

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра госпитальной терапии
с курсом медико-социальной экспертизы*

Н.Н. Перегудова, Н.Ю. Натальская, А.В. Косяков

Методические указания
для обучающихся по специальности Лечебное дело
по дисциплине «Гериатрия»

Рязань, 2022

УДК 616-053.9(075.83)

ББК 52.5

M545

Под редакцией профессора С.С. Якушина

Рецензенты: **Н.А. Осычная**, главный врач ГБУ РО «РОКГВВ»;

Е.В. Филиппов, д.м.н., доц., зав. кафедрой поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики

Авторы: **Н.Н. Перегудова**, к.м.н., ассист. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;

Н.Ю. Натальская, к.м.н., ассист. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;

А.В. Косяков, к.м.н., ассист. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы

Перегудова Н.Н.

M545 Методические указания для обучающихся по специальности Лечебное дело по дисциплине «Гериатрия» / Н.Н. Перегудова, Н.Ю. Натальская, А.В. Косяков; под. ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2022 – 81 с.

В настоящих методических указаниях для обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело представлены отдельные темы по дисциплине «Гериатрия», не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены программированный контроль, кейс–задачи и рекомендуемая литература.

УДК 616-053.9(075.83)

ББК 52.5

© Перегудова Н.Н., Натальская Н.Ю., Косяков А.В., 2022

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2022

Содержание

История развития геронтологии и гериатрии, современная организация гериатрической помощи в Российской Федерации. Концепция старения. Хрупкость (старческая астения) - ключевой гериатрический синдром: определение, причины, диагностика, степени тяжести (<i>Перегудова Н.Н.</i>)	4
Основные гериатрические синдромы: нарушения питания, нарушения равновесия, нарушение сна, синкопальные состояния, нарушения зрения, нарушения глотания, одышка, пролежни, недержание мочи, запоры, головокружение. Особенности ведения гериатрических пациентов: принципы рационального питания, обучение пожилых пациентов и их родственников, уход за пациентами с деменцией, медико-социальная реабилитация (<i>Перегудова Н.Н.</i>)	12
Принцип и концепция гериатрической оценки. Комплексная гериатрическая оценка: домены и методы оценки (<i>Перегудова Н.Н.</i>)	20
Полимобидность в пожилом возрасте. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики в пожилом возрасте. Приверженность пациентов к терапии. Принципы рациональной фармакотерапии. Полипрагмазия, методы ее профилактики и коррекции (перечень <i>forta</i> , критерии <i>start/stopp</i> , шкала АСВ, критерии Бирса). Депрескрайбинг (<i>Натальская Н.Ю.</i>)	31
Наиболее распространенные заболевания у пожилых людей: анемический синдром, хроническая болезнь почек, сахарный диабет, гипотиреоз. Особенности клиники, диагностики и лечения (<i>Натальская Н.Ю.</i>)	41
Кардиогериатрия: артериальная гипертензия, ИБС, ХСН, клапанная болезнь сердца, кальцинированный аортальный стеноз, брадиаритмии: СССУ, медикаментозно обусловленная брадикардия. Особенности диагностики, клиники и лечения (<i>Натальская Н.Ю.</i>)	51
Неврологические двигательные расстройства. Депрессия. Нарушения когнитивных функций: сосудистая деменция и болезнь Альцгеймера (<i>Натальская Н.Ю.</i>)	63
Ревматологическая патология в пожилом и старческом возрасте: остеоартрит, остеопороз, болезнь Форестье, ревматическая полимиалгия, гигантоклеточный артериит. Болевой синдром (<i>Косяков А.А.</i>)	73

Тема занятия: ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ, СОВРЕМЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. КОНЦЕПЦИЯ СТАРЕНИЯ. ХРУПКОСТЬ (СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ)- КЛЮЧЕВОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА, СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Цель занятия: изучить историю развития геронтологии и гериатрии, организацию гериатрической помощи в Российской Федерации, концепцию старения, вопросы диагностики, причины развития, степени тяжести ключевого гериатрического синдрома – старческой астении.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов):4

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

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

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 20 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.**

Программированный контроль:

1. ГЕРОНТОЛОГИЯ – ЭТО

А. раздел социологии и психологии, изучающий изменение психики при старении человека

Б. раздел биологии и медицины, изучающий процесс старения человека

В. область клинической медицины, которая изучает болезни людей старших возрастных групп

Г. область клинической медицины, которая разрабатывает методы лечения и профилактики заболеваний людей пожилого и старческого возраста

2. ГЕРИАТРИЯ – ЭТО

А. раздел социологии и психологии, изучающий изменение психики при старении человека

Б. раздел биологии и медицины, изучающий процесс старения человека

В. область клинической медицины, которая изучает болезни людей старших возрастных групп

Г. область клинической медицины, которая разрабатывает методы лечения и профилактики заболеваний людей пожилого и старческого возраста

3. ПОЖИЛЫМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ

А. 60-74 года

Б. 75-80 лет

В. 81-89 лет

Г. 90 и более лет

4. СТАРЧЕСКИМ СЧИТАЕТСЯ ВОЗРАСТ

А. 60-74 года

Б. 75-80 лет

В. 81-89 лет

Г. 90 и более лет

5. ОПРЕДЕЛИТЕ ВОЗРАСТ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

А. 60-74 года

Б. 75-89 лет

В. 90 и более лет

Г. 100 и более лет

6. СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ – ЭТО

- А. гериатрический синдром
- Б. старость
- В. наука о старении организма
- Г. пожилой возраст

7. КЛЮЧЕВЫМ ГЕРИАТРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. старческая астения
- Б. недержание мочи
- В. мальнутриция
- Г. депрессия

8. КОДОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ПО МКБ-10 ЯВЛЯЕТСЯ

- А. R-54
- Б. J-44
- В. I-20
- Г. I-11

9. СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ДОСТОВЕРНО ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У

- А. женщин
- Б. мужчин
- В. пол не важен

10. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМИ ПРИЗНАКАМИ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. непреднамеренное снижение веса
- Б. падения
- В. недержание мочи
- Г. все верно

11. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А. опросник «Возраст не помеха»
- Б. осмотр
- В. динамометрия
- Г. ИМТ

12. САРКОПЕНИЯ – ЭТО

- А. злокачественная опухоль
- Б. обусловленное возрастом дегенеративно-атрофическое изменение мышечной ткани

В. патология суставов

Г. патология крови

13. СИНДРОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ НЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А. развитием зависимости от посторонней помощи

Б. утратой способности к самообслуживанию

В. повышением двигательной активности

Г. наличием гериатрических синдромов

14. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ

А. в зрелом

Б. в старческом

В. в пожилом

Г. в пожилом и старческом

15. ...СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ПАЦИЕНТЫ ПОЛНОСТЬЮ ЗАВИСИМЫ ОТ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ (ИНДЕКС БАРТЕЛ <20 БАЛЛОВ, ИНДЕКС ЛОУТОНА -1/8 БАЛЛОВ)

А. тяжелая

Б. умеренная

В. легкая

Г. очень тяжелая

16. ...СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ПАЦИЕНТЫ ЗАВИСИМЫ ОТ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ. БАЗОВАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕНА (ИНДЕКС БАРТЕЛ ≤ 60 БАЛЛОВ), ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПОЛНОСТЬЮ СНИЖЕНА (ИНДЕКС ЛОУТОНА 0-1/8 БАЛЛОВ)

А. тяжелая

Б. умеренная

В. легкая

Г. очень тяжелая

17. ...СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ПАЦИЕНТЫ ЗАВИСИМЫ ОТ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ. БАЗОВАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ УМЕРЕННО СНИЖЕНА (ИНДЕКС БАРТЕЛ > 60 БАЛЛОВ), ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕНА (ИНДЕКС ЛОУТОНА 1-2/8 БАЛЛОВ)

- А. тяжелая
- Б. умеренная
- В. легкая
- Г. очень тяжелая

18. ...СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО ПАЦИЕНТЫ ЗАВИСИМЫ ОТ ПОСТОРОННЕЙ ПОМОЩИ. БАЗОВАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ СОХРАНЕНА (ИНДЕКС БАРТЕЛ 100/100 БАЛЛОВ), ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ УМЕРЕННО СНИЖЕНА (ИНДЕКС ЛОУТОНА 3-6/8 БАЛЛОВ)

- А. тяжелая
- Б. умеренная
- В. легкая
- Г. очень тяжелая

19. КРАЙНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. полная обездвиженность
- Б. гипомобильность
- В. деменция
- Г. синдром падений

20. ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ СОВРЕМЕННОЙ ГЕРИАТРИИ

- А. повышение функционального состояния пожилого человека
- Б. воздействие на этиологию и патогенез заболевания, а не повышение функционального состояния человека
- В. повышение значимости фармакологических методов воздействия
- Г. качественное лечение соматических заболеваний

Вопросы для обсуждения:

1. История развития геронтологии и гериатрии, разница этих терминов.
2. Современная организация гериатрической помощи в Российской Федерации
3. Концепция старения: основные теории и механизмы старения. Проблемы старения.

4. Старческая астения (хрупкость): определение, причины развития.

5. Диагностика старческой астении.

6. Степени тяжести старческой астении.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 00 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай)– 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

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

Вопросы:

1. Есть ли «старческая астения» у данной пациентки?
2. Какие рекомендации необходимо дать?

Задача №2.

