкой консистенции, запах – специфический, мышечные волокна +, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал +, перевариваемая клетчатка +, соединительная ткань +, слизь – нет, стеркобилин – нет, билирубин – нет.

ЭКГ: ритм синусовый, частотой 82 в минуту, электрическая ось расположена горизонтально. Патологических изменений не выявлено.

УЗИ: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, стенка их уплотнена, общий желчный проток 7 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, стенка 5 мм, уплотнена, в просвете определяются множественные конкременты. Эхогенность стенок жёлчных протоков повышена. Отмечается выраженная болезненность при компрессии датчиком непосредственно в проекции желчного пузыря, наличие жидкости вокруг желчного пузыря. Поджелудочная железа нормальных размеров, повышенной эхогенности, однородная, проток 2 мм.

Обзорная рентгенография брюшной полости: множественные конкременты желчного пузыря.

ВОПРОСЫ:

а) Выделите синдромы. Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте предварительный диагноз.

в) Оцените данные дополнительных методов исследования, оцените индекс массы тела.

г) Поставьте и обоснуйте уточнённый диагноз.

д) Какова дальнейшая тактика ведения пациентки? Консультацию какого специалиста необходимо назначить? Препараты каких групп следует назначить?

Задача 14.

Больной Н., 72 лет, обратился к врачу с жалобами на пожелтение кожного покрова, увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе до 10 кг за 4-5 мес, выраженную слабость, плохой сон ночью и сонливость днем.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение полугода, когда впервые отметил увеличение в размерах живота, стала беспокоить повышенная утомляемость. Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Переливаний крови, внутривенных инъекций лекарств не проводилось. Наследственный анамнез не отягощен.

При осмотре состояние тяжелое. Больной сонлив, в пространстве, времени, собственной личности ориентирован. Отмечается размашистый тремор пальцев рук. Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые желтушны, множественные сосудистые звездочки на плечах. На передней поверхности грудной клетки - расширенные поверхностные вены. Массивные отеки нижних конечностей до средней трети бедер. В легких дыхание везикулярное, справа от угла лопатки не проводится. Хрипов нет. ЧД - 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс 96 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД 130/80 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации чувствительный в правом подреберье. Нижний край печени определяется на 8 см книзу от реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 16x14x12 см. В левом подреберье пальпируется селезенка. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул 1 раз в 2 дня.

Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, лейкоциты - 4,0х109/л, эритроциты - 2,8х1012/л, тромбоциты - 138,0х109/л. СОЭ - 43 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 58,5 г/л, альбумин - 24 г, холестерин - 4,6 ммоль/л, мочевина - 2,7 ммоль/л, креатинин - 62 мкмоль/л, сахар крови - 5,6 ммоль/л, общий билирубин - 133 ммоль/л, прямой билирубин - 65 ммоль/л, К+ - 3,6 мэкв/л, Na+ - 135 мэкв/л, АЛТ - 241 ЕД/л, АСТ - 88 ЕД/л, ЩФ - 170 ЕД/л.

Протромбиновое время - 5 с, международное нормализованное отношение - 3,0.

RW, ВИЧ - отрицательное. Обнаружен HBSAg. Маркеры вирусного гепатита С – отрицательные.

УЗИ органов брюшной полости. Печень: левая доля увеличена до 10 см (N до 7,0), правая доля увеличена до 16,2 см (N до 14,0), структура диффузно неоднородна, эхогенность значительно неоднородна с гипо- и гиперэхогенными включениями. V. porta 1,6 см. D. choledochus 0,5 см. Асцит. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка увеличена (10,5x4,2 см). Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечно-лоханочная система не расширена.

ЭГДС: варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтра-тивных теней не выявлено, корни тяжисты, справа от угла лопатки - жидкость. Сердце и аорта без особенностей.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 92 в минуту, нормальное положение ЭОС.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

д) Перечислите основные направления дальнейшей лечебной тактики у данного больного.

Задача 15.

Больная Б., 63 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, эпизоды учащенного сердцебиения. Указанные жалобы появились месяц назад. Кроме того, стала отмечать изменение вкуса и обоня-ния: нравится мел, уголь, запах побелки. В анамнезе жизни: 2 месяца назад появились кровянистые выделения из влагалища. В связи с нарастанием симптомов маточного кровотечения была госпитализирована в гинекологическое отделение, где при УЗИ гениталий и при раздельном диагностическом выскабливании была диагностирована гиперплазия эндометрия. В последующем выполнена надвлагалищная ампутация матки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

При осмотре: нормостенический тип телосложения. Кожный покров бледный, склеры с голубизной. Волосы сухие ломкие. Ногтевые пластинки истончены, койлонихии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, систолический шум на верхушке, ЧСС – 80 в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени, селезенки не увеличены. Диурез в норме. Отеков нет. Стул регулярный.

Общий анализ крови: Нb – 70 г/л, Эр – 2,1х1012/л, ЦП – 0,6, лейкоциты – 6,1х109/л, выраженный анизоцитоз эритроцитов, СОЭ – 10 мм/час, железо сыворотки – 7 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ кала: без патологии, реакция Грегерсена отрицательна.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в данном случае.

д) Какие рекомендации по диете уместны в данной ситуации и какой железосодержащий препарат и на какой срок Вы бы рекомендовали. Обоснуйте свой выбор. Входит ли пациентка в группу диспансерного наблюдения.

Задача 16.

У мужчины, 69 лет, через 3 года после резекции желудка по поводу прободения, появились жалобы на общую слабость, головокружение, шум в ушах, снижение работоспособности, чувство онемения в конечностях, ощущение «ползания мурашек».

Объективные данные: астенический тип телосложения (рост – 178 см, вес – 60 кг), отмечается бледность кожного покрова, ик-теричность склер, умеренная сглаженность сосочков языка. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 120 /80 мм рт. ст. Пульс – 96 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка пальпируются по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

ОАК: Нb – 70 г/л, ЦП – 1,4, МСV – 118, эритроциты – 3,5х1012/л. тромбоциты – 180х109/л, лейкоциты – 4,5х109/л, нейтрофилы п/ядерные – 5%, с/ядерные – 50%, моноциты – 10%, лимфоциты – 35%, СОЭ – 18 мм/ч.

В миелограмме: пунктат костного мозга гиперклеточный. Эритропоэз смешанный – мегалонормобластический. Имеются гигантские и уродливые палочкоядерные нейтрофилы и метамиелоциты. Встречаются эритроциты с тельцами Жолли.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в данном случае.

д) Какова лечебная тактика в данной ситуации. Обоснуйте ее. В чем заключается диспансерное наблюдение больных с данной анемией.

Задача 17.

Больная Л., 66 лет, пенсионерка, поступила с жалобами на кровотечение из лунки удаленного накануне зуба. В течение прошедшего месяца отмечала слабость, утомляемость, потливость. К врачам не обращалась.

Объективные данные: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и слизистые бледные, на коже передней поверхности грудной клетки определяется петехиальная сыпь. Десны гиперплазированы, кровоточат. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс – 92 уд/мин. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум на верхушке. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Отеков нет. Стул, диурез в норме.

ОАК: Нb – 75 г/л, эритроциты – 2,8х1012/л, ЦП – 0,9, тромбоциты – 15х109/л, лейкоциты – 2,3х109/л, бласты – 20%, миелоциты – 6%, п/ядерные – 4%, с/ядерные – 18%, моноциты – 2%, лимфоциты – 50%, СОЭ – 55 мм в час.

Миелограмма: бласты – 40%, лимфоциты – 20%; эритро-идный, мегакариоцитарный ростки угнетены. Миелопероксидаза положительная в 100%.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С учетом выраженного геморрагического синдрома у данной пациентки с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

д) Какова лечебная тактика и прогноз у данной пациентки

Задача 18.

Пациентка Д., 69 лет. При диспансеризации жалобы на боли в спине умеренного характера, больше в положении стоя и при физической нагрузке, но в покое часто также не исчезают, усиливаются при дыхании, умеренные боли в суставах, в основном в коленных, связанные с физической нагрузкой.

Анамнез заболевания: в 62 года перелом правой лучевой кости при падении дома на скользком полу. В 68 лет перелом хирургической шейки левой плечевой кости при падении вбок во время прополки грядок после дождя. Боли в спине и суставах беспокоят несколько лет. Самостоятельно принимала диклофенак без достаточного положительного эффекта. Менопауза с 50 лет.

Объективные данные. Общее состояние удовлетворительное. Температура 36,70С. Астенического телосложения, пониженного питания, рост 161 см, масса тела 53 кг. Грудная клетка обычной формы, симметрична в акте дыхания. Аускультативно над лёгкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в минуту. АД 135/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не выходит за край рёберной дуги. Селезёнка и почки не пальпируются. Периферических отёков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Отеков нет.

Данные обследований: ОАК: Hb 130 Г/л, Эр. 3,9 х1012/л, ЦП 1,0, лейкоциты 5,0х109/л, п/я 3%, с/я 57%, э 5%, л 28%, м 7%, СОЭ 12 мм/час, Тр. 185,0х109/л.

ОАМ: сол. жёлтая, прозрачная, 1012, белок – отр., сахар – отр., эр. 0-1 п/зр, лейк. 1-2 п/зр., слизь – незн. кол-во, соли - оксалаты. Суточный кальций – 4,5 ммоль/сутки.

Биохимические исследования: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,6 моль/л, общий белок 68 г/л, креатинин-86 мкмоль/л, мочевина – 6,3 ммоль/л, общий билирубин 16,4 мкмоль/л, фибриноген 2,4 г/л, общий кальций 2,6 ммоль/л.

При денситометрии в 73 года Т-критерий в поясничных позвонках –2,3 СО, в шейке бедренной кости –2,0 СО, в бедре в целом –2,1 СО. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Подсчет риска переломов по калькулятору FRAX: 10-летний абсолютный риск основных переломов – 15%, 10-летний абсолютный риск перелома бедренной кости – 3,1%.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Показано ли данной пациентке лечение остеопороза и какие немедикаментозные методы можно рекомендовать.

д) Какой препарат можно рекомендовать данной пациентке для лечения остеопороза?

Задача 19.

На прием к врачу поликлиники обратилась женщина К., 68 лет, с жалобами на периодические головные боли в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе. В анамнезе отмечает повышение АД до 170/100 мм рт. ст. в течение трех лет. Ранее принимала самостоятельно андипал, седативные препараты.

Объективный статус: гиперстеническое телосложение (рост – 159 см, вес – 84 кг), объем талии – 92 см. Кожные покровы обычной окраски, влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушены, ослаблен I тон, акцент II тона на аорте, АД – 150/100 мм рт. ст. на обеих руках, ЧСС – 72 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Отёков нет. Стул, диурез в норме.

Результаты лабораторных исследований: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности – 3,4 ммоль/л, глюкоза крови натощак – 5,4 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 74 в мин., признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (SV1+RV5=3,6mB).

Консультация окулиста: имеется умеренное сужение сосудов глазного дна, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки.

В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л; креатинин – 101мкмоль/л, СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин; альбуминурия– 100 мг/сутки.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) С чем чаще всего приходится проводить дифференциальную диагностику гипертонической болезни.

д) Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту и каковы цели ангипертензивной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Задача 20.

Больная Н., 81 год, при обращении предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, периодически перебои в сердце, головокружение, с эпизодами кратковременной потери сознания, одышку при ходьбе. Из анамнеза заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение последнего года.

Объективные данные: Вес 79 кг, рост 165 см. Кожные покровы обычной окраски, чистые, нормальной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин. АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме. Отеков нет.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: СОЭ - 14 мм/час; эр. – 4,2×1012/л; Нb – 132 г/л; лейк. – 4,5×109/л, тромб. - 190×109/л.

ОАМ: отн. плотность - 1022; лейк. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 в мин., ЭОС горизонтальная, диффузные нарушения процессов реполяризации.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л; сахар крови – 4,8 ммоль/л, креатинин - 85 мкмоль/л, калий – 4,9 ммоль/л, натрий - 160 ммоль/л.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятную причину синкопальных состояний у данной пациентки и метод диагностики, который нужно выполнить в первую очередь.

б) При суточном мониторировании ЭКГ была выявлена преходящая депрессия сегмента ST на 2 мм в покое и при ходьбе в дневное и вечернее время, эпизоды полной атриовентрикулярной блокады до 2-3-х сек 4 раза за сутки. Сформулируйте предварительный диагноз.

в) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

г) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

д) Выберите тактику лечения данной пациентки.

Задача 21.

Больной Г., 69 лет. Жалобы: боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), одышка, потливость в этот момент, перебои в работе сердца, чувство замирания в груди независимо от нагрузки.

Анамнез заболевания: Считает себя больным последние 3 месяца, когда стал отмечать перебои в работе сердца, «толчки», «замирание» в этот момент, чувство кома в горле, слабость. Сознание не терял. Эти ощущения возникают независимо от нагрузки, времени дня. АД регулярно не измеряет. Однократно на приеме у врача АД было 160/95 мм.рт.ст. ИМ, ОНМК в анамнезе не было. Давящие боли в груди возникают при ходьбе 300-400м, или подъеме на 2-3 этажа, с одышкой, потливостью. Боль купируется в покое. Голени и стопы пастозные (последние 2-3 месяца).

Объективные данные: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Голени и стопы пастозные.

Обследование:

1) ОАК: Эр – 3,9 х 1012/л, Нв- 139 г/л, лейкоциты- 4,7 х 109/л, тромб- 210 х109/л, ЦП- 0,87, СОЭ - 14 мм/ч, п/я-2, с/я – 64%, э-2, лимф- 34 %, мон-7%.

2) ОАМ: уд. вес- 1007, белок – нет, лейкоциты- 0-1 в поле зрения, эпителий – 2-3 в п/зр, эритроциты - 0-1 в п/зр.

3)Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,7 ммоль/л, билирубин общий – 20,4 мкмоль/л, креатинин – 107 мкмоль/л, АлАТ 14 Е/л, АсАТ 27 Е/л, общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТАГ – 3,0 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л, калий - 3,4 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, мочевина – 4,7 ммоль/л.

4) Тест с 6-минутной ходьбой: 420 метров.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 85 в мин. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка. Парная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

ВОПРОСЫ:

а) Предположите наиболее вероятный диагноз.

б) Обоснуйте поставленный диагноз.

в) Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

г) Назначьте план проведения медикаментозной терапии.

д) Через месяц самочувствие улучшилось, на фоне приема метопролола тартрата 100 мг/сут ЧСС в покое 55-60 уд. в мин., однако сохранялись жалобы на перебои в сердце, в связи с чем было проведено суточное мониторирование по Холтеру, которое выявило более 600 желудочковых экстрасистол за сутки как в течение дня, так и ночью. Обоснуйте дополнительные назначения.

Задача 22.

Женщина Ю., 70 лет. Жалобы на боли за грудиной давящего характера, приступообразные, возникающие во время ходьбы в обычном темпе на расстояние до 200 м, реже в покое, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 3 минуты, либо в покое.

Анамнез заболевания. Указанные жалобы беспокоят около года. Наблюдалась у терапевта по поводу ИБС. Стабильная стенокардия III ФК. Принимала бисопролол, кардиомагнил, симвастатин. На фоне проводимой терапии жалобы сохранялись направлена в стационар с лечебно-диагностической целью.

Анамнез жизни. Хронические заболевания в анамнезе отрицает. Менструальный цикл сохранен, регулярный.

Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Над легкими ясный легочный звук, в легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в минуту. АД - 115/70 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей. Периферических отеков нет.

Данные лабораторного обследования. ОАК: эр. - 4,7х1012/л, Нв - 135 г/л, цв.п. - 1,0; тромбоциты - 255х109/л, лейкоциты - 7,9х109/л, пал. - 2%, эоз.- 3%, сегм. - 65%, лимф, - 28%, мон. - 2%, СОЭ - 5 мм/ час.

БАК: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, бета-липопротеиды - 4,6 ммоль/л, ПТИ - 100%, сахар - 5,2 ммоль/л, натрий - 133 ммоль/л, калий - 4,9 ммоль/л, кальций - 2,3 ммоль/л, креатинин – 76 мкмоль/л.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белка и сахара нет, лейк. - 2-4 в п/зр., цилиндров нет.

Данные инструментального обследования.

ЭКГ - синусовый ритм с ЧСС 80 в мин. ЭОС не отклонена.

Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

Холтеровское мониторирование: выявлено 3 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время ходьбы в обычном темпе.

Эхокардиография: Атеросклероз аорты. Полости сердца не расширены. ФВ 56%. Зон нарушений локальной сократимости не выявлено. Диастолическая функция не нарушена.

Рентгенография органов грудной клетки: органы грудной клетки без патологии.

Рентгенография грудного отдела позвоночника: патологии не выявлено.

ЭГДС: патологии не выявлено.

Коронарная ангиография: правый тип кровоснабжения миокарда. Гемодинамически значимых поражений коронарных артерий не выявлено.

ВОПРОСЫ:

а) Наиболее вероятный диагноз?

б) Обоснуйте диагноз.

в) Назначьте план проведения медикаментозной терапии.

г) Через три месяца пациент обратился повторно к терапевту. На фоне проводимой терапии (кардиомагнил 75 мг/сут, розувастатин 5 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут.) самочувствие несколько улучшилось – боли в сердце возникают реже - при ходьбе на расстояние до 400м в более быстром темпе, при подъеме на 2-3 этаж периодически. Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. АД 130/90 мм рт.ст., тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд. в мин. В легких дыхание везикулярное. Одышки нет. Лабораторное исследование: БАК: общий холестерин 5,0 ммоль/л, ЛПНП 1,7 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая тактика? Обоснуйте свой выбор.

***Эталоны решения типовых ситуационных задач***

Задача 1.

а) Внебольничная правосторонняя очаговая пневмония, острое течение, средней тяжести.

б) Диагноз пневмонии поставлен на основании жалоб на одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой, постепенное начало (после ОРЗ), лихорадку до 38.60С; объективных данных: при перкуссии локальное притупление перкуторного звука; при аускультации дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы справа, изменений в общем анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ.

За внебольничную пневмонию свидетельствует то, что пациент заболел в домашних условиях. Правосторонняя локализация установлена на основании данных патологической перкуссии и аускультации с правой стороны. Об очаговом поражении говорят объективные данные: притупление перкуторного звука при перкуссии; при аускультации дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

Острое течение – продолжительность заболевания 10 дней.

Средняя тяжесть заболевания установлена на основании лихорадки до 39,00С, одышки с частотой 25 в минуту, лейкоцитоза до 12,0х109/л со сдвигом влево, ускорения СОЭ до 22 мм/ч.

в) Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты с посевом для выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам, рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, биохимическое исследование крови: общий белок, фибриноген, СРБ, мочевина, креатинин, общий билирубин, калий, натрий, АлАТ, АсАТ; общий анализ мочи. ЭКГ для выявления изменений со стороны сердечно-сосудистой системы, исследование функции внешнего дыхания.

г) Данную клиническую ситуацию необходимо дифференцировать с очаговым туберкулезом легких, ТЭЛА/ инфаркт легкого, злокачественным новообразованием легких, лекарственные пневмопатией, лучевой пневмонитом, системным васкулитом, сстрая эозинофильной пневмонией, облитерирующим бронхиолитом с организующейся пневмонией, мукоидной закупоркой бронха.

д) Показана госпитализации в круглосуточный стационар, назначение двух антибактериальных препаратов (β – лактамный антибиотик + макролид (с учетом посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам)), инфузионная терапия. Оценка эффективности проводимой терапии проводится на 2-3-и сутки лечения. При положительном эффекте от проводимой терапии курс антибиотикотерапии продляется до 7 дней. При отсутствии эффекта от проводимой терапии показана замена антибиотикотерапии. С учетом возраста (старше 60 лет) и тяжести состояния пациент нуждается в стационарном лечении.

Задача 2.

а) Внебольничная пневмококковая правосторонняя пневмония в нижней доле.

б) Пневмония установлена на основании жалоб повышение температуры до 390С, кашель с вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита, данных анамнеза: неделю назад заболел ОРВИ, вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы, данных осмотра: общее состояние тяжелое, заторможен, одышка в покое до 32 в 1 минуту. слабый диффузный цианоз лица, физикальных данных: усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 угла ниже правой лопатки, дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы, снижения АД до 105/70 мм рт.ст., данных лабораторных исследований: лейкоцитоз до 13,2х109/л со сдвигом влево, ускорения СОЭ до 32 мм/час, увеличеня СРБ до 100 мг/л, изменений в анализе мокроты: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, лейкоциты – 80-100 в п/зр., Гр+кокковая флора.

Внебольничная пневмония – диагноз установлен по месту возникновения пневмонии – в домашних условиях.

Пневмококковая пневмония – этиология установлена на основании результата бактериологического анализа мокроты – высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.

Правосторонняя пневмония в нижней доле – локализация и объем поражения установлены на основании объективных данных: выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 8 см2 ниже угла правой лопатки, дыхание жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы, рентгенографии легких – Заключение: правосторонняя нижнедолевая пневмония.

в) Согласно критериям шкалы CRB-65 пациент набирает 3 балла (нарушение сознания – заторможенность – 1б, одышка с ЧД более 30 в мин – 1б, возраст старше 65 лет – 1б). Пациенту показана неоложная госпитализация в круглосуточный стационар.

г) Пульсоксиметрия, определение газового состава крови. При этом гипоксемия со сниженным уровнем PO2 < 60мм рт.ст. или Sр(a)O2 < 90% является неблагоприятным признаком и указывает на необходимость госпитализациив ОРИТ.

Развернутый ОАК: лейкоцитоз более 10-12109/л указывает на высокую вероятность бактериальной инфекции.

БАК (мочевина, электролиты, печеночные ферменты, альбумин) - не дают какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на поражение ряда органов/систем, что имеет прогностическое значение, а также оказывает влияние на выбор ЛС и/или режимов их применения.

Бактериологическое исследование крови, предпочтительно до начала антибиотикотерапии, показано всем пациентам, госпитализированным в стационар и ОРИТ. Рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях – при положительной динамике на фоне лечения через 14 дней от начала лечения, при отсутствии динамики или отрицательной динамике – в более ранние сроки.

