

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*

Методические указания  
для самостоятельной работы обучающихся  
по специальности Лечебное дело  
по дисциплинам «Неотложные состояния  
в клинике внутренних болезней»,  
«Госпитальная терапия», «Гериатрия»

Рязань, 2022

**УДК 616-083.98+616+616-053.9](075.83)**

**ББК 53.5+54.1+52.5**

**M545**

*Под редакцией профессора С.С. Якушина*

- Рецензенты: *М.А. Бутов*, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней;
- Е.В. Филиппов*, д.м.н., доц., зав. кафедрой поликлинической терапии, профилактической медицины и общей врачебной практики;
- А.В. Данилов*, к.м.н., главный врач ГБУ РО «ОККД»;
- О.М. Тюрчина*, главный внештатный специалист-терапевт Рязанской области, заместитель главного врача ГБУ РО «Городская больница №6».
- Н.А. Осычная*, главный врач ГБУ РО «РОКГВВ».
- Авторы: *И.В. Буданова*, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
- А.В. Косяков*, к.м.н., ассист. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы.
- Л.А. Зотова*, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
- К.Г. Переверзева*, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
- Н.В. Добрынина*, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
- Е.В. Лыгина*, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
- С.П. Филоненко*, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;
- Н.Ю. Натальская*, к.м.н., ассист. кафедры госпитальной терапии с курсом медико-социальной экспертизы;

**M545** Методические указания для самостоятельной работы обучающихся по специальности Лечебное дело по дисциплинам «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней», «Госпитальная терапия», «Гериатрия» / И.В. Буданова, А.В. Косяков, Л.А. Зотова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2022. – 112 с .

В настоящих методических указаниях для самостоятельной работы обучающихся представлены отдельные темы по дисциплинам: «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней», «Госпитальная терапия», «Гериатрия», не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены программированный контроль, кейс-задачи, вопросы для самоконтроля, рекомендуемая литература.

**УДК 616-083.98+616+616-053.9](075.83)**

**ББК 53.5+54.1+52.5**

© Авторы, 2022

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2022

## Содержание

Тяжелая внебольничная пневмония: диагностика и лечение. Инфекционно-токсический шок. <i>(Буданова И. В.)</i> .....	4
Бронхообструктивный синдром. Терапия астмы тяжелого течения. Инородные тела гортани: терапия на догоспитальном этапе. <i>(Косяков А.В.)</i> .....	15
Болевой синдром в животе. Состояния ложно диагностируемые, как острый живот. <i>(Зотова Л.А.)</i> .....	24
Кровотечения из желудочно-кишечного тракта: диагностика и догоспитальная тактика ведения. <i>(Переверзева К.Г.)</i> .....	36
Острое почечное повреждение. Острые водно-электролитные нарушения. <i>(Добрынина Н.В.)</i> .....	47
Деонтологические аспекты в клинике внутренних болезней. <i>(Косяков А.В.)</i> .....	55
Дифференциальная диагностика и лечение острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца (ревматические пороки сердца). <i>(Лыгина Е.В.)</i>	65
Дифференциальная диагностика шумов сердца. <i>(Филоненко С.П.)</i> .....	76
Заболевания мочевыделительной системы и опорно-двигательного аппарата в пожилом и старческом возрасте. <i>(Натальская Н.Ю.)</i> .....	95
Особенности клиники, диагностики и лечения пневмонии, интерстициопатии, ХОБЛ у лиц пожилого и старческого возраста. <i>(Буданова И.В.)</i> .....	104

**Тема для самостоятельной работы: ТЯЖЕЛАЯ  
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: ДИАГНОСТИКА И  
ЛЕЧЕНИЕ. ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК.**

*(Буданова И. В)*

*Дисциплина: «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней».*

**Цель занятия:** изучить особенности клиники, диагностики, лечебной тактики при пневмониях тяжелого течения и инфекционно-токсическом шоке.

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

**Время проведения занятия (кол-во астрономических часов):** 5

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

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

**Организационно-методические указания для  
преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ОПК-6:** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

**ПК-1:** Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

**Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 5 часов**

**II. Вопросы для самоконтроля:**

- 1) Дайте определение внебольничной пневмонии тяжелого течения.

- 2) Этиология, клиника, осложнения внебольничной пневмонии тяжелого течения.
- 3) Инфекционно-токсический (септический) шок, укажите патогенез, критерии.
- 4) Сформулируйте критерии тяжелого течения пневмонии.
- 5) Укажите шкалы оценки неблагоприятного исхода при пневмонии.
- 6) Сформулируйте план обследования при тяжелой внебольничной пневмонии.
- 7) Сформулируйте основные принципы неотложной терапии при пневмониях тяжелого течения.
- 8) Сформулируйте основные принципы антибактериальной терапии при тяжелой внебольничной пневмонии.
- 9) Алгоритм неотложной помощи при инфекционно-токсическом шоке (септическом шоке) у пациентов с внебольничной пневмонией тяжелого течения.

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

### **IV. Заключительная часть**

#### Программированный контроль:

#### **1. ДЛЯ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ В РАЗГАР БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНЫМ ПЕРКУТОРНЫМ ЗВУКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. металлический
- Б. коробочный
- В. тимпанический
- Г. тупой

#### **2. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ CURB-65 ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПАРАМЕТРЫ:**

- А. возраст, нарушение сознания, частота дыхания, уровень систолического и диастолического АД
- Б. возраст, нарушение сознания, частота дыхания, уровень систолического и диастолического АД, азот мочевины

В. возраст, нарушение сознания, частота дыхания, частота сердечных сокращений

Г. пол, нарушение сознания, частота дыхания, азот мочевины.

**3. ПО ШКАЛЕ PORT (PNEUMONIA OUTCOMES RESEARCH TEAM) УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ПНЕВМОНИИ (PSI – PNEUMONIA SEVERITY INDEX) ДЛЯ:**

А. прогноза риска летального исхода

Б. формулирования рекомендаций по выбору места лечения

В. определения приоритетных направлений эмпирической антибактериальной терапии

Г. все перечисленное

**4. ДЛЯ КАКОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО ОТДЕЛЕНИЕ МОКРОТЫ ШОКОЛАДНОГО ЦВЕТА С ЗАПАХОМ ПРИГОРЕЛОГО МЯСА, БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ ЛЕГОЧНОЙ ДЕСТРУКЦИИ, ВЫРАЖЕННЫЙ НЕЙТРОФИЛЬНЫЙ ЛЕЙКОЦИТОЗ:**

А. вызванной клебсиеллой

Б. пневмококковой

В. стафилококковой

Г. микоплазменной

**5. КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПНЕВМОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ В ПЕРВЫЕ СУТКИ?**

А. выпотной плеврит

Б. острая дыхательная недостаточность или инфекционно-токсический шок

В. абсцедирование

Г. легочное кровотечение

**6. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ ПНЕВМОНИИ?**

А. распространенность патологического процесса

Б. деструкция легочной ткани

В. сопутствующий сахарный диабет

Г. все перечисленное

**7. БОЛЬ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ ОБУСЛОВЛЕНА:**

А. нарушением микроциркуляции

Б. деструкцией легочной ткани

- В. вовлечением плевры в воспалительный процесс
- Г. вовлечением в воспалительный процесс бронхиального дерева

**8. У СЛУЖАЩЕЙ КРУПНОЙ ГОСТИНИЦЫ ТЕМПЕРАТУРА 40°C, ОЗНОБ, КРОВОХАРКАНИЕ, БОЛИ В ГРУДИ ПРИ ДЫХАНИИ, МИАЛГИИ, ТОШНОТА, ПОНОС. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНЫ ИНФИЛЬТРАТЫ В ОБОИХ ЛЕГКИХ. СОСЛУЖИВЕЦ БЫЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН С ПНЕВМОНИЕЙ. ПРИЧИНА ПНЕВМОНИИ?**

- А. клебсиелла
- Б. легионелла
- В. микоплазма
- Г. золотистый стафилококк

**9. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СТАФИЛОКОККОВОЙ ПНЕВМОНИИ?**

- А. субфебрильная температура
- Б. ржавая мокрота
- В. прогрессирующая деструкция легочной ткани
- Г. обструктивные нарушения в спирограмме

**10. У БОЛЬНОГО С АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПНЕВМОНИЕЙ В НИЖНЕЙ ДОЛЕ СЛЕВА, ПОЯВИЛАСЬ РЕЗКАЯ БОЛЬ В ГРУДИ, ПРОГРЕССИРУЕТ ОДЫШКА. СЛЕВА НАД НИЖНЕЙ ДОЛЕЙ ПЕРКУТОРНО ТИМПАНИТ, ДЫХАНИЕ РЕЗКО ОСЛАБЛЕНО, ПУЛЬС 110 В МИН. АД 90/60ММ. РТ. СТ. ЧЕМ ОСЛОЖНИЛОСЬ ЗАБОЛЕВАНИЕ?**

- А. анафилактический шок
- Б. инфекционно-токсический шок
- В. экссудативный плеврит
- Г. спонтанный пневмоторакс

**11. У БОЛЬНОГО С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ДОЛЕВОЙ ПНЕВМОНИЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ИЗМЕНИЛИСЬ ФИЗИКАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ: ГОЛОСОВОЕ ДРОЖАНИЕ СТАЛО ОСЛАБЛЕННЫМ, ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК ТУПЫМ, ПЕРЕСТАЛО ВЫСЛУШИВАТЬСЯ ДЫХАНИЕ. О ЧЕМ МОЖНО ДУМАТЬ?**

- А. о разрешении воспаления
- Б. о пневмотораксе
- В. о выпотном плеврите
- Г. об абсцедировании

**12. КАКИЕ РАССТРОЙСТВА ГЕМОДИНАМИКИ ЛЕЖАТ В ОСНОВЕ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА? 1) КАРДИОГЕННАЯ ГИПОЦИРКУЛЯЦИЯ 2) ГИПОВОЛЕМИЧЕСКАЯ ГИПОЦИРКУЛЯЦИЯ 3) МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ГИПОЦИРКУЛЯЦИЯ 4) СМЕШАННАЯ ГИПОЦИРКУЛЯЦИЯ. ВЫБЕРИТЕ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- А. 1, 2
- Б. 1, 3
- В. 2, 3
- Г. 2, 4

**13. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ (ПОСТОЯННЫЙ) ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ:**

- А. притупление
- Б. бронхиальное дыхание в месте притупления
- В. ослабление дыхания
- Г. влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы

**14. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ПОДТВЕРЖДЕННОМ ДИАГНОЗЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ПОКАЗАНА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЛЮБОГО ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ПАРАМЕТРОВ, КРОМЕ:**

- А. частота дыхания  $\geq 30$ /мин
- Б. частота сердечных сокращений  $\geq 110$ /мин
- В. диастолическое артериальное давление  $\leq 60$  мм рт. ст.
- Г. систолическое артериальное давление  $< 90$  мм рт. ст.

**15. КАКАЯ СИМПТОМАТИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О РАЗВИТИИ У БОЛЬНОГО ПНЕВМОНИЕЙ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА?**

- А. тяжесть общего состояния (лихорадка, резкая слабость, адинамия, одышка), изменение гемодинамики
- Б. наличие «ржавой мокроты»
- В. лейкоцитоз, ускоренная СОЭ
- Г. боль в грудной клетке



**16. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСИТЕЛЬНО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА У БОЛЬНОГО С ПНЕВМОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВЕРНЫМ?**

- А. кортикостероиды противопоказаны в связи с опасностью дальнейшей генерализации инфекции
- Б. допамин для повышения сосудистого тонуса имеет преимущества перед норадреналином
- В. маннитол и фуросемид могут использоваться для профилактики повреждений почечных канальцев
- Г. требуется введение больших количеств жидкости под контролем центрального венозного давления

**17. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПТИЧЕСКИМ ШОКОМ, СОГЛАСНО НАЦИОНАЛЬНЫМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ, ПЕРВАЯ ДОЗА АНТИБИОТИКА ДОЛЖНА БЫТЬ ВВЕДЕНА В ПЕРВЫЙ ЧАС С МОМЕНТА УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА, Т.К. ЭТО:**

- А. уменьшает частоту госпитализаций
- Б. увеличивает выживаемость и снижает летальность
- В. сокращает длительность стационарного лечения
- Г. сокращает расходы на лечение

**18. ПРИ ПНЕВМОНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЕН ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ:**

- А. пероральный
- Б. внутримышечный
- В. внутривенный
- Г. сочетанный (внутримышечный и пероральный)

**19. СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ АНТИСИНЕГНОИНЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. Цефоперазон
- Б. Цефтриаксон
- В. Цефотаксим
- Г. Цефазолин

**20. САМЫМ ПОЗДНИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ СТАРТОВОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. нормализация лейкоцитарной формулы
- Б. нормализация или выраженное снижение температуры тела

В. уменьшение степени гнойности мокроты

Г. исчезновение легочного инфильтрата

**21. АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ПНЕВМОНИИ?**

А. микоплазменная пневмония

Б. пневмония, осложненная инфекционно-токсическим шоком

В. пневмония, осложненная плевритом

Г. нет показаний

**22. ПУЛЬОКСИМЕТРИЮ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ**

А. больным пневмонией при наличии одышки

Б. больным пневмонией при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний

В. больным пневмонией при наличии цианоза

Г. всем больным пневмонией

**23. В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА С ПНЕВМОНИЕЙ ДВА АНТИБИОТИКА НЕОБХОДИМЫ В СЛУЧАЕ:**

А. невозможности обеспечить достаточную кратность введения одного из препаратов

Б. сочетания бактериальной и вирусной инфекции

В. затяжного течения пневмонии

Г. тяжелого течения пневмонии

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной К, 58 лет, длительно злоупотребляющий алкоголем, доставлен в стационар с жалобами: на повышение температуры тела до 39°C, кашель с трудноотделяемой вязкой кровянисто-гнойной мокротой с неприятным запахом пригорелого мяса, боли в верхних отделах правой половины грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, выраженную одышку в покое, резкую слабость, головокружение, сонливость, уменьшение диуреза.

Анамнез: заболел пять дней назад, когда после переохлаждения появился сухой кашель, повышение температуры тела до 37,3°C. За медицинской помощью не обращался. Не работает, курит более 40 лет по 20 сигарет в день.

