

**Автономная некоммерческая организация
высшего образования
«Невинномысский медицинский институт»**

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
УСИЛЕННОЙ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат: 02E7D270006FB13D8E461FDA85E345FACD
Владелец: Станислав Сергеевич Наумов
Действителен с 13.05.2024 до 13.08.2025

Утверждаю
Ректор АНО ВО «НМИ»
С.С. Наумов
«__» _____ 2024 года

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

Б1.У00.5 ГЕРОНТОЛОГИЯ, ГЕРИАТРИЯ
по специальности: 31.05.01 Лечебное дело
профиль: Лечебное дело
программа подготовки специалитет
Форма обучения: очная
год начала подготовки 2023, 2024

Невинномысск, 2024

Рабочая программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного стандарта высшего образования и учебного плана Автономной некоммерческой организации высшего образования «Невинномысский медицинский институт» по специальности 31.05.01 Лечебное дело

АНО ВО «НМИИ»

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Целями освоения учебной дисциплины является формирование у обучающихся способности проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

Задачами изучения дисциплины являются:

-обучение студентов важнейшим методам диагностики и лечения заболеваний, позволяющим улучшить качество и продолжительность лиц пожилого и старческого возраста;

-обучение студентов выбору оптимальных методов обследования при заболеваниях гериатрических больных и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;

-ознакомление обучающихся с принципами организации и работы лечебно-профилактических учреждений гериатрического типа;

-формирование навыков общения с гериатрическим больным с учетом этики и деонтологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.

Воспитательной задачей является формирование гражданской позиции, активного и ответственного члена российского общества, осознающего свои конституционные права и обязанности, уважающего закон и правопорядок, обладающего чувством собственного достоинства, осознанно принимающего общечеловеческие гуманистические и демократические ценности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Геронтология, гериатрия» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений блока 1 «Дисциплины (модули)» основной профессиональной образовательной программы.

Дисциплина «Геронтология, гериатрия» изучается в 12 семестре очной формы обучения.

3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫХ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения, соотнесенные с индикаторами достижения компетенций
ПК-2. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК 2.1 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: методы лабораторных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; Уметь: оценивать тяжесть состояния больного, учитывая атипичность клинической картины и мультиморбидность, характерную для пожилых пациентов; Владеть: алгоритмом развернутого клинического диагноза у пациента пожилого и старческого возраста;
	ПК 2.3 Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Знать: клиническую картину; методы обследования пациента, методы диагностики, применяемые в амбулаторных условиях, схемы амбулаторной истории болезни;

Уметь: обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента;

Владеть: навыками интерпретации данных, полученных при инструментальном обследовании пациента;

В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен:

Знать:

- предмет, задачи, цель дисциплины и ее значение для своей будущей профессиональной деятельности;
- клиническую симптоматику и патогенез основных гериатрических заболеваний, их профилактику, диагностику и лечение, клиническую симптоматику пограничных состояний в гериатрии;
- основы фармакотерапии в гериатрической практике, фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, осложнения, вызванные применением лекарств, методы их коррекции;
- основы немедикаментозной терапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля, гомеопатии и др.;
- основы рационального питания, принципы диетотерапии терапевтических болезней;

Уметь:

- получить информацию о заболеваниях пациента с старческой «хрупкостью», применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специальные признаки заболевания;
- определять биологический возраст пациента
- проводить комплексную гериатрическую оценку пациента
- необходимость и достаточность специальных исследований в пожилом и старческом возрасте (лабораторные, рентгенологические и функциональные);

Владеть:

- методами расчета биологического возраста, составления паспорта здоровья, определения коэффициента здоровья, измерения артериального давления методом Короткова, динамометрии, оценки показателей стресса и стрессоустойчивости;
- методами общеклинического обследования;
- алгоритмом постановки предварительного диагноза с формированием плана обследования и плана лечения;
- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; умением сформулировать клинический диагноз разбираемых тематических больных с заболеваниями внутренних органов, протекающих в типичной форме, и обосновать этот диагноз и его осложнения; алгоритмом разработки оптимального варианта лечения с назначением медикаментозной терапии с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, предупреждения их нежелательных побочных действий;
- умением написать лист назначения и/или выписать рецепты курируемому больному, сформулировать рекомендации больному при выписке из стационара;
- основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- способностью составлять программу первичной и вторичной профилактики для пациентов с заболеваниями внутренних органов;

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА КОНТАКТНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ (ПО ВИДАМ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ) И НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Очная форма обучения

Вид учебной работы	Всего часов	12 семестр
1. Контактная работа обучающихся с преподавателем:	34.3	34.3
Аудиторные занятия всего, в том числе:	30	30
Лекции	6	6
Лабораторные	-	-
Практические занятия	24	24
Контактные часы на аттестацию (зачет с оценкой)	0,3	0,3
Консультация	2	2
Контроль самостоятельной работы	2	2
2. Самостоятельная работа	73.7	73.7
Контроль		
ИТОГО:	108	108
Общая трудоемкость	3	3

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела (темы) дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)	Индекс компетенции
Тема 1 Комплексная гериатрическая оценка пациента. Активное долголетие	Современные методы определения и коррекции биологического возраста. Биологические маркеры старения. Диагностические критерии оценки функционального класса и профиля старения. Проведение комплексной гериатрической оценки пациентов.	ПК-2.1 ПК-2.3
Тема 2. Профилактическая геронтология и гериатрия. Профилактика преждевременного старения	Основы профилактической геронтологии и гериатрии. Определение понятия. Физиология и гигиена питания в пожилом и старческом возрасте Геропротекторная терапия. Немедикаментозные методы и средства в профилактике преждевременного старения и продления жизни Лечебная физкультура в гериатрии. Психотерапия в гериатрии.	ПК-2.1 ПК-2.3
Тема 3. Особенности течения болезней органов в пожилом и старческом возрасте. Герофармакология.	Особенности течения болезней органов дыхания, сердечнососудистой системы, пищеварения, ревматических болезней, почек, органов кроветворения, эндокринной системы в пожилом и старческом возрасте. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте	ПК-2.1 ПК-2.3

6. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ С УКАЗАНИЕМ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ УЧЕБНЫХ ЗАНЯТИЙ

Очная форма обучения

Наименование раздела (темы) дисциплины	Виды учебной деятельности, включая самостоятельную работу (в часах)			
	Л	ЛР	ПЗ	СРС
Тема 1 Комплексная гериатрическая оценка пациента. Активное долголетие	2	-	8	24
Тема 2. Профилактическая геронтология и гериатрия. Профилактика преждевременного старения	2	-	8	25
Тема 3. Особенности течения болезней органов в пожилом и	2	-	8	24.7

старческом возрасте. Герофармакология.				
Итого (часов)	6	-	24	73.7
Форма контроля	Зачет с оценкой			

7. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Самостоятельная работа обучающихся направлена на углубленное изучение разделов и тем рабочей программы и предполагает изучение литературных источников, выполнение домашних заданий и проведение исследований разного характера. Работа основывается на анализе литературных источников и материалов, публикуемых в интернете, а также реальных речевых и языковых фактов, личных наблюдений. Также самостоятельная работа включает подготовку и анализ материалов по темам пропущенных занятий.

Самостоятельная работа по дисциплине включает следующие виды деятельности:

- работа с лекционным материалом, предусматривающая проработку конспекта лекций и учебной литературы;
- поиск (подбор) и обзор литературы, электронных источников информации по индивидуально заданной проблеме курса, написание доклада, исследовательской работы по заданной проблеме;
- выполнение задания по пропущенной или плохо усвоенной теме;
- самостоятельный поиск информации в Интернете и других источниках;
- выполнение домашней контрольной работы (решение заданий, выполнение упражнений);
- изучение материала, вынесенного на самостоятельную проработку (отдельные темы, параграфы);
- написание рефератов;
- подготовка к тестированию;
- подготовка к практическим занятиям;
- подготовка к зачету с оценкой

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

8.1 Основная литература:

1. Подольский, А. И. Пожилой человек как субъект изучения, поддержки и общения : моногр. / А. И. Подольский, М. В. Ермолаева, Н. А. Шоркина ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2022. — 175, [1] с. — ISBN 978-5-7598-2574-6 (в обл.). — ISBN 978-5-7598-2495-4 (e-book). — URL: <http://176.9.74.196/book.html?currBookId=43003>

8.2. Дополнительная литература

1. Геронтопсихология [Текст] : учебник с практикумом / под общ. ред. Т. Н. Сахаровой. — М. : МПГУ, 2016. — 352 с. — ISBN 978-5-4263-0395-9. — URL: <http://176.9.74.196/book.html?currBookId=27246>
2. Копосова, Т. С. Возрастная психофизиология [Текст] : учеб.-метод. пособие / Т. С. Копосова, С. Ф. Лукина, Н. В. Звягина [и др.] ; Сев. (Арктич.) федер. ун-т им. М. В. Ломоносова. — Архангельск : САФУ, 2015. — 164 с. — ISBN 978-5-261-01026-5. — URL: <http://176.9.74.196/book.html?currBookId=19604>

