

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ**  
ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия»  
Кафедра внутренних болезней с уходом за больными

## **Внутренние болезни**

*Учебное пособие для самостоятельной  
внеаудиторной работы студентов 3 курса  
стоматологических факультетов медицинских Вузов  
III-IV уровней аккредитации*

Весенний семестр 2009/2010 учебного года

**Полтава, 2010 г.**

**Тема 1-2. Острая и хроническая сердечная недостаточность (2 часа).**

**Прочитать с. 77-87. ответить на такие вопросы:**

1	дать определение сердечной недостаточности
2	привести классификацию сердечной недостаточности за М.Д.Стражеско и В.Х.Василенко
3	привести классификацию сердечной недостаточности по функциональным классам
4	привести основные симптомы сердечной недостаточности
5	Что такое левожелудочковая, правожелудочковая и тотальная сердечная недостаточность?
6	Что такое острая и хроническая сердечная недостаточность?
7	Что такое кардиогенный шок?
8	что такое сердечная астма и отек легких
9	какие проявления имеет сердечная недостаточность в ротовой полости
10	Оказать неотложную помощь острой сердечной недостаточности

**3 уровень. Написать историю болезни. Решить ситуационные задачи.**

Задача 1.

Из терапевтического отделения на прием к стоматологу для экстракции зуба привели больную с ревматическим пороком сердца (стеноз митрального отверстия). Стоматолог видел больную впервые. Договоренность об экстракции зуба была проведена врачом, который лечит больную, накануне по телефону.

Сидя в кресле, больная со страхом наблюдала за приготавливанием инструментов для экстракции и вдруг начала задыхаться. Лицо покрылось липким потом, появился акроцианоз, дыхание стало клокочущим,

на губах появилась розовая пена. Пульс 120 уд. за мин., ускоренный, аритмичный, слабого наполнения, АО 100/70 гг рт. ст. При аускультации легких на всем протяжении выслушивается большое количество мелко- и средне-пузырных влажных хрипов, крепитация, которая затрудняет аускультацию сердца.

1. Ваш предварительный диагноз:

2. Оказать неотложную помощь

2. Оказать неотложную помощь

### Тема 3. Ревматизм

Больного В., 31 года, беспокоит одышка при небольшой физической нагрузке, приступы удушья. Какие части чаще возникают в ночное время, боль сдавливающего характера в области сердца, иногда – кровохарканье утром. Болеет ревматизмом с 15 лет.

Объективно: выраженный цианоз губ, цианотичный румянец на щеках. Положительный венозный пульс. Пульс 92 уд. за 1 мин., аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АО 110/70 гг рт. ст. При пальпации сердца на верхушке – обнаруживается симптом “кошачьего муркотинья”, при аускультации сердца – ритм “перепелу”, диастолический шум на верхушке сердца, акцент II тона над легочной артерией.

1. Ваш предварительный диагноз:

2. Определит лечебную тактику

#### ЗАДАЧА 2

Больная Г., 17 лет, болеет около 6 месяцев, если впервые после перенесенного респираторного заболевания появились слабость, потливость, сердцебиение, боль в области сердца, одышка, ощущение сбоев в работе сердца.

Объективно: кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца: правая по правому краю грудины, левая – на 1 см от среднеключичной линии, верхняя – III межреберье. Тоны приглушены, на верхушке II тон ослабленный, систолический шум, тахикардия, единичные экстрасистолы. Пульс – с единичными выпадениями, 102 уд. за 1 мин. АО – 95/60 гг рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на границе реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз:

2. Определит лечебную тактику

#### ЗАДАЧА 3

В последнее время больной С., 32 лет, жаловался на слабость, одышку, боли в сердце, потливость. 3 недели не мог перенести трудный грипп.

Объективно: бледность кожи лица. Перкуторно границы сердца расширенные в обе стороны, тоны слабые, систолический шум над всеми точками, АО – 100/60 гг рт. ст. На ЭКГ диффузные изменения в сердечной мышце, нарушение проводимости.

1. Ваш предварительный диагноз:

2. Определит лечебную тактику

#### **ЗАДАЧА 4**

Больная К., 20 лет, жалуется на колющую боль в участке сердца, сердцебиение, одышку во время физической погрузки и ноющую боль в суставах (коленных, локтевых), повышение температуры тела вечером до 37,3<sup>оС</sup>. Болеет приблизительно месяц. В прошлом – частые ангины. Последнюю ангину перенесла на ногах приблизительно месяц назад, после чего появились выше перечисленные жалобы.