Со вчерашнего дня состояние резко ухудшилось: температура тела достигла 38-39°C, присоединились боли в грудной клетке справа при дыхании. Сегодня появилась выраженная слабость, головокружение, стало трудно дышать, мокрота откашливается с трудом, напоминает смородиновое желе. Объективно: общее состояние тяжелое. Сознание спутанное. Адинамичен. Акроцианоз лица, выраженная бледность кожных покровов. Справа над проекцией верхней доли укорочение перкуторного звука, аускультативно - бронхиальное дыхание, ЧДД 34 в минуту. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются сухие, жужжащие хрипы, ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ЧСС до 130 в минуту, ритм правильный, АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. При лабораторном обследовании: лейкоциты 25 x10<sup>9</sup>/л, ю-4%, п-12%, с-72%, л-10%, м-4%, СОЭ – 60 мм/час. В мокроте большое количество нейтрофилов, эритроцитов и грамм (-) палочек. В анализе мочи умеренная протеинурия и цилиндрурия. При рентгенологическом исследовании выявлена массивная неоднородная инфильтрация верхней доли справа с подчеркнутой междолевой бороздой, вогнутой кверху. По данным амбулаторной карты исследование ФВД год назад: ЖЕЛ 4,1 л (86% от нормы), ОФВ1 2,8 л (69% от должного).

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте правильно диагноз.
2. Укажите план дополнительного обследования больного.
3. Укажите предполагаемых возбудителей заболевания и назовите наиболее вероятного из них. Обоснуйте ответ, отметив особенности этого возбудителя и течения данной пневмонии.
4. Назовите критерии тяжелого течения данной внебольничной пневмонии
5. Назначьте лечебные мероприятия. Какой антимикробный препарат в данной ситуации является наиболее актуальным?

## **Задача №2.**

Мужчина 47 лет доставлен в приёмное отделение с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°С градусов, кашель с трудноотделяемой мокротой «ржавого» цвета, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле, чувство нехватки воздуха, головокружение.

Анамнез: заболел 3 дня назад, когда после переохлаждения повысилась температура тела, появился кашель. Лечился самостоятельно (Аспирин, Парацетамол), но состояние ухудшалось: появились вышеперечисленные жалобы. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, цианоз губ, кончиков пальцев. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Притупление перкуторного звука, усиление бронхофонии в IV-V межреберье по среднеключичной линии справа. При аускультации в том же отделе дыхание бронхиальное, крепитация. Тоны сердца приглушены, учащены. ЧСС – 96 ударов в минуту, АД – 85/50 мм рт. ст. Сатурация – 80%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах.

В общем анализе крови: лейкоциты –  $22 \times 10^9$  /л, юные формы – 10%, палочкоядерные нейтрофилы – 23%, сегментоядерные нейтрофилы - 30% , эозинофилы - 2%, лимфоциты - 30%, моноциты -5%. СРБ – 125 мг/л.

Выполнена рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какова тактика лечения данного пациента, назовите препараты «стартовой» терапии и препараты резерва?

## **V. Рекомендуемая литература.**

### **Основная учебная литература:**

1. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
2. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
3. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
4. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
3. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.
4. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.

### **Интернет – ресурсы:**

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

2. Кишкун А.А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции: рук. для врачей / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 974 с. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407868.html> – Текст электронный.:
3. Рубрикатор клинических рекомендаций (протоколов лечения). URL: <http://cr.rosminzdrav.ru>.

**Тема для самостоятельной работы:**  
**БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ. ТЕРАПИЯ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ГОРТАНИ: ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. (Косяков А.В.)**

*Дисциплина: «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»*

**Цель занятия:** изучить дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом, принципы диагностики и неотложной терапии при бронхиальной астме (БА) тяжелого течения, при инородных телах гортани.

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

**Время проведения занятия (кол-во астрономических часов):** 5

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

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

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ОПК-6:** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

**ПК-1:** Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

### **Расчет учебного времени**

- I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 5 часов**
- II. Вопросы для самоконтроля:**

- 1) Определение бронхообструктивного синдрома.
- 2) Основные патогенетические механизмы бронхообструктивного синдрома.
- 3) Заболевания протекающие с бронхиальной обструкцией.
- 4) Дифференциальная диагностика при бронхообструктивном синдроме.
- 5) Критерии тяжелого течения БА, факторы риска.
- 6) Основные направления в лечении БА тяжелого течения.
- 7) Принципы лечения обострений бронхиальной астмы на амбулаторном этапе. Оценка степени тяжести.
- 8) Диагностические критерии тяжелого и угрожающего жизни обострения.
- 9) Понятие «астматический статус», патогенез, факторы риска.
- 10) Принципы лечения обострений БА на госпитальном этапе. Укажите основные направления в лечении тяжелого, угрожающего жизни обострения БА.
- 11) Алгоритм неотложной помощи при инородном теле гортани.

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

### **IV. Заключительная часть**

#### Программированный контроль:

#### **1. ПОД БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ПОНИМАЮТ:**

А. нарушение проходимости дыхательных путей вследствие аспирации инородного тела

Б. нарушение прохождения воздушного потока по мелким и средним бронхам

В. нарушение проходимости дыхательных путей вследствие отека голосовых связок

Г. нарушение проходимости главного бронха вследствие опухоли

#### **2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНОЙ ДИСКИНЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

А. рентгенография грудной клетки

Б. фибробронхоскопия



- В. спирография
- Г. бронхография

**3. О НАЛИЧИИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ СУДЯТ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ:**

- А. жизненной емкости легких (ЖЕЛ)
- Б. соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ
- В. максимальной вентиляции легких (МВЛ)
- Г. диффузионной способности легких (ДЛ)

**4. НАИБОЛЕЕ РАННИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ ХОБЛ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. ОФВ1/ФЖЕЛ менее 70%
- Б. ЖЕЛ менее 50%
- В. ОФВ1/ФЖЕЛ менее 90%
- Г. ОФВ1 менее 60%

**5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И ХОБЛ СТРОИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

- А. анализа мокроты
- Б. функции внешнего дыхания
- В. рентгенографии грудной клетки
- Г. IgE в сыворотке крови

**6. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРОНХОСПАЗМА С ПОМОЩЬЮ СПИРОГРАФИИ, ПНЕВМОТАХОГРАФИИ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ПРОБУ С ИНГАЛЯЦИЕЙ:**

- А. глюкокортикостероида
- Б. смеси кислорода и оксида азота
- В.  $\beta$ 2-адреностимулятора
- Г.  $\alpha$ 2-адреностимулятора

**7. В НОРМЕ У ВЗРОСЛЫХ ОТНОШЕНИЕ ОФВ1/ФЖЕЛ:**

- А.  $>0,9$
- Б.  $>0,75-0,80$
- В.  $>0,60-0,75$
- Г.  $<0,5$

**8. ВНЕГРУДНАЯ ОБСТРУКЦИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ОБЛАСТИ ШЕИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. частым поверхностным дыханием
- Б. дыханием Биота
- В. дыханием с затруднением фазы выдоха
- Г. дыханием Чейна-Стокса

**9. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ПРИМЕНЯЮТ**

- А. системные глюкокортикостероиды
- Б. курсы ингаляционных глюкокортикоидов
- В. бронходилататоры пролонгированного действия при приступах
- Г. монотерапию антилейкотриеновыми препаратами

**10. ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:**

- А. одышка в покое
- Б. пациент сидит, наклоняясь вперед
- В. речь – фразами
- Г. уровень бодрствования – возбужден

**11. ПАРАДОКСАЛЬНЫЙ ПУЛЬС ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВЫЗВАН:**

- А. бронхоспазмом
- Б. перерастяжением легкого
- В. плевральным выпотом
- Г. повышением температуры тела

**12. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ «ОСТАНОВКА ДЫХАНИЯ НЕИЗБЕЖНА» ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:**

- А. Уровень бодрствования: заторможен или в состоянии спутанного сознания
- Б. SpO<sub>2</sub>, % (при дыхании воздухом): 91–95%
- В. свистящие хрипы: отсутствуют
- Г. пульс: брадикардия

**13. ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО PAO<sub>2</sub> (ПРИ ДЫХАНИИ ВОЗДУХОМ):**

- А. нормальное
- Б. >60 мм рт. ст.

В. <60 мм рт. ст.

Г. <90 мм рт. ст.

**14. ДЛЯ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:**

А. частота дыхания: часто >30 в минуту

Б. свистящие хрипы: обычно громкие

В. пульс: 100–120 в мин

Г. РаО<sub>2</sub> (при дыхании воздухом): <60 мм рт. ст.

**15. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО В ОТНОШЕНИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕРНЫМ:**

А. астматический статус - эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения БА.

Б. астматический статус эквивалентен понятиям "жизнеугрожающая астма" и "астма, близкая к фатальной".

В. вторая стадия астматического статуса – «немое легкое»

Г. все перечисленное

**16. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО НА В2-АДРЕНОРЕЦЕПТОРЫ ЛЕГКИХ ДЕЙСТВУЕТ**

А. фенотерол

Б. тиотропия бромид

В. гликопиррония бромид

Г. беклометазона дипропионат

**17. СИМПТОМАТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ЯВЛЯЮТСЯ**

А. глюкокортикостероидные гормоны

Б. стабилизаторы тучных клеток

В. антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Г. β<sub>2</sub>-агонисты адренорецепторов

**18. ПРЕПАРАТОМ С КОМБИНАЦИЕЙ БЕТА2-АГОНИСТА И М-ХОЛИНОЛИТИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

А. фенотерол+ипратропия бромид

Б. будесонид+формотерол

В. салметерол+флутиказон

Г. вилантерол+флутиказон

**19. БОЛЬНОМУ В СОСТОЯНИИ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ**

- А. глюкокортикостероиды
- Б. ингаляционные  $\beta 2$  агонисты
- В. периферические вазодилататоры
- Г. защищенные пенициллины

**20. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЭФФЕКТА ОТ ВЫСОКИХ ДОЗ ИНГАЛЯЦИОННЫХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ И КОМБИНИРОВАННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОКАЗАНО ДОБАВЛЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ**

- А. анти-IgE-антител
- Б. стабилизаторов мембран тучных клеток
- В. антилейкотриенов
- Г. М-холинолитиков

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной Б. 35 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи с жалобами на чувство стеснения в груди, затруднённое дыхание, особенно выдох, мучительный кашель.

Анамнез: болен 10 лет бронхиальной астмой. До этого – несколько лет наблюдался с диагнозом «хронический бронхит». 5 лет принимал преднизолон 2 таблетки в сутки и ингаляции беротека при удушье. Обострения бронхиальной астмы 3-4 раза в год, часто требующие госпитализации в стационар. Настоящее ухудшение состояния связывает с отменой неделю назад преднизолона. Аллергический анамнез – не отягощен. Приступам удушья предшествует короткий эпизод мучительного кашля, в конце приступа он усиливается, и начинает выделяться в небольшом количестве тягучая слизистая мокрота.

Объективно: состояние тяжёлое, при осмотре кожные покровы больного бледные, с синюшным оттенком. Больной сидит в положении «ортопноэ». Больной повышенного питания (прибавил в весе за 3 года 15 кг). «Кушингоидное лицо», стрии на бёдрах и животе. Разговаривает отдельными словами, возбуждён. Грудная клетка находится в положении глубокого вдоха. Мышцы

брюшного пресса участвуют в акте дыхания. Дыхание резко ослаблено, небольшое количество сухих свистящих хрипов, ЧДД 32 в минуту. Перкуторно над лёгкими коробочный звук по всем лёгочным полям, особенно в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный. АД - 140/90 мм рт. ст., SpO<sub>2</sub> - 85%.

В течение суток получил более 15 ингаляций Беротека. Врачом скорой помощи уже внутривенно введено 10,0 мл 2,4% раствора Эуфиллина, 60 мг преднизолона.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз. Чем объяснить ухудшение состояния больного?
3. Что показано больному в первую очередь в этой ситуации?
4. Какое дообследование необходимо провести больному при стабилизации состояния?
5. Правильную ли терапию больной получал последние годы? Почему? Какую базисную терапию назначите больному?

### **Задача №2.**

Больная Н., 50 лет, поступила в клинику с жалобами на приступы удушья, возникающие чаще ночью, длительностью от 30 минут до 2 часов, плохо купирующиеся бронхолитическими средствами. Заболела около 5 лет назад, когда стали появляться приступы удушья с затрудненным выдохом, мучительным кашлем. Приступы снимались ингаляциями астмопента, беротека. Год назад поступила в реанимационное отделение больницы с астматическим статусом, развившимся после приема аспирина. Из астматического состояния была выведена назначением преднизолона, в последующем постепенно отмененного. В течение многих лет страдает полипозным риносинуситом, по поводу чего трижды проводилась полипэктомия. Прием ацетилсалициловой кислоты, амидопирина, анальгина вызвал у больной приступы удушья. В стационаре приступы наблюдались ежедневно. Несмотря на лечение симпатомиметиками и

эуфилином они стали более продолжительными и тяжелыми. На 4 день состояние еще более ухудшилось. Больная стала внезапно агрессивной, появились двигательное беспокойство, эрительные и слуховые галлюцинации. Наросла одышка - до 40 экскурсий в минуту, отмечался выраженный цианоз кожных покровов и слизистых оболочек. АД 90/60 мм.рт.ст. Ранее выслушиваемые в большом количестве сухие хрипы прогрессивно исчезали, мокрота не отходила. Появились эпилептиформные судороги. В дальнейшем наступила внезапная потеря сознания. Тахипноэ сменилось брадипноэ.

### **Вопросы:**

1. Оцените клиническую ситуацию, о развитии какого состояния можно думать?
2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Ваши предположения по лечению и дальнейшая тактика.

### **V. Рекомендуемая литература.**

#### **Основная учебная литература:**

1. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
2. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
3. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
4. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
3. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В,А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.
4. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.