8.3 Лицензионное программное обеспечение

	Наименование ПО	Тип лицензии	№ Договора
1	Среда электронного обучения 3KL Moodle, версия 5GB 4.1.3b	Коммерческая	№1756-2 от 20 сентября 2023
2	1С Университет ПРОФ. Ред.2.2.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
3	1С: Университет ПРОФ. Активация возможности	Коммерческая	№ЛМ00-000221

	обновления конфигурации на 12 мес.		
4	Программное обеспечение «Планы ВПО»	Коммерческая	№2193-24
5	Аппаратно-программный комплекс в составе интерактивного стола и предустановленного программного обеспечения для отображения трехмерного образа человеческого тела. Интерактивный анатомический стол «Пирогов» Модель II	Коммерческая	№1190
6	Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z	Коммерческая	№ЛМ00-000221
7	1С: Предприятие 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
8	1С: Предприятие 8.3 ПРОФ. Лицензия на сервер.	Коммерческая	№ЛМ00-000221
9	1С: Бухгалтерия 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490
10	1С: Зарплата и управление персоналом 8 ПРОФ.	Коммерческая	№ЛМ00-000490
11	MS SQL Server 2019 Standard	Коммерческая не исключительное право	№ЛМ00-000221
12	Система анализа программного и аппаратного TCP/IP сетей (сетевой сканер Ревизор Сети версии 3.0)	Коммерческая	№966
13	Единый центр управления Dallas Lock. Максимальное количество сетевых устройств для мониторинга: 3	Коммерческая	№966
14	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№966
15	Модуль сбора данных для специального раздела сайта образовательной организации высшего образования	Коммерческая не исключительное право	№2135-23
16	Kaspersky Стандартный Certified Media Pack Russian Edition.	Коммерческая	№297
17	Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition.	Educational License	№1190
18	Ревизор сети (версия 3.0), стандартное продление лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
19	Ревизор сети (версия 3.0) 5 IP, право на использование дополнительного IP адреса к лицензии на 1 год	Коммерческая	№1190
20	Неисключительное право на использование Dallas Lock 8.0-К (СЗИ НСД, СКН)	Коммерческая	№1190
21	Dallas Lock 8.0-К с модулем «Межсетевой экран». Право на использование (СЗИ НСД, СКН, МЭ)	Коммерческая	№3D-24
22	Лицензия на использование программы RedCheck Professional для localhost на 3 года	Коммерческая	№393853
23	Медиа-комплект для сертифицированной версии средства анализа защищенности RedCheck	Коммерческая	№393853
24	Kaspersky Certified Media Pack Customized	Коммерческая	№393853
25	ФИКС (версия 2.0.2), программа фиксации и контроля исходного состояния программного комплекса для ОС семейства Windows. Лицензия (право на использование) на 1 год	Коммерческая	№393853
26	TERRIER (версия 3.0) Программа поиска и гарантированного уничтожения информации на дисках. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
27	Передача неисключительных прав на использование ПО VipNet Client for Windows 4.x	Коммерческая	№393853

	(KC2). Сеть 2458		
28	Ревизор 1 XP Средство создания модели системы разграничения доступа. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
29	Ревизор 2 XP Программа контроля полномочий к информационным ресурсам. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
30	Агент инвентаризации. Лицензия на право использования на 1 год	Коммерческая	№393853
31	Libre Office	Бесплатная, GNU General Public License	
32	GIMP	Бесплатная, GNU General Public License	
33	Mozilla Thunderbird	Mozilla Public License	
34	7-Zip	Бесплатная, GNU General Public License	
35	Google Chrome	GPL	
36	Ubuntu	GPL	
37	VLC media player	LGPLv2.1+	

8.4 Современные профессиональные базы данных и информационные справочные системы

1. Российское образование. Федеральный образовательный портал – Режим доступа: www.edu.ru.
2. Министерство образования и науки Российской Федерации [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://minobrnauki.gov.ru/>
3. Научная педагогическая библиотека им. К.Д. Ушинского [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gnpbu.ru>
4. Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.rsl.ru>
5. Президентская библиотека – <http://www.prlib.ru>

Информационные справочные системы:

1. Справочно-правовая система «Консультант Плюс» - Режим доступа: <http://www.consultant.ru/>
2. Информационно-правовой сервер «Гарант» <http://www.garant.ru/>

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

<p>Учебная аудитория 1 для проведения занятий лекционного, семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточных аттестаций 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, бульвар Мира, 25</p>	<p>1.Учебная мебель: -Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска аудиторная; 2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); -моноблок с подключением к сети «Интернет» и доступам к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации</p>
<p>Учебная аудитория 24 для проведения практических занятий, текущего контроля и промежуточных аттестаций по дисциплине 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25</p>	<p>1.Комплект учебной мебели: стол на два посадочных места (15 шт.); -стул ученический (30 шт.); -стол преподавателя (1 шт.); -кресло преподавателя (1 шт.); -доска маркерная; 2. Технические средства обучения: -набор демонстрационного оборудования: - мультимедиа-проектор-(1 шт.); -моноблок с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС ВУЗа; -учебно-наглядные пособия, обеспечивающие тематические иллюстрации. 3. Мультимедийные презентации; 4. Тонетр медицинский 5.Фонендоскоп 6.Ростомер 7.Весы 8.Рулетка –сантиметр для измерения окружности тела 9.Почкообразный лоток 10.Одноразовый шпатель 11.Негатоскоп на два снимка</p>
<p>Кабинет 4 Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза. 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, б-р Мира, д 25</p>	<p>комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;</p>
<p>Кабинет 9 Помещение для самостоятельной работы, оснащенное компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к ЭИОС вуза 357114, Ставропольский край, г Невинномысск, ул Чкалова, д 67</p>	<p>- комплекты учебной мебели; компьютерная техника с подключением к сети «Интернет» и доступом к ЭИОС вуза;</p>

10.ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЙ ОБУЧАЮЩИМИСЯ-ИНВАЛИДАМИ И ЛИЦАМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Особые условия обучения и направления работы с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее обучающихся с ограниченными возможностями здоровья) определены на основании:

– Закона РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– Закона РФ от 24.11.1995г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;

– Приказа Минобрнауки России от 06.04.2021 N 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры;

– методических рекомендаций по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса (утв. Минобрнауки России 08.04.2014 № АК-44/05вн).

Под специальными условиями для получения образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

В целях доступности изучения дисциплины инвалидами и обучающимися с ограниченными возможностями здоровья организацией обеспечивается:

1. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

– наличие альтернативной версии официального сайта организации в сети «Интернет» для слабовидящих:

– размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации (информация должна быть выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

– присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

– обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

– обеспечение доступа обучающегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию организации;

2. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

– дублирование звуковой справочной информации визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

– обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;

3. Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата. Материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в помещения организации, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров: наличие специальных кресел и других приспособлений).

Обучение лиц организовано как инклюзивно, так и в отдельных группах.

11. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

11.1 Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОПОП прямо связаны с местом дисциплин в образовательной программе. Каждый этап формирования компетенции характеризуется определенными знаниями, умениями и навыками и (или) опытом профессиональной деятельности, которые оцениваются в процессе текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации по дисциплине (практике) и в процессе государственной итоговой аттестации.

Оценочные материалы включают в себя контрольные задания и (или) вопросы, которые могут быть предложены обучающемуся в рамках текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по дисциплине. Указанные планируемые задания и (или) вопросы позволяют оценить достижение обучающимися планируемых результатов обучения по дисциплине, установленных в соответствующей рабочей программе дисциплины, а также сформированность компетенций, установленных в соответствующей общей характеристике основной профессиональной образовательной программы

На этапе текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине показателями оценивания уровня сформированности компетенций являются результаты устных и письменных опросов, написание рефератов, выполнение практических заданий, решения тестовых заданий.

Итоговая оценка сформированности компетенций определяется в период государственной итоговой аттестации.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций

Показатели оценивания	Критерии оценивания компетенций	Шкала оценивания
Понимание смысла компетенции	Имеет базовые общие знания в рамках диапазона выделенных задач	Минимальный уровень
	Понимает факты, принципы, процессы, общие понятия в пределах области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет фактические и теоретические знания в пределах области исследования с пониманием границ применимости	Высокий уровень
Освоение компетенции в рамках изучения дисциплины	Наличие основных умений, требуемых для выполнения простых задач. Способен применять только типичные, наиболее часто встречающиеся приемы по конкретной сформулированной (выделенной) задаче	Минимальный уровень
	Имеет диапазон практических умений, требуемых для решения определенных проблем в области исследования. В большинстве случаев способен выявить достоверные источники информации, обработать, анализировать информацию.	Базовый уровень
	Имеет широкий диапазон практических умений, требуемых для развития творческих решений, абстрагирования проблем. Способен выявлять проблемы и умеет находить способы решения, применяя современные методы и технологии.	Высокий уровень

Способность применять на практике знания, полученные в ходе изучения дисциплины	Способен работать при прямом наблюдении. Способен применять теоретические знания к решению конкретных задач.	Минимальный уровень
	Может взять на себя ответственность за завершение задач в исследовании, приспосабливает свое поведение к обстоятельствам в решении проблем. Затрудняется в решении сложных, неординарных проблем, не выделяет типичных ошибок и возможных сложностей при решении той или иной проблемы	Базовый уровень
	Способен контролировать работу, проводить оценку, совершенствовать действия работы. Умеет выбрать эффективный прием решения задач по возникающим проблемам.	Высокий уровень

11.2 Оценочные материалы для проведения текущего контроля

ПК-2. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза (контролируемый индикатор компетенции ПК 2.1 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем; ПК 2.3 Проводит полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)).