д) Показана госпитализации в круглосуточный стационар (по шкале CRB-65 пациент набирает 3 балла (нарушение сознания – заторможенность – 1б, одышка с ЧД более 30 в мин – 1б, возраст старше 65 лет – 1б), назначение двух антибактериальных препаратов (β – лактамный антибиотик + макролид (с учетом посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам)), инфузионная терапия. Оценка эффективности проводимой терапии проводится на 2-3-и сутки лечения. При положительном эффекте от проводимой терапии курс антибиотикотерапии продляется до 7 дней. При отсутствии эффекта от проводимой терапии показана замена антибиотикотерапии.

Задача 3.

а) Диагноз: ХОБЛ, IV степень тяжести, c выраженными клиническими симптомами (mMRC 5), риск обострений высокий (2-3 раза в год), фенотип эмфизематозный. ДН III степени. Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации

б) Диагноз: ХОБЛ установлен на основании жалоб на одышку при бытовой нагрузке, отхождение небольшого количества мокроты по утрам, постоянный сухой кашель в течение дня, данных анамнеза заболевания: около 30 лет назад установлен диагноз хронического бронхита, обострения его повторяются 2-3 раза в году, кашель сохраняется и вне обострения и без присоединения ОРВИ, с 62 лет отмечает прогрессирование одышки, которая в последние полгода стала возникать при выполнении обычной бытовой нагрузке (при уборке комнаты, периодически при одевании, раздевании), данных анамнеза: работал маляром, курит 44 года, одну пачку сигарет ежедневно, данных осмотра: Грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы над всеми отделами легких (практически не изменяются при кашле) ЧСС – 110 в мин.; АД – 115/70 мм рт. ст. Периферических отеков нет. Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Пневмосклероз. Расширение сердца вправо. Талия сердца сглажена. Уплощение диафрагмы.

IV степень тяжести установлена на основании данных спирографии: ОФВ1 – 15%, после ингаляции сальбутамола: ФЖЕЛ – 39%, ОФВ1 – 15%, ОФВ1/ФЖЕЛ – 27%.

Выраженные клинические симптомы на основании шкалы одышки mMRC, по которой пациент набрал 5 баллов.

Риск обострений высокий установлен на основании наличия обострений до 2-3 раза в год.

Фенотип эмфизематозный установлен на основании данных осмотра: грудная клетка бочкообразная. Цианоз губ, пульсирующие яремные вены, вспомогательные дыхательные мышцы участвуют в акте дыхания, ЧДД – 24 в мин. Голосовое дрожание снижено. При перкуссии – коробочный звук над всей поверхностью грудной клетки. При аускультации – дыхание резко ослаблено, с удлиненным выдохом. Рентгенография органов грудной клетки: Выраженная эмфизема легких. Уплощение диафрагмы.

ДН III степени установлена на основании РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%.

Хроническое легочное сердце в фазе декомпенсации установлено на основании наличия признаков гипертрофии ПЖ, правожелудочковой недостаточности, легочной гипертензии: жалоб на одышку, данных осмотра: признаки ПЖ недостаточности: цианоз губ, пульсирующие яремные вены, ЧД 24 в мин., данных инструментальных методов обследования: ЭКГ: - Гипертрофия ПЖ. Гипертрофия ПП, ЭХОКС: правые отделы сердца расширены: ПЖ 3,2 см, ПП визуально увеличено (в 4-камерной позиции), гипертрофия стенки ПЖ (0,6 см) с выраженным гиперкинезом, Допплер-эхокардиография: признаки легочной гипертензии. Рентгенография органов грудной клетки: Талия сердца сглажена.

в) ХОБЛ необходимо дифференцировать от бронхиальной астмы, бронхоэктазии, туберкулеза, облитерирующего бронхиолита, застойной сердечной недостаточности.

г) В связи с наличием выраженных симптомов пациенту необходимо назначить комбинацию ДДАХ/ДДБА сразу после установления диагноза ХОБЛ. Это позволяет благодаря максимальной бронходилатации облегчить одышку, увеличить переносимость физических нагрузок и улучшить качество жизни пациентов.

ИГКС и включающие их комбинации при ХОБЛ не должны использоваться в качестве препаратов первой линии. ИГКС в составе двойной (ДДБА/ИГКС) или тройной (ДДАХ/ДДБА/ИГКС) терапии могут быть назначены только в случаях, когда на фоне проводимой терапии бронхолитиками длительного действия возникают повторные обострения (2 и более среднетяжелых обострений в течение 1 года или хотя бы 1 тяжелое обострение, потребовавшее госпитализации).

д) Наличие дыхательной недостаточности III (РаО2 – 38 мм рт.ст SaO2 – 72%) у данного пациента является абсолютным показанием к проведению длительной кислородотерапии (ДКТ) позволяющей снизить летальность больных ХОБЛ.

Целью кислородотерапии является коррекция гипоксемии и достижение значений РаО2 > 60 мм рт. ст. и SaO2 > 90%.

Лечение должно быть постоянным, длительным и, как правило, проводиться в домашних условиях не менее 15 часов в сутки).

Задача 4.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,0%. Ожирение 2 степени, абдоминальная форма. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациентки на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд сухость, повышение глюкозы крови, высокий уровень гликемии после еды до 11,4 ммоль/л, возраст 62 года – на основании всех этих данных диагностируется сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,0% определен на основании возраста пациентки (62 года), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. ИМТ>35<40 кг/м2 свидетельствует о 2 степени ожирения.

в) Для подтверждения диагноза необходимо провести пероральный глюкозотолерантный тест и определение уровня НбА1с. Кроме того, при подтверждении диагноза - общепринятые исследования: ОАК, ОАМ, моча на МАУ, биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевая кислота, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ, ЭКГ, контроль АД, осмотр ног, оценка чувствительности ног, осмотр офтальмолога, при необходимости – консультация невролога.

г) С учетом исходного уровня НбА1с (7,4%), а также с учетом показателей БАК (прежде всего СКФ 80 мл/мин) пациентке показано назначение метформина, который обладает наибольшими преимуществами по влиянию на инсулинорезистентность, липидный профиль, риски развития сердечно-сосудистых осложнений, массу тела. Метформин назначается в стартовой дозе 500 мг два раза в день с последующим увеличением дозы через неделю до 1000 мг два раза в день. Для оценки эффективности антигипергликемической терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца. Кроме того, пациент должен проводить самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю.

Гиполипидемическая терапия - статины: целевые параметры липидного обмена у пациентки – общий холестерин менее 4.5 ммоль/л, ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, триглицериды – менее 1,7 ммоль/л.

д) Пациентка компенсирована по целевым значениям углеводного обмена. Рекомендуется придерживаться вышеперечисленных рекомендаций по диете и приему метформина, самоконтроль гликемии.

Задача 5.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,5%. Ожирение 1 степени. Артериальная гипертония, 1 степени. ВР. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациента на постоянную сухость во рту, жажду, частое мочеиспускание, общую слабость, кожный зуд сухость, повышение глюкозы крови, высокий уровень гликемии после еды до 12,8 моль/л, возраст 69 лет - в данном случае диагностирован сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,5% определен на основании достаточно возраста пациентки (69 лет), ожидаемой продолжительности жизни 10-15 лет, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. ИМТ>30<35 кг/м2 свидетельствует о 1 степени ожирения.

в) Для подтверждения диагноза и выбора тактики стартовой сахароснижающей терапии необходимо определение уровня НбА1с. Кроме того, при подтверждении диагноза - общепринятые исследования: ОАК, ОАМ, моча на МАУ, биохимический анализ крови: общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, мочевина, расчет СКФ, ЭКГ, контроль АД, осмотр ног, оценка чувствительности ног, осмотр офтальмолога, при необходимости – консультация невролога.

г) С учетом указанного уровня креатинина расчетный уровень СКФ по СКD-EPI составил 95 мл/мин. В качестве стартовой терапии может быть назначен метформин, который обладает наибольшими преимуществами по влиянию на инсулинорезистентность, липидный профиль, риски развития сердечно-сосудистых осложнений, массу тела. Но метформин довольно часто на начальных этапах терапии дает диспепсические явления, что в ряде случаев приводит к отказу от применения препарата. С учетом сопутствующей патологии (хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью), для начальной терапии был выбран препарат из группы ингибиторов ДПП-4 алоглиптин 25 мг в сутки. Данный препарат имеет низкий риск гипогликемии, не влияет на массы тела. Для оценки эффективности антигипергликемической терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца. Кроме того, пациент должен проводить самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю.

д) Пациент компенсирован по целевым значениям углеводного обмена. Рекомендуется придерживаться рекомендаций по диете и приему алоглиптина, самоконтроль гликемии.

Задача 6.

а) Диффузный токсический зоб 2 степени. Тиреотоксикоз тяжелой степени, впервые выявленный. Тиреотоксическое сердце. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. СН II а ст. ФК 2.

б) У пациентки имеются жалобы, характерные для тиреотоксикоза: слабость, утомляемость, снижение аппетита, одышку при ходьбе, похудание, периодически сердцебиение, ощущение «песка в глазах», слезотечение. При осмотре клинические проявления тиреотоксикоза также ярко выражены: тремор, тахикардия, повышение систолического АД, увеличение щитовидной железы. ДТЗ является основной причиной тиреотоксикоза, в том числе у лиц пожилого возраста, кроме того, у пациентки имеются глазные симптомы тиреотоксикоза, которые наблюдаются при ДТЗ.

Синдром тиреотоксикоза подтверждается данными исследования тиреоидных гормнов (повышение Т4св., снижение уровня ТТГ). Вторая степень зоба диагностирована с учетом данных пальпаторного исследования и УЗИ (общий объем 45,5 см3, диффузно неоднородна, эхогенность снижена, кровоток усилен).

Выявление осложнений: фибрилляции предсердий (данные ЭКГ), сердечной недостаточности (одышка при ходьбе, отеки на голенях, стопах), на данном этапе свидетельствуют о наличии тяжелого тиреотоксикоза.

в) Для подтверждения диагноза диффузного токсического зоба целесообразно определение антител к рецептору тиреотропного гормона. Повышение титра данных антител достаточно специфично для диффузного токсического зоба и подтверждает аутоиммунный генез заболевания. Показана консультация окулиста – для исключения эндокринной офтальмопатии.

ОАК, ОАМ, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, глюкоза крови, калий, натрий, кальций общий. УЗИ внутренних органов, ФГДС – для исключения эрозивно-язвенного поражения желудка и 12п. кишки перед назначением непрямых антикоагулянтов, ЭхоКС - проведение ЭХО-КГ для оценки диастолической и систолической функции.

г) К основным методам лечения диффузного токсического зоба относятся консервативный с использованием тиреостатических препаратов, хирургический (тиреоидэктомия), радиойодтерапия.