Объективно: состояние удовлетворительный, кожные покровы бледноватые, суставы не изменены. Миндалики сращены с передними душками, увеличенные, розрихлены, гиперемованы, в криптах – серозно-гнойное содержимое. Над легкими – ясный перкуторный звук, дыхание везикулярное. левая граница сердца – на срединно-ключичной линии, верхняя – по III ребру, права – по правому краю грудины. Тоны сердца приглушенные, на верхушке – нижний систолический шум, который занимает большую часть систолы. Пульс – 92 уд. за 1 мин., ритмический. АО – 110/80 мм рт. ст. Органы брюшной полости без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз:

2. Определит лечебную тактику

#### **ЗАДАЧА 5**

Больного В., 31 года, беспокоит одышка при небольшой физической погрузке, приступы удушья, какие чаще возникают в ночное время, боль сдавливающего характера в участке сердца, иногда – кровохарканье утром. Болеет ревматизмом с 15 лет.

Объективно: выраженный цианоз губ, цианотичный румянец на щеках. Положительный венный пульс. Пульс 92 уд. за 1 мин., аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АО 110/70 мм рт. ст. При пальпации сердца на верхушке – обнаруживается симптом “кошачьего муркотинья”, при аускультации сердца – ритм “перепелу”, диастолическое шум на верхушке сердца, акцент II тона над легочной артерией.

1. Ваш предварительный диагноз:

2. Определит лечебную тактику

#### **ЗАДАЧА 6**

Больная Г., 17 лет, болеет близко 6 месяцев, если впервые после перенесенного респираторного заболевания появились слабость, потливость, сердцебиение, боль в участке сердца, одышка, ощущение сбоев в работе сердца.

Объективно: кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца: права по правому краю грудины, левая – на 1 см от средне-ключичной линии, верхняя – III межреберье. Тоны приглушены, на верхушке I тон ослабленный, систолический шум, тахикардия, единичные экстрасистолы. Пульс – с единичными выпадениями, 102 уд. за 1 мин. АО – 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на границе реберной дуги. Физиологические отправления без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз:

2. Определит лечебную тактику

### **Тема 4. Инфекционный эндокардит. Аортальные пороки сердца.**

**Ответить на такие вопросы:**

**Решить тесты:**

1. Какие из перечисленных очагов хронических инфекций имеют наибольшее значение для развития затяжного септического эндокардита:

1. хронический тонзиллит;
2. хронический ринит;
3. хронический холецистит;
4. зубные гранулемы;
5. все выше указанные.