Типовые задания, для оценки сформированности знаний

Результаты обучения
Знает методы лабораторных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; Знает клиническую картину; методы обследования пациента, методы диагностики, применяемые в амбулаторных условиях, схемы амбулаторной истории болезни;

Типовые задания для устного опроса

1. Геронтология как комплекс естественных наук о старении, ее интеграция с социологией, биологией, экономикой и психологией.
2. Особенности демографической ситуации в Российской Федерации.
3. Социально-экономические проблемы геронтологии.
4. Старение и старость. Определение.
5. Проблемы старения, старости, долголетия.
6. Основы физиологии и патологии старения.
7. Основные теории и механизмы старения.
8. Общие закономерности старения.
9. Естественное и преждевременное старение. Видовая продолжительность жизни.
10. Основные причины и факторы преждевременного старения.
11. Профилактика преждевременного старения.
12. Организация гериатрической помощи в России.
13. Вопросы медицинской этики и деонтологии в гериатрии.
14. Хоспис и паллиативная помощь лицам пожилого и старческого возраста.
15. Социальная защита пожилых.
16. Причины снижения качества жизни у пожилых и престарелых.
17. Технологии повышения качества жизни лиц пожилого и старческого возраста.
18. Проблемы обучения в геронтологической практике.
19. Реабилитация пожилых: виды, формы, методы.
20. Особенности питания гериатрического пациента.
21. Организация питания пациенту геронтологического профиля на дому и в лечебно-профилактическом учреждении.

22. Уход за гериатрическим пациентом в стационаре.
23. Особенности организации диагностического процесса у пожилых и престарелых.
24. Основные методы определения биологического возраста человека.
25. Особенности состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста.
26. Особенности реакции на болезни, стресс у лиц пожилого и старческого возраста.
27. Причины обострения ухудшения течения наиболее распространенных заболеваний, травматизма у лиц пожилого и старческого возраста.
28. Основные задачи сестринской службы, сестринского ухода при решении проблем гериатрических пациентов.
29. Особенности общения, сбора информации и выполнения этапов сестринского процесса с лицами пожилого и старческого возраста.
30. Проблемы семьи с пациентом пожилого и старческого возраста.
31. Основные принципы лекарственной терапии пожилых и престарелых.
32. Подходы к нефармакологическим методам лечения пожилых и престарелых.
33. Роль врача в реабилитации больных пожилого и старческого возраста.
34. Трудности диагностики у лиц пожилого возраста.
35. Старение и болезни сердечно-сосудистой системы.
36. Особенности течения заболеваний сердечно-сосудистой системы в пожилом возрасте.
37. Старение и болезни дыхательной системы.
38. Особенности течения заболеваний дыхательной системы в пожилом и старческом возрасте.
39. Внебольничная пневмония у пожилых.
40. Туберкулез в пожилом возрасте.
41. Старение и заболевания органов пищеварения в пожилом и старческом возрасте.
42. Особенности течения заболеваний органов пищеварения в пожилом возрасте.
43. Старение и заболевания мочевыделительной системы.
44. Особенности течения заболеваний мочевыделительной системы в пожилом возрасте.
45. Старение и болезни опорно-двигательного аппарата.
46. Особенности течения заболеваний опорно-двигательного аппарата в пожилом возрасте.
47. Лечение и профилактика сенильного остеопороза.
48. Старение и болезни эндокринной системы.
49. Особенности течения заболеваний эндокринной системы в пожилом возрасте.
50. Сахарный диабет в пожилом возрасте. Особенности сестринского процесса.
51. Старение и болезни крови.
52. Особенности течения заболеваний крови в пожилом возрасте.
53. Анемии у людей пожилого возраста.
54. Старение и нервно-психические расстройства. Проблемы пациентов с нервно-психическими расстройствами в контексте семьи.
55. Проблема диагностики, лечения и реабилитации пожилых и престарелых пациентов онкологического профиля.
56. Болезнь Альцгеймера: проблемы пациента, семьи и организация сестринского процесса.

Критерии и шкала оценивания устного опроса

Оценка за ответ	Критерии
Отлично	выставляется обучающемуся, если: <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено полностью, без пробелов; - исчерпывающее, последовательно, четко и логически излагает теоретический материал; - свободно справляется с решение задач,

	<ul style="list-style-type: none"> - использует в ответе дополнительный материал; - все задания, предусмотренные учебной программой выполнены; - анализирует полученные результаты; - проявляет самостоятельность при трактовке и обосновании выводов
Хорошо	<p>выставляется обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено полностью; - необходимые практические компетенции в основном сформированы; - все предусмотренные программой обучения практические задания выполнены, но в них имеются ошибки и неточности; - при ответе на поставленные вопросы обучающийся не отвечает аргументировано и полно. - знает твердо лекционный материал, грамотно и по существу отвечает на основные понятия.
Удовлетворительно	<p>выставляет обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - теоретическое содержание курса освоено частично, но проблемы не носят существенного характера; - большинство предусмотренных учебной программой заданий выполнено, но допускаются неточности в определении формулировки; - наблюдается нарушение логической последовательности.
Неудовлетворительно	<p>выставляет обучающемуся, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не знает значительной части программного материала; - допускает существенные ошибки; - так же не сформированы практические компетенции; - отказ от ответа или отсутствие ответа.

Тематика рефератов

1. Понятие «биологический» и «хронологический» возраст: определение, современные методы диагностики.
2. Биологические маркеры старения, их виды.
3. Нарушения посттрансляционной модификации, неферментативного гликозилирования и агрегации белков и их роль в определении биологического возраста.
4. Иммунологические, эпигенетические и генетические, нейробиологические маркеры старения.
5. Диагностические критерии оценки функционального класса и профиля старения.
6. Основы компьютерной программы для определения уровня физиологической адаптации организма.
7. Комплексная гериатрическая оценка. Выявление основных гериатрических синдромов.
8. Этиология и патогенез старческого астенического синдрома. Клинические состояния, способствующие развитию старческого астенического синдрома.
 1. Немедикаментозные средства коррекции темпов старения.
 2. Фармакологические средства коррекции темпов старения.
 3. Понятие о гормезисе в рамках профилактики и коррекции ускоренного старения.
 4. Физические факторы профилактики и коррекции ускоренного старения.
 5. Биологические способы профилактики и коррекции ускоренного старения.
 6. Химические средства профилактики и коррекции ускоренного старения.
 7. Организация длительного ухода за хрупкими пациентами, создан доброжелательной окружающей среды.
 8. Методы профилактики старческого астенического синдрома. Ведение хрупких больных разных нозологических групп, особенности фармакотерапии, профилактики падений, остеопороза, деменции.
 1. Гериатрические аспекты пульмонологических заболеваний в практике врача гериатра.
 2. Гериатрические аспекты кардиологических заболеваний в практике врача гериатра.

3. Гериатрические аспекты гастроэнтерологических заболеваний в практике врача гериатра.
4. Гериатрические аспекты эндокринологических заболеваний в практике врача гериатра.
5. Гериатрические аспекты заболеваний опорно-двигательного аппарата в практике гериатра.
6. Гериатрические аспекты заболеваний моче-выделительной системы в практике врача гериатра.
7. Профилактика основных гериатрических заболеваний в практике врача гериатра.
8. Создание комфортной среды для «хрупких» пациентов в практике врача гериатра.

Критерии оценивания выполнения реферата

Оценка	Критерии
Отлично	полностью раскрыта тема реферата; указаны точные названия и определения; правильно сформулированы понятия и категории; проанализированы и сделаны собственные выводы по выбранной теме; использовалась дополнительная литература и иные материалы и др.;
Хорошо	недостаточно полное, раскрытие темы; несущественные ошибки в определении понятий и категорий и т. п., кардинально не меняющих суть изложения; использование устаревшей литературы и других источников;
Удовлетворительно	реферат отражает общее направление изложения лекционного материала и материала современных учебников; наличие достаточного количества несущественных или одной-двух существенных ошибок в определении понятий и категорий и т. п.; использование устаревшей литературы и других источников; неспособность осветить проблематику дисциплины и др.;
Неудовлетворительно	тема реферата не раскрыта; большое количество существенных ошибок; отсутствие умений и навыков, обозначенных выше в качестве критериев выставления положительных оценок и др.

11.3. Оценочные материалы для проведения промежуточной аттестации

Типовые задания, направленные на формирование профессиональных умений.

Результаты обучения
Умеет оценивать тяжесть состояния больного, учитывая атипичность клинической картины и мультиморбидность, характерную для пожилых пациентов; Умеет: обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента;

Тестовые задания для проведения зачета с оценкой

1. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ - ЭТО:

1. перечень наименований болезней в определенном порядке;
2. перечень диагнозов в определенном порядке;
3. перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу;
4. система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;
5. перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

2. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ» С УЧЕТОМ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ:

1. заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

2. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи;

3. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени влияния на работоспособность;

4. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но уступает ему в степени опасности для жизни и здоровья;

5. заболевание, которое имеет причинно-следственную связь с основным заболеванием, но не является причиной смерти.

3. ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ТЕРАПЕВТ ОБЯЗАН

1. обеспечить раннее выявление заболевания
2. ежедневно посещать пациента на дому без показаний
3. оказывать помощь всем нуждающимся родственникам пациента
4. в последующем выполнять активные вызовы к пациенту

4. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. улучшение качества жизни больного и членов его семьи
2. облегчение страданий
3. продление жизни
4. устранение физических и психосоциальных проблем

Выберите правильную комбинацию ответов

5. КОМПОНЕНТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ:

1. высокотехнологичная медицинская помощь
2. психологическая помощь
3. реабилитационные мероприятия
4. медицинская помощь и уход

6. К ВИДАМ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСЯТ:

1. социальную;
2. экономическую;
3. медицинскую;
4. духовную.

7. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ЛФК, ПРИМЕНЯЕМЫЕ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ:

1. утренняя гимнастика;
2. бег на длинные дистанции;
3. силовые упражнения;
4. занятия лыжами, коньками.

8. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ ПОКАЗАНЫ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ:

1. электрофорез;
2. магнитотерапия;
3. УФО;
4. ингаляции.

9. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ДРЕНАЖНОЙ ФУНКЦИИ БРОНХОВ ПОЖИЛЫМ И СТАРЫМ ЛЮДЯМ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

1. дозированные физические упражнения;
2. активную гимнастику;
3. силовую гимнастику;
4. бег.
5. Выберите правильную комбинацию ответов:

10. ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

1. фитотерапия;
2. минеральная вода;
3. ЛФК;
4. лазеротерапия

11. ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ С ВОЗРАСТОМ:

1. снижается;
2. повышается;
3. не изменяется;
4. возрастает с возрастанием АД;
5. снижается с возрастанием АД.

12. ПАЦИЕНТУ 65 ЛЕТ, ПЕРЕНЕСШЕМОМУ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТРАДАЮЩЕМО УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИСТУПАМИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ П ФК ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

1. сердечные гликозиды;
2. антагонисты кальция;
3. бета-блокаторы;
4. антигипертензивные препараты центрального действия.

13. НАЗНАЧЕНИЕ КАКОГО ПРЕПАРАТА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (АД 190/10 ММ РТ. СТ., ЧСС 60 В МИН) У 73-ЛЕТНЕГО БОЛЬНОГО С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ПОДАГРОЙ?

1. Клофелин
2. Коринфар
3. Гипотиазид
4. Триампур
5. Анаприлин

14. 70-ЛЕТНИЙ МУЖЧИНА В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ЖАЛУЕТСЯ НА ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ОБМОРОКИ, ПОШАТЫВАНИЯ ПРИ ХОДЬБЕ. ДВАЖДЫ НАБЛЮДАЛИСЬ ПРИСТУПЫ МЕРЦАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ. ЧСС 54 В МИН, АД 160/75 ММ РТ. СТ. ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПЛАНА ОБСЛЕДОВАНИЯ КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА?

1. Пробы с атропином и изопроterenолом
2. Проба с калия хлоридом
3. Проба с физической нагрузкой
4. Суточный мониторинг ЭКГ
5. Электрофизиологическое исследование

15. У СТАРИКОВ ПРИ ИБС ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ:

1. болевой синдром при стенокардии;
2. безболевая форма ишемии миокарда;
3. отсутствие одышки;
4. быстрый эффект от нитратов

16. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ:

1. оксацилина, рокситромицина, азитромицина;
2. метазида, рифампицина;
3. линкомицина, левомицетина;
4. имипенема и меропенема;
5. пенициллина, эритромицина.

17. У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВАРИАНТ ЛЕГОЧНЫХ ДИССЕМИНАЦИЙ:

1. миллиарный туберкулез;
2. синдромом Хаммена-Рича;
3. саркоидоз Бека;
4. орнитоз.

18. БОЧКООБРАЗНАЯ ФОРМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ НОГТЕЙ ПАЛЬЦЕВ РУК («ЧАСОВЫЕ СТЁКЛА»), ОДЫШКА - ЧАСТЫЕ ПРИЗНАКИ:

1. пневмоторакса;
2. острого респираторного заболевания;
3. пневмонии;

4. старческой эмфиземы лёгких.

19. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК, ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОЙ ЭМФИЗЕМОЙ ЛЁГКИХ:

1. снижение дыхательных объёмов лёгких при сохранении объёмных скоростей;
2. приступообразное ухудшение параметров кривой «поток-объём»;
3. снижение объёмной скорости выдоха при относительной сохранности пиковой

скорости выдоха;

20. НЕ ВПОЛНЕ ЯСНА. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ОТНОСИТЕЛЬНО УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ. В ПОЛИКЛИНИКЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЬНОМУ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:

1. рентгеноскопию органов грудной клетки;
2. электрокардиографию;
3. плевральную пункцию;
4. общие анализы крови и мочи;
5. биохимическое исследование крови

21. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХР. ПИЕЛОНЕФРИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

1. выявление бактериурии
2. выявление антител к базальной мембране клубочков
3. наличие гематурии
4. наличие протеинурии

22. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ, СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ, ЧТО ОСЛОЖНЕНИЕМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОСТАТЫ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. пиелонефрит;
2. рак предстательной железы;
3. цистит;
4. рак мочевого пузыря.

23. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ:

1. антиагреганты;
2. низкие дозы цитостатиков;
3. антикоагулянты;
4. высокие дозы цитостатиков.

24. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ МЕЖДУ УРОВНЕМ СКФ И СТАДИЕЙ ХБП:

1. I стадия А. 14 мл/мин
2. II стадия Б. 75 мл/мин
3. III стадия В. 28 мл/мин
4. IV стадия Г. 44 мл/мин
5. V стадия Д. 102 мл/мин

25. БОЛЬНАЯ, ЖЕНЩИНА 60 ЛЕТ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ИМЕЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ (ДО 18-20 Г/СУТ), ПОВЫШЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ БЕЛКА В ПЛАЗМЕ КРОВИ (95 Г/Л). СФОРМУЛИРУЙТЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. миеломная болезнь
2. амилоидоз
3. хронический гломерулонефрит
4. хронический пиелонефрит

26. У ПОЖИЛОГО БОЛЬНОГО, СТРАДАЮЩЕГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ 5 ЛЕТ И ПРИНИМАЮЩЕГО ДИКЛОФЕНАК В ДОЗЕ 100 МГ В СУТКИ, МЕТОТРЕКСАТ В ДОЗЕ 7,5 МГ/НЕД. НЬ 92 Г/Л, ЭРИТРОЦИТОВ $3 \times 10^{12}/Л$, СОЭ 48 ММ/Ч, СНИЖЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА И ТРАНСФЕРРИНА. РЕАКЦИЯ ГРЕГЕРСЕНА ОТРИЦАТЕЛЬНАЯ. ПРИЧИНА АНЕМИИ:

1. скрытое желудочно-кишечное кровотечение на фоне НПВС - ассоциированной гастропатии;

2. фолиеводефицитная анемия на фоне метотрексата;
3. гипохромная анемия, обусловленная ревматоидным воспалением;
4. апластическая анемия.

27. ПОЖИЛОМУ БОЛЬНОМУ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С БОЛЯМИ В КОЛЕННЫХ СУСТАВАХ, С СИМПТОМОМ БАЛЛОТИРОВАНИЯ НАДКОЛЕННИКА, ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ КОЖИ НАД СУСТАВАМИ ПОКАЗАНО ВНУТРИСУСТАВНОЕ ВВЕДЕНИЕ:

1. гидрокортизон;
2. триамцинолон;
3. артепарон;
4. новокаин.

28. У БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ УТРЕННЯЯ СКОВАННОСТЬ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ И КИСТЕЙ МЕНЕЕ 30 МИНУТ, БОЛЕЗНЕННОСТЬ И КРЕПИТАЦИЯ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ, СОЭ МЕНЕЕ 20 ММ/Ч., РЕВМАТОИДНЫЙ ФАКТОР ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ, УМЕРЕННОЕ СУЖЕНИЕ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОСТЕОФИТЫ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ. ВАШ ДИАГНОЗ:

1. реактивный артрит;
2. подагра;
3. остеоартроз;
4. ревматоидный артрит.

29. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

1. Ревматоидный артрит
2. Подагра
3. Реактивный артрит
- А) симметричный характер
- 2) поражение 1 плюснефалангового сустава
- 3) утренняя скованность более 30 минут
- 4) в сочетании с уретритом, конъюнктивитом

30. СТАРЕНИЕ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ В:

1. склонности к переломам;
2. миозитах;
3. острых артритах;
4. подагре.