д) С учетом тяжелого тиретоксикоза пациентке показано назначение консервативного лечения с целью подготовки к радиойодтерапии. Препаратом выбора является тиамазол в суточной дозировке 30-40 мг в 2 приема до достижения состояния эутиреоза по уровню св.Т4 через 4-6 недель, после чего дозировка тиамазола должна постепенно уменьшаться (на 5-10 мг раз в 2-3 недели) под контролем уровня св.Т4 до достижения поддерживающей дозировки 5-10 мг в сутки. Перед началом тиреостатической терапии рекомендуется определение исходной развѐрнутой гемограммы с подсчѐтом процентного содержания пяти типов лейкоцитов, а также печѐночного профиля, включая билирубин и трансаминазы. У всех пациентов, получающих тиреостатики при фебрильных состояниях и при фарингите, ангине следует определять уровень лейкоцитов и лейкоцитарную формулу. Рутинное периодическое определение уровня лейкоцитов не рекомендуется. Для лечения сердечной недостаточности показано назначение ингибиторов АПФ (например эналаприл в дозе 5-10 мг 2 раза в сутки), в-адреноблокаторы под контролем ЧСС и АД, мочегонных препаратов (торасемид 5 мг в сутки) под контролем клинической картины и диуреза.

Задача 7.

а) Аутоиммунный тиреоидит. Гипертрофический вариант, манифестный гипотиреоз, декомпенсация.

б) У пациента имеются жалобы и анамнез, характерные для гипотиреоза: быстрая утомляемость, снижение памяти, сонливость, зябкость, запор, увеличение веса, снижение слуха, осиплость голоса, которые беспокоят в течение 6 лет, за это время наблюдалось увеличение веса. Данные объективного обследования: сухая кожа, одутловатость лица, пастозность кистей, отек нижних конечностей, увеличение границ относительной сердечной тупости, брадикардия. Данные ОАК – анемия и БАК – высокий уровень ХС, показатели ЭКГ – снижение вольтажа зубцов, брадикардия, диффузные нарушения процессов реполяризации. Показателем аутоиммунного процесса в щитовидной железе является высокий титр АТ – ТПО – 364 МЕ/мл (норма до 30). О наличии гипертрофического варианта свидетельствуют данные объективного обследования – пальпируются перешеек и обе доли щитовидной железы, железа плотная, безболезненная. Первичный манифестный гипотиреоз подтверждается высоким уровнем ТТГ и низким св.Т4. при наличии характерных симптомов гипотиреоза без тяжелых осложнений.

в) Пациенту следует дополнительно провести БАК: ТГ, ЛПНП, креатинин, определение СКФ, АлАТ, АсАТ, ЛДГ. Из инструментальных исследований – УЗИ щитовидной железы, ЭХО-КС.

г) Пациенту показана заместительная терапия по поводу гипотиреоза препаратом L-левотироксин из расчета 1,6 мкг на 1 кг фактической массы тела, т.е. 175-200 мкг в сутки (целевая дозировка). С учетом возраста пациента и отсутствие в анамнезе указания на сердечно-сосудистую патологию можно назначить 75 мкг L-левотироксина в сутки, и через 2 недели увеличить дозу препарата на 25 мкг. Цель заместительной терапии первичного гипотиреоза – поддержание уровня ТТГ в пределах нормальных значений (0,4-4,0 мМЕ/л). Уровень ТТГ на фоне терапии следует проверить через 6-8 недель с последующей коррекцией дозы препарата. При достижении целевого значения - уровень ТТГ определяется один раз в год или при появлении признаков декомпенсации заболевания. Кроме того, необходимо учесть, что с возрастом потребность в тироксине снижается.

д) ТТГ – 7,2 мМЕ/л не является целевым. Поэтому следует увеличить дозу левотироксина на 25 мкг с последующим определением уровня ТТГ через 2 месяца.

Задача 8.

а) Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 7,0%. Диабетическая нефропатия. ХБП С2. А2. Диабетическая непролиферативная ретинопатия правого глаза. Артериальная гипертония 2 степени, ОВР. СН О ст. Дислипидемия.

б) Учитывая жалобы пациента на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Диагностированный СД в анамнезе, прием таблетированных сахароснижающих препаратов, высокий уровень гликемии по данным обследования у пациента – Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина у данного пациента менее 7,0% определен на основании возраста пациента (61 год), высокой ожидаемой продолжительности жизни, отсутствия тяжелых макрососудистых осложнений сахарного диабета по данным анамнеза и риска тяжелой гипогликемии. Диабетическая нефропатия диагностирована на основе определения СКФ (по формуле CKD-EPI) = 70,8 мл/мин, что соответствует ХБП стадии С2, уровень альбуминурии – 100 мг/сутки, это соответствует А 2.

Диабетическая ретинопатия – по данным осмотра глазного дна. Артериальная гипертония по показателям уровня АД и стойкой гипертензии.

в) Пациенту необходимо повторное определением белка в моче, при отсутствии других причин протеинурии, с учетом изменений глазного дна, выставляется диагноз диабетическая нефропатия. Пациенту дополнительно следует определить ОАК, ОАМ, посев мочи, НбА1С, общий белок, общий билирубин, натрий, калий, железо сыворотки, ферритин сыворотки, насыщение трансферрина железом, С-реактивный белок, при необходимости - осмотр стоп с последующей консультацией невролога. Кроме того, рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

г) С учетом показателей гликемии и сопутствующей патологии, необходимо увеличить дозу метформина до 2000 мг в сутки. Необходимо рассмотреть интенсификацию терапии ингибиторами НГЛТ-2, преимуществом которых является низкий риск гипогликемии, умеренное снижение АД, потенциальный нефропротективный эффект, снижение общей и сердечно-сосудистой смертности или ингибиторами ДПП-4, которые не влияют на массу тела, не вызывают гипогликемии, обладают потенциальным протективным эффектом в отношении в– клеток и могут назначаться на любой стадии ХБП.

д) Ингибиторы АПФ являются препаратами выбора при сахарном диабете и нефропатии. Препараты этой группы ИАПФ не оказывают негативного воздействия на углеводный и липидный обмен, снижают инсулинорезистентность периферических тканей. Ингибиторы АПФ – препараты первого ряда при наличии микро- и макроальбуминурии, поскольку обладают специфическим нефропротективным действием, не зависящим от их антигипертензивного эффекта. При непереносимости ингибиторов АПФ назначаются блокаторы рецепторов к ангиотензину II.

Задача 9.

а) Аденома правого надпочечника. Феохромоцитома. Артериальная гипертензия, III ст., ВР. СН 0 ст.

б) На основании жалоб на приступы головной боли, головокружения, сердцебиения, одышки, загрудинных болей, побледнения кожи на фоне повышения АД до 200/100 мм рт.ст., можно предположить наличие феохромоцитомы. Наличие аденомы правого надпочечника по данным УЗИ подтверждает указанный диагноз. Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании жалоб больной на повышение АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 2 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приступа. Степень риска ССО установлена на основании ФР (возраст 70 лет, общий холестерин 5,9 ммоль/л), степени повышения АД.

в) Пациентке рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; КТ надпочечников с контрастированием, исследование суточной экскреции свободных метанефринов и норметанефринов с мочой для подтверждения повышенной выработки катехоламинов, исследование уровня калия, натрия крови.

г) Чаще всего феохромоцитому приходится дифференцировать с гипертонической болезнью кризового течения, симптоматической артериальной гипертонией на фоне заболеваний почек (пиелонефрит, гломерулонефрит), поражения почечных артерий, эндокринной патологии (болезнь и синдром Иценко-Кушинга, первичный гиперальдостеронизм).

д) В качестве стартовой терапии при феохромоцитоме рекомендуется а-адреноблокатор (например, доксазозин), при необходимости к нему можно добавить в-адреноблокатор. Монотерапия в-адреноблокатором не рекомендуется.

Задача 10.

а) Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: эндоскопически негативная форма. Короткий пищевод. Хронический антральный гастрит, Hp+, перидуоденит. Хронический панкреатит, болевая форма, обострение. Хронический холецистит с гипомоторной дискинезией желчевыводящих путей, обострение.

б) Диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни установлен на основании жалоб на боли в эпигастрии, отрыжку кислым, изжогу, анамнеза заболевания (изжога беспокоит более 10 лет), эндоскопически негативная форма диагностирована на основании данных ЭГДС. Также на основании данных ЭФГДС выявлен короткий пищевод, антральный гастрит. На основании результатов рентгеноскопии пищевода, желудка выявлен перидуоденит. Инфицирование H.pylori установлено по результатам ИФА в титре 1:80. Хронический панкреатит в фазе обострения установлен на основании жалоб на боли в левом подреберье после приема жирной пищи и газированных напитков, болезненности в левом подреберье, данных УЗ-исследования: контуры слегка неровные, эхоструктура неоднородная, эхогенность смешанная, преимущественно повышена. Хронический холецистит в фазе обострения диагностирован на основании жалоб на боли в правом подреберье после приема жирной пищи и газированных напитков, объективных данных: болезненность при пальпации в правом подреберье, положительных симптомов Мерфи, Ортнера, данных УЗ-исследования: повышение эхогенности стенок желчного пузыря. Наличие натощак в желчном пузыре небольшого уровня желчи свидетельствует о гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей.

в) Пациентке показано исследование кала на эластазу-1 для верификации хронического панкреатита, проведение 24-часой ph-метрии для подтверждения рефлюкса кислого содержимого в пищевод, дуоденального зондирования для выявления литогенности желчи.

г) С учетом выявления инфицированности H.pylori и антрального гастрита пациентке показано проведение эрадикационной терапии в течение 10 дней приемом препаратов по схеме: ингибитор протоновой помпы омепразол по 20 мг 2 раза в сутки, кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки.

д) В качестве метода контроля за эффективностью антихелибакторной терапии возможно проведение дыхательного теста на H.pylori через 2 мес. После окончания лечения и ПЦР (определения ДНК Helicobacter pylori) в кале.

Задача 11.

а) Неспецифический язвенный колит, острое течение, средней степени тяжести, с преимущественным поражением дистальных отделов.

б) Неспецифический язвенный колит установлен на основании жалоб на жидкий стул с примесью крови и слизи до 4-6 раз в сутки, преимущественно в ночное время, общую слабость, потерю веса, анамнеза заболевания: считает себя больной около 2 мес, когда стала замечать сгустки крови на поверхности оформленного кала, за 2 нед до обращения появился жидкий стул с примесью крови и слизи, самочувствие ухудшалось: стул участился до 4-6 раз в сутки, присоединились боли в животе перед актом дефекации, появилась общая слабость, похудела на 12 кг, данных осмотра: живот болезненный при пальпации в левой подвздошной области, там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка.

Острое течение установлено на основании давности заболевания – больна в течение 2-х месяцев. За среднюю степень тяжести заболевания говорит частота стула до 4-6 раз в сутки, умеренная примесь крови в кале, общие симптомы в виде слабости, похудания, ускорения СОЭ до 26 мм/ч.

Преимущественное поражение дистальных отделов установлено на основании болезненности при пальпации живота в левой подвздошной области, там же пальпируется плотная, болезненная сигмовидная кишка.

в) Для подтверждения диагноза и оценки распространенности, тяжести поражения необходимо провести эндоскопические методы исследования (колоноскопия, ректороманоскопия) с биопсией слизистой толстой кишки, ЭФГДС – для исключения патологии верхних отделов пищеварительной системы. Обзорная рентгенография брюшной полости необходима для исключения такого грозного осложнения, как токсическая дилатация кишечника и его перфорация.