Пациентка Д., 86 лет, вызвала участкового врача на дом. Жалобы на общую слабость, снижение веса на 6 кг за последние полгода, быструю утомляемость, трудности в перемещении по дому и подъеме на 1 лестничный пролет, плохое настроение, ощущение собственной ненужности. 6 месяцев назад упала дома – вывих головки плечевой кости. Боится выходить на улицу. Проблемы с памятью отрицает. Имеется снижение зрения на правом глазу (катаракта). Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 174 см. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС = 64 уд./мин., АД =130/70 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Жалуется на периодические подтекания мочи. Беспокоят запоры.

Вопросы:

1. Есть ли «старческая астения» у данной пациентки?
2. Какие рекомендации необходимо дать?

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

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 3. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 894 с. – Текст: непосредственный.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.
5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.
2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.
3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.
4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М.

Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.

5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.

6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.

7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.

8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.

9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертония у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.

10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.

11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.

12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

– СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

– СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

– Интернист - <https://internist.ru/>

– Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

– Scopus - <https://www.scopus.com/>

– Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>

Тема занятия: ОСНОВНЫЕ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ: НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ, НАРУШЕНИЯ РАВНОВЕСИЯ, НАРУШЕНИЕ СНА, СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ, НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ, ОДЫШКА, ПРОЛЕЖНИ, НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ, ЗАПОРЫ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ: ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ, ОБУЧЕНИЕ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ, УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДЕМЕНЦИЕЙ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Цель занятия: изучить основные гериатрические синдромы: нарушения питания, нарушения равновесия, нарушение сна, синкопальные состояния, нарушения зрения, нарушения глотания, одышка, пролежни, недержание мочи, запоры, головокружение. Разобрать особенности ведения гериатрических пациентов: принципы рационального питания, обучение пожилых пациентов и их родственников, уход за пациентами с деменцией, медико-социальная реабилитация таких пациентов.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов):4

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

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

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 20 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

Программированный контроль:

1. К ГЕРИАТРИЧЕСКИМ СИНДРОМАМ ОТНОСЯТ

- A. саркопения
- Б. недержание мочи
- В. мальнутриция
- Г. все верно

2. ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ РЕКОМЕНДОВАНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКА В СУТКИ С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ САРКОПЕНИИ

- A. до 2,0-2,5 г / кг массы тела
- Б. до 3,0 г / кг массы тела
- В. до 1,0-1,5 г / кг массы тела
- Г. до 0,5-0,8 г / кг массы тела

3. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ РЕКОМЕНДОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

- A. упражнения на сопротивление
- Б. упражнения на поддержание равновесия
- В. ходьба с изменением темпа и направления
- Г. все верно

4. ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ НЕ РЕКОМЕНДОВАНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ

- A. упражнения на сопротивление
- Б. упражнения на поддержание равновесия
- В. ходьба с изменением темпа и направления
- Г. прыжки на скакалке

5. ПРЕСБИОПИЯ — ЭТО

- A. обусловленное возрастом снижение аккомодационной способности глаза

- Б. обусловленное возрастом нарушение равновесия
- В. обусловленное возрастом головокружение
- Г. обусловленное возрастом снижение слуха

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ТРАВМАТИЗМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

- А. автомобильная авария
- Б. падение
- В. удар электрическим током
- Г. укус животного

7. ЗАБОЛЕВАНИЕ, СПОСОБСТВУЮЩЕЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

- А. хронический пиелонефрит
- Б. ревматизм
- В. остеопороз
- Г. ИБС

8. ДИСФАГИЯ — ЭТО

- А. нарушение глотания
- Б. нарушение жевания
- В. нарушение сна
- Г. нарушение равновесия

9. МАЛЬНУТРИЦИЯ — ЭТО

- А. нарушение глотания
- Б. нарушение жевания
- В. синдром недостаточности питания
- Г. синдром низкой массы тела

10. ИНСОМНИЯ — ЭТО

- А. бессонница
- Б. нарушение жевания
- В. синдром недостаточности питания
- Г. синдром беспокойных ног

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У ЛЮДЕЙ ПОСЛЕ 60 ЛЕТ

- А. катаракта
- Б. глаукома
- В. конъюнктивит
- Г. диабетическая ретинопатия

12. ПРЕСБИАКУЗИС — ЭТО

- А. обусловленное возрастом снижение аккомодационной способности глаза
- Б. обусловленное возрастом нарушение равновесия
- В. обусловленное возрастом головокружение
- Г. обусловленное возрастом двустороннее снижение слуха

13. ПРИЧИНЫ ПРОЛЕЖНЕЙ МОГУТ БЫТЬ

- А. неправильное расположение больного в постели
- Б. швы на одежде и постельном белье
- В. неправильный подбор средств ухода
- Г. все верно

14. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

- А. дефицит витамина Д
- Б. этническая принадлежность
- В. когнитивные нарушения
- Г. недавняя выписка из стационара

15. К НЕМОДИФИЦИРУЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ПАДЕНИЙ ОТНОСЯТ

- А. дефицит витамина Д
- Б. свойства обуви
- В. когнитивные нарушения
- Г. нарушение сна

16. КАКОГО ТИПА ОБМОРОКОВ, СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ, НЕ СУЩЕСТВУЕТ

- А. рефлекторный (нейрогенный)
- Б. кардиогенный
- В. связанный с ортостатической гипотензией
- Г. связанный с нарушением сна

17. ВИДЫ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

- А. ургентное
- Б. стрессовое
- В. вследствие переполнения мочевого пузыря
- Г. ночное

18. НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У

- А. женщин
- Б. мужчин

В. не зависит от пола

Г. не знаю

19. ПРИЧИНАМИ ВЕСТИБУЛЯРНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ МОГУТ БЫТЬ

А. доброкачественное пароксизмальное позиционное

Б. болезнь Меньера

В. транзиторная ишемическая атака

Г. все верно

20. РИСК ПАДЕНИЙ МОЖЕТ БЫТЬ СНИЖЕН ПРИ

А. безопасном обустройстве быта пожилого человека

Б. запрете прогулок по улице

В. помещении пожилого человека в дом престарелых

Г. проживании с родственниками

Вопросы для обсуждения:

1. Нарушения питания и нарушения глотания у пожилых.
2. Головокружение и нарушения равновесия у пожилых.
3. Синкопальные состояния у пожилых, причины возникновения.
4. Недержание мочи и запоры как гериатрические синдромы у пожилых.
5. Другие гериатрические синдромы: нарушение сна, нарушения зрения, одышка, пролежни.
6. Принципы рационального питания пожилых пациентов.
7. Обучение пожилых пациентов и их родственников.
8. Уход за пациентами с деменцией.
9. Медико-социальная реабилитация пожилых пациентов.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 00 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай)– 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Пациентка Ж., 86 лет, вызвала участкового врача на дом. Жалобы на общую слабость, снижение веса на 5 кг за последние 6 месяцев, быструю утомляемость, трудности в перемещении по

дому, плохое, сниженное настроение, мысли о том, что никому не нужна. Имеется страх падений, так как кружится голова. Боится выходить на улицу. Имеется проблемы со слухом (снижен), не использует слуховой аппарат, так как не может его настроить. Проживает одна, но имеется дочь, которая проживает в другом районе города. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 173 см. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС = 68 уд./мин., АД = 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул склонен к запорам. Имеется периодическое подтекание мочи.

Вопросы:

1. Какие гериатрические синдромы Вы можете предположить у данной пациентки?
2. Какие рекомендации необходимо дать пациентке и ее родственникам?

Задача №2.

Пациент М., 84 года, вызвал участкового врача на дом. Жалобы на общую слабость, трудности с запоминанием, забывчивость, быструю утомляемость. Отмечает похудение за полгода на 2 размера (ориентируется по одежде, весов нет). Трудности в перемещении по дому из-за болей в коленных суставах, сниженное настроение, мысли о том, что никому не нужен. Имеется страх падений, так как кружится голова. Боится выходить на улицу. Имеется проблемы со зрением (катаракта правого глаза). Проживает один, но имеется сын. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 56 кг, рост 178 см. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС = 66 уд./мин., АД = 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул склонен к запорам. Мочеиспускание безболезненное.

Вопросы:

1. Какие гериатрические синдромы Вы можете предположить у данного пациента?

2. Какие рекомендации необходимо дать пациенту и его родственникам?

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

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.

2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.

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

4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.

5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.

2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.

3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.

4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.

5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.
6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.
7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.
8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.
9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертония у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.
10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.
11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.
12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

- Интернист - <https://internist.ru/>
- Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
- Scopus - <https://www.scopus.com/>
- Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>

Тема занятия: ПРИНЦИП И КОНЦЕПЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА: ДОМЕНЫ И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ

Цель занятия: изучить принцип и концепцию гериатрической оценки, домены комплексной гериатрической оценки и методы их оценки.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов):4

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

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

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 20 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.**

Программированный контроль:

1. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА (КГО) ЭТО

—

А. многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека, с целью разработки плана лечения и наблюдения,

направленного на восстановление или поддержание уровня его функциональной активности

Б. опросник «Возраст не помеха»

В. многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического статуса, функциональных возможностей пожилого человека

Г. многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку социальных проблем пожилого человека

2. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ

А. амбулаторно в гериатрическом кабинете,

Б. стационарно в гериатрическом отделении,

В. на дому у пациента,

Г. все верно

3. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕКОМЕНДОВАНО ОЦЕНИВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ДОМЕНЫ

А. физическое здоровье

Б. функциональный статус

В. когнитивные функции

Г. все верно

4. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ НЕ ОЦЕНИВАЮТ

А. физическое здоровье

Б. функциональный статус

В. эмоциональное состояние

Г. уровень медицинских знаний

5. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ОЦЕНКИ

А. базовой активности

Б. инструментальной активности

В. когнитивной активности

Г. базовой и инструментальной активностей

7. БАЗОВАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТА ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ

А. Бартел

Б. Лоутона

В. оценки питания

Г. Морсе

**8. ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТА
ОЦЕНИВАЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ**

А. Бартел

Б. Лоутона

В. оценки питания

Г. Морсе

**9. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ КОМПЛЕКСНОЙ
ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ РЕКОМЕНДОВАНО
ОЦЕНИВАТЬ 10-ЛЕТНИЙ РИСК ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ
ПЕРЕЛОМОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНСТРУМЕНТА**

А. шкалы Бартел

Б. FRAX

В. краткой шкалы оценки питания

Г. шкалы Морсе

**10. С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА
МАЛЬНУТРИЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ**

А. шкалу Бартел

Б. FRAX

В. краткую шкалу оценки питания

Г. шкалу Морсе

**11. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ
ПАЦИЕНТА НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ**

А. Краткую шкалу оценки психического статуса

Б. тест рисования часов

В. Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций

Г. шкалу Морсе

**12. ДЛЯ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ
ПАЦИЕНТА ИСПОЛЬЗУЮТ**

А. Краткую шкалу оценки психического статуса

Б. тест рисования часов

В. Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций

Г. все верно

**13. ТЕСТ РИСОВАНИЯ ЧАСОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ
ОЦЕНКИ**

А. физического здоровья

Б. функционального статуса

- В. когнитивных функций
- Г. эмоционального состояния

14. МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА (МОСА-ТЕСТ) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- А. физического здоровья
- Б. функционального статуса
- В. когнитивных функций
- Г. эмоционального состояния

15. КРАТКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА (MMSE) ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- А. физического здоровья
- Б. функционального статуса
- В. когнитивных функций
- Г. эмоционального состояния

16. КРАТКАЯ БАТАРЕЯ ТЕСТОВ ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОСТОИТ ИЗ

- А. определения равновесия
- Б. определения скорости ходьбы
- В. теста с подъемом со стула
- Г. все верно

17. В КРАТКУЮ БАТАРЕЮ ТЕСТОВ ФИЗИЧЕСКОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕ ВХОДИТ

- А. определение равновесия
- Б. определение скорости ходьбы
- В. тест с подъемом со стула
- Г. тест рисования часов

18. КИСТЕВАЯ ДИНАМОМЕТРИЯ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- А. равновесия
- Б. риска падений
- В. риска переломов
- Г. мышечной силы

19. ТЕСТ «ВСТАНЬ И ИДИ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ

- А. физического здоровья
- Б. функционального статуса
- В. когнитивных функций
- Г. эмоционального состояния

20. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТОНИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. тест стопы вместе
- Б. тест рисования часов
- В. тест «Встань и иди»
- Г. ортостатическую пробу

Вопросы для обсуждения:

1. Принцип и концепция гериатрической оценки.
2. Комплексная гериатрическая оценка. Домен – физическое здоровье и методы оценки.
3. Комплексная гериатрическая оценка. Домен – функциональный статус и методы оценки.
4. Комплексная гериатрическая оценка. Домен – психоэмоциональный статус и методы оценки.
5. Комплексная гериатрическая оценка. Домен – социальный статус и методы оценки.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 00 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай)– 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Пациентка Д., 82 года. Жалобы на повышение артериального давления до 170/100 мм рт. ст., периодические головные боли, шум в ушах, головокружение, периодические боли в тазобедренных суставах, затруднение при ходьбе, снижение зрения, снижение настроения.

Были 4 эпизода падений за последний год: 3 с получением сильных ушибов и 1 – вывих головки плечевой кости.

Карта пациента

Комплексная гериатрическая оценка

ФИО пациента	Д.		Пол: <u>Ж</u>
Дата рождения (д.м.г.)	<u>(20/10/1939 г)</u>	Инвалидность	Нет I <u>II</u> III

Семейный статус	<u>Вдова</u>	Образование	среднее _____ классов среднеспециальное <u>высшее</u>
С кем проживает	с женой /мужем <u>с</u> <u>детьми</u> один другое:	Профессия	Учитель
		Работает	Да <u>Нет</u> с __ 65 __ лет
Адрес Телефон		Этаж проживания 3 Наличие лифта Пользуется лифтом	<u>Нет</u> <u>Нет</u>
ФИО, должность лица, заполнившего карту	Гериатр	Уровень дохода	<u>Низкий</u> Средний Высокий
Дата заполнения:		Контактное лицо, телефон	

Сопутствующие хронические заболевания и состояния			
Артериальная гипертензия	√	Бронхиальная астма	
ИБС		ХОБЛ	
Постинфарктный кардиосклероз		Онкологические заболевания	
ХСН		Анемия	
ОНМК в анамнезе		Язвенная болезнь	
Сахарный диабет		Нарушение слуха (социальнозначимое)	

Остеоартроз	√	Нарушение зрения	√
Ревматоидный артрит		Нарушение сна	
Нарушение мочеиспускания		Мочекаменная болезнь	
Нарушение дефекации		Трофические язвы Пролежни	
Проблемы с пережевыванием пищи		Другие	ЦВБ

Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний:

Курение - отрицает

Алкоголь – отрицает

Физическая активность – 1-2 раза в неделю пешие прогулки менее 30 минут в день, ограничение в связи с головокружением, с появлением или усилением болей в тазобедренных суставах, ограничением объема движений в них.

С чем связано ограничение физической активности – головокружение, боли в т/б суставах, снижение зрения, отсутствие желаний, страх падения

Возраст наступления менопаузы – 50 лет

Перелом шейки бедра у родителей - нет

Использование вспомогательных средств - трость, зубные протезы , очки

Хроническая боль: да, периодически испытывает

Прием обезболивающих 1-2 раза в неделю

Частота вызова врача на дом (за год) 2

Частота вызова СМП (за год) 0

Частота госпитализаций (за год) 3

Лекарственная терапия

Постоянно принимает:

Эналаприл 5 мг 1 раз в день,

Кардиомагнил 75 мг 1 раз в сутки вечером,

Симвастатин 20 мг 1 раз в сутки,

Принимает диклофенак в таблетках по 50 мг до 1-2 раза в неделю 1 раз в сутки

Данные объективного обследования:

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Язык влажный, чистый. Сознание ясное. Фон настроения сниженный. Видимые периферические лимфатические узлы (околоушные, подбородочные, затылочные, над- и подключичные, подмышечные, подколенные) при пальпации без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД-17 в минуту. Сердечные тоны ритм правильный, умеренно приглушены, ЧСС-67 уд/мин, АД-160/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков нет. Пульсация на артериях тыла стоп сохранена. Физиологические отправления: запоры, мочеиспускание безболезненное.

Рост (см)-162

Вес (кг)-67

ИМТ (кг/м²)-25,53 кг/м²

Окружность талии (см)-80 см

АД, ЧСС исходно (сидя)-160/80мм рт. ст., 67 уд/мин

АД, ЧСС после 7 минут в горизонтальном положении - 160/70 мм рт.ст, 72уд/мин, АД, ЧСС после перехода в вертикальное положение в течение 1-й минуты-165/70 мм рт.ст., 75 уд/мин, в течение 3-й минуты-160/80мм рт.ст., 80уд/мин

Скорость ходьбы (м/с) -0,3 м/сек

Тест «встань и иди» -20 секунд

Способность поддержания равновесия - 2 секунды с тростью

Результаты:

Краткая батарея тестов физического функционирования	7 баллов
Краткая шкала оценки психического статуса – MMSE (баллы)	29
Тест рисования часов (баллы)	9
Гериатрическая шкала депрессии (баллы)	5

Активность в повседневной жизни (индекс Бартел) (баллы)	85
Повседневная инструментальная активность – IADL (баллы)	23
Индекс Лоутона	1
Краткая шкала оценки питания - MNA(баллы)	22
Скорость ходьбы, (м/с)	0,3
Тест «встань и иди» (сек)	20
Способность поддержания равновесия (сек)	2
Способность выполнения основных функций (баллы)	8 /10
Визуально-аналоговая шкала (%)	30%

Вопросы:

1. На основании чего пациенту была проведена комплексная гериатрическая оценка?
2. Как интерпретировать полученные результаты?
3. Какое заключение можно сделать?
4. Какие рекомендации необходимо дать?

Задача №2.

На приеме находится больной 70 лет, приведенный дочерью. Дочь сообщает, что на протяжении последних примерно полугода больной начал постепенно становится раздражительным, обидчивым, подозрительным, в беседе высказывает неадекватные претензии к родственникам. Прежние интересы постепенно утрачиваются, в поведении появляется неадекватность, в последнее время больной пытается разобрать или даже разломать различные предметы домашней обстановки, говоря, что он их «чинит». Критика к состоянию отсутствует. Не узнает соседей, путает старых знакомых на фотографиях, путает события прошлого. Часто теряется в привычной обстановке, забывает, где что находится, постоянно забывает, куда положил ту или иную вещь, что собирался сделать, что уже сделал.

Вопросы:

1. О каком гериатрическом синдроме следует думать?
2. Какие методы диагностики состояния может использовать врач-гериатр?

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

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 3. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 894 с. – Текст: непосредственный.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.
5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.
2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.
3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.
4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.

5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.
6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.
7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.
8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.
9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертония у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.
10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.
11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.
12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

- Интернист - <https://internist.ru/>
- Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
- Scopus - <https://www.scopus.com/>
- Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>

Тема занятия: ПОЛИМОБИДНОСТЬ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ. ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ФАРМАКОДИНАМИКИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ. ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ. ПОЛИПРАГМАЗИЯ, МЕТОДЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ (ПЕРЕЧЕНЬ FORTA, КРИТЕРИИ START/STOPP, ШКАЛА АСВ, КРИТЕРИИ БИРСА). ДЕПРЕСКРАЙБИНГ

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

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия(количество академических часов): 4.