Эталон ответа

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	2	1	1	2,4	1,3	1	4	1	1,2
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	2,3	2	1,4,5	2	2	1	4	3	1
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	1,3	4	1 – Д, 2 – Б, 3 – Г, 4 – В, 5 – А	1	3	2	3	1 – А,В; 2 – Б; 3 – Г	1

Критерии оценивания образовательных достижений для тестовых заданий

Оценка	Коэффициент К (%)	Критерии оценки
Отлично	Свыше 80% правильных ответов	глубокое познание в освоенном материале
Хорошо	Свыше 70% правильных ответов	материал освоен полностью, без существенных ошибок
Удовлетворительно	Свыше 50% правильных	материал освоен не полностью,

	ответов	имеются значительные пробелы в знаниях
Неудовлетворительно	Менее 50% правильных ответов	материал не освоен, знания обучающегося ниже базового уровня

Типовые практические задания, направленные на формирование профессиональных навыков, владений

Результаты обучения
Владеет алгоритмом развернутого клинического диагноза у пациента пожилого и старческого возраста; Владеет навыками интерпретации данных, полученных при инструментальном обследовании пациента;

Типовые практические задания для подготовки к зачету с оценкой

ЗАДАЧА № 1.

Пациент А.Т. 69 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ).
2. Назначьте персонализированное лечение пациенту. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному больному.

Эталон ответа:

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. 68 Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА-блокаторы рецепторов альдостерона, АК-антагонисты кальция, диуретики). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, или Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75мг/сут). Противопоказаны комбинации β- адреноблокаторов (БАБ) +антагонисты кальция

(недигидропиридинового ряда) – биспролол+верапамил – усиление кардидепрессивного эффекта

ЗАДАЧА № 2.

Больному 75 года поставлен диагноз рак нижней трети пищевода IV стадии, ввиду наличия множественных метастазов в лимфоузлы, печень. Больной резко истощен и обезвожен. В момент поступления дисфагия 4 степени. Выраженный болевой синдром.

Какая помощь может быть оказана больному?

Эталон ответа:

Пациенту может быть проведено только паллиативное лечение, радикальная операция невозможна. Чтобы избавить больного от голодной смерти, ему можно наложить гастростому, или рассмотреть вариант с установкой стента в пищевод. Для снятия боли необходимо оценить степень болевого синдрома и назначить анальгетики. Для нормализации водно-солевого обмена пациенту необходимо назначить инфузии с электролитами.

ЗАДАЧА № 3.

Поступила женщина 60 лет (менопауза более 10 лет), с распадающейся изъязвленной раковой опухолью левой молочной железы диаметром 11 см., язва имеет зловонный запах. Подмышечные лимфатические узлы значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы. Общее состояние Больной удовлетворительное. Выставлен диагноз: Рак левой молочной железы ст IV T4N3M1 гр IV.

Какова Ваша тактика лечения больной?

Эталон ответа:

Несмотря на 4 стадию больная подлежит паллиативной операции – ампутации молочной железы, так как наличие зловонной язвы делает невозможной жизнь больной в обществе. В большинстве подобных случаев послеоперационная рана заживает первичным натяжением. После получения гистологии, ИГХ решить вопрос о целесообразности химиотерапии, гормонотерапии.

ЗАДАЧА № 4.

Пациент 62 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (CAT) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением. Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлиненным выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над лёгочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки. Общий анализ крови: эритроциты – 4,8·10⁹ /л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – 6,1·10⁹ /л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его.

2. Назначение лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи.

Эталон ответа:

1.ХОБЛ, бронхитический тип, крайне тяжёлая бронхиальная обструкция (GOLD 4), с выраженными симптомами (CAT – 28), высокий риск обострений, (группа D). Хроническое

лёгочное сердце. ДН 3 ст. ХСН IIБ, ФК III (NYHA). Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании жалоб на кашель с выделением мокроты и одышку, наличия в анамнезе фактора риска (курение), наличия признаков бронхиальной обструкции (сухие свистящие хрипы, снижение ОФВ1/ФЖЕЛ <0.7 и снижение ОФВ1), рентгенологических данных. Степень тяжести бронхиальной обструкции установлена на основании данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений), риск обострений установлен данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений) и анамнеза предшествующих обострений (1 госпитализация по поводу обострения в прошлом году). Совокупность этих признаков соответствует клинической группе D (выраженные симптомы, высокий риск). Бронхитический тип установлен на основании жалоб и данных рентгенографии органов грудной клетки, характерных для хронического бронхита. Диагноз «лёгочное сердце» поставлен на основании данных ЭКГ и клинических признаков правожелудочковой недостаточности (увеличение печени, отеки нижних конечностей, набухание шейных вен), стадия сердечной недостаточности – на основании симптомов (отёки на ногах, увеличение печени, набухание шейных вен), ЭКГ. Степень дыхательной недостаточности определена на основании выраженности одышки (при незначительной физической нагрузке) и данных пульсоксиметрии.

2. Поскольку пациент относится к группе D, ему предпочтительно показан один из вариантов лечения: 1) комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и длительно - действующими бета-агонистами (например, Флутиказон 500 мкг + Сальметерол 50 мкг или Будесонид 320 мкг + Формотерол 9 мкг – по 2 ингаляции в сутки); 2) длительно-действующие антихолинергические препараты (например, Тиотропия бромид 18 мкг 1 ингаляция в сутки), либо 3) их комбинация. Альтернативной терапией является комбинация ингаляционного глюкокортикоида + длительно-действующего бета-агониста с ингибитором фосфодиэстеразы 4) (Рофлумиласт таблетки 0,5 мг 1 раз в день), либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с ингибитором фосфодиэстеразы-4, либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с длительно-действующим бетаагонистом. Возможно назначение короткодействующих бронхолитиков бета-агонистов (например, Формотерол) или антихолинергических средств (например, Ипратропия бромид) по требованию. Для лечения ХСН следует назначить ингибитор АПФ (например, Лизиноприл 5 мг/сут) или блокатор рецепторов ангиотензина (например, Кандесартан 8 мг/сут), бета-блокатор (один из возможных препаратов – Метопролола сукцинат, Бисопролол, Карведилол или Небиволол в очень низких дозах, например, Бисопролол 1,25 мг/сут) и диуретики (Торасемид 2,5-5 мг/сут).

ЗАДАЧА № 5.

Больная Р. 65 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического

исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его.

2. Какое лабораторное обследование необходимо пациенту с учетом стандартов медицинской помощи.

3. Какие инструментальные исследования необходимы пациенту с учетом стандартов медицинской помощи.

4. Назначение лекарственных препаратов с учетом стандартов медицинской помощи.

Эталон ответа:

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией - положительный быстрый уреазный тест. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.

2. -Общий анализ крови, -общий анализ мочи, -биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, амилаза, сахар), -анализ кала

3 -рН-метрия желудка, -УЗИ органов брюшной полости.

4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рекно применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Омепрозол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд (ганатон) 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

ЗАДАЧА № 6.

Женщина 65 лет обратилась к врачу с жалобами на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приёма жирной, жареной пищи, физической нагрузки; боль иррадирует в правое плечо, правую лопатку, правую половину шеи; отмечает горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул, снижение аппетита. Из анамнеза. Считает себя больной в течение четырех лет, когда впервые появились общая слабость, боль ноющего характера в области правого подреберья, усиливающаяся после погрешностей в диете, физической нагрузки, горечь во рту, отрыжка воздухом, неустойчивый стул (с 82 тенденцией к запорам). За медицинской помощью не обращалась. При появлении болевого синдрома принимала аллохол, панкреатин, анальгин; отмечала временное улучшение самочувствия. Настоящее обострение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи появились боли в области правого подреберья, горечь во рту, отрыжка воздухом. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдала желчнокаменной болезнью. При осмотре: состояние удовлетворительное, рост 170 см, вес – 72 кг; ИМТ 24,9 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 72 в 1 мин; АД – 130/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9×8×7 см; пальпация печени затруднена из-за болезненности, преимущественно в точке желчного пузыря. Определяется болезненность в точке Маккензи, положительные

симптомы Кера, Мерфи, Ортнера, Лепене, Мюсси-Георгиевского справа. Селезёнка не пальпируется. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: Общий анализ крови: эритроциты – $4,6 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $11,2 \times 10^9 /л$; нейтрофилы сегментоядерные – 75%; нейтрофилы палочкоядерные – 2%; лимфоциты – 19%; моноциты – 3%; эозинофилы – 1%; базофилы – 0%; Hb – 141г/л; тромбоциты – $215 \times 10^9 /л$; СОЭ – 19 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямой билирубин – 16,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 28 ед/л; АСТ – 23 ед/л; ГГТП – 25 ед/л; ЩФ – 102 ед/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 72 г/л; амилаза – 42 ед/л; ХС – 5,2 ммоль/л. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь увеличен (до 3,5 см в поперечнике), деформирован, с перегибом в шейке; выявлено диффузное утолщение его стенок до 5 мм, их уплотнение. В просвете желчного пузыря визуализируется взвесь («застойная желчь»). Ductus choledochus 7 мм. Поджелудочная железа нормальных размеров и формы, эхогенность не повышена. Панкреатический проток не расширен. Дуоденальное зондирование (микроскопическое исследование желчи): в порции «В» выявлено скопление слизи, лейкоцитов, клеточного эпителия, кристаллы холестерина, билирубинат кальция. Общий анализ мочи: в пределах нормы. ЭКГ - без патологических изменений; эзофагогастродуоденоскопия – без патологических изменений; иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный. Кал на яйца глист (трижды) – отрицательный.