### **Интернет – ресурсы:**

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

**Тема для самостоятельной работы: БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ЖИВОТЕ. СОСТОЯНИЯ ЛОЖНО ДИАГНОСТИРУЕМЫЕ, КАК ОСТРЫЙ ЖИВОТ. (ЗОТОВА Л.А.)**

**Дисциплина:** «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»

**Цель занятия:** научиться диагностировать различные заболевания, проявляющиеся абдоминальным болевым синдромом, устанавливать состояния, требующие неотложной помощи, применять полученные знания в проведении клинической работы

**Форма проведения:** самостоятельное изучение материала.

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

**Организационно-методические указания  
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ОПК-6:** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

**ПК-1:** Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

Программированный контроль:

**1. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ**

- 1) холецистите
- 2) перфоративной язве желудка
- 3) аппендиците
- 4) кишечной непроходимости

**2. ЗАЩИТНОЕ МЫШЕЧНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**



- 1) острого перитонита
- 2) отечной формы панкреатита
- 3) инвагинации кишечника
- 4) желудочного кровотечения

**3. СИМПТОМ СИТКОВСКОГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) острым холецистите
- 2) острым панкреатите
- 3) острым аппендиците
- 4) почечной колике

**4. ПРИ СИНДРОМЕ «ОСТРОГО ЖИВОТА» НЕОБХОДИМО**

- 1) делать очистительную клизму
- 2) ввести обезболивающее
- 3) промыть желудок
- 4) срочно госпитализировать больного

**5. СИМПТОМ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ**

- 1) напряженное грыжевое выпячивание
- 2) острая боль
- 3) положительный симптом кашлевого толчка
- 4) непроходимость кишечника

**6. РВОТА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

- 1) многократная, не приносящая облегчения
- 2) однократная
- 3) многократная, приносящая облегчение
- 4) отсутствует

**7. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО**

- 1) вздутие живота
- 2) схваткообразные боли
- 3) исчезновение печеночной тупости
- 4) задержка стула и газов

**8. ОПОЯСЫВАЮЩАЯ БОЛЬ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) панкреатите
- 2) холецистите
- 3) травме селезенки
- 4) перфоративной язве желудка

## **9. ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПЕРИТОНИТА**

- 1) болезненность живота при пальпации
- 2) неотхождение газов и кала
- 3) рвота
- 4) симптомы раздражения брюшины

## **10. СИНДРОМ, ХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

- 1) острого перитонита
- 2) нарушения функции желудочно-кишечного тракта
- 3) внутреннего кровотечения
- 4) острой дыхательной недостаточности

## **11. ПЕРИТОНИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ**

- 1) почек
- 2) кишечника
- 3) анального канала
- 4) селезенки

## **12. «ЧАШИ КЛОЙБЕРА» НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

- 1) разрыва печени
- 2) кишечного кровотечения
- 3) кишечной непроходимости
- 4) перфорации кишечника

## **13. ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ**

- 1) диагностическая
- 2) плановая
- 3) срочная
- 4) экстренная

## **14. СИМПТОМ КОХЕРА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ОСТРОМ**

- 1) аппендиците
- 2) холицистите
- 3) парапроктите
- 4) панкреатите

## **15. ХАРАКТЕР И ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

- 1) постоянные, сильные в правой подвздошной области
- 2) постоянные, резкие боли в правом подреберье
- 3) опоясывающие, тупого характера
- 4) «кинжальные» в эпигастрии

**16. СИМПТОМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

- 1) падающей капли
- 2) Пастернацкого
- 3) Ситковского
- 4) Ортнера

**17. МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

- 1) хирургический
- 2) консервативный
- 3) физиотерапевтический
- 4) санаторно-курортный

**18. АНАЛИЗ КРОВИ И МОЧИ НА СОДЕРЖАНИЕ АМИЛАЗЫ ВЫПОЛНЯЮТ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА**

- 1) кишечное кровотечение
- 2) острый проктит
- 3) острый панкреатит
- 4) острый перитонит

**19. ТРАНСПОРТИРОВКА БОЛЬНОГО С ПЕРИТОНИТОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

- 1) городским транспортом
- 2) сидя
- 3) лежа на носилках
- 4) лежа на щите

**20. «ДОСКООБРАЗНЫЙ» ЖИВОТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) повреждении печени
- 2) перфоративной язве желудка
- 3) желудочном кровотечении
- 4) остром аппендиците

**21. ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЖИВОТ**

- 1) не изменен
- 2) доскообразный
- 3) асимметричен, вздут
- 4) втянут

**22. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРНО ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО ЛЕЖА НА**

- 1) правом боку
- 2) левом боку

- 3) спине, с опущенным головным концом
- 4) животе

**23. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЧАЩЕ ДРУГИХ  
ОСЛОЖНЯЮЩЕЕСЯ ПЕРИТОНИТОМ**

- 1) острая кишечная непроходимость
- 2) острый аппендицит
- 3) острый холецистит
- 4) острый панкреатит

**24. ОСНОВНЫМ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТА  
ЯВЛЯЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ**

- 1) антибиотиков
- 2) спазмолитиков
- 3) обезболивающих
- 4) ингибиторов протеаз

**25. РВОТА, НЕ ПРИНОСЯЩАЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ,  
ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- 1) катарального аппендицита
- 2) хронического холецистита
- 3) острого панкреатита
- 4) невраправимой грыжи

**Вопросы для обсуждения:**

1. Определение абдоминального синдрома.
2. Заболевания, приводящие к истинному острому животу.
3. Заболевания, приводящие к ложному острому животу.
4. План обследования пациента с абдоминальным синдромом.
5. Тактика ведения пациентов с абдоминальным болевым синдромом.

**I. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай)**

**Кейс – задачи:**

**Задача №1.**

Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в

левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала– стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался.

### **Вопросы:**

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

### **Задача №2.**

Больной В. 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, которые возникают через 20-30 минут после приема пищи; на тошноту и рвоту желудочным содержимым, возникающую на высоте болей и приносящую облегчение; на снижение аппетита.

Из анамнеза заболевания: впервые подобные жалобы возникли около 6 лет назад, но боли купировались приемом Алмагеля и Но-шпы. За медицинской помощью ранее не обращался. Отмечает весенне-осенние обострения заболевания. Ухудшение самочувствия около двух дней, после употребления алкоголя и жареной пищи.

Работает водителем такси. Питается нерегулярно, часто употребляет алкоголь. Курит в течение 20 лет до 2-х пачек сигарет в день. Наследственный анамнез: у отца – язвенная болезнь желудка.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Астеник, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 74 удара в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 74 удара в минуту. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, симптом Менделя положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул ежедневно, без патологических примесей.

Данные дополнительных методов исследования.

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – 4,  $2 \times 10^{12}$ /л. - 1, лейкоциты –  $6,5 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 1%,

палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 30%, моноциты – 8%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1018, эпителий – 2-4 в поле зрения, белок, цилиндры, соли - не определяются.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2,9 г/л, общий белок – 68 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая не изменена, кардиальный жом смыкается. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая гиперемирована, складки обычной формы и размеров, в кардиальном отделе по большой кривизне определяется язвенный дефект 1,0-1,5 см, с ровными краями, неглубокий, дно покрыто фибрином. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров, слизистая бледно-розового цвета. Выявлен *Helicobacter pylori*.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
5. Перечислите основные принципы лечения.

### **Задача №3.**

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приёма жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-жёлтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты –  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты –  $320 \times 10^9/л$ , лейкоциты –  $10,3 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%.

Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий - 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество.

Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.

Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет.

ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

### **Вопросы:**

1. Выделите основные синдромы.
2. Оцените данные копрограммы.



3. Сформулируйте диагноз.
4. Какие дополнительные исследования необходимо назначить больному?
5. Какова Ваша тактика лечения данного заболевания?

## **II. Рекомендуемая литература:**

### **Основная учебная литература:**

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.

2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.
3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

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

1. Петербургский союз врачей - <https://www.spb.doctor/>
2. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

### **Справочные правовые системы**

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

### **Базы данных и информационно-справочные системы**

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru>
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru>
3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru>
4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>
5. Кокрановская библиотека <https://www.cochranlibrary.com/>
6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии

ProQuestebrary-PsychologyandSocialWork

-

<http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>.

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

**Тема для самостоятельной работы: КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: ДИАГНОСТИКА И ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.** (Переверзева К.Г.)

**Дисциплина:** «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»

**Цель занятия:** изучить клинику кровотечений из различных отделов желудочно-кишечного тракта, особенности тактики ведения таких пациентов на догоспитальном этапе, научиться применять полученные знания при проведении клинической работы.

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

**Время проведения занятия** (количество академических часов): 5.

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

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

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ОПК-6:** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения.

**ПК-1:** Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах.

### **Расчет учебного времени**

**I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 5 часов**

**II. Вопросы для самоконтроля:**

1. Что такое ЖКК?
2. Классификация ЖКК.
3. Клиническая картина при ЖКК из верхних отделов пищеварительного тракта.

4. Клиническая картина при ЖКК из нижних отделов пищеварительного тракта.
5. Дифференциальная диагностика ЖК различной этиологии.
6. Дифференциальная диагностика желудочного и легочного кровотечений.
7. Тактика ведения пациентов с подозрением на ЖКК.
8. Неотложная помощь при ЖКК и подозрении на него.

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

#### **IV. Заключительная часть**

##### Программированный контроль:

#### **1. ГЕМАТЕМЕЗИС – ЭТО:**

- А. кровавая рвота;
- Б. каловые массы черного цвета;
- В. мелкие кровоизлияния в кожу и слизистые;
- Г. прожилки крови в каловых массах.

#### **2. КАКОЙ УРОВЕНЬ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМОГЛОБИНА МОЖНО ОЖИДАТЬ У БОЛЬНОГО, КОТОРОМУ ЧЕРЕЗ 5 - 10 МИНУТ ПОСЛЕ НАЧАЛА ПРОФУЗНОГО ЖЕЛУДОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ БЫЛ ВЫПОЛНЕН КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ?**

- А. близкий к уровню до кровотечения;
- Б. значительно ниже, чем до кровотечения;
- В. значительно выше.

#### **3. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. повышение давления в портальной вене;
- Б. снижение гемоглобина крови;
- В. высокая вирусная нагрузка;
- Г. желтуха.

#### **4. ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ:**

- А. стенозами;
- Б. острым кровотечением;
- В. перфорацией;
- Г. микрокровоотечением (диapedезным).

**5. МЕЛЕНА ПРИ НАЛИЧИИ ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИИ ПОДОЗРИТЕЛЬНА НА**

- А. кровотечение из ВРВ пищевода;
- Б. кровоточащую язву 12-перстной кишки;
- В. язвенный колит;
- Г. тромбоз мезентериальных артерий.

**6. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНЫ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- А. пилородуоденального стеноза;
- Б. перфорации язвы;
- В. малигнизации язвы;
- Г. кровотечения;
- Д. пенетрации в поджелудочную железу.

**7. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ ПОСЛЕ ЭПИЗОДА МНОГОКРАТНОЙ РВОТЫ БЕЗ ПРИМЕСИ КРОВИ У МУЖЧИНЫ НА ФОНЕ ПОЛНОГО ЗДОРОВЬЯ:**

- А. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- Б. синдром Мэллори-Вейсса;
- В. рак желудка;
- Г. язва 12-перстной кишки;
- Д. эрозивный гастрит

**8. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:**

- А. рентгеноскопию желудка с бариевой взвесью;
- Б. экстренную гастродуоденоскопию;
- В. лапароскопию;
- Г. обзорную рентгеноскопию брюшной полости;
- Д. общий анализ крови.

**9. ВЫБЕРИТЕ ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ:**

- А. гастродуоденоскопия;
- Б. ультразвуковое исследование;
- В. анализ кала на скрытую кровь;
- Г. рентгеноскопия желудка;
- Д. введение зонда в желудок.

**10. ПРИ КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ МОЖЕТ БЫТЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНЫХ ПРИСТУПОВ РВОТЫ:**

- А. синдром Мэллори-Вейса;
- Б. синдром Золлингера-Эллисона;
- В. острый панкреатит;
- Г. эрозивный эзофагит.

**11. ИСТОЧНИК КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПРОСВЕТ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:**

- А. пищеводе;
- Б. желудке;
- В. двенадцатиперстной кишке;
- Г. тонкой кишке;
- Д. толстой кишке.

**12. ИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ МЕНЬШЕ ВСЕГО МОЖЕТ СЛУЖИТЬ КРИТЕРИЕМ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ:**

- А. кровавая рвота;
- Б. качество пульса и величина артериального давления;
- В. частота дыхательных движений;
- Г. признаки периферической вазоконстрикции;
- Д. мелена.

**13. ЭФФЕКТИВНЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. лактулоза;
- Б. циметидин;
- В. неомицин;
- Г. вазопрессин;
- Д. седативные средства

**14. КАКОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ, КАСАЮЩЕЕСЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, НЕВЕРНО?**

- А. заболевания, осложняющиеся кровотечением, отличаются большим разнообразием;

Б. до начала кровотечения клинические проявления болезни во многих случаях слабо выражены, неспецифичны или отсутствуют;

В. источники кровотечений могут локализоваться в разных сегментах кишечника одновременно;

Г. патология, найденная в ходе дооперационного исследования, не обязательно является причиной кровотечения;

Д. идентификация источника проще всего достигается в ходе лапаротомии.

**15. НИЗКИЕ МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНЫ В СЛУЧАЯХ, КОГДА ИСТОЧНИК СВЯЗАН С:**

А. воспалительным процессом;

Б. опухолевым ростом;

В. аномалией кишечника;

Г. механическими причинами;

Д. сосудистой патологией.

**16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ РАННИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЯВЛЯЮТСЯ:**

А. кровотечение;

Б. стенозы;

В. малигнизация;

Г. пенетрация;

Д. перфорация.

**17. ИСТИННАЯ МЕЛЕНА ВОЗНИКАЕТ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ ОБЪЕМОМ ПРИМЕРНО:**

А. 60 мл

Б. 100 мл;

В. 500 мл;

Г. 1000 мл.

**18. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ВАМ ПРЕДСТАВЛЯЮТСЯ БОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМИ ДЛЯ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ О ТОМ, ЧТО ИСТОЧНИКОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВА 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ:**

А. жалобы на усиление «голодных» и ночных болей после начала кровотечения;



- Б. типичные для язвы 12-перстной кишки клинические проявления до начала кровотечения;
- В. выраженная болезненность в эпигастрии;
- Г. отсутствие рвоты кровью;
- Д. проявление кровотечения в виде мелены.

**19. ДЛЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ХАРАКТЕРНО:**

- А. рвота цвета кофейной гущи;
- Б. усиление болей в животе;
- В. падение гемоглобина;
- Г. мелена;
- Д. снижение ОЦК.

**20. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:**

- А. пилородуоденального стеноза;
- Б. перфорации язвы;
- В. малигнизации язвы;
- Г. кровотечения;
- Д. пенетрации в поджелудочную железу.

**21. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ИСТОЧНИКА ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:**

- А. зондирование желудка;
- Б. рентгеноскопия желудка;
- В. компьютерная томография;
- Г. ангиографическое исследование - целиакография;
- Д. эзофагогастродуоденоскопия.