Анализ кала на наличие патологических примесей и перевариваемость пищи и исключения паразитарной инфекции. Посев на дисбактериоз кишечника. Так как в анамнезе прием антибиотиков.

Биохимическое исследование крови дополнительно: мочевина, протеинограмма, амилаза, СРБ, фибриноген, щелочная фосфатаза.

г) Ошибка заключалась в отсутствии своевременного обращения за медицинской помощью, в приеме антибиотиков, антидиарейных средств в связи с их малой эффективностью и возможностью развития на фоне их применения осложнений в виде дилатации кишки.

д) Диета - стол 4в. Базисными препаратами в лечении неспецифического язвенного колита являются глюкокортикоиды и препараты 5-аминосалициловой кислоты, при резистентности назначаются иммунодепрессанты. При среднетяжелых формах применяется преднизолон внутрь 40 мг в сутки в течение месяца с постепенным снижением дозы до 5-10 мг в неделю, при проктосигмоидите назначаются микроклизмы (гидрокортизон 125 мг или преднизолон 20 мг) 2 раза в сутки в течение 7 дней. Одновременно длительно назначается сульфасалазин 2 г (или другие препараты 5-АСК).

Задача 12.

а) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение, впервые выявленная. Хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки (1,0 см). Хронический антральный гастрит, ассоциированный с инфекцией Helicobacter рylori в фазе обострения.

б) Диагноз язвенной болезни двенадцатиперстной кишки установлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, ноющие, голодные (по ночам), исчезающие после приема пищи, тошноту, отрыжку кислым содержимым, снижение аппетита, запоры, иногда – рвоту желудочным содержимым, чаще на высоте болей, приносящую облегчение, на основании данных ЭГДС (хроническая язва луковицы двенадцатиперстной кишки 1,0 см в диаметре,). Диагноз хронического гастрита ассоциированного с инфекцией Helicobacter pylori установлен на основании данных ЭФГДС: гиперемированная слизистая оболочка желудка, и данных морфологии слизистой оболочки желудка (лимфоидная инфильтрация, выявление Helicobacter pylori).

в) Пациенту рекомендовано. Биохимические анализы крови: сывороточное железо, АлАТ, АсАТ, амилаза крови – для исключения других возможных причин имеющихся у пациента жалоб со стороны других органов пищеварительной системы.

УЗИ для уточнения состояние печени, желчного пузыря и поджелудочной железы и получения информации о тонусе и перистальтике желудка.

Определение уровня пепсиногена и базального и стимулированного гастрина-17 для исключения атрофии желудка.

Для снижения риска последующих реинвазий Helicobacter pylori – обследование ближайших членов семьи пациента на данную инфекцию (особенно, с учётом язвенного анамнеза – отца пациента).

г) С целью эрадикации Helicobacter pylori – любую эрадикационную схему первой линии, но более рекомендованной схемой выбора, учитывая не высокие показатели резистентности Helicobacter pylori к кларитромицину в России (<10%), является стандартная тройная терапия.

Трёхкомпонентная схема эрадикации. Продолжительность терапии не менее 10 дней. Обязательные компоненты.

Ингибитор протонной помпы в стандартной дозе: рабепразол 20 мг 2 раза в сутки или омепразол 20 мг 2 раза в сутки или пантопразол 40 мг/сутки (в два приёма) или другие.

Кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки.

Амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.

Для повышения эффективности тройной терапии возможно:

назначение удвоенной дозы ингибиторов протонной помпы, увеличение продолжительности терапии до14 дней, добавление к стандартной терапии висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в сутки, добавление к стандартной терапии пробиотика Saccharomyces boulardii по 250 мг 2 раза в сутки, отказ от курения.

Дополнительной терапии гастрита ассоциированного с инфекцией Helicobacter pylori не требуется.

д) Продолжительность лечения ингибиторами протонной помпы определяется результатами эндоскопического контроля, который следует проводить с интервалами 2-4 недели от начала лечения.

Через 4-6 недель после завершения эрадикационной терапии (и не раньше, чем через 2 недели после отмены терапии ингибиторами протонной помпы) следует провести контроль успешности эрадикационной терапии, лучше, если будут использованы 2 или3 методики контроля: ПЦР (определения ДНК Helicobacter pylori) в кале и/или дыхательный (предпочтительнее) и/или эндоскопический уреазный тест, и/или морфологическим методом. При не успехе эрадикации пациенту следует назначить эрадикационную терапию второй линии, с последующим контролем эрадикации. При не успешности терапии второй линии – терапию третьей линии.

При выявлении указанными методиками Helicobacter pylori у членов семьи пациента следует рекомендовать эрадикацию и им.

Немедикаментозная терапия. Нормализация режима труда и отдыха, режима питания (есть регулярно, небольшими порциями), диета №1 по Певзнеру, отказ от курения и злоупотребления алкоголем.

Задача 13.

а) Абдоминальный болевой синдром (билиарный тип боли), желудочной диспепсии, синдром желтухи, интоксикационный синдром.

ЖКБ? Хронический калькулезный холецистит, в стадии обострения. Холестаз. Холангит?

б) ЖКБ? Хронический калькулезный холецистит, в стадии обострения. Холестаз. Холангит? – предварительный диагноз установлен с учетом характерного болевого абдоминального синдрома (боли в правом подреберье с иррадиацией вправо и вверх, возникают после погрешностей в диете, положительные пузырные симптомы), наличия факторов риска (женский пол, возраст), признаков желтухи и повышения температуры тела.

в) ОАК. Признаки воспалительной реакции: лейкоцитоз с выраженным палочкоядерным сдвигом, ускоренная СОЭ.

ОАМ. Показатели в пределах нормы.

Копрограмма. Нарушение поступления жёлчи в кишечник – отсутствие стеркобилина, избыток непереваренных жирных кислот, мыл, нейтрального жира.

УЗИ – признаки ЖКБ (конкременты в просвете желчного пузыря), холецистита (утолщение и уплотнение стенки желчного пузыря, выраженная болезненность при компрессии датчиком непосредственно в проекции желчного пузыря («ультразвуковой симптом Мерфи»), наличие жидкости вокруг желчного пузыря), холангита (расширение общего жёлчного протока (7 мм), уплотнение стенок желчных протоков).

Биохимическое исследование крови даёт основание предположить наличие механической желтухи, т.к. имеется: повышение концентрации билирубина, преимущественно за счёт связанного (признак механической желтухи), повышение маркёров холестаза: активности щелочной фосфатазы, активности гамма-глютамилтранспептидазы, концентрации сывороточных жёлчных кислот. Кроме того отмечается незначительное повышение активности трансаминаз (АлТ, АсТ) как проявление интоксикационного синдрома.

ЭКГ Показатели в пределах нормы.

Обзорная рентгенография брюшной полости: множественные конкременты желчного пузыря.

Индекс массы тела 25,5 – избыточная масса тела (предожирение).

г) ЖКБ, множественные конкременты желчного пузыря. Хронический калькулезный холецистит, обострение. Острый холангит. Холестатический синдром.

Обоснование.

ЖКБ подтверждается – наличием факторов риска (женский пол, возраст старше 40 лет, избыточная масса тела), наличием конкрементов на УЗИ и обзорной рентгенограмме органов брюшной полости, расширение общего жёлчного протока по данным УЗИ.

Хронический калькулёзный холецистит подтверждается наличием ЖКБ, высокого субфебрилитета, болями билиарного типа, воспалительной реакцией крови, рецидивирующим течением в течение нескольких лет, утолщение и уплотнением стенок жёлчного пузыря, выраженной болезненностью при компрессии датчиком непосредственно в проекции желчного пузыря, наличием жидкости вокруг желчного пузыря по УЗИ.

За наличие холангита свидетельствует наличие боли билиарного типа, лихорадки, механической желтухи (клинически – субъиктеричность склер и кожи, в биохимических анализах крови – повышение билирубина за счёт связанного), уплотнение стенок желчных протоков по УЗИ.

За холестатический синдром – кожный зуд, изменение биохимических маркёров холестаза.

д) Консультация хирурга и госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Антибактериальная терапия: Амоксициллин + клавуланат, или Цефалоспорины II и III поколений (при необходимости в сочетании с метронидазолом): цефоперазон, цефотаксим, цефтриаксон, цефуроксим; или Ампициллин по 2 г в/в каждые 6 ч + гентамицин в/в + метронидазол 500 мг в/в каждые 6 ч; или Ципрофлоксацин (в том числе в сочетании с метронидазолом). Выбор препарата зависит от вида и чувствительности к антибиотику возбудителя, обнаруженного при посеве жёлчи и способности АБ проникать в жёлчь. Продолжительность лечения антибиотиками 7–10 дней. Предпочтительно в/в введение препаратов.

Обезболивание и противовоспалительная терапия: противовоспалительные препараты (НПВС, диклофенак в однократной дозе 75 мг, обезболивающий эффект, предотвращение прогрессирования жёлчной колики) и наркотические анальгетики (меперидин 50-100 мг в/м или в/в каждые 3–4 ч. Введение морфина противопоказано, так как он усиливает спазм сфинктера Одди). Спазмолитики и холинолитики для симптоматического лечения.

Задача 14.

а) Цирроз печени вирусной этиологии (HbSAg-положительный), декомпенсированный, класс С по Child-Pugh. Портальная гипертензия. Гепатомегалия. Варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени. Отечно-асцитический синдром. Гидроторакс справа. Гиперспленизм. Печеночно-клеточная недостаточность. Печеночная энцефалопатия 2 ст.

б) Цирроз печени установлен на основании жалоб на пожелтение кожного покрова, чувство тяжести в правом подреберье, потерю в весе до 10 кг за 4-5 мес, выраженную слабость, снижение уровня сывороточного альбумина до 24 г, снижение протромбинового времени, что свидетельствует о нарушении белковосинтетической функции печени, присутствуют синдром цитолиза: повышение уровня АлАТ, АсАТ и синдром холестаза: гипербилирубинемия, повышение уровня щелочной фосфатазы. Повышение уровня билирубина свидетельствует о нарушении пигментобразующей функции печени. За вирусную этиологию говорит обнаружение HbSAg.

умеренно-активный,

Определение степени тяжести цирроза печени проводится по методу Чайлд – Пью. У больного есть асцит – 2 балла, степень энцефалопатии вторая (бессонница ночью, сонливость днем, астериксис) – 2 балл, общий билирубин – 65 мкмоль/л – 3 балла, уровень альбуминов менее 28 г – 3 балл, протромбиновое время 5 с – 2 балла. Всего 12 баллов - декомпенсированный, класс С по Child-Pugh.

Портальная гипертензия диагностирована на основании наличия гепатомегалии по данным пальпации, перкуссии, УЗИ печени, расширенных поверхностных вен передней поверхности грудной клетки, варикозно-расширенные вены по данным ЭГДС, увеличение в диаметре v. porta до 1,6 см по данным УЗИ органов брюшной полости; асцита, подтвержденного по данным УЗИ органов брюшной полости

Варикозно-расширенные вены пищевода I-II степени обнаружены при проведении ФЭГДС.