2. Какие из клапанов сердца чаще всего поражаются при затяжном септическом эндокардите:
  1. трехстворчатый; 2. митральный; 3. аортальный;
  4. легочного ствола; 5. клапаны сердца совсем не поражаются.
3. Лица какого пола и какой возрастной группы чаще всего болеют затяжным септическим эндокардитом:
  1. молодые женщины; 2. молодые мужчины; 3. люди преклонного возраста;
  4. дети; 5. все вышеупомянутые группы.
4. Какие из перечисленных данных вы считаете характерными для анамнеза больного затяжным септическим эндокардитом:
  1. заболевание развилось через 10 дней после перенесенной скарлатины;
  2. заболевание развилось после чрезмерной инсоляции;
  3. заболевание развилось у больного ревматизмом после митральной комиссуротомии;
  4. признаки поражения аортальных клапанов появились на фоне одонтогенного сепсиса;
  5. ни один из выше указанных.
5. Какие из перечисленных симптомов воспаления кожи и слизистых оболочек характерны для затяжного септического эндокардита:
  1. кольцевидная эритема;
  2. кровоизлияние на слизистой оболочке полости рта;
  3. петехии; 4. пятна Лукина-Либмана; 5. все выше указаны.
6. Что из перечисленных дополнительных исследовательских приемов вы не назначили бы больному затяжным септическим эндокардитом:
  1. ЭКГ; 2. эхокардиографию, рентгенографию грудной клетки;
  3. анализ крови клинический; 4. колоноскопию; 5. ФКГ.
7. При недостаточности аортальных клапанов выслушивается:
  1. систолический шум на верхушке сердца;
  2. систолический шум на аорте;
  3. акцент II тона на аорте;
  4. хлопающий I тон на верхушке;
  5. диастолический шум на аорте.
8. Какие из цифр АД вы считаете характерными для недостаточности аортальных клапанов:
  1. 120/80 мм рт. ст.; 2. 220/140 мм рт. ст.; 3. 140/90 мм рт. ст.;
  4. 160/40 мм рт. ст.
9. Источником инфекции и бактериемии при затяжном септическом эндокардите могут быть:
  1. операции в полости рта;
  2. инструментальные обследования мочеполовых органов;
  3. парацентез;
  4. длительное пребывание катетера в вене;
  5. все вышеупомянутые.
10. Какие из перечисленных синдромов характерны для затяжного септического эндокардита:
  1. тромбоемболический; 2. диспептический;
  3. бронхиальной обструкции; 4. все перечисленное;
  5. ничто из перечисленного.
11. СОЭ при бактериальном эндокардите будет:
  1. 5 мм/час; 2. 10 мм/час; 3. 15 мм/час; 4. 20 мм/час; 5. < 50 мм/час.
12. Назовите основную причину смерти от инфекционного эндокардита:
  1. сердечная недостаточность; 2. легочная недостаточность;
  3. пневмония; 4. почечная недостаточность;
  5. все выше указаны.
13. Проведите дифференциальный диагноз инфекционного эндокардита и ревматизма:
  - А. Инфекционный эндокардит.
    1. изолированное воспаление аортального клапана;
    2. митральный стеноз; 3. частое воспаление печени;
    4. спленомегалия; 5. геморрагический диатез;
    6. анулярная эритема; 7. положительный эффект от антибиотиков.
  - Б. Ревматизм.
    1. диастолическое шум над легочной артерией;
    2. ритм галопа; 3. хлопающий I тон;
    4. усиление IV тона; 5. диастолический шум на верхушке сердца.
14. При дилатационной кардиомиопатии аускультативно характерно:
  1. диастолическое шум над легочной артерией;
  2. ритм галопа; 3. хлопающий I тон;
  4. усиление IV тона; 5. диастолический шум на верхушке сердца.
15. Главным вспомогательным методом обследования при гипертрофической кардиомиопатии есть:
  1. ЭКГ; 2. Эхо-кардиография; 3. ФКГ;
  4. рентгенография; 5. реовазография.
16. Причинами рестриктивной кардиомиопатии могут быть:
  1. эндокардиальный фиброз;

2. эозинофильный фибропластичный миокардит;
  3. эндокардиальный фиброэластоз;
  4. амилоидоз, саркоидоз;
  5. все вышеупомянутые.
17. Главными вспомогательными методами обследования при рестриктивной кардиомиопатии есть:
1. ЭКГ;
  2. катетеризация сердца;
  3. эхокардиография;
  4. рентгенография;
  5. биопсия сердца.
18. Что с перечисленного наиболее часто приводит к развитию дилатационной (застойной) кардиомиопатии:
1. эндокринопатии (тиреотоксикоз);
  2. метаболические нарушения (гипофосфатемия);
  3. хронический алкоголизм;
  4. терапия большими дозами доксорубина.
19. Для лечения кардиомиопатий используют все, кроме одного:
1. сердечные гликозиды;
  2. антибиотики;
  3. диуретики;
  4. вазодилаторы;
  5. антикоагулянты.
20. При гипертрофической (обструктивной) миокардиопатии может иметь место:
1. сужение путей оттока из левого желудочка;
  2. митральная недостаточность;
  3. гипертрофия левого желудочка;
  4. внезапная смерть;
  5. все вышеупомянутое.

1. А Б В Г Д	2. А Б В Г Д	3. А Б В Г Д	4. А Б В Г Д	5. А Б В Г Д
6. А Б В Г Д	7. А Б В Г Д	8. А Б В Г Д	9. А Б В Г Д	10. А Б В Г Д
11. А Б В Г Д	12. А Б В Г Д	13. А Б В Г Д	14. А Б В Г Д	15. А Б В Г Д
16. А Б В Г Д	17. А Б В Г Д	18. А Б В Г Д	19. А Б В Г Д	20. А Б В Г Д

## **Тема 5. Системные васкулиты и заболевания соединительной ткани**

1. **Общее понятие о системных васкулитах**
2. **Роль изменений иммунной системы в возникновении и течении системных васкулитов**
3. **Проявления системных васкулитов в полости рта**
4. **Особенности тактики врача –стоматолога по отношению к больным системными васкулитами**
5. **Роль врача-стоматолога в профилактике системных васкулитов**