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

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

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть – 20 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов – 35 мин.

Программированный контроль:

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

- A. Атипичность
- Б. Выраженность клинических проявлений
- В. Стертость клинической симптоматики
- Г. Полиморбидность (сочетанная патология)

2. ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ, КАК ПРАВИЛО:

- A. С множеством заболеваний, «проблемный» пациент
- Б. «Легкий» пациент, не требующий длительного наблюдения и постоянного ухода
- В. Не нуждается в общении с медицинскими работниками
- Г. Не нуждается в обучении и отказе от вредных привычек

3. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЕРЬЕЗНЫХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ. УКАЖИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ

- A. Полипрагмазия
- Б. Атипичная клиническая картина
- В. Физиологические изменения печени
- Г. Физиологические изменения почек

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

- A. Атрофия слизистой оболочки
- Б. Повышение продукции соляной кислоты
- В. Ферментативная недостаточность
- Г. Запоры

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

- А. Атрофия мышечных волокон
- Б. Гипертрофия хрящей
- В. Остеопороз
- Г. Атрофия хрящей

6. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПОЛИПРАГМАЗИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

- А. Атипичная клиника заболеваний
- Б. Малосимптомное течение заболеваний
- В. Полиморбидность
- Г. Нежелательные побочные реакции лекарственных средств

7. ШКАЛА GERONTONET ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ РИСК...

- А. Падений
- Б. Сосудистых катастроф
- В. Нежелательных побочных реакций лекарственных средств
- Г. Старческой астении

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

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

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

- А. Начинать лечение с малых дозировок
- Б. При применении лекарственных препаратов, воздействующих на жизненно важные физиологические

процессы, избегать резких изменений доз этих лекарственных препаратов

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

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

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

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

Б. Контроль за потреблением жидкости и выделением мочи

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

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

11. ПЕРЕЧИСЛЕНА СУБЪЕКТИВНЫЕ ПРИЧИНЫ СО СТОРОНЫ ПАЦИЕНТА, СНИЖАЮЩИЕ ЕГО ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ. ОДНО ПРИВЕДЕНО ОШИБОЧНО. КАКОЕ?

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

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

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

Г. Недостаточная вера больного в пользу лечения

12. КАКОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ПРЕПАРАТ ПОЖИЛЫЕ ЛЮДИ ПЕРЕНОСЯТ ХУЖЕ ПО СРАВНЕНИЮ С МОЛОДЫМИ?

А. Эналаприл

Б. Моксонидин

В. Амлодипин

Г. Лозартан

13. НАЗОВИТЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ НЕ ВЫЗЫВАЮТ ЗАПОРЫ У ПОЖИЛЫХ

А. Антихолинергические препараты

Б. Препараты железа

В. Ингибиторы АПФ

Г. Недигидропиридиновые антагонисты кальция

14. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К НАРУШЕНИЮ МЕТАБОЛИЗМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ СУЖДЕНИЕ

А. Уменьшение общего количества изоферментов цитохрома P450

Б. Увеличение активности оксидазных систем со смешенной функцией

В. Уменьшение массы печени

Г. Уменьшение кровотока в печени

15. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ, ПРИВОДЯЩИЕ К НАРУШЕНИЯМ ЭКСКРЕЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. УКАЖИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ

А. Уменьшение размеров почек

Б. Снижение почечного кровотока

В. Уменьшение тощей массы тела

Г. Снижение скорости клубочковой фильтрации

16. ЧАСТЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЮТСЯ... НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

А. Боли в животе

Б. Спутанность сознания или делирий

В. Ортостатическая гипотензия

Г. Острая почечная недостаточность

17. ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ СО СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ИЛИ ХОБЛ ПОКАЗАНО...

А. Прием глюкокортикоидов только перорально

Б. Регулярное использование ингаляционных глюкокортикоидов

В. В/в введение глюкокортикоидов – только при выраженном приступе удушья

Г. ГК не показаны

18. НАЗНАЧЕНИЕ ТИАЗИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕ 65 ЛЕТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИ...НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Гипокалиемии
- Б. Гипонатриемии
- В. Гипокальциемии
- Г. Гиперкальциемии

19. НАЗНАЧЕНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ И САРТАНОВ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕ 65 ЛЕТ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИ ...

- А. Гиперкалиемии
- Б. Гипокалиемии
- В. Комбинации с антагонистами кальция
- Г. Комбинации с тиазидными диуретиками

20. ВОЗРАСТНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МОГУТ ПРИВОДИТЬ К ВЫРАЖЕННЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ. НАРУШАЮТСЯ ВСАСЫВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ВСЛЕДСТВИЕ... . УКАЖИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ

- А. Уменьшения желудочной секреции
- Б. Увеличения рН в желудке
- В. Снижения кровотока в печени
- Г. Снижение моторики ЖКТ

Вопросы для обсуждения:

1. Каковы функциональные и морфологические изменения органов и систем в организме человека старческого возраста?

2. Каковы причины полиморбидности заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста?

3. Каковы особенности клиники и диагностики заболеваний внутренних органов у гериатрического пациента?

4. Каковы причины трудностей диагностики заболеваний у лиц старшего возраста?

5. Назовите принципы рациональной гериатрической фармакотерапии.

6. Методы профилактики полипрагмазии в гериатрии.

7. Факторы, влияющие на приверженность гериатрических пациентов к лекарственной терапии.

8. Факторы, повышающие приверженность гериатрических пациентов к лекарственной терапии.

9. Для чего используются STOPP/START критерии в гериатрической практике?

10. Каким образом можно выявить пациентов с высоким риском развития нежелательных побочных реакций?

11. Каждый врач, назначая лекарственные препараты пожилому пациенту, должен дать памятку с правилами их приема (при наличии когнитивных нарушений памятка дается родственникам пациента). Что это за правила?

IV. Клиническая работа: курация больных – 1 час.00 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

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

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

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

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

Вопросы:

1. Терапия какого заболевания подбирается в первую очередь при условии, что:

а) выраженность фоновых и сопутствующих заболеваний незначительная;

б) пациентка имеет высокую частоту гипер- и гипогликемий;

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

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

3. Какие Вы предпримите мероприятия по улучшению приверженности?

Задача №2.

Пациентка М., 76 лет, находится на стационарном лечении в связи с эндопротезированием правого тазобедренного сустава (коксартроз). В течение последнего года дважды падала дома (6 и 3 месяцев назад, с компрессионным переломом позвоночника). Год назад – пароксизм фибрилляции предсердий, принимает ривароксабан 15 мг/сут. Последние 2 месяца принимает бисакодил 10 мг/вечером (хронический запор) и флуоксетин (депрессивный синдром). В настоящее время в послеоперационный период назначены кеторолак и метамизол натрия. Осмотрена терапевтом, рекомендованы ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, аторвастатин 10 мг/сут, метопролол 12,5 мгх2 раза, периндоприл 5 мг/сут. Пациентка пожаловалась на изжогу, проведена гастроскопия и выявлена острая язва антрального отдела желудка.

Вопросы:

1. Оцените риск развития нежелательных побочных реакций у пациентки по шкалам GerontoNet.

2. Назначались ли пациентке потенциально не рекомендованные для пожилых лекарственные средства, согласно STOPP-критериям?

3. Оцените риск падений пациентки. Какие из назначенных ЛС его увеличивают?

4. Какие ЛС не были назначены пожилой пациентке в соответствии со START-критериями?

5. Проведите коррекцию фармакотерапии (отмена препарата, замена препарат, изменение режима дозирования, добавление препарата).

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

VII. Рекомендуемая литература

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 3. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 894 с. – Текст: непосредственный.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.
5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.
2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.
3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.
4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.
5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.
6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.
7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.

8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.

9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертензия у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.

10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.

11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.

12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

- Интернист - <https://internist.ru/>

- Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

- Scopus - <https://www.scopus.com/>

- Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>

Тема занятия: НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ: АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ГИПОТИРЕОЗ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Цель занятия: изучить особенности клиники, диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний у пожилых: анемического синдрома, хронической болезни почек, сахарного диабета, гипотиреоза.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 4.

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

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

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть – 20 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов – 35 мин.

Программированный контроль:

1. КАКОЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА?

- А. Апластическая анемия
- Б. Железодефицитная анемия
- В. Хронический лейкоз
- Г. Гемолитическая анемия

2. КАКИЕ ХРОНИЧЕСКИЕ АНЕМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ?

- А. Анемия из-за дефицита питательных веществ
- Б. Анемия хронического воспаления
- В. Необъяснимая анемия (идиопатическая анемия)
- Г. Все выше перечисленное

3. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО АССОЦИИРУЕТСЯ С... НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Потери крови через ЖКТ (эрозивно-язвенный процесс)
- Б. Потери крови через ЖКТ (опухоли)
- В. Синдромом мальабсорбации
- Г. Чрезмерным потреблением алкоголя

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Резекция желудка
- Б. Атрофический гастрит
- В. Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке на фоне снижения синтеза соляной кислоты
- Г. Верно все перечисленное

5. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ПО УРОВНЮ ЦВЕТОВОГО ПОКАЗАТЕЛЯ:

- А. Гипохромная
- Б. Нормохромная
- В. Гиперхромная
- Г. Вариабельно

6. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ СВОДЯТСЯ:

- А. К ликвидации причины железодефицита, т.е. источника кровотечения (язвы, опухоли, воспаления, если это возможно)
- Б. К своевременному переливанию цельной крови
- В. К длительному и аккуратному введению препаратов железа в/в
- Г. Ничего из перечисленного

7. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- А. Препараты железа внутрь на длительный срок
- Б. Препараты железа в/венно в сочетании с мясной диетой
- В. Достаточен прием пищи, богатой железом, и внутрь поливитамины
- Г. Регулярные трансфузии эритроцитарной массы

8. ОСНОВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Гемофер
- Б. Витамин В12
- В. Фолиевая кислота
- Г. Аскорбиновая кислота

9. КАКОЙ СИМПТОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С АНЕМИЕЙ?