Отечно-асцитический синдром установлен на основании увеличения живота в размерах, отеков нижних конечностей, асцита, подтвержденного по данным УЗИ органов брюшной полости, правостороннего гидроторакса.

Гиперспленизм диагностирован на основании спленомегалии по данным пальпации и УЗИ, снижения количества эритроцитов и тромбоцитов по данным ОАК.

Печеночно-клеточная недостаточность установлена на основании плохого сна ночью и сонливость днем, снижение уровня сывороточного альбумина до 24 г, снижение протромбинового времени.

Печеночная энцефалопатия диагностирована на основании наличия астериксиса, дневной сонливости, бессонница ночью, что. Кроме того, наличие астерикса говорит о 2 стадии.

в) Из биохимических исследований для подтверждения нарушения функций печени необходимо провести исследование в-липопротеидов, гаммаглутамилтранспептидазы; иммунологические исследования для исключения иммунных нарушений и аутоиммунного поражения печени IgA, IgG, IgM, антитела к гладкой мускулатуре и митохондриям, антиядерные антитела, антитела к печеночно-почечным микросомам. Исследование кала на перевариваемость пищи и наличие патологических примесей. Из инструментальных методов показано проведение фиброэластометрии для определения степени выраженности фиброза печени. Допплерография сосудов портальной системы для верификации портальной гипертензии и определения ее стадии.

Маркеры вирусного гепатита В: НВV-ДНК и НВе Ag выявляют в фазе репликации.

г) Дифференциальную диагностику необходимо провести с обструкцией желчевыводящих путей (например, на фоне ЖКБ), алкогольным гепатитом, вирусным гепатитом, первичным билиарным циррозом, первичным склерозирующим холангитом, криптогенным циррозом печени, неалкогольной жировой болезнью печени.

д) 1. Больному показана консультация инфекциониста для решения вопроса о назначении противовирусной терапии. С учетом стадии цирроза печени по Чайлд-Пью может быть назначен ламивудин 100 мг/сут в течение года и более.

2. Назначение гепатопротекторов: адеметионин 800 мг/сут внутривенно в течение 3 недель с последующим назначением внутрь 1600 мг/сут в течение 3 мес.

3. Лечение и профилактика осложнений цирроза печени.

• Ограничение потребления жидкости (не более 800 мл) и белка (не более 20-30 г).

• Применение комбинированной схемы приема диуретиков под контролем диуреза, который должен быть положительным, с ежедневным уменьшением массы тела на 0,5 кг.

• Внутривенное введение альбумина.

• Медикаментозная терапия печеночной энцефалопатии:

- препараты, уменьшающие образование аммиака в кишечнике - лактулоза по 30-120 мл/сут; короткий 5-7-дневный курс антибиотиков, невсасывающихся в кишечнике;

- препараты, улучшающие обезвреживание аммиака в печени: орнитин аспартат.

• Фармакотерапия портальной гипертензии: неселективные Р-адреноблокаторы (атенолол, пропранолол), уменьшающие висцеральный кровоток, в дозе, при которой снижение пульса в покое составляет 25 %. Пролонгированные нитраты, начиная с 40 мг/сут.

Кроме того, больному показана консультация хирурга-эндоскописта для решения вопроса о клипировании варикозно-расширенных вен пищевода для профилактики кровотечения.

Задача 15.

а) Хроническая железодефицитная анемия, средней степени тяжести с тканевым дефицитом железа.

б) На основании наличия у больной жалоб на слабость, утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, сердцебиение, данных анамнеза (жалобы в течение 2 мес., маточное кровотечение), объективных данных в виде бледности кожных покровов и слизистых, тахикардии, систолического шума, лабораторных данных: снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, низкий цветной показатель, можно диагностировать хроническую железодефицитную анемию. О тканевом дефиците железа свидетельствует сидеропенический синдром, основными проявлениями которого явились: голубизна склер, сухость и ломкость волос, истончение ногтевых пластинок, появление койлонихий, изменения вкуса и обоняния, снижение уровня сывороточного железа. О тяжести анемии говорит снижение уровня гемоглобина до 70 г/л.

в) Для подтверждения основного диагноза и проведения дифференциальной диагностики показано проведение биохимического анализа крови: общий белок, мочевина, креатинин, общий холестерин, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, сахар крови, общая железосвязывающая способность сыворотки крови, насыщение трансферрина железом, сывороточный ферритин, проба Кумбса для исключения аутоиммунного генеза анемии. Из инструментальных методов показано проведение ЭКГ, УЗИ внутренних органов, ЭГДС, колоноскопии для исключения онкологической патологии с учетом возраста пациентки.

г) В данном случае следует провести дифференциальный диагноз с другими дефицитными анемиями: В12-дефицитной и фолиево-дефицитной анемиями и анемией хронического заболевания.

д) Лечение должно включать в себя назначение диеты с достаточным содержанием мясных продуктов, преимущественно говядины, пероральных препаратов железа, содержащих двухвалентное железо в дозе 200 мг в сутки (сорбифер), на длительный период – 4,5 месяца с учетом тяжести анемии (до нормализации уровня гемоглобина и ферритина). Использование препаратов двухвалентного железа в лечении данного вида анемии является эффективным и безопасным. Диспансерное наблюдение при данной клинической ситуации должно продолжаться в течение 1 года. Перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется общий анализ крови, все показатели которого должны быть в пределах нормы.

Задача 16.

а) В12 дефицитная анемия, средней степени тяжести.

б) С учетом жалоб на общую слабость, головокружение, шум в ушах, снижение работоспособности, чувство онемения в конечностях, ощущение «ползания мурашек», наличие бледности кожного покрова, иктеричности склер, тахикардии (пульс – 96 уд/мин.), систолического шума на верхушке, сглаженности сосочков языка, в анамнезе резекция желудка, данных лабораторных исследований: снижение гемоглобина до 70 г/л, гиперхромия эритроцитов (ЦП – 1,4), макроцитоз (МСV – 118), смешанный мегалонормобластический эритропоэз, телца Жолли, диагностируется В12-дефицитная анемия, средней степени тяжести.

в) Для подтверждения основного диагноза и проведения дифференциальной диагностики показано проведение биохимического анализа крови: общий белок, мочевина, креатинин, общий холестерин, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, сахар крови, сывороточное железо, витамин В12, проба Кумбса для исключения аутоиммунного генеза анемии, общий анализ мочи. Из инструментальных методов показано проведение ЭКГ, УЗИ внутренних органов, ЭГДС, колоноскопии для исключения онкологической патологии с учетом возраста пациента, кала на яйца глист и копрологию.

г) В данном случае следует провести дифференциальный диагноз с другими дефицитными анемиями: железодефицитной, фолиево-дефицитной анемиями и анемией хронического заболевания.

д) В данной ситуации лечебная тактика заключается в пожизненном назначении заместительной терапии витамином В12. Вначале вводят В12 внутримышечно (цианокобаламин) по 400 мкг 10-14 дней, затем – в дозе 400 мкг 1 раз в месяц. Диспансерное наблюдение предусматривает осмотр терапевта 1 раз в год, ОАК – 4 раза в год. Врач-невролог-1 раз в год; ЛОР-врач - 1 раз в год; врач-гематолог-4 раза в год; остальные специалисты в зависимости от заболевания-попоказаниям; биохимический анализ крови 1 раз в год; рентгеноскопия органов ЖКТ, ФГДС, колоноскопия-1 раз в год.

Задача 17.

а) Острое системное заболевание крови, миелобластный вариант, I атака.

б) Острое системное заболевание крови диагностировано на основании наличия слабости, потливости, кровотечения из лунки удаленного зуба, десневых кровотечений, бледности кожи и слизистых, петехиального типа кровоточивости, тахикардии, систолического шума, гиперплазии десен, спленомегалии, снижения уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, бластемии в периферической крови 20%, изменений в миелограмме - бластов 40%, что больше норму в 20%. Миелобластный вариант подтверждает реакция на миелопероксидазу в миелограмме (положительная в 100% случаев).

I атака – заболевание диагностировано впервые. Первая атака включает в себя время с момента постановки диагноза и первые 6 недель лечения.

в) Для подтверждения основного диагноза и проведения дифференциальной диагностики показано проведение биохимического анализа крови: общий белок, мочевина, мочевая кислота, креатинин, общий холестерин, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, ЛДГ, щелочная фосфатаза, сахар крови, проба Кумбса для исключения аутоиммунного компонента анемии. Из инструментальных методов показано проведение ЭКГ, УЗИ внутренних органов, ЭГДС, рентгенографии легких, колоноскопии для исключения онкологической патологии с учетом возраста пациентки. Основной причиной кровотечения является тяжелая тромбоцитопения и возможно текущий синдром ДВС, что требует дообследования (АЧТВ, ПТИ, ПТВ, фибриноген, ФМК, Д-димеры).

г) При выраженном геморрагическом синдроме дифференциальную диагностику проводят с такими геморрагическими состояниями, как тромбоцитпеническая пурпура, геморрагический васкулит, тромбоцитопатии, и с апластической анемией, макроглобулинемией Вальденстрема.

д) Лечебная тактика при данной клинической ситуации – это проведение курса полихимиотерапии для индукции ремиссии. Первые 6 недель терапии прогноз неблагоприятный, т. к. имеется высокий риск развития фатальных осложнений, обусловленных как геморрагическим синдромом, так и синдромом лизиса опухолевой массы. В дальнейшем при достижении ремиссии вероятность выздоровления составляет 25 – 30%. Однако учитывая возраст больной, прогноз отдаленный неблагоприятный.

Задача 18.

а) Постменопаузальный остеопороз, тяжелая форма с низкоэнергетическими переломами, снижение МПК в позвоночнике на –2,3 SD. 10-летний риск основных остеопоротических переломов 15%, перелома бедренной кости 3%.

б) С учетом жалоб на боли в спине умеренного характера, в положении стоя и при физической нагрузке, не исчезающие в покое, усиливающиеся при дыхании, умеренные боли в суставах, в основном в коленных, связанные с физической нагрузкой, можно поставить диагноз остеопороза. Данный диагноз подтверждают данные денситометрии (МПК в позвоночнике снижено на –2,3 SD). О тяжелом остеопорозе говорят переломы в анамнезе: падение с высоты собственного тела. Возраст пациентки (69 лет) позволяет говорить о менопаузального варианте остеопороза. Подсчет риска переломов выполнен по калькулятору FRAX.

в) Для исключения переломов позвонков рекомендуется проведение рентгенографии грудного отдела позвоночника. В качестве дополнительных лабораторных методов показано определение фосфора сыворотки крови, расчет клиренса креатинина, щелочная фосфатаза, витамин D [25(OH)D3] в сыворотке крови, определение ТТГ для исключения дополнительных причин развития остеопороза.

г) Пациентке показано лечение остеопороза. Немедикаментозные методы: ходьба и физические упражнения, оценка риска падения и при необходимости – мероприятия, направленные на снижение риска падений. Диетическая коррекция поступления кальция и витамина D (употребление продуктов, богатых кальцием и витамином D).