## **Тема 6. Приобретенные пороки сердца**

### **6.1. Митральная болезнь**

#### **6.1.1 Недостаточность митрального клапана**

1. **Описать нарушения внутрисердечной гемодинамики при НМК**

2. Характер шума при НМК

3. Гипертрофия сердца при НМК

\4. Инструментальная диагностика НМК

6.1.2. Митральный стеноз (МС)

4. Описать нарушения внутрисердечной гемодинамики при МС

5. Характер шума при МС

6. Гипертрофия сердца при МС

\4. Инструментальная диагностика МС

6.2. Аортальные пороки

6.2.1. Аортальная недостаточность (АН)

7. Описать нарушения внутрисердечной гемодинамики при АН

8. Характер шума при АН

9. Гипертрофия сердца при АН

\4. Инструментальная диагностика АН

6.2.2. Аортальный стеноз (АС)

10. Описать нарушения внутрисердечной гемодинамики при АС

11. Характер шума при АС

12. Гипертрофия сердца при АС

\4. Инструментальная диагностика АС

Особенности тактики врача-стоматолога у больных ревматизмом с пороками сердца

4. Уровень: написать реферат на тему «Роль стоматолога в профилактике и лечении ревматизма и инфекционного эндокардита»

**Тема 1. Хронічний обструктивний бронхіт. Бронхіальна астма. Емфізема легень. Хронічне легеневе серце.**

1-2 рівень. Прочитати с. 10-16 та 19-26 підручника “Внутрішні хвороби”, Полтава. 2002 рік.

Відповісти письмово на такі питання:

**Тема 1. Хронический обструктивный бронхит. Бронхиальная астма. Эмфизема легких. Хроническое легочное сердце.**

1-2 уровень. Прочитать с. 10-16 и 19-26 учебника “Внутренние болезни”, Полтава. 2002 год.

Ответить письменно на такие вопросы:

<b>1. Дать определение хроническому обструктивному бронхиту (ХОБ):</b>
Дати визначення хронічному обструктивному бронхіту (ХОБ):
<b>2. Дать определение эмфиземы легких:</b>
Дати визначення емфіземи легень:
<b>3. Как диагностировать ХОБ?</b>
Як діагностувати ХОБ?
<b>4. Что такое ОФВ1? Как он изменяется при ХОБ и бронхиальной астмы (БА) Дать определение БА.</b>
<b>4. Що таке ОФВ1? Як він змінюється за ХОБ та бронхіальної астми (БА) Дати визначення БА.</b>
<b>6. Что такое “легочное сердце”?</b>
<b>6. Що таке “легеневе серце”?</b>
<b>7. Чем БА отличается от ХОБ?</b>
<b>7. Чим БА відрізняється від ХОБ?</b>

<b>8. Что общего у БА и ХОБ?</b>
<b>8. Що спільного в БА та ХОБ?</b>
<b>9. Оказать неотложную помощь при тяжелом течении БА</b>
<b>Надати невідкладну допомогу при важкому перебігу БА</b>
<b>10. Оказать неотложную помощь при обострении ХОБ</b>
<b>Надати невідкладну допомогу при загостренні ХОБ</b>
<b>11. Какова роль врача-стоматолога в профилактике ХОБ ?</b>
<b>Яка роль лікаря-стоматолога в профілактиці ХОБ та БА?</b>

**2 рівень.**

**Вирішити тести:**

визначте, які з наступних термінів, понять, симптомів, препаратів відносяться виключно до:

**А. Хронічного обструктивного бронхіту**

**Б. Бронхіальної астми**

**В. Обоє**

**Г. Жодного**

1. Дифузне, повільно прогресуюче ураження бронхіального дерева
2. Гіперреактивність бронхів
3. Напад ядухи
4. Порушення утворення слизу та дренажної функції бронхів
5. Інфекційне запалення легень з ексудацією у альвеоли
6. Кашель з виділенням мокротиння не менше трьох місяців на рік на протязі двох років
7. Спірограма
8. Бронхоскопія
9. Дефіцит альфа-1 інгібітору протеїназ, незворотна обструкція бронхів, нейтрофіли у бронхах
10. ОФВ1
11. Бронхоспазм та гіперсекреція слизу
12. Атопія