- А. Лихорадка
- Б. Глоссит
- В. Желтуха
- Г. Анорексия

10. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В12-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Высокий Цветной Показатель
- Б. Гипертромбоцитоз
- В. Лейкоцитоз
- Г. Увеличение СОЭ

11. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРОИСХОДИТ... УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Постепенное снижение чувствительности ткани к инсулину
- Б. Незначительное повышение чувствительности ткани к инсулину
- В. Снижение секреции инсулина

Г. Снижение чувствительности β -клеток поджелудочной железы к инкретинам

12. У ЖЕНЩИНЫ, 65 ЛЕТ, С ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ГЛИКЕМИЯ НАТОЩАК 9,2 ММОЛЬ/Л, ГЛЮКОЗУРИЯ 3%, АЦЕТОН В МОЧЕ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ. РОДНОЙ БРАТ БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ. КАКОЙ ТИП ДИАБЕТА У БОЛЬНОЙ?

- А. Сахарный диабет 2 типа;
- Б. Сахарный диабет 1 типа;
- В. Сахарный диабет 2 типа инсулинзависимый;
- Г. Сахарный диабет 2 типа у молодых (MODY);

13. ДЛИТЕЛЬНАЯ ГИПОГЛИКЕМИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИВОДИТ К НЕОБРАТИМЫМ ПОВРЕЖДЕНИЯМ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО В:

- А. Центральной нервной системе
- Б. Миокарде
- В. Периферической нервной системе
- Г. Гепатоцитах

14. В ДИЕТЕ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ МОЖНО В НЕОГРАНИЧЕННОМ КОЛИЧЕСТВЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ: А) КАРТОФЕЛЬ; Б) ОГУРЦЫ; В) МАСЛО; Г) САЛАТ; Д) МОЛОКО. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:

- А. б, г;
- Б. а, б;
- В. а, б, г;
- Г. а, д;

15. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ?

- А. Гликозилированный гемоглобин;
- Б. С-пептид;
- В. Средняя суточная гликемия;
- Г. Средняя амплитуда гликемических колебаний;

16. БОЛЬНОЙ, 65 ЛЕТ, СТРАДАЕТ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА. ДИАБЕТ КОМПЕНСИРОВАН ДИЕТОЙ И ПРИЕМОМ ГЛЮРЕНОРМА. БОЛЬНОМУ ПРЕДСТОИТ ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА. КАКОВА ТАКТИКА ГИПОГЛИКЕМИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ?

- А. Назначение монокомпонентных препаратов инсулина
- Б. Сохранение прежней схемы лечения
- В. Отмена глюренорма
- Г. Добавление преднизолона

17. ВЕДУЩИЙ КРИТЕРИЙ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- А. Протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией
- Б. Протеинурия $> 3,5$ г/л в сочетании с гиперальбуминемией
- В. Наличие в моче белка Бенс-Джонса
- Г. Протеинурия $< 3,5$ г/л в сочетании с гипоальбуминемией

18. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ FASIESNEFRITICA ОТНОСЯТ

- А. Отеки лица
- Б. Акроцианоз
- В. Геморрагическая сыпь на лице
- Г. Набухание шейных вен

19. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. Стимуляторы эритропоэза
- Б. Стимуляторы лейкопоэза
- В. Аналоги нуклеозидов
- Г. Иммунодепрессанты

20. ПРИ АНЕМИИ У ПОЖИЛЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ ТЕРАПИЮ: СТИМУЛЯТОРЫ ЭРИТРОПОЭЗА С ПРЕПАРАТАМИ...

- А. Железа
- Б. Кальция
- В. Калия
- Г. Магния

21. ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- А. Эритропоэтина
- Б. Преднизолона
- В. Витамина В12
- Г. Фолиевой кислоты

22. ЧЕТВЕРТОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК (ХБП 4) СООТВЕТСТВУЕТ СКФ/МИН/1,73М² ____ МЛ

- А. 15-29
- Б. 45-59
- В. 30-44
- Г. 60-89

23. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ХАРАКТЕРНО ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЕЙ ГОРМОНОВ В КРОВИ:

- А. Повышение уровня ТТГ, снижение уровня Т3, снижение уровня Т4
- Б. Снижение уровня ТТГ, повышение уровней Т3 и Т4
- В. Снижение уровней ТТГ, Т3 и Т4
- Г. Повышение уровней ТТГ, Т3 и Т4

Вопросы для обсуждения:

1. Причины развития анемии в пожилом возрасте.
2. Особенности клинической картины и диагностики ЖДА у лиц пожилого и старческого возраста.
3. Особенности лечения ЖДА у пожилых.
4. Алгоритм обследования и лечения пожилых пациентов с анемией.
5. Дайте определение ХБП и ее концепции.
6. Назовите модифицируемые факторы риска ХБП у пожилых.
7. Какие Вы знаете способы определения СКФ?
8. На какие стадии делится ХБП по уровню СКФ?
9. Назовите принципы ведения больных с ХБП пожилого и старческого возраста.
10. Особенности клинической картины, диагностики сахарного диабета 2 типа у лиц пожилого и старческого возраста.

11. Опасность гипогликемий в пожилом возрасте.
12. Особенности ведения лиц пожилого и старческого возраста с сахарным диабетом.
13. Цели гликемического контроля СД 2 типа у пожилых.
14. Клинические маски гипотиреоза у лиц пожилого и старческого возраста.
15. Лабораторная диагностика гипотиреоза у лиц старших возрастных групп.
16. Особенности лечения гипотиреоза у лиц пожилого и старческого возраста.

IV. Клиническая работа: курация больных – 1 час.00 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной М., 75 лет, поступил в стационар с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см. Тоны сердца ослаблены, акцент II тона на аорте, ритм правильный. ЧСС 100 уд/мин, АД 250/130 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненна. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме. Клинический анализ крови: Hb - 82 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,6 \times 10^9/л$, СОЭ - 20 мм/ч, гематокрит - 26 %. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты - 1-2 в

поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения. Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007. Биохимический анализ крови: Общий холестерин 4,5 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, креатинин 330 мкмоль/л, билирубин 12,8 мкмоль/л, АСТ 13 ед/л, АЛТ 15 ед/л, мочевины 15,4 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?
3. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику.

Задача №2.

Мужчина, 66 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание, ухудшение зрения. 2 года назад диагностирован сахарный диабет, артериальная гипертензия. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии и АД не проводил. На ночь принимал Метформин 500 мг, регулярно антигипертензивных препаратов не принимал, эпизодически каптоприл. Объективно: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. Отеков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Биохимический анализ крови: глюкоза натощак - 9,0 ммоль/л, общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,9 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) 67 мл/мин/1,73м². Альбуминурия - 100 мг/сут. Глюкоза натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л. При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

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

VII. Рекомендуемая литература

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.

2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.

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

4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.

5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.

2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.

3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.

4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.

5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.

6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.

7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.

8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.

9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертония у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.

10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.

11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.

12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

- Интернист - <https://internist.ru/>
- Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
- Scopus - <https://www.scopus.com/>
- Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>

Тема занятия: КАРДИОГЕРИАТРИЯ: АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ИБС, ХСН, КЛАПАННАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, КАЛЬЦИНИРОВАННЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, БРАДИАРИТМИИ: СССУ, МЕДИКАМЕНТОЗНО ОБУСЛОВЛЕННАЯ БРАДИКАРДИЯ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

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

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов):4.

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

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

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть – 20 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов – 35 мин.

Программированный контроль:

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

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

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

- А. Шум в голове и ушах.
- Б. Общая слабость.
- В. Шаткость походки.
- Г. Постоянные сильные головные боли.

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

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

4.ИЗОЛИРОВАННАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ПОЖИЛЫХ:

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

5.У 74-ЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА С ИБС В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПОКАЗАТЕЛЬ

ОБЩЕГО ХОЛЕСТЕРИНА СОСТАВИЛ 6,8 ММОЛЬ/Л. НАЗОВИТЕ ПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:

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

6. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ИСАГ?

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

7. 70-ЛЕТНИЙ МУЖЧИНА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ЖАЛУЕТСЯ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ОБМОРОКИ, ПОШАТЫВАНИЯ ПРИ ХОДЬБЕ. ДВАЖДЫ НАБЛЮДАЛИСЬ ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ОБЪЕКТИВНО: РИТМ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НЕПРАВИЛЬНЫЙ, ЧСС 54 В МИН., АД 160/75 ММ РТ.СТ. КАКОЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ПОКАЗАНО?

- А. Общий анализ крови
- Б. Проба с физической нагрузкой.
- В. Суточный мониторинг ЭКГ.
- Г. Электрофизиологическое исследование (ЧПЭС).

8. У ПАЦИЕНТА К., 80 ЛЕТ, ПОСЛЕ СТРЕССА ВНЕЗАПНО ПОЯВИЛАСЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ТОШНОТА И ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ. АД 170/90 ММ РТ.СТ., ЧСС 68 УД/МИН. ЧТО НЕОБХОДИМО ПРЕДПРИНЯТЬ?