д) Убедившись в отсутствии гипокальциемии назначить алендронат 70 мг/неделю как препарат первой линии терапии в сочетании с препаратами кальция 1000 мг/сут, витамина D – 800 МЕ/сут. Длительность лечения составляет 3-5 лет.

Задача 19.

а) Гипертоническая болезнь, II стадия. Артериальная гипертония II степени. Высокий риск. СН I стадии. ФК . Метаболический синдром. Ожирение 1 ст.

б) Диагноз артериальной гипертонии (АГ) установлен на основании жалоб больной на повышение АД, данных анамнеза (пациентка отмечает повышение АД в течение 3 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, указанных при сборе анамнеза. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка, признаки гипертонической ангиопатии сетчатки). Степень риска ССО поставлена на основании факторов риска, наличия метаболического синдрома, степени повышения АД, поражения органов-мишеней. Сердечная недостаточность 1 стадии диагностирована на основании жалоб на одышку при нагрузке.

Диагноз метаболического синдрома установлен на основании наличия ожирения (ИМТ - 33), АГ, дислипидемии (повышения уровня холестерина и ЛПНП).

в) Пациентке рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, креатинин с расчетом СКФ, билирубин, АсАТ, АлАТ, натрий, калий. Для установления ФК ХСН показано проведение теста с 6 минутной ходьбой, оценкой по школе ШОКС.

г) Чаще всего гипертоническую болезнь приходится дифференцировать с симптоматической артериальной гипертонией на фоне заболеваний почек (пиелонефрит, гломерулонефрит), поражения почечных артерий, эндокринной патологии (болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитома, первичный гиперальдостеронизм).

д) Цель лечения артериальной гипертонии в данном случае является АД менее 140/90 мм рт.ст. В качестве стартовой терапии можно рекомендовать препарат из группы дигидропиридиновых антагонистов кальция. Выбор препарата из этой группы основан на их органопротективных свойствах и безопасности применения у пожилых.

Задача 20.

а) Наиболее вероятной причиной синкопальных состояний с учетом возраста у данной пациентки является нарушения ритма или проводимости, в связи с чем необходимо в первую очередь провести суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

б) ИБС. Безболевая ишемия миокарда. Преходящая полная АВ блокада с приступами МЭС. СН 1 ст.

в) Безболевая ишемия миокарда и преходящая полная АВ блокада диагностирована на основании данных мониторирования ЭКГ по Холтеру. Жалобы на головокружение, с эпизодами кратковременной потери сознания на фоне выявленных нарушений проводимости трактуются как эпизоды Морганьи-Эдемса-Стокса.

Сердечная недостаточность 1 стадии диагностирована на основании жалоб на одышку при нагрузке.

г) Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, расчет СКФ, билирубин, АсАТ, АлАТ, фибриноген, АЧТВ, ПТИ, ПТВ. Для установления ФК ХСН показано проведение теста с 6 минутной ходьбой, оценкой по школе ШОКС. Рентгенография грудной клетки необходима для исключения застойных явлений в легких.

д) Учитывая наличие клинических проявлений у данной пациентки с преходящей полной поперечной блокадой в виде приступов МЭС, ей показана имплантация ЭКС в режиме demand.

Задача 21.

а) ИБС. Стабильная стенокардия II ФК. Желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan. Гипертоническая болезнь, II степени, III стадии. ОВР. СН II а стадия, ФК II.

б) ИБС - стабильная стенокардия напряжения, ФК II установлен на основании жалоб на боль в груди давящего характера при нагрузке (подъем на 2-3 этаж), при ходьбе 300-400 м, потливость, данных анамнеза заболевания: указанные жалобы беспокоят в течение 3-х месяцев, данных БАК: общий холестерин - 6,9 ммоль/л. Диагноз: Гипертоническая болезнь 3 степени установлен на основании данных анамнеза: повышение АД до 160/95 мм рт.ст., II cтадия установлена на основании наличия поражения органов-мишеней: сердца (данные ЭКГ – гипертрофия миокарда ЛЖ). ОВР установлен на основании наличия факторов риска - мужской пол, дислипидемия: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л, гипертрофия левого желудочка.

Дислипидемия установлена на основании БАК: общий холестерин - 6,9 ммоль/л, триглицериды – 3,0 ммоль/л.

Сердечная недостаточность диагностируется II a на основании жалоб на одышку, потливость при нагрузке, пастозность голеней и стоп.

Тест с 6-минутной ходьбой: 420 метров – говорит о ФК II ХСН. Желудочковая экстрасистолия IV Б гр. по Ryan диагностирована на основании жалоб на перебои в работе сердца, чувство замирания в груди, данных ЭКГ: парная полиморфная желудочковая экстрасистолия.

в) Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек; суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру – для выявления частоты желудочковой экстрасистолии и депрессии сегмента ST.

г) Для купирования боли: короткодействующие нитраты по необходимости.

Для улучшения прогноза:

Антиагреганты (Аспирин 75 – 150 мг/сут)

Статины. Целевой уровень общего холестерина ≤4 ммоль/л, уровень ЛПНП≤ 1,8ммоль/л.

Ингибиторы АПФ: периндоприл А – целевая дозировка 5 мг/сут. Целевой уровень АД<140/90 мм рт.ст.

Для лечения желудочковой экстрасистолии β-адреноблокаторы: метопролол тартрат 50 мг/сут. Целевая ЧСС – 55-60 уд. в мин.

д) С учетом сохранения жалоб на перебои в сердце и нарушения ритма в виде желудочковой экстрасистолии по данным суточного мониторирования по Холтеру, целесообразно решить вопрос о назначении антиаритмической терапии в виде амиодарона. Перед назначением данного препарат необходимо провести УЗИ щитовидной железы, исследование гормонов Т4св., ТТГ: для выявления возможных противопоказаний к применению данного препарата. В случае отсутствия противопоказаний амиодарон назначается по схеме 200 мг 3 раза в день 7 дней, затем 200 мг 2 раза в день 7 дней, далее – 200 мг в день 5 дней в неделю.

Задача 22.

а) ИБС. Микроваскулярная стенокардия. ФК III.

б) Диагноз установлен на основании наличия триады признаков: 1) типичная стенокардия, возникающая при нагрузке (реже - стенокардия в покое), 2) положительный результат ЭКГ с нагрузкой или других стресс-тестов (депрессия сегмента ST при проведении ВЭМ-пробы, ХМЭКГ), 3) малоизмененные коронарные артерии на ангиограмме.

1. ФК III установлен на основании жалоб на на боли за грудиной давящего характера, приступообразные, возникающие во время ходьбы в обычном темпе на расстояние до 200м, реже в покое, иррадиирующие в левое плечо, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся приемом 1таблетки нитроглицерина через 3 минуты, либо в покое, данных велоэргометрии: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной, Холтеровского мониторированиея: выявлено 3 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время ходьбы в обычном темпе.

в) Для купирования боли: короткодействующие нитраты по необходимости.

Для улучшения прогноза:

Антиагреганты (Аспирин 75 – 150 мг\сут)

Статины. Целевой уровень общего холестерина≤4 ммоль\л, уровень ЛПНП≤ 1,8ммоль\л.

Для облегчения симптомов: частотоурежающие препараты (β-адреноблокаторы). Целевая ЧСС – 55-60 уд. в мин.

г) Лечение кардиомагнилом в дозе 75 мг необходимо продолжить.

В связи с тем, что целевой уровень общего холестерина и холестерина ЛПНП не достигнут, дозу розувастатина необходимо увеличить до 20 мг/сут. с последующим увеличением дозы при необходимости под контролем липидного спектра, трансаминаз.

В связи с тем, что целевой уровень ЧСС не достигнут дозу бисопролола увеличить до 5 мг/сут. с последующим увеличением дозы при необходимости под контролем ЧСС, АД.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра Клинической медицины

направление подготовки (специальность) *31.08.49 Терапия*

дисциплина: Геронтология и гериатрия

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I.** Функциональные изменения при старении. Общие закономерности регуляции обмена веществ и энергии при старении.

**II.** Ситуационная задача.

Заведующий кафедрой

клинической медицины Галин П.Ю.

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации Ткаченко И.В.