13. Тригери
14. Оборотна бронхіальна обструкція, еозинофіли у бронхах
15. Пікфлоуметрія

Визначте, які з наступних термінів, понять, симптомів, препаратів відносяться виключно до:

**А. Емфіземи легень**

**Б. Легеневого серця**

**В. Обоє**

**Г. Жодного**

16. Задишка
17. Дифузний ціаноз
18. Розширення грудної клітки
19. Гіпертрофія правого шлуночка серця
20. Деструкція еластичних волокон респіраторної системи
21. Підвищення тиску в системі легеневої артерії
22. Збільшення повітряності легень
23. Ознаки правожелудочкової серцевої недостатності
24. Крепітація у легенях, затінення на рентгенограмі
25. Збільшення печінки, набряки на ногах

**2 уровень.**

**Решить тесты:**

определите, какие из следующих терминов, понятий, симптомов, препаратов относятся исключительно к:

**А. Хроническому обструктивному бронхиту**

**Б. Бронхиальной астме**

**В. Обоим**

**Г. Ни к одному**

1. Диффузное, медленно прогрессирующее поражение бронхиального дерева
2. Гиперреактивность бронхов
3. Приступ удушья
4. Нарушение образования слизи и дренирующей функции бронхов
5. Инфекционное воспаление легких с экссудацией в альвеолы
6. Кашель с выделением мокроты не менее трех месяцев в году на протяжении двух лет
7. Spirogramma
8. Бронхоскопия
9. Дефицит альфа-1 ингибитора протеиназ, необратимая обструкция бронхов, нейтрофилы в бронхах
10. ОФВ1
11. Бронхоспазм и гиперсекреция слизи
12. Атопия
13. Триммеры
14. Обратная бронхиальная обструкция, эозинофилы в бронхах
15. Пикфлоуметрия

Определите, какие из следующих терминов, понятий, симптомов, препаратов относятся исключительно к:

**А. Эмфиземе легких**

**Б. Легочному сердцу**

**В. Обоим**

**Г. Ни к одному из них**

16. Одышка
17. Диффузный цианоз
18. Расширение грудной клетки
19. Гипертрофия правого желудочка сердца
20. Деструкция эластичных волокон респираторной системы
21. Повышение давления в системе легочной артерии
22. Увеличение воздушности легких
23. Признаки правожелудочковой сердечной недостаточности

24. Крепитация в легких, затенение на рентгенограмме

25. Увеличение печени, отеки на ногах

1. А Б В Г Д	2. А Б В Г Д	3. А Б В Г Д	4. А Б В Г Д	5. А Б В Г Д
6. А Б В Г Д	7. А Б В Г Д	8. А Б В Г Д	9. А Б В Г Д	10. А Б В Г Д
11. А Б В Г Д	12. А Б В Г Д	13. А Б В Г Д	14. А Б В Г Д	15. А Б В Г Д
16. А Б В Г Д	17. А Б В Г Д	18. А Б В Г Д	19. А Б В Г Д	20. А Б В Г Д
21. А Б В Г Д	22. А Б В Г Д	23. А Б В Г Д	24. А Б В Г Д	25. А Б В Г Д

3 уровень. Написать фрагмент истории болезни по результатам курации на практическом занятии.

Тема 2. Пневмонії, плевральний синдром. 2 години.

1-2 рівень. Прочитати с. 31-44. відповісти на такі питання:

Тема 2. Пневмонии, плевральный синдром. 2 часа.

1-2 уровень. Прочитать с. 31-44. ответить на такие вопросы:

1. Что такое пневмония?	
1 Що таке пневмонія?	
2 Какая этиология пневмоний и факторы риска?	
Яка етіологія пневмоній та фактори ризику?	
3.Какой смысл имеет деление пневмоний на внебольничные и госпитальные (нозокомиальные)?	
3 Який сенс має поділ пневмоній на позалікарняні та госпітальні (нозокоміальні)?	
Какой смысл имеет деление пневмоний на внебольничные и госпитальные (нозокомиальные)?	
4 Опишите основные клинические проявления пневмоний Опішіть основні клінічні прояви пневмоній	
5 Які показання до госпіталізації хворих на пневмонію (тяжкі пневмонії)	