**22. СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙСА -ЭТО:**

- А. стрессовая язва кардиального отдела желудка;
- Б. эрозии в кардиальном отделе желудка;
- В. дефект слизистой оболочки различной глубины в области эзофагокардиального перехода;
- Г. кровоточащая язва кардиального отдела желудка, развившаяся на фоне стероидной терапии.

**23. НА ОСНОВАНИИ КАКОГО КРИТЕРИЯ ИЛИ КАКИХ КРИТЕРИЕВ МОЖНО ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ**

**КРОВОПОТЕРИ, ЕСЛИ С НАЧАЛА  
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРОШЛО  
НЕ БОЛЕЕ 1 ЧАСА?**

- А. пульс и уровень АД;
- Б. гемоглобин и эритроциты;
- В. гемоглобин и гематокрит;
- Г. объем мелены.

**24. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ  
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ  
ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. портальная гипертензия;
- Б. распадающаяся опухоль желудка;
- В. язва желудка или 12-перстной кишки;
- Г. эрозивный гастрит;
- Д. синдром Меллори-Вейса;
- Е. дивертикулы пищевода.

**25. КАКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ  
ЖКТ МОЖЕТ БЫТЬ ОСТАНОВЛЕНО С ПОМОЩЬЮ  
ЗОНДА БЛЕКМОРА:**

- А. кровотечение из эрозий слизистой желудка;
- Б. кровотечение из язвы 12-перстной кишки;
- В. кровотечение из варикозных вен пищевода;
- Г. кровотечение при синдроме Меллори-Вейса.

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной С. 69 лет, пенсионер, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли и ощущение тяжести в подложечной области через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу. Болевые ощущения усиливаются при погрешностях в питании. Периодически беспокоят одышка, давящие боли за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках (подъем на 2-й этаж), купирующиеся приемом нитроглицерина или при прекращении нагрузки. По данным теста шестиминутной ходьбы проходит 350 м.

Из анамнеза: боли в подложечной области беспокоят последние 4-5 недель, несколько уменьшаются после приема дротаверина гидрохлорида, альмагеля. Около недели назад пациент впервые отметил эпизод появления черного кала, повторившийся в течение последних 2-х суток дважды. В возрасте 49 лет ему диагностировали язвенную ДПК, лечился в стационаре, в последующем обострения заболевания никогда не фиксировались. Последние 10 лет к врачам по этому поводу пациент не обращался. Больной страдает ИБС; 1,5 года назад перенес инфаркт миокарда, 10 месяцев назад проведена операция стентирования коронарных артерий (установлено 2 стента). Пациент получал медикаментозное лечение по поводу ИБС, в том числе, ацетилсалициловую кислоту и клопидогрел, розувастатин, прием последнего прекратил 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 27 кг/м<sup>2</sup>, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Голени пастозны. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧДД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 130/86 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность в эпигастрии по средней линии тела и в пилоро-дуоденальной зоне, остальные отделы живота безболезненны. Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезенки по Курлову: 11x9x8 см и 6x4 см соответственно. Край печени плотно-эластической консистенции определяется на 2 см ниже реберной дуги, безболезненный. Пальпация отделов толстой кишки безболезненна. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

В анализах: эритроциты –  $3,11 \times 10^{12}$ /л, Hb – 103 г/л, среднее содержание гемоглобина (MCH) – 22 пг, средняя концентрация гемоглобина (MCHC) – 300 г/дл, лейкоциты –  $5,6 \times 10^9$ /л. СОЭ – 8 мм/час. Общий холестерин – 7,8 ммоль/л, триглицериды – 2,6 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 в 1 мин; RI > RII > RIII, в I, aVL, V1-4 отведениях зубец Q > 1/3 зубца R, зубец T отрицательный.

### **Вопросы.**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы назначили бы данному пациенту?
4. Определите план ведения пациента с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов лечения.
5. Укажите препараты из группы ИПП, которые Вы бы выбрали в данном случае. Обоснуйте Ваш выбор. Укажите дозы препаратов. Выберите схему эрадикационной терапии.
6. Схема эрадикационной терапии.

### **Задача №2.**

Больной 21 года вызвал на дом врача экстренно в связи с жалобами на выделение большого количества алой крови из прямой кишки при дефекации, учащенный стул до 5 раз в сутки, повышение температуры тела до 38°C, общую слабость.

Появление крови в кале отмечает в течение последних 2-х месяцев, постепенно стал учащаться стул, консистенция кала стала кашицеобразной, появилась общая слабость, субфебрильная температура. Настоящее ухудшение в течение 3-х дней.

При осмотре кожные покровы бледные. АД - 110/70 мм рт. ст. Пульс - 96 в минуту, ритмичный. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в левой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Пациент направлен в стационар для подбора терапии и дальнейшего обследования с целью уточнения диагноза.

### **Вопросы.**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо выполнить данному больному?
4. Какие группы препаратов могут быть использованы для лечения данного больного?
5. Каковы возможные осложнения у данного заболевания?

## **V. Рекомендуемая литература:**

### **Основная учебная литература:**

1. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.1: Кардиология / В.Г. Огороков, В.С. Петров, Е.В. Филиппов [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 176 с. – Текст: непосредственный.
2. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело Ч.2 / В.С. Петров, Н.Н. Никулина, Н.В. Добрынина [и др.]; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – 228 с. – Текст: непосредственный.
3. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
4. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
5. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.
2. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.

3. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.
4. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.
5. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

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

1. Петербургский союз врачей - <https://www.spb.doctor/>
2. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

**Справочные правовые системы:**

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

**Базы данных и информационно-справочные системы:**

1. Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru>
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru>
3. Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru>
4. Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>
5. Кокрановская библиотека <https://www.cochranelibrary.com/>
6. Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and SocialWork - <http://site.ebrary.com/lib/rzgmu>.
7. Библиографическая и реферативная база данных Scopus - [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

**Тема для самостоятельной работы: ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ. ОСТРЫЕ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫЕ НАРУШЕНИЯ.** (Добрынина Н.В.)

**Дисциплина:** «Неотложные состояния в клинике внутренних болезней»

**Цель занятия:** изучить принципы индивидуального лечебного подхода при остром почечном повреждении и острых водно – электролитных нарушениях.

**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 6:** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения

**ПК 1:** Способен оказывать медицинскую помощь пациенту в неотложной или экстренной формах

### **Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала (контроль теоретической подготовки студентов) - 30 мин:**

### Программированный контроль:

**1) КАКОВ НОРМАЛЬНЫЙ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ  
ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА?**

- А) 10-20 мл
- Б) 200-500 мл
- В) 500-2000мл
- Г) Более 3500мл

**2) ЧТО ТАКОЕ АНУРИЯ?**

- А) Выделение менее 10 мл мочи за сутки
- Б) Выделение более 500 мл мочи за сутки
- В) Выделение 100 мл мочи и менее за один час
- Г) Выделение 50мл и менее мочи за сутки

**3) ЧТО ТАКОЕ ПОЛИУРИЯ?**

- А) Выделение более 2000 мл мочи за сутки
- Б) Выделение более 1000 мл мочи за один час
- В) Выделение менее 100 мл мочи за минуту
- Г) Выделение более 500 мл мочи за одни сутки

**4) ВЫБЕРИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ УРОВНЯ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ?**

- А) 10-20 мкмоль/л
- Б) 60-120 мкмоль/л
- В) 60-100 ммоль/л
- Г) 100-200 ммоль/л

**5) ВЫБЕРИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ МОЧЕВИНЫ СЫВОРОТКИ КРОВИ?**

- А) 1-2 ммоль/л
- Б) 3,8-8,3 ммоль/л
- В) 12-13 мкмоль/л
- Г) 138-148 моль/л

**6) ВЫБЕРИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ КАЛИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ?**

- А) 3,5-5,3 ммоль/л
- Б) 3,8-8,3 ммоль/л
- В) 138-148 ммоль/л
- Г) 0,75-2,75 ммоль/л

**7) ВЫБЕРИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ КАЛЬЦИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ?**

- А) 3,5-5,3 ммоль/л
- Б) 3,8-8,3 ммоль/л
- В) 138-148 ммоль/л
- Г) 0,75-2,75 ммоль/л



**8) ВЫБЕРИТЕ НОРМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ НАТРИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ?**

- А) 3,5-5,3 ммоль/л
- Б) 3,8-8,3 ммоль/л
- В) 138-148 ммоль/л
- Г) 0,75-2,75 ммоль/л

**9) ПРИ КАКОМ УРОВНЕ КАЛИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПОКАЗАН ЭКСТРЕННЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ?**

- А) 3,5-5,3 ммоль/л
- Б) 3,8-4,2 ммоль/л
- В) 6,5-9,0 ммоль/л
- Г) 0,75-2,75 ммоль/л

**10) В КАКОЙ СРОК ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ РАЗВИВАЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ?**

- А) 10-20 дней
- Б) 3-4 дня
- В) Неделя
- Г) Месяц

**11) ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ПРЕРЕНАЛЬНОЙ ОПП:**

- А) Кардиогенный шок
- Б) Ожоги
- В) Перитонит
- Г) Все выше перечисленные

**12) КАКАЯ ГРУППА АНТИБИОТИКОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ ОПП:**

- А) Пенициллины
- Б) Цефалоспорины
- В) Аминогликозиды
- Г) Макролиды

**13) ПРИЧИНЫ ОПП ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ:**

- А) Потеря внутриклеточного  $Ca^{++}$
- Б) Массивная протеинурия
- В) Обезвоживание организма
- Г) Снижение почечного кровотока

**14) ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОПП?**

- А) 1 сутки
- Б) Несколько часов

В) 5-11 суток

Г) Более 40 суток

**15) ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОЛИГУРИЧЕСКОЙ СТАДИИ ОПШ?**

А) Анорексия

Б) Вздутие кишечника

В) Гиперкалиемия

Г) Гипокалиемия

**16) ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ СТАДИИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ ОПШ:**

А) Гипокалиемия

Б) Протеинурия

В) Повышение вязкости крови

Г) Олигурия

**17) В КАКОМ ПЕРИОДЕ ОПШ РАЗВИВАЕТСЯ ГИПОКАЛИЕМИЯ:**

А) Начальном

Б) Олигурическом

В) Полиурическом

Г) Восстановительном

**18) У БОЛЬНЫХ ОПШ ГИПЕРКАЛИЕМИЯ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ЕСЛИ СУТОЧНЫЙ ДИУРЕЗ ПРЕВЫШАЕТ:**

А) 800 мл

Б) 500 мл

В) 400 мл

Г) 300 мл

**19) У БОЛЬНОГО ОПШ КАЛИЙ ПЛАЗМЫ 7 ММОЛЬ/Л. ВАШИ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

А) Дообследовать больного

Б) Назначить верошпирон

В) Начать ЗПТ (гемодиализ).

Г) Назначить диету с малым содержанием калия

**20) КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ БОЛЬНОМУ ОПШ В ОЛИГОАНУРИЧЕСКУЮ СТАДИЮ?**

А) Плазма или р-р альбумина

Б) Фуросемид

В) Спиринолактон

Г) Верно 1 и 2

### **Вопросы для обсуждения:**

1. Дайте определение ОПП.
2. Каковы основные и дополнительные (биомаркеры) критерии развития ОПП?
3. Назовите патогенетические варианты ОПП?
4. Каковы факторы риска ОПП?
5. Назовите основные ассоциированные состояния при ОПП?
6. Назовите и охарактеризуйте два клинических этапа диагностики ОПП?
7. На какие стадии подразделяется ОПП?
8. Какие патогенетические варианты ОПП исключаются при дифференциальной диагностике в первую очередь?
9. Каковы показания к биопсии почки при ОПП?
10. Какие стадии течения ОПП Вы знаете.
11. Назовите основные диетические рекомендации при ОПП?
12. Назовите основные принципы консервативного лечения ОПП?
13. Назовите абсолютные показания к ЗПТ при ОПП?
14. Назовите относительные показания к ЗПТ при ОПП?
15. Каковы признаки гиперкалемии на ЭКГ.
16. Назовите и охарактеризуйте основные осложнения ОПП?

**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.**

Мужчина 65 лет в течение 12 лет страдает инсулинонезависимым сахарным диабетом ощутил боли при мочеиспускании, обратился к врачу. В ОАМ обнаружена лейкоцитурия, при бактериологическом исследовании мочи выделен протей. На УЗИ конкрементов не обнаружено, размеры почек не изменены. Назначен бисептол. Через неделю появились

резкие боли в поясничной области, макрогематурия, температура тела поднялась до 39,5С. Больной был госпитализирован в урологическое отделение. При осмотре изменений со стороны легких и сердца не обнаружено. Положительный симптом поколачивания с обеих сторон. Диурез 500 мл/сут. ОАК: Нв – 110 г/л, лейкоциты –  $10,2 \times 10^9$ /л, э – 4 %, п/я – 12%; с/я – 60%; л – 21%, м – 3%. СОЭ = 42 мм/час. ОАМ: в 1015, б – 0,066 г/л.

Эритроциты 30-40 в п/з, отмечены фрагменты некротически измененной ткани. Концентрации креатинина сыворотки крови – 340 мкмоль/л.

Вероятная причина ОПП?

### **Задача №2.**

После переливания крови у больного возник озноб, боли в поясничной области. Диурез уменьшился до 300мл. в сутки. Моча бурого цвета.

1. Какова причина развития олигурии?
2. Какова должна быть тактика ведения больного?

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

**VII. Рекомендуемая литература:**

#### **Основная учебная литература:**

1. Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний: руководство для специалистов клинико-диагностической лаборатории и врачей-клиницистов / А.А. Кишкун. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2019. – Текст: непосредственный.
2. Внезапная сердечная смерть: учеб. пособие для врачей общей практики (семейных врачей), терапевтов, кардиологов, врачей скорой медицинской помощи / сост.: О.М. Урясьев, Л.А. Жукова, С.И. Глотов [и др.]; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2020. – 186 с. – Текст: непосредственный.
3. Паври, Бехзад Б. Обмороки: руководство для врачей / Бехзад Б. Паври; пер. с англ. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. – Текст: непосредственный.

4. Якушин С.С. Инфаркт миокарда: руководство / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 239 с. – Текст: непосредственный.

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

1. Верткин А.Л. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров / А.Л. Верткин, К. А. Свешников – М.: Эксмо, 2017. – 560 с. – Текст: непосредственный.

2. Медикаментозное лечение нарушений ритма сердца / под ред. В.А. Сулимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 438 с. – Текст: непосредственный.