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

9. ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ИБС, МЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО...

- А. Безболевая ишемия миокарда.

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

10. У ПАЦИЕНТА К., 85 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕГО ДВА ИНФАРКТА МИОКАРДА, ПОЯВИЛАСЬ ЧАСТАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ?

- А. Аллапинин
- Б. Амиодарон
- В. Этацизин
- Г. Пропафенон

11. КАКАЯ АРИТМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ СПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА?

- А. Фибрилляция предсердий
- Б. Экстрасистолия
- В. Желудочковая тахикардия
- Г. Наджелудочковая тахикардия

12. 75-ЛЕТНИЙ МУЖЧИНА ОБРАТИЛСЯ К УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ С ЖАЛОБАМИ НА СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ ПРИ ХОДЬБЕ. ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ДВАЖДЫ НАБЛЮДАЛИСЬ ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, КУПИРОВАЛИСЬ В/В ВВЕДЕНИЕМ КОРДАРОНА. РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПАЦИЕНТ НЕ ПРИНИМАЛ В СВЯЗИ С ХОРОШИМ САМОЧУВСТВИЕМ. ОБЪЕКТИВНО: ОТЕКОВ НЕТ. В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ХРИПОВ НЕТ. ТОНЫ СЕРДЦА ПРИГЛУШЕНЫ, РИТМ НЕПРАВИЛЬНЫЙ. ЧСС=95 УД/МИН. АД=120/70 ММ РТ.СТ. ПЕЧЕНЬ – ПО КРАЮ РЕБЕРНОЙ ДУГИ.

КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ? УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. ЭКГ
- Б. Общий анализ крови
- В. ЭХО-кардиография
- Г. Проба с физической нагрузкой

13. КАК КУПИРОВАТЬ ПАРОКСИЗМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С НОРМАЛЬНЫМ АД?

- А. Электроимпульсная терапия
- Б. В/в лидокаин
- В. В/в верапамил
- Г. Массаж каротидного синуса

14. КАК КУПИРОВАТЬ ПАРОКСИЗМ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С АД \leq 90/60 ММ РТ.СТ.?

- А. Электроимпульсная терапия
- Б. В/в амиодарон
- В. В/в лидокаин
- Г. Массаж каротидного синуса

15. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПОКАЗАН ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ЧАСТОЙ ПОЛИТОПНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ? В АНАМНЕЗЕ ДВА ИНФАРКТА МИОКАРДА

- А. Аллапинин
- Б. Дигоксин
- В. Амиодарон
- Г. Верапамил

16. У МУЖЧИНЫ, 74 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО ХОБЛ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПОЯВИЛИСЬ ПЕРЕБОИ В РАБОТЕ СЕРДЦА, СЛАБОСТЬ. НА ЭКГ – НАДЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ. КАКОЙ ПРЕПАРАТ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ?

- А. Метопролол
- Б. Дигоксин
- В. Лидокаин
- Г. Верапамил

17. ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ СССУ У ПОЖИЛЫХ. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Стойкая синусовая брадикардия
- Б. Стойкая синусовая аритмия
- В. СА-блокада
- Г. Остановка синусового узла

18. КАКОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ НЕЛЬЗЯ НАЗНАЧАТЬ ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И БРАДИКАРДИЕЙ?

- А. Амлодипин
- Б. Бисопролол
- В. Лизиноприл
- Г. Индапамид

19. КАКОЙ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИЕЙ?

- А. Амлодипин
- Б. Ивабрадин
- В. Метопролол
- Г. Атропин

20. ПОЖИЛАЯ ПАЦИЕНТКА СТРАДАЕТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПЕРМАНЕНТНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ. ПРИНИМАЕТ КСАРЕЛТО, МЕТОПРОЛОЛ, ЛИЗИНОПРИЛ. ПОСЛЕДНИЕ 10 ДНЕЙ ПОЯВИЛАСЬ СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ШУМ В УШАХ. ПРИ САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ИЗМЕРЕНИИ: ЧСС 42-48 УД/МИН; АД 120/70-130/80 ММ РТ. СТ. С ЧЕМ СВЯЗАНО УХУЖДЕНИЕ САМОЧУВСТВИЯ?

- А. Нерациональная комбинация препаратов
- Б. Недостаточная доза лизиноприла
- В. Передозировка метопролола
- Г. Передозировка лизиноприла

21. БОЛЬНОЙ К., 68 ЛЕТ, ПОСТУПИЛ В АРО ПО ПОВОДУ НИЖНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА. ЧСС =40 УД/МИН. АД =105/60 ММ РТ. СТ. НА ЭКГ – Q ИНФАРКТ МИОКАРДА НИЖНЕЙ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, PQ = 0.32 С. КАКОЕ НАРУШЕНИЕ ПРОВОДИМОСТИ ИМЕЕТСЯ У ПАЦИЕНТА?

- А. АВ – блокада I степени
- Б. АВ блокада II степени
- В. Полная АВ блокада
- Г. Фибрилляция предсердий, брадисистолическая форма

22. БОЛЬНАЯ, 80 ЛЕТ, ДОСТАВЛЕНА СКОРОЙ ПОМОЩЬЮ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА. ЗА ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ДВАЖДЫ НАБЛЮДАЛИСЬ ЭПИЗОДЫ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ С СУДОРОГАМИ. ОБЪЕКТИВНО: В ЛЕГКИХ ДЫХАНИЕ ВЕЗИКУЛЯРНОЕ, ХРИПОВ НЕТ. ТОНЫ СЕРДЦА ГЛУХИЕ, РИТМ ПРАВИЛЬНЫЙ. ЧСС = 40 УД/МИН. АД = 110/70 ММ РТ. СТ. НА ЭКГ: ЗУБЦЫ Р НЕ СВЯЗАНЫ С КОМПЛЕКСОМ QRS ЖЕСТКИМ ИНТЕРВАЛОМ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ PP=0,80 СЕК, RR = 1,5 СЕК. С ЧЕМ СВЯЗАНЫ ЭПИЗОДЫ ПОТЕРИ СОЗНАНИЯ?

- А. Эпилепсия
- Б. Полная АВ блокада
- В. Нарушение мозгового кровообращения
- Г. Фибрилляция желудочков

Вопросы для обсуждения:

1. Особенности клиники и диагностики АГ у пожилого пациента.
2. Особенности клиники и диагностики ИБС у пожилых.
3. Особенности клиники и диагностики ХСН у пожилых.
4. Как изменяется фармакокинетика и фармакодинамика сердечно-сосудистых препаратов у пожилых?
5. Какие трудности возникают у врача при ведении гериатрического пациента с сердечно-сосудистой патологией?
6. Чем обусловлено увеличение распространенности аритмий сердца у пожилых лиц?
7. Особенности клиники и диагностики аритмий у пожилых.
8. Почему выбор средств и методов лечения аритмий у пожилых людей является сложным вопросом?
9. Как купировать пароксизм наджелудочковой тахикардии у пожилых?
10. Почему фибрилляция предсердий увеличивается с возрастом?
11. Какую тактику ведения пожилого пациента с фибрилляцией предсердий выбрать? Контроль ритма или контроль частоты желудочковых сокращений.

12. В каких случаях пожилому пациенту с фибрилляцией предсердий необходима электрическая кардиоверсия?

13. Чем опасна фибрилляция предсердий у лиц пожилого возраста?

14. Перечислите антикоагулянты, которые могут быть назначены пожилому пациенту с фибрилляцией предсердий.

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

16. Показания к имплантации постоянного ЭКС.

17. Причины развития синдрома слабости синусового узла (СССУ) у лиц пожилого и старческого возраста.

18. Клиническая картина СССУ у пожилых.

19. Лечение пожилого пациента с СССУ.

IV. Клиническая работа: курация больных – 1 час.00 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Мужчина, 68 лет, 18.04.2021 вызвал участкового врача на дом. Жалобы на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами, одышку при ходьбе (после стресса в семье).

Анамнез: С 50-летнего возраста страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст, хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст. Принимал эналаприл 10 мг/сут нерегулярно. 3 месяца назад перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST, выполнена коронароангиография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%, в связи, с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. Регулярно принимал кардиомагнил 75 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, карведилол 12,5 мг/сут, периндоприл 10 мг/сут.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. Отеков нет. В горизонтальном положении усиление одышки. ЧДД 22 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 уд.в мин., АД – 190/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Вопросы:

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

Задача №2.

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

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

Объективно: общее состояние средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Отеки стоп и голеней. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 22 в мин. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый

край грудины, левая – на 1 см внутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 112 уд/мин. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9x8x7 см.

Результаты обследования: общий анализ крови и мочи без патологии.

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

Вопросы:

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

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

VII. Рекомендуемая литература

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 3. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 894 с. – Текст: непосредственный.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.
5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для

студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.

2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.

3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.

4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.

5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.

6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.

7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.

8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.

9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертензия у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.

10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.

11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.

12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

- Интернист - <https://internist.ru/>
- Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
- Scopus - <https://www.scopus.com/>
- Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>

Тема занятия: НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА. ДЕПРЕССИЯ. НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ: СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ И БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА

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

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 4.

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

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

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации

Расчет учебного времени

I. Вводная часть – 20 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов – 35 мин.

Программированный контроль:

1. ОСНОВНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕМЕНЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Болезнь Альцгеймера
- Б. Болезнь Паркинсона на ранних стадиях
- В. Сосудистая деменция
- Г. Деменция с тельцами Леви

2. ЧТО НЕХАРАКТЕРНО ДЛЯ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА?