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Компетенция** | **Индикатор достижения компетенции** | **Дескрипторы** | **Контрольно-оценочные средства** |
|  | **УК-1.** Способен критически и системно анализировать возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте | **Инд.УК1.1.** Проведение анализа достижений в области медицины и фармации  | **Знать:** **-** профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных по фармации лекарственных средств у пожилых | Вопросы № 4-22 |
| **Уметь:****-**- пользоваться профессиональными источниками информации в фармации лекарственных средств у пожилых  | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:** - использованием профессиональных источников информации в фармации лекарственных средств у пожилых | Практические задания № 1-22 |
| **Инд.УК1.2.** Определение возможностей и способов применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте | **Знать:** **-**особенности применения лекарственных средств у пожилых- особенности фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных средств у пожилых - режимы дозирования лекарственных средств у пожилых | Вопросы № 4-22 |
| **Уметь:**- проводить клиническую оценку действия лекарственных средств у пожилых**-** проводить мониторинг побочного действия лекарственных средств у пожилых | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:** - назначением лекарственных средств у пожилых | Практические задания № 1-22 |
|  | **ПК-1.**Способен к оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника | **Инд.ПК1.1.** Осуществляет диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия" в амбулаторных условиях | **Знать:** - порядок оказания медицинской помощи по профилю «терапия»;- клинические рекомендации; **-** особенности сбора жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, физикального обследования упациента у пожилых пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- особенности лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» у пожилых пациентов, показания и противопоказания к их использованию;- особенности клинической картины, особенности течения, осложнений заболеваний (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, мочевыделительной, эндокринной и репродуктивной систем, иммунной системы и органов кроветворения, опорно-двигательного аппарата) и коморбидных состояний у пожилых пациентов;- медицинские показания для направления пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к гериатру; - принципы организации консультаций врачей-специалистов или консилимов пожилым пациентам;- медицинские показания направления пожилого пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» ; | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:**- осуществлять сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пожилогопациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»(или его законного представителя);- интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- проводить физикальное обследование пожилого пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты;- обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследований пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»- проводить диагностические манипуляции у пожилого пациента и интерпретировать полученные результаты- обосновывать направление пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний ;- интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследований пожилых пациентов;- интерпретировать заключения, полученные от врачей-специалистов;- оценивать тяжесть заболевания и (или) состояния пациента с заболеванием по профилю «терапия»;- проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний у пожилых пациентов по профилю «терапия»; - определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи у пожилых пациентов;- определять медицинские показания направления пожилого пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований в амбулаторных условиях. | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** сбором жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- анализом информации, полученной от пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- проведением физикального обследования пожилого пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы);- оценкой тяжести заболевания и (или) состояния пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- определением диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» у пожилого пациента;- направление пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» на лабораторные и инструментальные;- направление пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний с учетом противопоказаний;- проведением дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» у пожилых пациентов;- определением медицинских показаний для направления пожилого пациента при затруднении в диагностике и при отсутствии возможности проведениядополнительных обследований в амбулаторных условиях для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара;- определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи и направление пожилого пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь;  | Практические задания № 1-22 |
| **Инд.ПК1.2.** Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и осуществляет контроль его эффективности и безопасности | **Знать:**- особенности клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» взрослого населения;- особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» в пожилом, старческом возрасте;- особенности назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению заболеваниях и (или) состояниях у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю «терапия», медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные у пожилых пациентов;- порядок оказания паллиативной медицинской помощи пожилым пациентам;- порядок оказания медицинской помощи пожилым пациентам с применением телемедицинских технологий;- определение медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи пожилым пациентам. | .Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:****-** составлять и обосновывать план лечения пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины;- назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития пожилому пациенту;- анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- направлять пожилого пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара, при наличии медицинских ;- оказывать медицинскую помощь пожилому пациенту с применением телемедицинских технологий | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** разработкой плана лечения пожилого пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития;- назначением лекарственных препаратов пожилому пациенту, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия»; - оценкой эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания, применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пожилых пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- оказанием паллиативной медицинской помощи пожилым пациентам при взаимодействии с врачами-специалистами;-направлением пожилого пациента при затруднении в выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара  | Практические задания № 1-22 |
| **Инд.ПК1.3.** Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе реализацию индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов  | **Знать:****-** основы медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», порядок медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;- методы медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- основные программы медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:****-** определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пожилых пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;- разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пожилых пациентов; | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;- составлением плана по медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- участием в проведении мероприятий медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида;- оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации пожилого пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»  | Практические задания № 1-22 |
| **Инд.ПК1.4.** Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" | **Знать:****-** нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности у пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, оформления и выдачи листков временной нетрудоспособности;- оформление медицинской документации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медикосоциальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы;-медицинские показания для направления пожилых пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:****-** определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пожилым пациентом с заболеваниями по профилю «терапия» членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- оформлять медицинскую документацию пожилым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медикосоциальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** проведением экспертизы временной нетрудоспособности пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, оформление и выдача листов нетрудоспособности;- подготовкой и оформлением необходимой медицинской документации пожилым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы;- направлением пожилых пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» на медико-социальную экспертизу | Практические задания № 1-22 |
| **Инд.ПК1.5.** Проводит медицинские, профилактические медицинские осмотры, медицинские освидетельствования, диспансеризацию, диспансерные наблюдения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и контролирует эффективность мероприятий по диспансерному наблюдению | **Знать:**- нормативные правовые акты РФ, регламентирующие порядок проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пожилых пациентов;- диспансерное наблюдение за пожилыми пациентами с неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и факторами риска в соответствии нормативными правовыми актами;-принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у пожилых пациентов, национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:**- проводить и контролировать профилактические медицинские осмотры населения и диспансеризацию с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», основных факторов риска их развития;- проводить и контролировать диспансерное наблюдение пожилых пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- назначать профилактические мероприятия пожилым пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», в том числе социально значимых | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:**- организацией, диспансеризации и проведение профилактических медицинских осмотров населения с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами;- проведением и контролем диспансерного наблюдения пожилых пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми;- назначением профилактических мероприятий пожилым пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи | Практические задания № 1-22 |
| **Инд.ПК1.6.** Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | **Знать:****-**Правила проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий;- формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни у пожилых пациентов;- принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у пожилых пациентов; | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:****-** определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина);- проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции;- разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** организацией и осуществлением профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни у пожилых пациентов;- проведением оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий пожилым пациентам, направленных на формирование здорового образа жизни;- проведением - формированием программ здорового образа жизни у пожилых пациентов  | Практические задания № 1-22 |
|  | **ПК-2.** Способен к оказанию медицинской помощи населению по профилю "терапия" в условиях стационара и дневного стационара | **Инд.ПК2.1.** Диагностирует заболевания и (или) состояния по профилю "терапия" | **Знать:****-** общие вопросы организации медицинской помощи по профилю «терапия» пожилым пациентам;- особенности сбора жалоб, анамнеза болезни и жизни у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- методику физикального обследования пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- особенности лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» у пожилых пациентов;- особенности клинического обследования пожилых пациентов, включая медицинские показания и противопоказания к использованию лабораторной, инструментальной диагностики ;-особенности клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» в пожилом, старческом;- особенности клинической картины, особенности течения, осложнений заболеваний (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, нервной, мочевыделительной, эндокринной и репродуктивной систем, иммунной системы и органов кроветворения, опорно-двигательного аппарата) и коморбидных (полиморбидных) состояний у пожилых пациентов;- медицинские показания для направления пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам- специалистам;- медицинские показания для направления пожилого пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:** -осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);-интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- проводить физикальное обследование пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- интерпретировать результаты физикального обследования пожилых пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и другие методы) с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий у пожилых пациентов;- обосновывать необходимость и объем лабораторного, инструментального обследования пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» у пожилых пациентов;- проводить диагностические манипуляции и интерпретировать полученные результаты у пожилых пациентов-обосновывать направление пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам;- проводить дифференциальную диагностику заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия»;- определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пожилым пациентам;- определять медицинские показания направления пожилого пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия» | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** сбором жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- анализом информации, полученной от пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» (или его законного представителя);- проведением физикального обследования пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- интерпретацией и анализом результатов осмотра пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- оценкой тяжести заболевания и (или) состояния пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- определением диагностических признаков и симптомов заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» у пожилого пациента;- направлением пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» на лабораторные и инструментальные;-направлением пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» к врачам-специалистам;- проведением дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» у пожилого пациента, используя алгоритм постановки диагноза;-определением медицинских показаний для направления пожилого пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или условиях дневного стационара, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «терапия»; - определением медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи врачом-терапевтом пожилому пациенту. | Практические задания № 1-22 |
| **Инд.ПК2.2.** Назначает лечение пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия" и контроль его эффективности и безопасности | **Знать:**-особенности клинической картины заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» у пожилых пациентов;-особенности клинической картины, течения и осложнения заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия» в пожилом, старческом возрасте;- методы назначения лекарственных препаратов, медицинские показания (и противопоказания) к применению медицинских изделий при заболеваниях и (или) состояниях у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий, применяемых по профилю «терапия» у пожилых пациентов , медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;- методы немедикаментозной терапии, лечебного питания пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» у пожилых пациентов;- порядок оказания паллиативной медицинской помощи пожилым пациентам; | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:****-** Составлять и обосновывать план лечения пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями с учетом стандартов медицинской помощи»- назначать лекарственные препараты, изделия медицинского назначения с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» пожилым пациентам;-назначать немедикаментозное лечение и лечебное питание пожилому пациенту с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- анализировать фармакологическое действие и взаимодействие лекарственных препаратов у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;-оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии, лечебного питания у пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- направлять пожилого пациента с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи в условиях стационара или в условиях дневного стационара | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** разработкой плана лечения пожилого пациента с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития;-назначением лекарственных препаратов, медицинских изделий с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития пожилому пациенту; - назначение немедикаментозной терапии, лечебного питания с учетом клинической картины заболевания и (или) состояния по профилю «терапия» и факторов риска его развития пожилому пациенту; -оценкой эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий у пожилых пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- оценкой эффективности и безопасности немедикаментозной терапии, лечебного питания у пожилых пациентов с заболеванием и (или) состоянием по профилю «терапия»;- оказанием паллиативной медицинской помощи пожилому пациенту при взаимодействии с врачами-специалистами;- направлением пожилого пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оказания специализированной медицинской помощи, в стационарных условиях или в условиях дневного стационара; -выявлением медицинских показаний к оказанию медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, при невозможности ее оказания в условиях медицинской организации, в которой находится пожилой пациент, безотлагательной доставкой пациента, в том числе бригадой скорой медицинской помощи, в медицинскую организацию, имеющую в своем составе специализированные отделения, для оказания необходимой медицинской помощи | Практические задания № 1-22 |
| **Инд. ПК 2.3.** Проводит и контролирует эффективность медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия", в том числе реализацию индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов | **Знать:****-** основы медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- методы медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- механизм воздействия реабилитационных мероприятий и санаторнокурортного лечения на организм пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- основные программы медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:****-** определять медицинские показания и медицинские противопоказания для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пожилых пациентов, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;- разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- участвовать в проведении мероприятий медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» у пожилых пациентов;- участвовать в организации медицинских реабилитационных мероприятий пожилого пациента с учетом диагноза в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** определением медицинских показаний и медицинских противопоказаний для проведения мероприятий медицинской реабилитации и санаторнокурортного лечения пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядком организации медицинской реабилитации и порядком организации санаторно-курортного лечения;- Составлением плана по медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- участием в проведении мероприятий медицинской реабилитации пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия», в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида;-оценкой эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитаций пожилого пациента с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» в соответствии с порядками организации медицинской реабилитации | Практические задания № 1-22 |
| **Инд. ПК 2.4.** Проводит медицинские экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю "терапия". | **Знать:****-** нормативные правовые акты Российской Федерации, регламентирующие порядки проведения медицинской экспертизы временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, выдачи листков временной нетрудоспособности пожилым пациентам;-порядок выдачи листков временной нетрудоспособности, в том числе в электронном виде пожилым пациентам;- оформление медицинской документации пожилым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медико-социальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы; - медицинские показания для направления пожилых пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и их последствиями, для прохождения медико-социальной экспертизы | Вопросы № 6-87 |
| **Уметь:****-** определять признаки временной нетрудоспособности, необходимость осуществления ухода за пожилым пациентом с заболеваниями по профилю «терапия» членом семьи, признаки стойкого нарушения жизнедеятельности пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»;- оформлять медицинскую документацию пожилым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для осуществления медикосоциальной экспертизы в государственных федеральных учреждениях медико-социальной экспертизы | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** проведением экспертизы временной нетрудоспособности у пожилых пациентов с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» и по уходу, оформление и выдача листов временной нетрудоспособности;- подготовкой и оформление необходимой медицинской документации пожилым пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» для оформления медико-социальной экспертизы в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы;- направлением пожилых пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия» на медико-социальную экспертизу | Практические задания № 1-22 |
| **Инд. ПК 2.5.** Проводит мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | **Знать:**- формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни у пожилых пациентов;- принципы применения специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у пожилых пациентов;- вопросы организации санитарно-противоэпидемических (предварительных) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний | Вопросы № 1-22 |
| **Уметь:****-** проводить специфическую и неспецифическую профилактику инфекционных заболеваний у пожилых пациентов;- разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни у пожилых пациентов | Практические задания № 1-22 |
| **Владеть:****-** организацией и осуществлением профилактики неинфекционных заболеваний и (или) состояний по профилю «терапия», и проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни у пожилых пациентов;-проведением оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий для пожилых пациентов, направленных на формирование здорового образа жизни;- проведением специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний у пожилых пациентов; - определением медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) заболеваний пожилых пациентов; - оформлением и направлением в территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, экстренного извещения при выявлении инфекционного заболевания экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания у пожилого пациента;- проведением противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний у пожилого пациента; -формированием программ здорового образа жизни у пожилого пациента | Практические задания № 1-22 |