3. Критические состояния в клинической практике /С.А. Румянцева, В.А. Ступин, В.В. Афанасьев [и др.] – М.: МИГ «Мед.кн.», 2010. – 640 с. – Текст: непосредственный.

4. Труханова И.Г. Неотложные состояния и скорая медицинская помощь / И.Г. Труханова – М.: АСТ, 2015. – 85 с. – Текст: непосредственный.

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

1. Петербургский союз врачей - <https://www.spb.doctor/>
2. Российское кардиологическое общество - <https://scardio.ru/>
3. Рубрикатор клинических рекомендаций - <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

#### **Справочные правовые системы**

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

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

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

#### **Базы данных и информационно-справочные системы**

Федеральный портал «Российское образование» - <http://www.edu.ru>

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» - <http://www.window.edu.ru>

Федеральный центр информационно-образовательных ресурсов - <http://fcior.edu.ru>

Всероссийский институт научной и технической информации Российской академии наук - <http://www.viniti.ru/>

Кокрановская библиотека <https://www.cochranelibrary.com/>

Коллекция полнотекстовых книг по психологии ProQuest ebrary-Psychology and Social Work - <http://site.ebrary.com/lib/rzgmw>.

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

#### **Перечень лицензионного программного обеспечения:**

- Программное обеспечение Microsoft Office.
- Программный продукт Мой Офис Стандартный.
- Программный продукт iTest 0.43

#### **Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

- ЭБС "Консультант студента" ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru));
- ЭБС "Юрайт" (<https://urait.ru>)

**Тема для самостоятельной работы: ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ. (Косяков А.В.)**

**Дисциплина: «Госпитальная терапия»**

**Цель занятия:** изучить медицинскую этику и деонтологию в работе врача. Изучить особенности взаимоотношения врача и пациента с заболеваниями терапевтического профиля.

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

**Время проведения занятия (количество академических часов): 5**

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

**Материально-техническое оснащение:** не предусмотрено

### **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 2:** Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза

**ПК 3:** Способен к ведению медицинской документации

**ПК 4:** Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала

### **Расчет учебного времени**

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

**II. Вопросы для самоконтроля:**

1. «Медицинская этика» понятие и определение
2. «Медицинская деонтология» понятие и определение

3. Принципы медицинской этики и деонтологии в работе врача первичного звена
4. Принципы медицинской этики и деонтологии в работе врача стационара
5. Общечеловеческие принципы морали и нравственности

**III. Клиническая работа:** не предусмотрена

**IV. Заключительная часть**

Программированный контроль:

**1. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА – ЭТО**

- А. совокупность норм морали и поведения медицинских сестер, врачей
- Б. раздел философии, который изучает совокупность норм и нравственности
- В. учение о законах, правилах регулирования поведения медицинских работников на рабочем месте
- Г. совокупность норм морали и поведения только младшего медицинского персонала

**2. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА ИЗУЧАЕТ**

- А. Особенности развития и зависимости морального поведения медицинского работника от условий его практической деятельности
- Б. Комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление здоровья пациента
- В. Отношения между членами коллектива и родственниками пациентов
- Г. Отношения между знакомыми и коллегами на работе

**3. ЭТИЧЕСКОЕ ЗАПРЕЩЕНИЕ РАЗГЛАШЕНИЕ ВОПРОСОВ ИНТИМНОЙ ЖИЗНИ, БОЛЕЗНИ, КОТОРЫЕ ДОВЕРЯЮТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ – ЭТО**

- А. Врачебная тайна
- Б. Эгротогения
- В. Деонтология
- Г. Канцерофобия



- 4. ПОДДЕРЖАНИЕ НА ДОЛЖНОМ УРОВНЕ АВТОРИТЕТА И РЕПУТАЦИИ ПРОФЕССИИ, ОТНОСИТСЯ К СЛЕДУЮЩЕМУ ПРИНЦИПУ**
- А. Уважение к профессии
  - Б. Не навреди
  - В. Поддержание дружелюбной атмосферы в коллективе
  - Г. Взаимоотношение с коллегами
- 5. ДЕОНТОЛОГИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ, КАК УЧЕНИЕ О ПРОБЛЕМАХ МОРАЛИ И НРАВСТВЕННОСТИ. КТО ИЗ ФИЛОСОФОВ ВПЕРВЫЕ ВВЁЛ ДАННЫЙ ТЕРМИН «ДЕОНТОЛОГИЯ»**
- А. И. Бентам
  - Б. Ф. Энгельс
  - В. Э. Кант
  - Г. Авиценна
- 6. КТО ИЗ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ УЧЁНЫХ-МЕДИКОВ СЧИТАЕТСЯ ОСНОВАТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ**
- А. академик Н.Н. Петров
  - Б. академик И.В. Давыдовский
  - В. академик Н.Н. Блохин
  - Г. академик С.Н. Давыдов
- 7. ЧТО ТАКОЕ «ПАТЕРНАЛИЗМ» В МЕДИЦИНЕ**
- А. врач доминирует в лечении пациента, который полностью доверяет врачу
  - Б. основной моральный принцип взаимодействия между врачами одной специальности
  - В. предполагает активное участие пациента в лечении;
  - Г. предусматривает юридическую ответственность за халатность
- 8. ЯТРОГЕНИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ**
- А. в основе ятрогении лежат нарушение нравственных норм, недостаточность знаний и халатность

- Б. около 30%, выявленных дефектов оказания медицинской помощи, связано с профессиональной работой анестезиологов-реаниматологов
- В. ятрогению можно избежать, руководствуясь принципом «не навреди»
- Г. ятрогения – это вид психогенного расстройства и не более

**9. НЕЗАКОННАЯ ВЫДАЧА БОЛЬНИЧНЫХ РЕЦЕПТОВ РАСЦЕНИВАЕТСЯ, КАК**

- А. Уголовная ответственность
- Б. Корысть
- В. Административная ответственность
- Г. Проступок

**10. К ФОРМАМ РЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕ ОТНОСИТСЯ**

- А. Искусство
- Б. Этика
- В. Мораль
- Г. Право

**11. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. Осознанный выбор правил поведения
- Б. Приоритет медицинской науки над интересами пациентов
- В. Индивидуальные потребности работника
- Г. Право на поведение, отклоненное от нормы

**12. ДЛЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. исполняй долг
- Б. не пренебрегай
- В. храни врачебную тайну
- Г. помоги коллеге

- 13. «КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ ЧЕЛОВЕКА И БИОМЕДИЦИНЕ» (1997) ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ДОСТИЖЕНИЙ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ ОБЪЯВЛЯЕТ ПРИОРИТЕТНЫМИ**
- А. интересы и благо человеческого существа
  - Б. интересы общества
  - В. интересы науки и научного прогресса
  - Г. интересы трудоспособного населения
- 14. ВМЕШАТЕЛЬСТВО В СФЕРУ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА МОЖЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬСЯ**
- А. на основании свободного, осознанного и информированного согласия больного
  - Б. на основании медицинских показаний
  - В. на основании редкости картины заболевания и его познавательной ценности
  - Г. на основании требования родственников
- 15. ПОНЯТИЕ «ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ, КРОМЕ**
- А. информации о несомненном приоритете пользы вмешательства по сравнению с возможным риском
  - Б. информации о характере предполагаемого вмешательства
  - В. информации о возможных негативных последствиях
  - Г. информации о связанном с вмешательством риске
- 16. ВПЕРВЫЕ ТЕРМИН ЭТИКА ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ НАУКИ ПРИМЕНИЛ**
- А. Аристотель
  - Б. Сократ
  - В. Пифагор
  - Г. Эвклид
- 17. БИОЭТИКА – ЭТО**
- А. социальные, этические последствия применения биомедицинских технологий
  - Б. защита автономии человека
  - В. поддержание престижа профессии врача и медсестры

Г. удовлетворение потребностей медицинского работника

**18. ДЕОНТОЛОГИЯ – ЭТО**

А. наука о должном поведении с учетом морали, этики

Б. наука, изучающая ответственность медицинских работников

В. наука о помощи тяжело больным пациентам

Г. наука о новейших достижениях в медицине

**19. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

А. приоритета прав и уважения достоинств пациента

Б. приоритета правоты медицинского работника

В. принцип приоритета науки

Г. принцип исполнения долга

**20. ОДИН ИЗ ПРИНЦИПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ**

А. Действия медицинского работника должны быть направлены на благо пациента

Б. При любом удобном случае необходимо испытывать новые методики и способы лечения пациента

В. В процессе работы с пациентом должен быть подучен опыт

Г. Помощь пациенту должна быть оказана с учетом окружающей обстановки

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Пациентка, записанная на прием к врачу, зашла в кабинет, где находилась медицинская сестра. Медсестра на вопрос «где доктор?» ответила, чтобы пациентка закрыла дверь с другой стороны, и научилась читать объявления на дверях. Женщина была возмущена грубым ответом. Выяснив, что доктор заболел, а ради приема она отпросилась с работы, она сказала об этом медсестре. На что она сказала, что это ее проблемы. Пациентка

позвонила с жалобой на горячую линию с просьбой разобраться с грубым поведением медицинского персонала.

**Задания:**

1. Оцените поведение медицинского работника и пациента с критической точки зрения

**Задача №2.**

Мужчина, дожидаясь своей очереди на прием к врачу в поликлинике, заметил, что врач периодически заводит пациентов в кабинет без очереди. Возмущенный пациент поднялся в кабинет к главному врачу и высказал свое недовольство по поводу сложившейся ситуации. Главный врач объяснил, что поликлиника может оказывать платные медицинские услуги и прием платных пациентов осуществляется вне очереди. Так и не дождавшись своей очереди, мужчина был вынужден обратиться за помощью в другое медицинское учреждение, а жалобу направил в администрацию.

**Задания:**

1. Оцените поведение медицинского работника и пациента с критической точки зрения

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

**IV. Рекомендуемая литература:**

**Основная учебная литература:**

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова	2018

	[и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [ и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [ и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/b">https://www.studentlibrary.ru/b</a>	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

### Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/I">https://www.studentlibrary.ru/book/I</a>	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др. ] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN	2019

	978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book">https://www.studentlibrary.ru/book</a>	
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/">https://www.studentlibrary.ru/book/</a>	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: <a href="http://www.studmedlib.ru/book">http://www.studmedlib.ru/book</a>	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

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

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

## Справочные правовые системы

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

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

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

### Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.



**Тема для самостоятельной работы: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ И ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (РЕВМАТИЧЕСКИЕ ПОРОКИ СЕРДЦА).**  
(Лыгина Е.В.)

**Дисциплина: «Госпитальная терапия»**

**Цель занятия:** изучить дифференциальную диагностику и лечение ревматической лихорадки (РЛ), хронической ревматической болезни сердца (ХРБС)

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия (количество академических часов):** 5

**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 2:** Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза

**ПК 3:** Способен к ведению медицинской документации

**ПК 4:** Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала

### **Расчет учебного времени**

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

Программированный контроль:

**1. В ПАТОГЕНЕЗЕ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ УЧАСТВУЮТ МЕХАНИЗМЫ: а) СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ; б) ТРОМБООБРАЗОВАНИЯ; в) ТОКСИКО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ; г) ИММУННЫЕ; д) АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- А. а, б
- Б. б, в
- В. в, г
- Г. а, б, в

**2. ДЛЯ ВТОРИЧНОЙ КРУГЛОГОДИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

- А. Ампициллин
- Б. Эритромицин
- В. Аспирин
- Г. Экстенциллин

**3. ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МОГУТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: а) УСИЛЕНИЕ I ТОНА; б) РИТМ ПЕРЕПЕЛА; в) ОСЛАБЛЕНИЕ II ТОНА НАД АОРТОЙ; г) ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ НА КРУПНЫХ СОСУДАХ; д) ШУМ ФЛИНТА. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

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

**4. РЕВМАТИЧЕСКОМУ МИОКАРДИТУ СООТВЕТСТВУЕТ: а) НАРУШЕНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ; б) РАСШИРЕНИЕ ПОЛОСТЕЙ СЕРДЦА; в) ДОБАВОЧНЫЙ ТРЕТИЙ ТОН; г) ФОРМИРОВАНИЕ ПОРОКОВ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

- А. а, б
- Б. б, в
- В. в, г
- Г. а, б, в

**5. ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ В РАЗВИТИИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ:**

А. Стафилококк

Б.  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы С

В. Пневмококк

Г.  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А

**6. ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ХАРАКТЕРНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ: а) ПЛЯСКА КАРОТИД; б) ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ В V ТОЧКЕ; в) УНДУЛЯЦИЯ ШЕЙНЫХ ВЕН; г) СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА; д) ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

А. а, б

Б. б, в

В. в, г

Г. в, г, д

**7. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ: а) МАЛАЯ ХОРЕЯ; б) КАРДИТ; в) АРТРИТ; г) КОЛЬЦЕВИДНАЯ ЭРИТЕМА; д) УЗЛОВАТАЯ ЭРИТЕМА. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

А. а, б

Б. б, в

В. а, б, в, г

Г. б, в, д

**8. ДЛЯ АРТРИТА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ХАРАКТЕРНО: а) СТОЙКАЯ ДЕФОРМАЦИЯ СУСТАВОВ; б) ПОРАЖЕНИЕ КРУПНЫХ И СРЕДНИХ СУСТАВОВ; в) ЛЕТУЧЕСТЬ БОЛЕЙ; г) ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ПРИЕМА НПВП. ВЫБРАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

А. а, б

Б. б, в

В. в, г

Г. б, в, г

**9. ДЛЯ МАЛОЙ ХОРЕИ ХАРАКТЕРНО: а) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ; б) ГИПОТОНИЯ МЫШЦ; в) СУДОРОЖНЫЕ**

**СОКРАЩЕНИЯ МИМИЧЕСКОЙ МУСКУЛАТУРЫ;  
г) ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИПАДКИ. ВЫБРАТЬ  
ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:**

А. а, б

Б. б, в

В. в, г

Г. а, б, в

**10. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ  
ОТНОСЯТСЯ К ЧИСЛУ «БОЛЬШИХ»  
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ  
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ?**

А. Кардит

Б. Хорея

В. Подкожные узелки

Г. Все, перечисленные выше

**11. УКАЖИТЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ  
НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ  
ПРЕПАРАТОВ:**

А. Головная боль

Б. Гастропатия

В. Отеки

Г. Все, перечисленные выше

**12. ОТМЕТИТЬ ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ,  
НЕХАРАКТЕРНЫЙ ДЛЯ АСПИРИНА:**

А. Дуоденальная язва

Б. Геморрагический гастрит

В. Снижение сывороточного железа

Г. Агранулоцитоз

**13. ДЛЯ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

А. Антибиотики

Б. Диуретики

В. Глюкокортикостероиды

Г. НПВП

**14. ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ  
РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:**

А. Антибиотики

Б. Диуретики

В. Антигипертензивные препараты

Г. НПВП

**15. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:**

А. Увеличение лейкоцитов

Б. Увеличение СОЭ

В. Повышение сиаловых кислот

Г. Повышение антистрептолизина-О

**16. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ ИСХОД РЕВМАТИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА:**

А. Инфаркт миокарда

Б. Порок сердца

В. Выздоровление

Г. ТЭЛА

**17. РЕВМАТИЧЕСКИМ ПОРОКОМ СЕРДЦА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ КЛАПАН:**

А. Митральный

Б. Аортальный

В. Трикуспидальный

Г. Пульмональный

**18. РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА РАЗВИВАЕТСЯ ПОСЛЕ АНГИНЫ ЧЕРЕЗ:**

А. 2-3 недели

Б. 3-4 дня

В. 1-2 дня

Г. 1-3 месяца

**19. КАКОЕ ИЗМЕНЕНИЕ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СВОЙСТВЕННО РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ:**

А. Серозное воспаление

Б. Мукоидное набухание

В. Эластоз

Г. Гнойное воспаление

**20. УКАЖИТЕ СРОК ФОРМИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ:**

А. 1-2 недели

Б. 2-4 месяца

В. 6-12 месяцев

Г. 3-5 лет

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Этиология и патогенез РЛ.
2. Клиника РЛ. Понятие ХРБС.
3. Диагностические критерии РЛ.
4. Лечение и профилактика РЛ.
5. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение стеноза левого атриовентрикулярного отверстия.
6. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение недостаточности митрального клапана.
7. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение стеноза устья аорты.
8. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение недостаточности аортального клапана.
9. Клиника, диагностика, лечение сочетанного митрального, сочетанного аортального и комбинированных пороков сердца.
10. Основные принципы хирургического лечения ревматических пороков сердца.