- А. Это хроническое прогрессирующее заболевание
- Б. Формирование распространенного нейродегенеративного процесса
- В. В основе лежит сосудистое поражение головного мозга
- Г. Распространенность болезни увеличивается с возрастом

3. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ, ИСКЛЮЧАЮЩИМИ ДИАГНОЗ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА, ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ...

- А. Нарушения координации движений
- Б. Наличие тремора покоя
- В. Нарушения речи и произвольных действий
- Г. Отсутствие эффекта при приеме достаточно высоких доз леводопы (600 мг/сут и более)

4. КРИТЕРИИ, КОТОРЫЕ ПОДТВЕРЖДАЮТ ДИАГНОЗ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Одностороннее начало симптомов паркинсонизма
- Б. Наличие тремора покоя
- В. Нарушения речи
- Г. Отчетливый положительный эффект препаратов, содержащих леводопу

5. ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧАТЬ...

- А. Препараты леводопы
- Б. Агонисты дофаминовых рецепторов
- В. Статины
- Г. Антихолинергические препараты

6. НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛЕВОДОПЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА СОСТАВЛЯЕТ:

- А. 100-200 мг/сут
- Б. 300-400 мг/сут
- В. 600-700 мг/сут
- Г. 1200-1500 мг/сут

7. ПРИЧИНЫ, ПО КОТОРЫМ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Усугубление когнитивных нарушений
- Б. Вызывают запоры
- В. Возможны провокации галлюцинаций
- Г. Возможно развитие делирия

8. КАКОМУ ИЗ ВИДОВ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ СООТВЕТСТВУЕТ ДЕМЕНЦИЯ?

- А. Субъективные когнитивные нарушения
- Б. Легкие когнитивные нарушения
- В. Умеренные когнитивные нарушения
- Г. Тяжелые когнитивные нарушения

9. К КОГНИТИВНЫМ НАРУШЕНИЯМ НЕ ОТНОСЯТСЯ

- А. Снижение памяти и внимания
- Б. Гиперкинезы
- В. Снижение способности к вербальной коммуникации
- Г. Снижение способности управлять своим поведением

10. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДЕМЕНЦИИ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ РАССТРОЙСТВ... НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Когнитивные
- Б. Эмоциональные
- В. Двигательные
- Г. Поведенческие

11. ПРИЧИНАМИ ДЕМЕНЦИИ МОГУТ ЯВЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ ...

- А. Болезнь Альцгеймера

- Б. Сосудистые заболевания головного мозга
- В. Ишемическая болезнь сердца
- Г. Болезнь Паркинсона

12. ТЕСТЫ ИЛИ ШКАЛЫ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА ДЕМЕНЦИИ. УКАЖИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Тест рисования часов
- Б. Тест Мини-Ког
- В. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE)
- Г. Шкала Эпворта для оценки наличия избыточной дневной сонливости

13. ЦЕЛЯМИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ДЕМЕНЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ...

- А. Улучшение прогноза
- Б. Улучшение качества жизни
- В. Сохранение функциональных способностей
- Г. Создание максимального комфорта для пациента

14. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ УХУДШИТЬ КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

- А. Бензодиазепины
- Б. Барбитураты
- В. Антихолинергические средства
- Г. Статины

15. ПРИ НАЛИЧИИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ

- А. Общие анализы крови и мочи; биохимический анализ крови: глюкоза, электролиты, кальций, трансаминазы, билирубин, креатинин, липидный спектр
- Б. Содержание витамина В12 и фолиевой кислоты, ТТГ
- В. КТ или МРТ головного мозга
- Г. Все выше перечисленные

16. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИНЦИПОВ ВЕДЕНИЯ ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕВЕРЕН?

- А. Раннее выявление когнитивных нарушений
- Б. Определение характера и тяжести этих нарушений, установление нозологического диагноза
- В. Раннее начало лечения с применением патогенетической терапии
- Г. Длительная и непрерывная терапия пожилому пациенту не показана

17. БОЛЬНЫМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ ФАКТОРЫ РИСКА. УКАЖИТЕ НЕВЕРНОЕ СУЖДЕНИЕ

- А. Контроль АД и сердечного ритма
- Б. Контроль глюкозы и липидного спектра крови
- В. Разрешение стрессовых ситуаций
- Г. Отказ от курения в пожилом возрасте бесполезен

18. ПРИ ЛЕГКИХ И УМЕРЕННЫХ (НЕДЕМЕНТНЫХ) КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ ПОКАЗАНО НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. УКАЖИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ

- А. Умеренные аэробные физические нагрузки
- Б. Когнитивный тренинг
- В. Питание, обогащенное антиоксидантами с ограничением животных жиров
- Г. Борьба с лишним весом в пожилом возрасте не рекомендуется

19. КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСЯТСЯ К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕМЕНЦИИ?

- А. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы
- Б. Ингибитор глутаматных NMDA –рецепторов
- В. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы и ингибитор глутаматовых NMDA –рецепторов
- Г. Статины

20. К ИНГИБИТОРАМ АЦЕТИЛХОЛИНЭСТЕРАЗЫ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- А. Донепезил
- Б. Розувастатин

В. Ривастигмин

Г. Галантамин

21. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АЦЕТИЛХОЛИНЕРГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ. НАЗОВИТЕ НЕВЕРНЫЙ ОТВЕТ

А. Головокружение

Б. Тошнота

В. Диарея

Г. Запор

22. АКАТИНОЛ МЕМАНТИН НАЗНАЧАЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДЕМЕНЦИЕЙ. КАКОЕ СУЖДЕНИЕ НЕ ВЕРНО?

А. Акатинол мемантин обладает лучшей переносимостью по сравнению с галантамином

Б. Не влияет на ЧСС

В. Может вызвать брадикардию

Г. Не вызывает желудочно-кишечных расстройств

Вопросы для обсуждения:

1. Клинические проявления и диагностика болезни Паркинсона.

2. Коррекция двигательных нарушений при болезни Паркинсона.

3. Основные не двигательные нарушения при болезни Паркинсона и их коррекция.

4. Этиология и патогенез симптоматического паркинсонизма у пожилых.

5. Лекарственные паркинсонизм.

6. Причины нарушений когнитивных функций у пожилых.

7. Клиническая картина деменции.

8. Современные представления об этиопатогенезе сосудистой деменции.

9. Современные представления об этиопатогенезе болезни Альцгеймера.

10. Клиническая картина болезни Альцгеймера.

11. Принципы диагностики болезни Альцгеймера.

12. Базисная терапия болезни Альцгеймера.

13. Показания, противопоказания и побочные эффекты ацетилхолинергической терапии у пожилых.

14. Особенности течения депрессий у пациентов пожилого и старческого возраста.

15. Дифференциальная диагностика депрессии и деменции в позднем возрасте.

IV. Клиническая работа: курация больных – 1 час.00 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Пациентка, 68 лет, пришла на приём к врачу общей практики в сопровождении сына. Активно жалоб не предъявляет. При опросе установлено, что пациентка ощущает пониженный фон настроения, снижение мотиваций, отсутствие удовлетворения от любимых занятий. Сын отмечает забывчивость матери в течение последнего 1 месяца. 0,5 года назад пациентка была на приёме и подобных нарушений не имела. 2 месяца назад у женщины умер муж, возникли конфликты в семье детей. При опросе отвечает на вопросы односложно. При оценке соматического и неврологического статуса без особенностей, в исследование включается неохотно. При нейропсихологическом опросе на большинство вопросов отвечает: «Я не знаю». Показатели клинических анализов крови; уровня тиреоидных гормонов в пределах нормы. При МРТ головного мозга признаки незначительного расширения желудочковой системы.

Вопросы:

1. Назовите ведущий клинический синдром.
2. Поставьте клинический диагноз.
3. Определите лечебную тактику.

Задача №2.

Дочь больной Т., 72 лет вызвала участкового врача на дом. Жалобы на нарастающее снижение памяти. В возрасте 65 лет больная начала терять или не находить различные вещи. Испытывала затруднение в счёте денег. Постепенно нарастала

беспомощность, не могла самостоятельно мыться и одеваться. Потеряла способность самостоятельно питаться: не знала, куда девать ложку. При попытке что-то написать изображала беспорядочные каракули. При исследовании узнаёт геометрические фигуры, правильно их называет «треугольником» или «квадратом», но не может их нарисовать. Не может скопировать фигуры, сложенные из спичек. Смотрит на образец, делает грубые ошибки, одну из трёх сторон треугольника помещает внутри него, а четвёртую сторону квадрата пропускает совсем. При этом испытывает неуверенность, спрашивает: «Так надо?». Просит помочь.

Вопросы:

1. Назовите описанный синдром
2. Для какого расстройства этот синдром характерен?
3. Каков прогноз расстройства?
4. Рекомендованное лечение.