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его.

2. Какие инструментальные исследования необходимы пациенту с учетом стандартов медицинской помощи.

3. Назначение лекарственных препаратов и лечебного питания с учетом стандартов медицинской помощи.

4. Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с клиническими рекомендациями.

Эталон ответа:

1. Хронический бескаменный холецистит бактериальной этиологии, фаза обострения» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, тупую, ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после приема жирной, жареной пищи, иррадиирующую в правое плечо, правую лопатку; горечь во рту, отрыжку воздухом, тошноту, неустойчивый стул; (типичны для хронического холецистита). Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные анамнеза, объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации в области правого подреберья, болезненность в точке Макензи, положительные симптомы Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского справа). В общем анализе крови выявлены воспалительные изменения: лейкоцитоз (до $11,2 \times 10^9/л$); повышение СОЭ - до 19 мм/ч. При УЗИ органов брюшной полости визуализируется увеличенный до 3,5 см, деформированный желчный пузырь с перегибом в шейке, что свидетельствует о хроническом процессе. Выявлено утолщение (до 5 мм) и уплотнение стенок желчного пузыря, наличие «застойной» желчи, что характерно для хронического холецистита. Подтверждают диагноз «хронический холецистит» данные дуоденального зондирования (при микроскопии желчи определяются скопления слизи, лейкоцитов и клеточного эпителия). Исключена паразитарная этиология хронического холецистита: (иммуноферментный анализ на выявление гельминтов: описторхоз, лямблиоз, аскаридоз, токсакароз – отрицательный); а также отрицательный результат анализа кала на яйца глист (трижды).

2. В план обследования необходимо включить ультразвуковую холецистографию для уточнения функциональной способности желчного пузыря; бактериологическое исследование желчи для определения возбудителя хронического холецистита.

3. Рекомендовано соблюдение диеты (стол №5 по Певзнеру). Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао, орехи. Показан частый дробный прием пищи (до 5-6 раз в день). Важным является снижение в пищевом рационе доли животных жиров и увеличение растительных. Для предупреждения застоя желчи и улучшения пассажа химуса по кишечнику блюда обогащаются пищевыми волокнами в виде пшеничных отрубей. Пациентке показано назначение антибактериальных препаратов: фторхинолоны: Ципрофлоксацин по 500 мг два раза в сутки после еды в течение 7 дней. Коррекция антибактериальной терапии проводится после получения посева желчи на микрофлору и определения ее чувствительности к антибиотику. Для купирования болевого синдрома показано назначение селективного миотропного спазмолитика Мебеверина гидрохлорида (Дюспаталин) в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель. С целью устранения диспепсических явлений рекомендовано назначение Домперидона (Мотилиум) в дозе 10 мг за 30 мин до еды 3 раза в сутки в течение 14 дней. Показано назначение холекинетиков, которые усиливают мышечное сокращение желчного пузыря и поступление желчи в 12-перстную кишку (Сорбит, Ксилит, Сульфат магния, Карловарская соль, Холецистокинин, Холосас);- Холосас по 1 чайной ложке (5 мл) за 15 минут до еды 3 раза в сутки в течение 1 месяца.

4. В фазе ремиссии показана лечебная гимнастика, а также санаторно-курортное лечение, которое проводят в Ессентуках, Железноводске, Пятигорске, Трускавце, Белокурихе, Моршине, Джермуке и др.

ЗАДАЧА № 7.

Больная С. 67 лет на приеме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание. В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

1. Установите предварительный диагноз и составьте плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

2. В какое отделение показана госпитализация пациента с учетом стандартов оказания медицинской помощи?

3. Разработайте план лечения заболевания с учетом стандартов медицинской помощи

Эталон ответа:

1. Хронический панкреатит, билиарозависимый, болевая форма, средней тяжести, часто рецидивирующее течение, обострение. Хронический реактивный персистирующий гепатит. Состояние после холецистэктомии (7 лет назад). Вторичный (панкреатогенный) сахарный диабет. -Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, трансаминазы,

амилаза, липаза, трипсин, антитрипсин, билирубин общий, прямой; -анализ мочи на диастазу; -исследование дуоденального содержимого; -анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея; -обзорная рентгенография брюшной полости; -Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ); -УЗИ поджелудочной железы и гепатобилиарной системы; -гликемический и глюкозурический профиль.

2. Госпитализация в гастроэнтерологическое отделение

3. голодная диета, диета №16 панкреатическая, жидкая и полужидкая пища, 6-разовое питание на протяжении 3-6 дней; H₂-блокаторы (Ранитидин, Фамотидин) или ингибиторы протонной помпы (Омепразол); холинолитики (Платифиллин); спазмолитики (Дротаверин); обезболивающие; полиферментные препараты; лечение сахарного диабета (препараты Сульфаниламочевины).

ЗАДАЧА № 8.

Больной 63 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД –150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9 /л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

1. Установите предварительный диагноз и составьте плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

2. На консультацию к какому врачу-специалисту необходимо направить пациента с учетом стандартов медицинской помощи

3. Персонализированное лечение

Эталон ответа:

1. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение креатинина, мочевины, электролитов, тромбоцитов, коагулограмма, время свёртываемости крови, расчёт СКФ, определение суточной протеинурии, пункционная биопсия почек.

2. Консультация окулиста - исследование глазного дна

3. Пациенту показана диета № 7. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут); цитостатики (Циклофосфан 100-200 мг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут); антиагреганты (Курантил 300-400 мг/сут). Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра

ЗАДАЧА № 9.

Больной М. 68 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза. При осмотре: нормального

телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет. Общий анализ крови: эритроциты – 3,2×10¹²/л, гемоглобин – 105 г/л, лейкоциты – 5,2×10⁹ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, эозинофилы – 3%, моноциты – 5%, лимфоциты – 23%, СОЭ – 12 мм/ч. Биохимические исследования крови: общий холестерин – 7 ммоль/л, креатинин крови – 170 мкмоль/л, мочевины крови – 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес – 1009, белок – 1,1%, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты выщелочные – 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры – 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-EPI) – 55 мл/мин.

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его
2. Какое лабораторное обследование необходимо пациенту с учетом стандартов медицинской помощи.
3. Какие инструментальные исследования необходимы пациенту с учетом стандартов медицинской помощи.
4. На консультацию к какому врачу-специалисту необходимо направить пациента с учетом стандартов медицинской помощи
5. Лечебная тактика, выбор препаратов

Эталон ответа:

1. Хронический «гломерулонефрит» предположен на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита), характерного мочевого синдрома у больного (протеинурия, эритроцитурия), отёчного и гипертонического синдрома. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтверждённых на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев; наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трёх и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек.

2. У больного выявлена сниженная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до 30–60 мл/мин впервые, поэтому следует оценить стабильность нарушения функции почек на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев;. Повторное обследование проводится через 2–4 недели и далее через 3–6 месяцев: СКФ и креатинин крови, липидный профиль, глюкоза, общий анализ крови (гемоглобин), калий, натрий, кальций, фосфор, мочевая кислота, общий анализ мочи, суточная альбуминурия 86 (протеинурия), при стабильном течении (снижение СКФ менее 2 мл/мин за 6 мес.) – ежегодно. В связи с этим для того, чтобы подтвердить диагноз «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца (в условии задачи нет данных о наличии снижения СКФ и альбуминурии в течение 3 и более месяцев).

3. Целесообразно сделать УЗИ почек.
4. консультация окулиста - осмотр глазного дна
5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым стандартом» при лечении пациентов с ХБП стадий С1-3. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы

ингибиторов АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан

ЗАДАЧА № 10.

Мужчина 64 лет, жалуется на изжогу, тошноту, периодически рвоту, отсутствие аппетита, кожный зуд, слабость, головокружение, похудание, ночное мочеиспускание до 4-5 раз. Вышеперечисленные симптомы беспокоят около 2 месяцев. Считает себя больным более 6 лет, когда после перенесенной ангины в анализе мочи выявлены изменения (белок, эритроциты). Амбулаторно диагностирован хронический пиелонефрит. На момент постановки диагноза пациента беспокоили периодические отёки век по утрам, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., после чего не обследовался и не лечился. Заболевания ЖКТ отрицает. Биопсия почки не проводилась. Наследственность не отягощена. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Рост – 176 см. Вес - 64 кг. Кожные покровы бледные, сухие, со следами расчёсов. Пастозность голеней. ЧД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 160/100 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая – 1,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 106 в минуту, акцент II тона над аортой; в области верхушки сердца и во II межреберье справа - мягкий систолический шум. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Край печени не пальпируется. Селезёнка не увеличена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В анализах. Общий анализ крови: эритроциты - $2,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, цветовой показатель – 0,8, гематокрит - 20%, лейкоциты – $7,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 60%, лимфоциты – 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 15 мм/ч. Биохимическое исследование крови: глюкоза - 4,2 ммоль/л, мочевины - 28,2 ммоль/л, креатинин - 0,59 ммоль/л, общий белок - 64 г/л, K^{+} - 6,2 ммоль/л, Na^{+} - 138 ммоль/л, P - 1,9 ммоль/л, Ca - 2,0 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1008, белок - 0,4 г/л, лейкоциты и эритроциты - единичные в поле зрения. В суточной моче: диурез - 2400 мл/сут., белок – 1,3 г/л. Проба Зимницкого: дневной диурез - 1060 мл, ночной - 1400 мл, колебания относительной плотности мочи - от 1006 до 1008. УЗИ почек: правая почка 80×36 мм, паренхима - 10 мм, левая почка - 84×44 мм, паренхима - 9 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены. Мочевой пузырь без особенностей.