**IV. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 30 мин,  
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач  
(при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

#### **Задача №1.**

Больной З., 32 лет, рабочий. Обратился в поликлинику с жалобами на небольшую одышку при физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, повышение температуры до 37.5 С.

Из анамнеза: заболел 15 лет назад, когда через 2 недели после перенесенной ангины появились боли и припухлость в коленных, голеностопных суставах летучего характера. Явления артрита купированы самостоятельно через 2 недели. Во время призыва в армию обнаружены шумы в сердце. В армии не служил. До настоящего времени чувствовал себя удовлетворительно. Месяц назад, через 2 недели после ангины, появилось повышение температуры до 37,5 С без ознобов и вышеуказанные жалобы.

При осмотре состояние удовлетворительное. Температура тела 37,4°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, румянец щек. В легких дыхание жесткое, хрипы единичные влажные мелко пузырьчатые в нижних отделах, ЧДД-26 в 1 мин. I тон на верхушке сердца хлопающий, "ритм перепела", мезодиастолический и грубый систолический шум на верхушке сердца, пульс 86 в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень увеличена в размере, выступает из-под края реберной дуги на 2 см, отеков нет. Болезненных и припухших суставов нет.

На ЭКГ – расширение и двугорбость з. Р в I и II отведении.

В анализах крови: гемоглобин - 128 г/л, лейкоциты -  $7,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 26 мм/час СРБ - 34,2 мг/л, АСЛ-О – 1:750.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Составьте план лечения

### **Задача №2.**

Больная Б., 44 лет, повар, обратилась к участковому терапевту с жалобами на короткие эпизоды слабости и сердцебиения, возникающие по несколько раз в день.

Из анамнеза: эпизоды сердцебиения отмечает на протяжении нескольких месяцев, но за последнее время они значительно участились. Хронические заболевания отрицает. Не курит, алкоголь не злоупотребляет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. При аускультации сердца в области верхушки выслушивается очень громкий первый тон и третий тон, следующий сразу за вторым. В положении пациента на левом боку в области верхушки выслушивается негромкий диастолический шум, начинающийся сразу за третьим тоном и усиливающийся непосредственно перед первым тоном. Пульс ритмичный, 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические Периферических отеков нет.

Протокол эхокардиографического исследования: Аорта 3,2 см. АК трехстворчатый, раскрытие 1,73 см, кровоток 1,2 м/с, регургитации нет. ТМЖП 0,9 см, ТЗС 0,9 см, КДР 4,0 см, ФВ 63 %, диастолическая функция не нарушена. МК изменен, с выраженным краевым фиброзом, комиссуры запаяны, передняя створка совершает «клюкообразное» движение, при этом движение створок при раскрытии однонаправленное. Раскрытие створок МК резко ограничено, площадь митрального отверстия, рассчитанная планиметрически, не превышает 0,7 см<sup>2</sup>. Скорость трансмитрального кровотока 2,7 м/с, максимальный градиент давления 28 мм рт. ст., средний – 13 мм рт. ст., регургитация 1 степени. Размер ЛП 5,1 см, объем 106 мл. Диаметр ЛА 2,6 см, СДЛА 55 мм рт. ст. Кровоток на клапане ЛА 0,8 м/с, регургитация 1–2 степени. ПЖ 3,4 см. ТК не изменен, кровоток 0,65 м/с, регургитация 1–2 степени. Размер ПП 4,4 см, объем 65 мл. НПВ на выдохе 1,6 см, на вдохе 0,6 см. Полость перикарда не изменена.

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Интерпретируйте результаты эхокардиографии
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки
5. Укажите возможный метод хирургической коррекции данного порока сердца и опишите основные особенности ведения пациентов после протезирования клапанов сердца механическими протезами.



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

VI. **Рекомендуемая литература:**

**Основная учебная литература:**

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [ и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [ и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	2018
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/b">https://www.studentlibrary.ru/b</a>	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под	2018

ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	
--	--

### **Дополнительная литература:**

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др. ] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book">https://www.studentlibrary.ru/book</a>	2019
2.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: <a href="http://www.studmedlib.ru/book">http://www.studmedlib.ru/book</a>	2014
3.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

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

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

## Справочные правовые системы

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

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

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

### Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

**Тема для самостоятельной работы: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ШУМОВ СЕРДЦА. (Филоненко С.П.)**  
**Дисциплина: «Госпитальная терапия»**

**Цель занятия:** изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики) шумов сердца.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия (количество академических часов):** 5

**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 2:** Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза

**ПК 3:** Способен к ведению медицинской документации

**ПК 4:** Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала

### **Расчет учебного времени**

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

### Программированный контроль:

**1. КЛАПАННЫЙ ПОРОК ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ, КОТОРОГО**

**ЯВЛЯЕТСЯ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ЭПИЦЕНТРОМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ**

- А. аортальная недостаточность
- Б. митральная недостаточность
- В. аортальный стеноз
- Г. митральный стеноз

**2. КЛАПАННЫЙ ПОРОК ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ, КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ**

- А. аортальный стеноз
- Б. митральный стеноз
- В. аортальная недостаточность
- Г. митральная недостаточность

**3. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПУЛЬС ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ**

- А. быстрый высокий
- Б. медленный малый
- В. неодинаков на обеих руках
- Г. нормальных качеств

**4. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. «пляска каротид»
- Б. ундуляция шейных вен
- В. систолический шум во II межреберье слева
- Г. диастолический шум во II межреберье слева

**5. СОЧЕТАНИЕ НА ЭКГ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О**

- А. митральном стенозе
- Б. дефекте межпредсердной перегородки
- В. стенозе легочной артерии
- Г. аортальной недостаточности

**6. У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА**

- А. систолическое АД повышается, а диастолическое АД снижается
- Б. систолическое АД снижается, а диастолическое АД повышается
- В. систолическое АД не изменяется, а диастолическое АД повышается
- Г. систолическое и диастолическое АД не изменяются

**7. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

- А. аортальной недостаточности
- Б. аортального стеноза
- В. трикуспидальной недостаточности
- Г. митральной недостаточности

**8. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ**

- А. громкий I тон
- Б. пульсирующую печень
- В. ослабление I тона
- Г. уменьшение пульсового давления

**9. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. систолический шум на верхушке
- Б. хлопающий I тон
- В. мезодиастолический шум
- Г. систолический шум у основания сердца

**10. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОТНОСЯТ**

- А. синкопальные состояния
- Б. тяжесть в правом подреберье
- В. опоясывающие боли в животе
- Г. боли за грудиной постоянного характера

**11. УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ**

- А. стенозе устья аорты
- Б. эмфиземе легких
- В. ожирении

Г. аневризме аорты

**12. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ**

А. тетрада Фалло

Б. открытое овальное окно

В. аневризма межпредсердной перегородки

Г. евстахиев клапан

**13. ТОЧКА БОТКИНА-ЭРБА, РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ В IV МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ, СЛУЖИТ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ВЫСЛУШИВАНИЯ \_\_\_\_\_ КЛАПАНА**

А. аортального

Б. митрального

В. трикуспидального клапана

Г. легочной артерии

**14. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВРОЖДЕННЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ СТЕНОЗ**

А. легочной артерии

Б. аорты

В. левого А-V отверстия

Г. правого А-V отверстия

**15. УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ**

А. митральном стенозе

Б. митральной недостаточности

В. хроническом легочном сердце

Г. тромбоэмболии легочной артерии

**16. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ**

А. смещение вверх верхней границы и сглаживание «тали» сердца

Б. смещение вправо правой границы

В. треугольная форма сердца

Г. смещение левой границы влево

**17. ФЕНОМЕН «ПЛЯСКА КАРОТИД» ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ**

А. недостаточности аортального клапана

- Б. стенозе митрального клапана
- В. тетраде Фалло
- Г. болезни Аддисона

**18. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ**

- А. усиление первого тона и диастолический шум
- Б. ослабление первого тона и систолический шум
- В. неизменные тоны и «мягкий, дующий» систолический шум
- Г. ослабление второго тона и диастолический шум

**19. ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

- А. проводится в левую подмышечную область
- Б. проводится на сонные артерии
- В. не проводится никуда
- Г. проводится в яремную ямку

**20. У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. высокий градиент давления левый желудочек/аорта
- Б. увеличение ударного объема
- В. аортальная регургитация
- Г. зона акинезии в области межжелудочковой перегородки

**21. «МИТРАЛИЗАЦИЕЙ» АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА НАЗЫВАЮТ**

- А. компенсаторную гиперфункцию левого предсердия при снижении сократительной функции левого желудочка
- Б. сочетание аортального и митрального стенозов
- В. присоединение митрального стеноза к уже существующему аортальному пороку вследствие повторной ревматической лихорадки
- Г. сочетание стеноза устья аорты и пролапса митрального клапана

**22. БОЛЬНОМУ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ**



- А. амиодарон
- Б. хинидин
- В. дигоксин
- Г. лаптаконитина гидробромид (аллапинин)

**23. ДЛИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ ГИПЕРФУНКЦИИ**

- А. левого желудочка
- Б. правого желудочка
- В. левого предсердия
- Г. правого предсердия

**24. К ГИПЕРТРОФИИ И ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИВОДИТ**

- А. перегрузка левого желудочка объемом
- Б. снижение коронарного кровотока
- В. перегрузка левого желудочка давлением
- Г. уменьшение сердечного выброса

**25. КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВЫРАЖЕННОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА, ВКЛЮЧАЕТ**

- А. одышку, обмороки, стенокардию
- Б. тремор, отеки, одышку
- В. стенокардию, постуральная гипотензию, отеки
- Г. одышку, артериальная гипертонию, обмороки
- Д. правом желудочке

**26. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ**

- А. открытый артериальный проток
- Б. открытое овальное окно
- В. аневризма межпредсердной перегородки
- Г. сеть Хиари

**27. У ОСНОВАНИЯ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА, А ТАКЖЕ СЛЕВА И СПРАВА ОТ НЕГО, ЛУЧШЕ ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НА \_\_\_\_\_ КЛАПАНЕ**

- А. трехстворчатом
- Б. легочной артерии

В. аортальном

Г. митральном

**28. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ЛЕВОГО КРАЯ ГРУДИНЫ НА ВЫДОХЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ**

А. стеноза клапана легочной артерии

Б. недостаточности митрального клапана

В. стеноза аортального клапана

Г. недостаточности трехстворчатого клапана

**29. ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ В ТАКТ СЕРДЦЕБИЕНИЮ (СИМПТОМ МЮССЕ) ТИПИЧНО ДЛЯ**

А. недостаточности аортального клапана

Б. стеноза устья аорты

В. недостаточности митрального клапана

Г. митрального стеноза

**30. НОРМАЛЬНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ \_\_\_\_\_ СТВОРОК**

А. трех

Б. двух

В. четырех

Г. от трех до пяти

**31. НОРМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ КВ.СМ**

А. 4-6

Б. 2-4

В. 6-8

**32. НА ВЕРХУШКУ СЕРДЦА ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРОВОДЯТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ \_\_\_\_\_ КЛАПАНА**

А. митрального

Б. аортального

В. легочной артерии

Г. трикуспидального

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной З., 32 лет, рабочий.

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

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

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

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

### **Вопросы:**

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

### **Задача №2**

Больной 22 лет, студент. Жалобы на небольшую одышку при физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. Заболел 10 лет назад, когда после ангины появились боли и припухлость в коленных суставах летучего характера, прошедшие через 1 недели. Обнаружены шумы в сердце. До настоящего времени чувствовал себя удовлетворительно. Месяц назад, после значительной физической нагрузки, появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: при осмотре румянец щек. В легких жесткое везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 26 в мин, I тон на

верхушке сердца хлопающий, "ритм перепела", мезодиастолический и грубый систолический шум на верхушке сердца, пульс - 86 уд. в мин., АД - 110/70 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

На ЭКГ: расширение и двугорбость зубца Р в первом и втором отведениях.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Составьте план лечения.

### **Задача №3**

Мужчина 67 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на сердцебиение, одышку, боли в области сердца при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстояние до 100 м), головокружение, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что около 15 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальным повышением АД до 200/100 мм рт ст, адаптирован к АД 140/80 мм рт ст. 7 лет назад впервые было выявлено повышение уровня холестерина до 8.7 ммоль/л, рекомендованную терапию не принимал не в полном объеме. Острый инфаркт миокарда, инсульты в анамнезе отрицает. Ухудшение состояния отмечает в течение года, когда появились вышеописанные жалобы, а также обмороки при быстрой смене положения тела.