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

VII. Рекомендованная литература

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 3. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 894 с. – Текст: непосредственный.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.
5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.
2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.
3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.
4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.
5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.
6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.
7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.
8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.
9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертензия у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.
10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.
11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.
12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

- Интернист - <https://internist.ru/>
- Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
- Scopus - <https://www.scopus.com/>
- Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>

Тема занятия: РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ: ОСТЕОАРТРИТ, ОСТЕОПОРОЗ, БОЛЕЗНЬ ФОРЕСТЬЕ, РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ, ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Цель занятия: изучить особенности клиники, диагностики и лечения ревматологических заболеваний у гериатрических пациентов. Изучить особенности болевого синдрома в пожилом и старческом возрасте.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (кол-во академических часов): 4

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

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

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК-4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК-7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК-3: Способен к ведению медицинской документации.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть – 20 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов – 35 мин.**

Программированный контроль:

1. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ:

- А. атипичности клиники
- Б. выраженности клинических проявлений
- В. стертости клинической симптоматики
- Г. полиморбидности (сочетанная патология)

2. ПОРАЖЕНИЕ ВЕК ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ДИАГНОСТИКИ ОДНОГО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

- А. дерматомиозита
- Б. системной красной волчанки
- В. ревматической полимиалгии
- Г. гигантоклеточного артериита

3. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНО

- А. наличие боли "механического" типа в суставах
- Б. наличие боли "воспалительного" типа в суставах
- В. преимущественное поражение суставов позвоночника
- Г. быстрое прогрессирование заболевания

4. У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- А. гигантоклеточный артериит
- Б. узелковый периартериит
- В. микроскопический полиангиит
- Г. геморрагический васкулит

5. ДЛЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ У ПОЖИЛЫХ ХАРАКТЕРНО

- А. анемия
- Б. боль в мелких суставах кистей и стоп
- В. нормальный уровень СОЭ
- Г. параорбитальный отек с эритемой верхнего века

6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПОЖИЛЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. желудочно-кишечные
- Б. кожные
- В. нефротоксические
- Г. гепатотоксические

7. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ УЗЕЛКОВ ГЕБЕРДЕНА

- А. Дистальные межфаланговые суставы кистей
- Б. Локтевые и коленные суставы
- В. Проксимальные межфаланговые суставы кистей
- Г. Тазобедренные и голеностопные суставы

8.ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ДВУХСТОРОННЕГО КОКСАРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. нарушение внутренней и наружной ротации бедер
- Б. протрузия вертлужных впадин
- В. укорочение нижних конечностей
- Г. сакроилеит 2-3 ст. на рентгенограмме

9.ПРИМЕНЕНИЕ КАЛЬЦИТОНИНА У ПОЖИЛЫХ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

- А. способствует предотвращению переломов костей
- Б. уменьшает плотность костной ткани
- В. усиливает резорбцию костной ткани
- Г. оказывает миорелаксирующее действие

10. ГЛАВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. рентгеновская денситометрия
- Б. биохимический анализ крови
- В. общий анализ мочи
- Г. определение маркеров воспаления крови

11. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ У ПОЖИЛЫХ НАИБОЛЕЕ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

- А. тазобедренные суставы
- Б. коленные суставы
- В. дистальные межфаланговые суставы кистей
- Г. плечевые суставы

12.ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НИКОГДА НЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- А. выраженным нарушением углеводного обмена
- Б. острым нарушением мозгового кровообращения
- В. инфарктом миокарда
- Г. тромбозом легочной артерии

13.ВЫБЕРИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЙ ТЕСТ, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ПОЛИОМИОЗИТА

- А. повышение в крови уровня креатинкиназы
- Б. антитела к мышечным антигенам
- В. ревматоидный фактор
- Г. антинуклеарный фактор

14. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ СЕНИЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. перелом шейки бедра
- Б. перелом таранной кости
- В. перелом ладьевидной кости
- Г. перелом плечевой кости

15.ПРИ БОЛЕЗНИ ФОРЕСТЬЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТСЯ:

- А. передние продольные связки позвоночника
- Б. спинной и головной мозг
- В. передние крестообразные связки позвоночника
- Г. гепатолиенальная система

16. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТЕРАПИИ НПВС РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А. омепразол
- Б. дротаверина гидрохлорид
- В. метилурацил
- Г. триметазидин

17. КОСТНЫЕ КИСТЫ БОЛЕЕ ТИПИЧНЫ ДЛЯ

- А. остеоартрита
- Б. ревматоидного артрита
- В. синдрома Рейтера
- Г. болезни Бехтерева

18. ГРУБАЯ КРЕПИТАЦИЯ В СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. деформирующего остеоартрита
- Б. реактивного артрита
- В. ревматоидного артрита
- Г. артрита при системной красной волчанке

19. СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ КРУПНОГО КАЛИБРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. гигантоклеточный артериит
- Б. микроскопический полиангиит
- В. узелковый периартериит
- Г. болезнь Кавасаки

20. ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ГЛЮКОКОРТИКО-СТЕРОИДАМИ НЕ ПРОВОДИТСЯ

- А. при ревматической полимиалгии
- Б. при ревматоидном артрите
- В. при болезни Шегрена
- Г. при системной красной волчанке

Вопросы для обсуждения:

1. Диагностика и лечение остеоартрита в пожилом и старческом возрасте
2. Диагностика и лечение болезни Форестье в пожилом и старческом возрасте
3. Диагностика и лечение ревматической полимиалгии в пожилом и старческом возрасте.
4. Диагностика и лечение гигантоклеточного артериита в пожилом и старческом возрасте
5. Характеристика болевого синдрома при ревматологической патологии в пожилом и старческом возрасте
6. Купирование болевого синдрома в пожилом и старческом возрасте
7. В чем заключается стратегия ведения пожилого пациента с ревматической полимиалгией?

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 00 мин,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Пациентка 85 лет поступила в ревматологическое отделение с жалобами на выраженные боли в плечевых суставах, шейном отделе позвоночника, боли в тазобедренных и коленных суставах, повышение температуры тела до 37,4 °С, Боли усиливаются по ночам, из-за чего больная уже несколько дней не может нормально спать. Она стала плаксивой, раздражительной. Считает себя больной около 4 месяцев. Постепенно боль в суставах усиливалась. Пациентка была госпитализирована с диагнозом «первичный остеоартроз», получала стандартное лечение. При обследовании было выявлено повышение СОЭ до 57 мм/ч. После лечения отмечала некоторое улучшение, но в течение последнего месяца состояние значительно ухудшилось: снова появились все вышеуказанные жалобы. При осмотре: состояние удовлетворительное; настроение подавленное. Пациентка отмечает, что значительно похудела за последний месяц, так как из-за болей нет аппетита. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичны, приглушены. АД — 150/85 мм рт. ст., ЧСС — 74 уд./мин, пульс — 74 уд./мин. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Стул и диурез без особенностей. Суставы внешне не изменены, болезненны при пальпации, признаков воспаления нет. Движения в плечевых суставах ограничены из-за болей. Отмечается болезненность при пальпации шейно-грудного отдела позвоночника, мышц плечевого пояса. При обследовании обнаружено увеличение СОЭ до 56 мм/ч, СРБ — 117 г/л. Пациентке был проведен онкопоиск — опухолей не обнаружено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациентки?
3. План обследования.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную болезнь?
5. Какой прогноз при этом заболевании?
6. Лечебная тактика.

Задача №2.

Пациент Н., 89 лет, поступил в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции схемы лечения с жалобами на интенсивные головные боли пульсирующего характера преимущественно в височных областях, головокружения, резкое снижение слуха и остроты зрения, общее недомогание, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37,3–37,7 °С. Заболел около 4 месяцев назад. Обратился за помощью к неврологу, где ему был поставлен диагноз «атеросклероз церебральных сосудов, дисциркуляторная энцефалопатия». Проводимое лечение сосудорасширяющими и ноотропными препаратами ощутимого положительного эффекта не дало. Стали ухудшаться слух и зрение, появилась слабость и лихорадка. В общем анализе крови выявлено повышение СОЭ до 57 мм/ч. При осмотре: пациент нормального телосложения, пониженного питания. Кожные покровы обычного цвета. В области висков наблюдается припухание и пульсация височных артерий, при их пальпации отмечается болезненность. Температура тела — 37,2 °С. Периферические лимфатические узлы до 0,5 см, безболезненны. Перкуторно над легкими легочный звук. Дыхание везикулярное, в нижних отделах — пневмосклеротические хрипы. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, аритмичны, единичные экстрасистолы. ЧСС — 72 уд./мин, наблюдается систолический шум на верхушке, во II межреберье справа и в точке Боткина–Эрба. АД на обеих руках — 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Суставы кистей: в области дистальных фаланг имеются узловатые разрастания.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие диагностические критерии данного заболевания у пациента?
3. Составьте план обследования для данного пациента.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать это заболевание?
5. Какие изменения можно обнаружить в общем и биохимическом анализах крови?
6. Лечебная тактика.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.
VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

1. Гериатрия: нац. рук. / под ред. О.Н. Ткачевой [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 605 с. – Текст: непосредственный.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 2. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 783 с. – Текст: непосредственный.
3. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 3. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 894 с. – Текст: непосредственный.
4. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 4. Клиническая гериатрия / под ред. Ярыгина В.Н., Мелентьева А.С. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 524 с. – Текст: непосредственный.
5. Натальская Н.Ю. Гериатрия: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Ю. Натальская, Н.Н. Никулина, Е.В. Лыгина; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 80 с. – Текст: непосредственный.

Дополнительная учебная литература:

1. Кодекс здоровья и долголетия: старшая возрастная группа. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 48 с. – Текст: непосредственный.
2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 974 с. – Текст: непосредственный.
3. Прощаев К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев. – СПб., 2008. – 778 с. – Текст: непосредственный.
4. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.
5. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.

6. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.

7. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.

8. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.

9. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертония у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.

10. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.

11. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.

12. Гериатрия: рук. для врачей / под ред. Л.П. Хорошиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 698 с. – Текст: непосредственный.

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:

1. Справочные правовые системы:

- СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
- СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

2. Базы данных и информационно-справочные системы

- Интернист - <https://internist.ru/>
- Cr.tosminzdrav.ru - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
- Scopus - <https://www.scopus.com/>
- Medpoint geriatrics- <https://medpoint.pro/>