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его

2. Какое лабораторное обследование необходимо пациенту с учетом стандартов медицинской помощи.

3. Какие инструментальные исследования необходимы пациенту с учетом стандартов медицинской помощи.

4. На консультацию к какому врачу-специалисту необходимо направить пациента с учетом стандартов медицинской помощи

5. Персонализированное лечение

Эталон ответа:

1. Основной: хронический гломерулонефрит, гипертоническая форма, активная фаза. Артериальная гипертония 2 степени, очень высокий риск. Осложнения: ХБП – С5 стадия. Анемия (нефрогенная), средней степени тяжести. Хронический гломерулонефрит – протеинурия, эритроцитурия в анамнезе, гипостенурия, нефросклероз почек. Гипертоническая форма – в клинической картине ведущий синдром артериальной гипертонии (повышение АД, акцент II тона над аортой). ХПН: гиперкалиемия, диспепсический синдром, кожный зуд, уровень креатинина - 0,59 ммоль/л. ХБП – 5 стадия, по СКФ = 13,79 мл/мин. Анемия средней степени тяжести гемоглобин – 85 г/л.

2. железистый комплекс для уточнения генеза анемии; группа крови и Rh + фактор для гемотрансфузии эритроцитарной массы при наличии показаний

3. Пациенту рекомендовано: УЗДГ сосудов почек для исключения вазоренальной гипертензии; ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; ФГДС для исключения эрозивного поражения слизистой и кровотечения на фоне ХПН; биопсия почек для подтверждения диагноза.

4. консультация окулиста и осмотр глазного дна для исключения офтальмопатии;

5. Ограничение соли, белков животного происхождения (0,6 г/кг/сут.). Кетостерил 12 таб/сутки: (1 таб. на 5 кг веса в сутки) с целью коррекции гипоальбуминемии. Нефропротекция – ингибиторы АПФ (лизиноприл) либо БРА (при непереносимости и АПФ; Лозартан). Гипотензивные препараты (блокаторы кальциевых каналов, β -блокаторы), возможно диуретики. Эритропоэтин п/к до 6000 МЕ в неделю (до достижения нормальных значений Hb и Ht) с целью коррекции анемии. При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь. Прокинетики, антациды, ИПП с целью купирования диспептического синдрома. Симптоматическая терапия.

ЗАДАЧА № 11.

Мужчина 65 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание. Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом. Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец – страдает подагрой, подагрическим полиартритом. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 105 кг. ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС – 82 уд. в мин., АД – 130/84 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов. В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 5,1*10¹²/л, лейкоциты – 11,8*10⁹/л, тромбоциты – 280*10⁹/л, СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевая кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕРП) – 92 мл/мин 1,73 м². Альбуминурия – 10 мг/сутки.

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его

2. Назначение лекарственных препаратов и лечебного питания с учетом стандартов медицинской помощи.

3. Персонализированное лечение

Эталон ответа:

1. Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилтрицидемия).

Лечение острого приступа подагрического артрита.

- НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов.

- Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита.

- Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками. Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л) так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты. Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьезные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотносить потенциальную пользу и вред. - При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1.

Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками. Крайне осторожно следует подходить к употреблению любых алкогольных напитков, включая пиво и красное вино. Исключают из пищевого рациона: печенку, почки, жирные сорта мяса, мясные бульоны, копчености, горох, бобы, чечевицу, шпинат, цветную капусту, шпроты, сельдь. Следует ограничить потребление мяса до 2-3 раз в неделю, при этом лучше употреблять его в отварном виде. 90

1. Режим строгий постельный на 2-4 недели до ликвидации отеков и снижения АД. Ограничение жидкости и поваренной соли, ограничение белка Колхицин 0,0005 г по 2 таблетки каждые 2 часа, затем на 2 и 3 дни 2 таблетки; 4 день - 1 таблетка вечером; следующие дни - 1 таблетка вечером с ужином до купирования атаки.

2. НПВП (ингибиторы ЦОГ-2 (Нимесулид 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды),

3. после купирования острой подагрической атаки - Аллопуринол 300 мг 1 таблетка 1 раз в сутки принимать до нормализации уровня мочевой кислоты сыворотки крови. 4.

4. Этиотропное лечение: антибактериальная терапия - при доказанной связи ОГН со стрептококковой инфекцией и (или) наличия явных очагов хронической инфекции: (цефалоспорины, при аллергии - фторхинолоны).

Устранение отеков: мочегонные – Фуросемид, Диурвер. Гипотензивные препараты (при неэффективности постельного режима, ограничения воды и соли): Гипотиазид 25 мг в сутки, Лозартан 25 мг 2 раза в сутки, Дилтиазем 40 мг 2 раза в сутки. Противовоспалительная и иммуносупрессивная терапия: глюкокортикоиды (Преднизолон) 40 мг в сутки; при неэффективности иммунодепрессанты (Циклофосфамид 150 мг в сутки). Улучшение микроциркуляции и профилактика тромбообразования: Гепарин, Курантил

ЗАДАЧА № 12.

Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки. При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отеков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст.

Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч. Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты. Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеоэксclerosis.

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его

2. Определите показания для направления пациента на консультацию к врачам специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

3. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи

4. Персонализированное лечение

5. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи

Эталон ответа:

1 Основной: остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, ФК I.

Сопутствующий: ожирение I степени.

консультация врача-ревматолога.

ЛФК, массаж, физиотерапия (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук). Местная терапия (НПВП, Димексид).

2. Лечение сопутствующих заболеваний (коррекция массы тела).

3. Санаторно-курортное лечение. Запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах, ношение тяжестей; не рекомендуются частые подъёмы и спуски по лестнице.

4. Базисная терапия (хондропротекторы) – Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат (Дона, Структум, Артра, Алфлутоп). НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

-ГК внутрисуставно при наличии синовита.

-Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно.

-Антиагреганты и антагонисты Са для улучшения микроциркуляции в субхондральных отделах костей и в синовии.

ЗАДАЧА № 13.

На приёме у врача-терапевта участкового пациент М. 68 лет. Сахарный диабет 2 типа выявлен случайно при диспансеризации неделю тому назад. Медикаментозную терапию не получает. Из анамнеза: инфаркт миокарда, инсульт не переносил. Обратился к врачу-терапевту участковому для назначения лечения. Объективно: рост - 170 см, вес - 106 кг. Индекс массы тела (ИМТ) - 37,5 кг/м². Объём талии – 120 см. Кожа умеренной влажности, отложение подкожной клетчатки преимущественно в области живота. Дыхание везикулярное. Пульс - 76 ударов в минуту. Тоны сердца ритмичны, приглушены, АД - 160/90 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет. Представил результаты самоконтроля по глюкометру: глюкоза натощак – 7,8 ммоль/л, глюкоза через 2 часа после еды – 10 ммоль/л. HbA1c - 7,5%. Биохимический анализ крови: общий белок – 75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий

билирубин – 13,1 ммоль/л, креатинин – 80 мкмоль/л, АЛТ – 65, АСТ – 53. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) -91 мл/мин.

1. Сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней (МКБ) и обоснуйте его

2. Определите объем лабораторного обследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

3. Назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. Консультация врачей-специалистов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. Оценка эффективности терапии

7. Персонализированное лечение

Эталон ответа:

1. Сахарный диабет 2 типа. Индивидуальный целевой уровень гликозилированного гемоглобина менее 6,5%.

Ожирение 2 степени, абдоминальная форма.

Артериальная гипертония II стадии, 2 степени, риск ССО 4. ОАК, ОАМ, определение микроальбуминурии при отсутствии белка в ОАМ, липидограмму, ЭКГ, рентгенографию легких, осмотр стоп с определением тактильной, температурной, вибрационной чувствительности и определением рефлексов осмотр врача-офтальмолога, осмотр невролога при выявлении клинических проявлений нейропатии. изменение образа жизни (изменение питания, увеличение физической активности);

Немедикаментозная терапия направлена на снижение массы тела:

1) В рационе питания необходимо постепенно уменьшить калорийность суточного рациона до 1700-1800 ккал в сутки, исключив при этом легкоусваиваемые углеводы, максимально ограничить жиросодержащие продукты (особенно животный жир), уменьшить примерно наполовину объем сложных углеводов. Без ограничений могут употребляться в пищу богатые водой и клетчаткой овощи. Оптимальной физической нагрузкой для пациента будет являться ходьба 30-60 минут ежедневно, но не менее 3-х раз в неделю. 3) Целесообразно обучение пациента в школе сахарного диабета. Для оценки эффективности гипогликемизирующей терапии при динамическом наблюдении пациента должен определяться уровень гликозилированного гемоглобина 1 раз в 3-4 месяца. Кроме того, пациент должен проводить самоконтроль глюкозы крови не менее 1 раза в сутки в разное время (до еды или через 2 часа после еды) и один гликемический профиль в неделю

2) Медикаментозная терапия:

3) 1) Гипогликемизирующая: метформин 500 мг 2 раза в сутки с постепенным увеличением дозировки до 850-1000 мг 2 раза в сутки под контролем гликемии.