Вредные привычки: курит более 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает.

Наследственность: мать – артериальная гипертензия, отец – ИБС.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Гиперстенического телосложения. Температура тела 36.3°C. Кожные покровы бледные. Акроцианоз. Видимые слизистые обычной окраски и влажности. Умеренные отеки голеней и стоп.

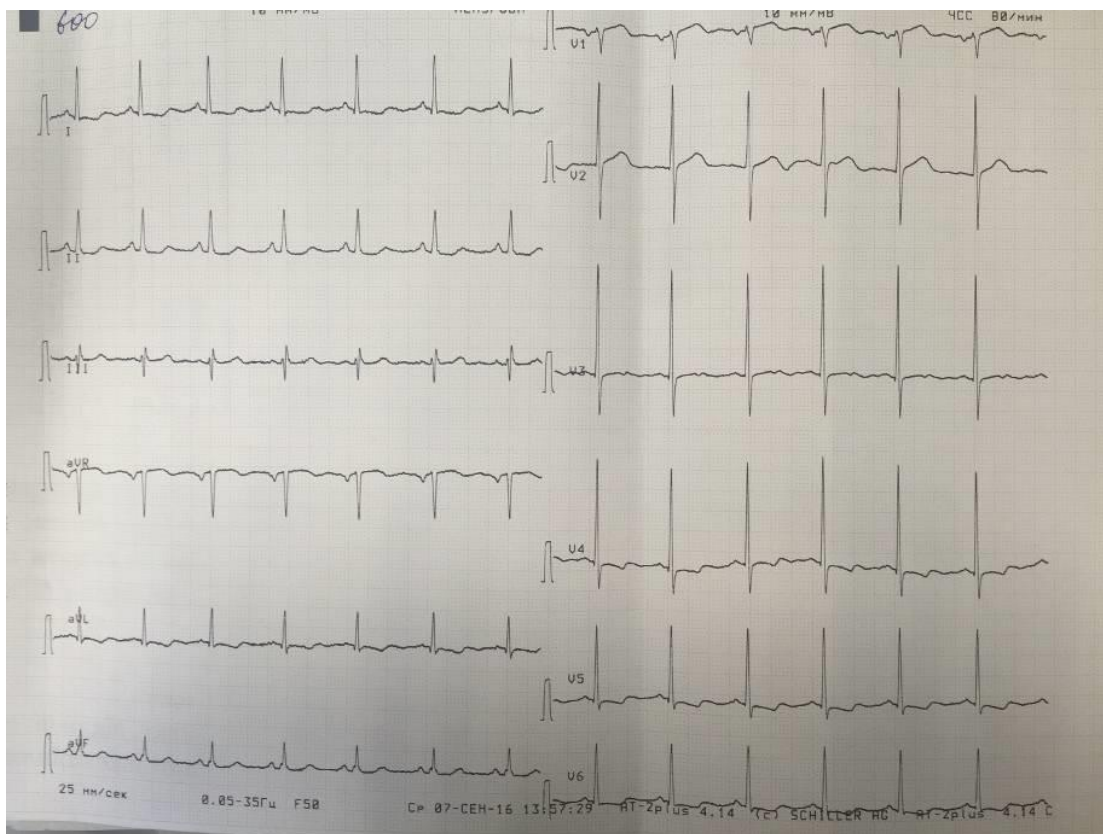
Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево и вниз. Пальпаторно ощущается смещение верхушечного толчка, систолическое дрожание в яремной ямке. ЧСС 96 в мин. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, приглушенные, приглушение II тона на аорте, грубый систолический шум над аортой и над митральным клапаном. АД 140/90 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 1 см от края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин 148 г/л, гематокрит 0.46, эритроциты  $4.4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $7.1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы 60.1%, эозинофилы 2.7%, базофилы 0.6%, моноциты 6.3%, лимфоциты 28.4%, тромбоциты  $305 \times 10^9$ /л, СОЭ по Вестергрену 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 78.6 г/л, мочевины 6.6 ммоль/л, креатинин 100.0 мкмоль/л, мочевая кислота 246 мкмоль/л, билирубин общий 9.0 мкмоль/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 26 ед/л, калий 4,1 ммоль/л, КФК 110 Ед/л, глюкоза 5.8 ммоль/л, холестерин 7.82 ммоль/л, триглицериды 3.72 ммоль/л, ЛПНП 4.0 ммоль/л, ЛПВП 0.5 ммоль/л.

Анализ мочи: без патологии.

ЭКГ:



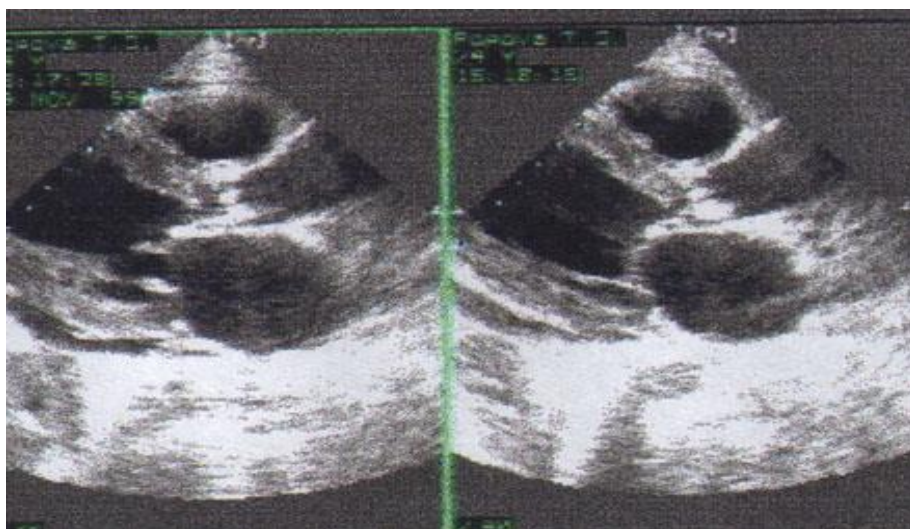
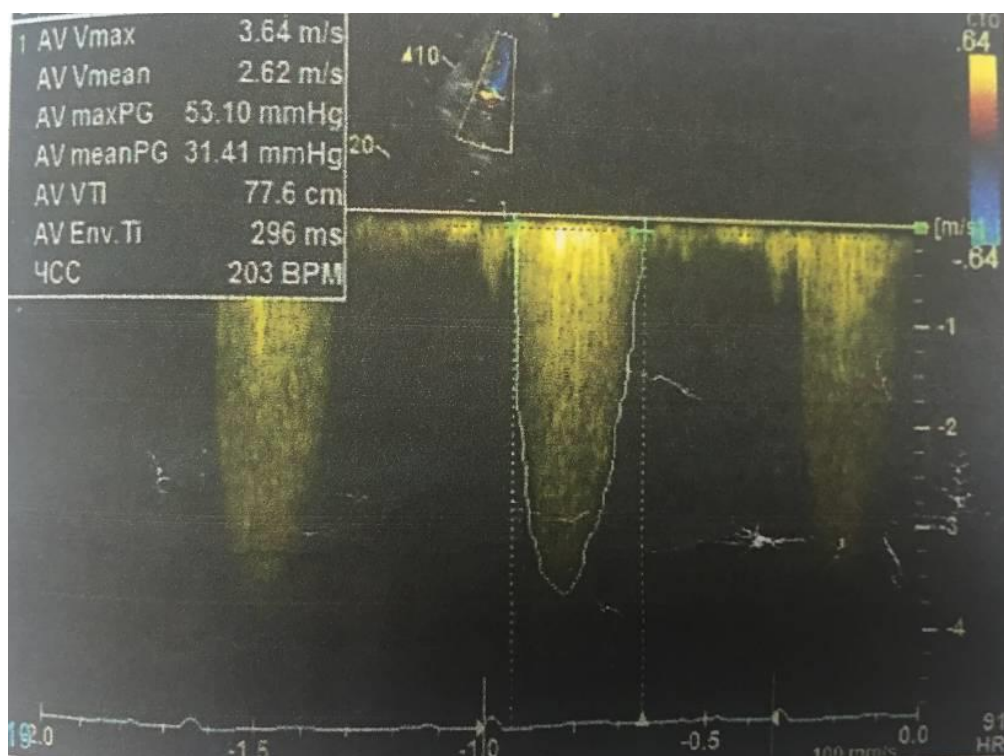
ЭГДС: без патологии.

УЗДГ БЦА: эхокардиографические признаки атеросклероза общих сонных артерий.

Рентгенография органов грудной клетки: выявляется расширение тени левого желудочка в виде удлинения дуги левого контура сердца.



ЭХОКГ: Аорта, аортальный клапан (АК) кальцинированы. Амплитуда раскрытия створок АК снижена, площадь АК  $0.73\text{ см}^2$  (Н  $2,5—3,5\text{ см}^2$ ). Градиент систолического давления на АК  $53\text{ мм рт ст.}$  Аортальная регургитация 2 степени. Небольшое расширение левого предсердия. Умеренная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ  $340\text{ г.}$  Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса  $50\%$ . Признаки небольшой легочной гипертензии. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.



### Вопросы:

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

### Задача №4

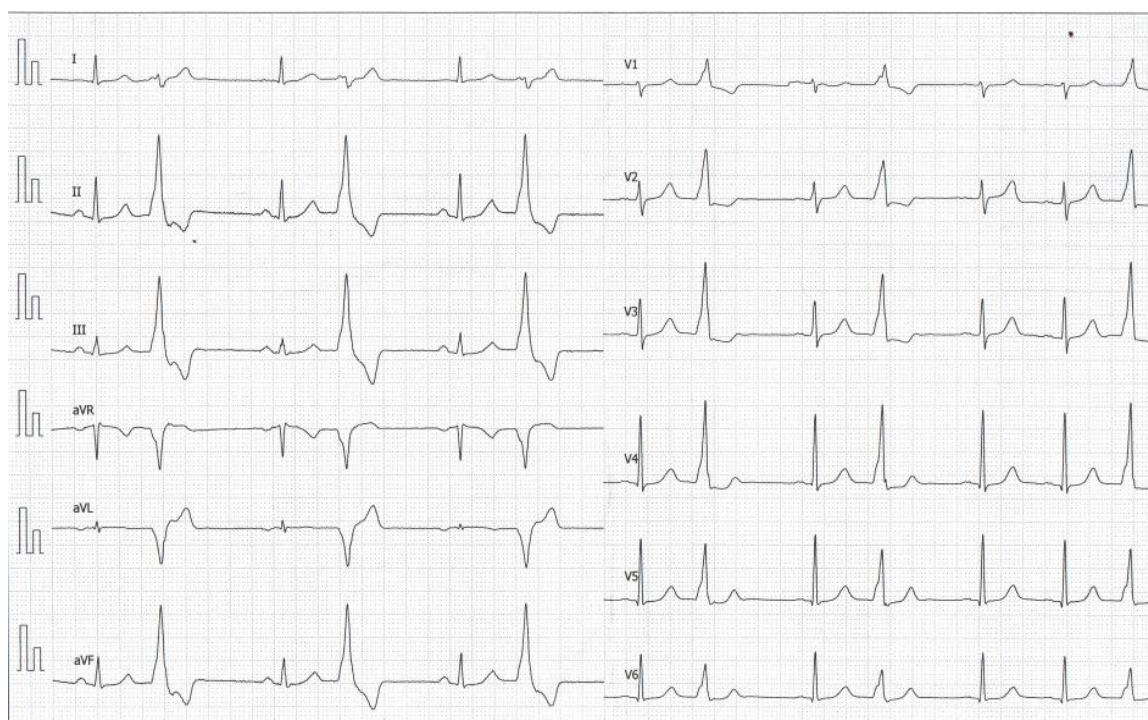
Больная О., 15 лет, жалуется на ноющие и колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, длительностью от нескольких секунд до получаса, проходящие самостоятельно или после приема валокордина, перебои в работе



сердца, плохой сон, приступы немотивированной тревоги, онемение кончиков пальцев, склонность к учащенному сердцебиению, частые подвывихи в голеностопном суставе, снижение зрения.

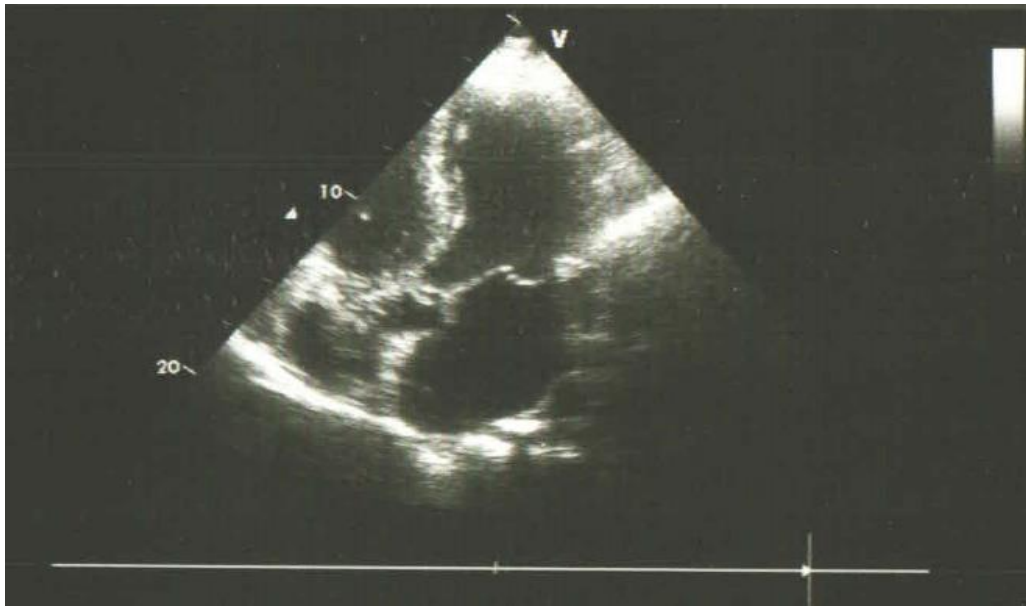
Объективно: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы чистые. Признаков недостаточности кровообращения нет. ЧДД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 76 в минуту, АД 95/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм неправильный. Аускультативно дополнительный тон в систолу, после которого выслушивается короткий систолический шум. По остальным системам и органам без особенностей.

ЭКГ:



При рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений не выявлено.

ЭХОКГ:



Консультация окулиста: подвывих хрусталика.

**Вопросы:**

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

**Задача №5**

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы. При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

**Вопросы:**

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35 мин.

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

1. Дифференциальная диагностика систолических шумов.
2. Дифференциальная диагностика диастолических шумов сердца.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 30 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

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

#### **VII. Рекомендуемая литература:**

##### **Основная учебная литература:**

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [ и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В.	2018

	Филиппов, Е.А. Смирнова [ и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/b">https://www.studentlibrary.ru/b</a>	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

#### Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/I">https://www.studentlibrary.ru/book/I</a>	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др. ] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book">https://www.studentlibrary.ru/book</a>	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/">https://www.studentlibrary.ru/book/</a>	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа.	2014

	– URL: <a href="http://www.studmedlib.ru/book">http://www.studmedlib.ru/book</a>	
5.	Околоков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Околоков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

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

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

### **Справочные правовые системы**

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

### **Базы данных и информационно-справочные системы**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке [«Юрайт» biblio-online.ru](http://biblio-online.ru).
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

**Тема для самостоятельной работы: ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ. (Натальская Н.Ю.)**

**Дисциплина: «Гериатрия»**

**Цель занятия:** изучить особенности клиники, диагностики, фармакотерапии и немедикаментозных методов лечения заболеваний мочевыделительной системы и опорно-двигательного аппарата у пациентов пожилого и старческого возраста.

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

**Время проведения занятия (количество академических часов): 5.**

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

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

### **Организационно-методические указания**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

**ПК-6:** способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8** способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**ПК-7** готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека

### **Расчет учебного времени**

- I. На самостоятельное изучение данной темы студенту отводится 5 часов**

## **II. Вопросы для самоконтроля:**

- 1) Назовите типичные заболевания опорно-двигательного аппарата, характерные для пожилых.
- 2) Расскажите клинические проявления остеоартрита.
- 3) Назовите классификацию остеоартрита.
- 4) Современное лечение остеоартрита.
- 5) Расскажите патогенез сенильного остеопороза.
- 6) Лечение сенильного остеопороза.
- 7) Назовите типичные заболевания мочевыделительной системы, характерные для пожилых.
- 8) Клиника и диагностика острого гломерулонефрита у лиц старших возрастных групп.
- 9) Клиника и диагностика хронического гломерулонефрита у пожилых.
- 10) Лечение острого и хронического гломерулонефрита у пожилых.
- 11) Клиника и диагностика пиелонефрита у лиц старших возрастных групп.
- 12) Лечение пиелонефрита у пожилых.

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

## **IV. Заключительная часть**

### Программированный контроль:

- 1. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ УЗЕЛКОВ БУШАРА:**
  - А. Проксимальные межфаланговые суставы кистей.
  - Б. Локтевые и коленные суставы;
  - В. Пяточная кость;
  - Г. Дистальные межфаланговые суставы кистей;
- 2. БОЛИ В СУСТАВАХ ПРИ НАГРУЗКЕ, ПРОХОДЯЩИЕ В ПОКОЕ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**
  - А. остеоартроза
  - Б. подагрического артрита
  - В. ревматоидного артрита
  - Г. реактивного артрита
- 3. ХАРАКТЕРНЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТЕОАРТРОЗА**



- А. субхондральный склероз и остеофиты
- Б. эрозии
- В. кистовидные просветления
- Г. остеолиз

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

- А. ожирение
- Б. дислипидемия
- В. гипертиреоз
- Г. акромегалия

**5. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С СУСТАВНЫМ СИНДРОМОМ ВРАЧОМ-ТЕРАПЕВТОМ ОБНАРУЖЕНЫ УЗЛЫ ГЕБЕРДЕНА И БУШАРА. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ:**

- А. остеоартроз суставов кистей
- Б. ревматоидный артрит
- В. системная склеродермия
- Г. системная красная волчанка

**6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТЕОАРТРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты, кистовидные просветления в эпифизах
- Б. сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узурь
- В. кисты в эпифизах
- Г. сужение суставной щели и хондрокальциноз

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

- А. функциональную перегрузку с микротравматизацией
- Б. эндокринные нарушения
- В. повторные кровоизлияния в сустав
- Г. асептический некроз

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

- А. появление механических болей
- Б. повышение кожной температуры над суставами

- В. появление припухлости суставов  
Г. гиперпигментация кожи над пораженными суставами  
**9. ГЛАВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОПОРОЗА:**

- А. рентгеновская денситометрия  
Б. общий анализ крови;  
В. общий анализ мочи;  
Г. определение биохимических маркеров.

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

- А. перелом шейки бедра  
Б. перелом большеберцовой кости;  
В. перелом лучевой кости  
Г. перелом локтевой кости

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

- А. снижение АД  
Б. предотвращение новых переломов;  
В. прекращение или замедление потери массы кости;  
Г. нормализация процессов костного ремоделирования;  
Д. уменьшение болевого синдрома.

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

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

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

- А. боль в пояснице  
Б. тошнота;  
В. головная боль;  
Г. перелом;

Д. снижение АД.

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

- А. повышение секреции вазопрессина
- Б. растормаживание секреции РААС
- В. повышение активности калликреинкининовой системы
- Г. снижение онкотического давления плазмы
- Д. первичная задержка натрия вследствие воспалительных изменений в клубочках

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

- А. интерстиция
- Б. канальцев
- В. клубочков
- Г. все ответы верны
- Д. все ответы неверны

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

- А. иммунокомплексное
- Б. аутоиммунное
- В. бактериальное
- Г. вирусное
- Д. все ответы неверны

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

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

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

- А. бактериурия
- Б. лейкоцитурия
- В. протеинурия (1-2 г\сут)
- Г. оксалатурия

Д. цилиндрурия

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

- А. деформация контура почки
- Б. уменьшение её размеров и толщины паренхимы
- В. расширение и деформация лоханок
- Г. асимметрия и неровность контуров одной или обеих почек
- Д. снижение эхогенности паренхимы

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

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

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

В общем анализе крови: СОЭ 12 мм/ч.

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

**Вопросы:**

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

**Задача №2.**

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

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

боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом.

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

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

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

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

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

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

### **Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.

4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).

5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

## **V. Рекомендуемая литература.**

### **Основная учебная литература:**

1. 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.

2. 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.

3. 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.

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

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

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

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

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

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Максимова Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т.М. Максимова. – М.: «Персэ», 2012. – 223 с. – Текст: непосредственный.
2. Лесняк, О.М. Остеопороз: крат. рук. для врачей / О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019 – 222 с. – Текст: непосредственный.
3. Практическая гериатрия / под ред. Л.Б. Лазебника. – М.: Боргес, 2002. – 555 с. – Текст: непосредственный.
4. Лазебник Л.Б. Заболевания органов пищеварения у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Анахарсис, 2003 – 203 с. – Текст: непосредственный.
5. Лазебник Л.Б. ИБС у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Боргес, 2003 – 285 с. – Текст: непосредственный.
6. Лазебник Л.Б. Артериальная гипертония у пожилых / Л.Б. Лазебник. – М.: Изд-во МАИ, 2003 – 260 с. – Текст: непосредственный.
7. Котельников Г.П. Геронтология и гериатрия / Г.П. Котельников. – М.: Самара, 1997. – 800 с. – Текст: непосредственный.
8. Якушин С.С. Гериатрические аспекты фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний / С.С. Якушин, Н.Ю. Натальская. – Рязань, 2005. – 164 с. – Текст: непосредственный.

### **Интернет – ресурсы:**

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

**Тема для самостоятельной работы: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ИНТЕРСТИЦИОПАТИИ, ХОБЛ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. (Буданова И. В.)**

**Дисциплина: «Гериатрия»**

**Цель:** изучить особенности клиники, диагностики и лечения пневмонии, интерстициопатии, ХОБЛ у лиц пожилого и старческого возраста.

**Форма проведения:** самостоятельное изучение темы

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

**Материально-техническое оснащение:** мультимедийная техника.

### **Организационно-методические указания**

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

### Программированный контроль:

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

А. Высокая эффективность исследования мокроты.

Б. Стертость клинических проявлений

В. Большой риск энтеробактериальной инфекции.

Г. Медленное рентгенологическое «выздоровление»

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



- А. Нарушение мукоцилиарного клиренса.
- Б. Повышение активности сурфактанта.
- В. Снижение фагоцитарной активности альвеолярных макрофагов и нейтрофилов.
- Г. Увеличение количества слизистых клеток.

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

- А. Пневмококк.
- Б. Гемофильная палочка.
- В. Микоплазма.
- Г. Энтеробактерии.

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

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

**5. КАКИЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПРИЗНАКИ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА?**

- А. Повышение температуры тела, одышку, кашель.
- Б. Повышение температуры тела, спутанность сознания и лейкоцитоз.
- В. Одышку, слабость, спутанность сознания и лейкоцитоз.

**6. УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПНЕВМОНИИ:**

- А. Гомогенное затемнение соответственно доле или сегменту.
- Б. Картина ателектаза.
- В. Тяжистый легочный рисунок.
- Г. Очаговые тени.
- Д. Диффузное снижение прозрачности.

**7. ОТСУТСТВИЕ ЛИХОРАДКИ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С ПНЕВМОНИЕЙ МОЖНО ОБЪЯСНИТЬ СЛЕДУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ, КРОМЕ:**

- А. Снижением выброса интерлейкина.
- Б. Низкой сывороточной концентрацией альбуминов.
- В. Высокой сывороточной концентрацией глобулинов.
- Г. Вариабельностью состояния иммунной системы

**8. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПНЕВМОНИЕЙ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:**

- А. Возраст 65 лет и старше.
- Б. Тяжесть заболевания.
- В. Декомпенсация коморбидных состояний.
- Д. Все выше перечисленные ситуации.

**9. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ПОЖИЛЫХ. НАЗОВИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:**

- А. Поздняя диагностика, осложнения.
- Б. Повышенный риск лекарственного взаимодействия;
- В. Низкий риск антибиотикорезистентности;
- Г. Низкая комплаентность больных;
- Д. Наклонность к затяжному течению.

**10. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ВЫБОР ЗА СЛЕДУЮЩЕЙ КОМБИНАЦИЕЙ АНТИБИОТИКОВ:**

- А. Кларитромицин + гентамицин.
- Б. Оксациллин+ амикацин
- В. Цефазолин+ метрогил
- Г. Цефтриаксон+ кларитромицин

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

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

**12. ПРИ СНИЖЕНИИ ЗНАЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ  $ОФВ_1 < 50\%$  ОТ ДОЛЖНОГО У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК:**

- А. Крайне тяжелая
- Б. Среднетяжелая

- В. Легкая
- Г. Тяжелая

**13. К КЛИНИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭМФИЗЕМАТОЗНОГО ФЕНОТИПА ПРИ ХОБЛ НЕ ОТНОСИТСЯ:**

- А. Одышка преобладает над кашлем
- Б. Гипервоздушность легких сильно выражена
- В. Рано развивается легочное сердце
- Г. Часто имеется кахексия

**14. ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ХОБЛ И ЖАЛОБАМИ НА ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНО НАЗНАЧАТЬ:**

- А. теofilлин
- Б. сальбутамол
- В. фенотерол
- Г. атровент

**15. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ИПРАТРОПИУМА БРОМИДА У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- А. язва желудка
- Б. катаракта
- В. хронический пиелонефрит
- Г. глаукома

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

- А. Курение – основной фактор риска и прогрессирования ХОБЛ.
- Б. Необходимо предложить пациенту программу отказа от курения.
- В. Пожилому пациенту с ХОБЛ отказ от курения бесполезен.
- Г. Отказ от курения у пожилых пациентов с ХОБЛ способствует снижению смертности.

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

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

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

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

**19. КАКОЙ ИНГАЛЯТОР ЛУЧШЕ НАЗНАЧИТЬ ПОЖИЛОМУ ПАЦИЕНТУ С ТЯЖЕЛОЙ ХОБЛ СО СКОРОСТЬЮ ВДОХА <30 Л/МИН И ПЛОХОЙ КООРДИНАЦИЕЙ ВДОХА В ПРОЦЕССЕ ИНГАЛЯЦИИ:**

- А. Дозированный порошковый ингалятор
- Б. Дозированный аэрозольный ингалятор
- В. Респимат
- Г. Дозированный порошковый ингалятор со спейсером

**IV. Контрольные вопросы:**

1. Этиологические факторы внебольничной пневмонии у пожилых.
2. Особенности клиники, диагностики внебольничной пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста.
3. Назовите заболевания, которые могут протекать у пожилых с интерстициальным поражением легких.
4. Сформулируйте современные позиции антимикробной терапии при внебольничной и нозокомиальной пневмонии у пожилых.
5. Особенности клиники, диагностики ХОБЛ у лиц пожилого и старческого возраста.
6. Назовите основные направления в лечении гериатрического пациента с ХОБЛ.
7. Приоритетные группы бронхорасширяющих средств в пожилом возрасте.

Кейс – задачи:

**Задача №1.**

Больной Р., 76 лет, пенсионер. При обращении к участковому врачу предъявляет жалобы на слабость, головную боль, одышку при ходьбе, сердцебиение. Заболел остро после

переохлаждения. Больной страдает гипертонической болезнью 20 лет, последние 2 года АД 120/70 мм рт.ст., 10 лет приступы стенокардии при физической нагрузке, 5 лет появилась одышка при ходьбе, периодически отекали стопы. Принимает постоянно Периндоприл 10 мг/сут., Небиволол 5 мг/сут., Спиринолактон 25 мг/сут., Аторвастатин 10 мг/сут., Кардиомагнил 75 мг/сут. Контакт с больными туберкулёзом и инфекционными больными не было. В последние несколько лет из Москвы не выезжал.

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

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

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

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

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

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Какие группы антибиотиков рекомендованы пациенту для стартовой антибактериальной терапии? Проведите стратификацию тяжести заболевания и факторов риска. Обоснуйте свой выбор.

## **Задача №2.**

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

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

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

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

### **Вопросы:**

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

### **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.

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

#### **Справочные правовые системы**

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

#### **Базы данных и информационно-справочные системы**

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

#### **Перечень лицензионного программного обеспечения:**

- Программное обеспечение Microsoft Office
- Программный продукт Мой Офис Стандартный.

#### **Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):**

- ЭБС "Юрайт" (<https://urait.ru>)
- ЭБС "Консультант студента" ([www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru))
- ЭМБ "Консультант врача" (<https://www.rosmedlib.ru>)
- «Кокрановская библиотека» (<https://www.cochrane.org>)
- «НЭБ» (<http://нэб.рф>).