4) 2) Гипотензивная: в основе терапии должны использоваться ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов, целевые параметры АД 120- 140/70-85 мм рт.ст.

5) 3) Гиполипидемическая: целевые параметры липидного обмена у пациента – общий холестерин менее 4,5 ммоль/л, ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, триглицериды – менее 1,7 ммоль/л. При превышении этих показателей должны быть назначены статины.

ЗАДАЧА № 14.

Пациент Ф., 69 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, неустойчивость походки, потерю в весе 12 кг, отсутствие аппетита, которые постепенно нарастают в течение

четырёх лет и появление которых он связывает с психоэмоциональным стрессом по поводу смерти жены пять лет назад. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит в течение 40 лет. Пациент пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, следы от зубов отсутствуют, умеренная сглаженность сосочков языка. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 72 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, ее край гладкий, ровный, безболезненный при пальпации. В анализах крови: гемоглобин - 10,4 г/л, эритроциты - 2,4 млн, ЦП - 1,2, ретикулоциты - 2 д, обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, СОЭ - 7 мм/ч, общий билирубин - 1,8 мг%, прямой билирубин - 0,2 мг%. В анализах мочи и кала без отклонений от нормы.

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому,

6.сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

7. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

8. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - анемический синдром

В12-дефицитная анемия тяжелого течения

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

содержание витамина В12и фолиевой кислоты стерильная пункция для определения типа кроветворения.

тест Шиллинга.

антитела к париетальным клеткам желудка

ЭФГДС

анемический синдром является показанием для определения содержания витамина В12и фолиевой кислоты

стерильная пункция для определения типа кроветворения.

тест Шиллинга.

антитела к париетальным клеткам желудка

Анемия тяжелой степени является показанием для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в гематологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому

- Синдром нарушения ритма 1 этап:

1. Метапластические анемии – острые и хронические гемобластозы
2. Апластическая/ гипопластическая анемия
3. Гемолитические анемии
4. В12дефицитная анемия
5. Железодефицитная анемия

В пользу диагноза В12-дефицитной анемии свидетельствуют гиперхромный (ЦП), макроцитарный (средний объем эритроцита) ее характер в сочетании с умеренно выраженной тенденцией к лейкопении и тромбоцитопении, а также повышение непрямого билирубина в крови, которые являются проявлением гемолиза

2 этап:

- снижение продукции или отсутствие «внутреннего фактора Кастла» вследствие наличия аутоантител к нему или к париетальным клеткам желудка, другие атрофические гастриты, резекция желудка;
- заболевания тонкой кишки (хронические энтериты с синдромом нарушенного всасывания, опухоли, в том числе лимфомы);
- конкурентное поглощение (дивертикулез с изменением флоры, дифиллоботриоз, синдром «слепой петли» при анастомозе тонкой кишки);
- заболевания поджелудочной железы, способствующие повышению кислотности кишечного содержимого (опухоль с образованием гастрина, синдром Золлингера-Эллисона),
- длительный прием некоторых лекарственных препаратов (ингибиторы протонной помпы, метформин и др.)
- Алиментарный дефицит витамина В12 98 Клинический диагноз: D 51 «Хронический аутоиммунный гастрит (тип А). В12-дефицитная пернициозная анемия тяжелого течения. Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга». план лечения: назначение витамина В12внутримышечно по 1000 мкг 1 раз в неделю, в течение 8 недель. Дополнительным диагностическим критерием в пользу диагноза В12-дефицитной анемии должен быть ретикулоцитарный криз на 5-6-е сутки терапии. После нормализации показателей крови терапия должна проводиться пожизненно по 1000 мкг внутримышечно 1 раз в месяц В12внутримышечно по 1000 мкг 1 раз в неделю

ЗАДАЧА № 15.

Больная К. 60 лет госпитализирована в ЦРБ по месту жительства в связи с выраженной слабостью, одышкой, сердцебиением при малейшей физической нагрузке. Слабость ощущала несколько лет, последние 2 года стала отмечать боли в позвоночнике. В молодости была донором крови 8 раз, имеет 3 детей, было 4 аборта. Врачом-терапевтом участковым в связи с выявленной анемией (эритроциты - $3,12 \times 10^{12}/л$) назначен Сорбифер Дурулес по 2 таблетки в день в течение 1,5 месяцев. Эффекта не получено. Общий анализ крови: эритроциты - $1,42 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,0; ретикулоциты - 0,4%; тромбоциты - $98 \times 10^9 /л$; лейкоциты - $2,6 \times 10^9 /л$ (палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 30%, лимфоциты – 60%, моноциты – 7%), анизоцитоз ++++, пойкилоцитоз +++; СОЭ - 72 мм/ час. В биохимических анализах выявлено: общий белок крови - 140 г/л, альбумины - 30%, глобулины - 70%, выявлен М-градиент в зоне гамма-глобулинов

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в

соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому,

6. сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

7. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

8. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром панцитопении

Основной: множественная миелома

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- стерильная пункция Морфологическое подтверждение множественной миеломы в миелограмме: более 10% плазматических клеток с возможными чертами их атипичности. Необходимо выполнить рентгенографию костей черепа, ребер, таза, позвоночника (для уточнения стадии заболевания – I, II, III). В общих анализах мочи возможно обнаружение белка (нефротический мочевой осадок), в биохимических анализах крови необходимо исследовать креатинин и мочевины. Кальций. Для исключения гиперкальциемии. Это необходимо для уточнения степени поражения почек: А – без нарушения функции почек, Б – с нарушением функции почек. цитогенетическое исследование Синдром панцитопении является показанием для определения стерильная пункция общий анализ мочи 101 биохимический анализ крови: креатинин и мочевина.

Кальций цитогенетическое исследование показана госпитализация в специализированный гематологический стационар программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром панцитопении - метастазы рака в костный мозг острый лейкоз апластическая анемия множественная миелома B12 дефицитная анемия

Основной: множественная миелома II ст А – без нарушения функции почек

план лечения: I линия индукционной терапии. бортезомиб, Если ответ на I линию индукционной терапии недостаточный, т. е. после 4-6 бортезомибсодержащих курсов не достигнута по крайней мере частичная ремиссия (ЧР), целесообразен переход на II линию индукционной терапии – леналидомид-содержащие курсы VRD, RAD, RCD, RD/Rd. ст консолидации мелфаланом в высоких дозах Профилактика вирусных инфекций. Применение ацикловира в дозе 400 мг 2 раза в день или валацикловира в дозе 500 мг в день деносуаб 1. Бортезомиб

Критерии оценивания практических задач

Форма проведения текущего контроля	Критерии оценивания
Решения практической задачи	«5» (отлично) – выставляется за полное, безошибочное выполнение задания
	«4» (хорошо) – в целом задание выполнено, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.
	«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при выполнении задания.
	«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, задание не выполнено или выполнено не верно.

Шкала оценки для проведения зачета с оценкой

Оценка за	Критерии
-----------	----------

ответ	
Отлично	<ul style="list-style-type: none"> – полно раскрыто содержание материала; – материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; – продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; – точно используется терминология; – показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; – ответ прозвучал самостоятельно, без наводящих вопросов; – продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; – продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы; – допущены одна – две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые исправляются по замечанию.
Хорошо	<ul style="list-style-type: none"> – вопросы излагаются систематизировано и последовательно; – продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; – продемонстрировано усвоение основной литературы. – ответ удовлетворяет в основном требованиям на оценку «5», но при этом имеет один из недостатков: в изложении допущены небольшие пробелы, не искажившие содержание ответа; допущены один – два недочета при освещении основного содержания ответа, исправленные по замечанию преподавателя; допущены ошибка или более двух недочетов при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляются по замечанию преподавателя.
Удовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> – неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; – усвоены основные категории по рассматриваемому и дополнительным вопросам; – имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии, исправленные после нескольких наводящих вопросов; – при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации; – продемонстрировано усвоение основной литературы.
Неудовлетворительно	<ul style="list-style-type: none"> – не раскрыто основное содержание учебного материала; – обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; – допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов - не сформированы компетенции, умения и навыки, - отказ от ответа или отсутствие ответа

ЛИСТ ДОПОЛНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ
рабочей программы дисциплины

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)

Рабочая программа дисциплины рассмотрена на заседании кафедры (протокол от _____ №____) и одобрена на заседании Ученого совета (протокол от _____ №____) для исполнения в 20__-20__ учебном году

Внесены дополнения (изменения): _____

Заведующий кафедрой

(подпись, инициалы и фамилия)