Какие показания к госпитализации больных пневмонией (тяжелые пневмонии)	
6 Оказать неотложную помощь при тяжелой пневмонии	
Надати невідкладну допомогу при тяжкій пневмонії	
7 Что такое “сухой” и “экссудативный” плеврит?	
Що таке “сухий” та “ексудативний” плеврит?	
8 Какая этиология плевритов?	
Яка етіологія плевритів?	
9.Опишіть клініку сухого (фібринозного) та екссудативного плевриту 9.Опишіть клініку сухого (фібринозного) и экссудативного плеврита	
10. Оказать неотложную помощь при болях из-за сухого плеврита и рестриктивной легочной недостаточности при экссудативном плеврите	
10. Надати невідкладну допомогу при болю за сухого плевриту та рестриктивної легеневої недостатності за екссудативного плевриту	

**2. Решить такие тесты:**

Какие из приведенных ниже понятий, утверждений, терминов, симптомов принадлежат исключительно к:

- A. Пневмонии
- B. Плевральному синдрому
- B. Обоим
- Г. Ни к одному

1. Вовлечение в патологический процесс респираторных отделов, наличие альвеолярной экссудации

2. Боль в грудной клетке при дыхании
3. Увеличение жидкости в плевральной полости с большим содержанием белка
4. Увеличение жидкости в плевральной полости без белка
5. Снижение прозрачности легких
6. Кашель, выделение мокроты
7. Отсутствие голосового дрожания, тупой звук при перкуссии
8. Шум трения плевры
9. Вне больничная
10. Нозокомиальная
11. Атипичная
12. Долевая
13. Одышка
14. Цианоз
15. В лечении основное место принадлежит современным антибиотикам
16. В лечении иногда есть потребность в обезболивающих препаратах
17. С целью диагностики и лечения используют плевральную пункцию
18. Пикфлоуметрия
19. Приступ удушья
20. Бронхиальная обструкция

1. А Б В Г Д	2. А Б В Г Д	3. А Б В Г Д	4. А Б В Г Д	5. А Б В Г Д
6. А Б В Г Д	7. А Б В Г Д	8. А Б В Г Д	9. А Б В Г Д	10. А Б В Г Д

1. Надати план лікування

4. Навести перелік невідкладних станів, що загрожують такій хворій

**2. Написати історію хвороби пульмонологічного хворого.**

**3 уровень. Решить ситуационные задачи.**

**Задача 1.**

Больной К. 39 лет обратился к врачу-пульмонологу с жалобами на резкие боли при дыхании, одышку, сухой кашель, повышение температуры до 37,8 С, общую слабость. Считает себя больным 2 дня, когда после переохлаждения неожиданно появилось покашливание, повышение температуры. Общая слабость. При осмотре: состояние средней тяжести, вынужденное положение на левом боку уменьшает боль при кашле и дыхании. При аускультации легких справа отмечается ослабление дыхания, шум трения плевры, который напоминает скрип снега. В анализе крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ.

2. Определить диагноз

**3. Назначить лечение**

**Задача 2.**

Больная К. 62 лет, жалуется на кашель с небольшим количеством мокроты, утомляемость, слабость, головную боль, отсутствие аппетита. Заболевание связывает с простудой. Неделю назад повысилась температура до 37,2°, потом она выросла до 38,8°.

Объективно: гиперемия щек, кожа повышенной влажности. Дыхание частое – 28 за минуту. Притупление легочного звука ниже левой лопатки. Там же на фоне ослабленного везикулярного дыхания влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Пульс 92 за минуту. АД 140/90 мм рт. ст. В анализе крови эр. – 4,1 млн./мкл, лейкоцитов – 9000/мкл, э-1 п-14. С-65. Л- 19. М –1. СОЭ – 28 мм/ч.

1. Установить диагноз

4. Назначить необходимые исследования

5. Написать план лечения

4. Привести перечень неотложных состояний, какие угрожают такой больной

## 2. Написать историю болезни пульмонологического больного.

### Основы геронтологии и гериатрии

#### Раздел 1. Основы геронтологии.

Старение населения — одна из важнейших проблем, которая в настоящее время приобретает огромное значение для экономической и социальной политики не только развитых, но и развивающихся стран. Во всем мире все больше людей доживают до пожилого (60—74 года) и старческого возраста. В настоящее время и в перспективе на несколько поколений большинство людей обладают достаточной возможностью дожить до 75 лет и более. В ближайшие годы предполагается дальнейшее постепенное постарение населения с преимущественным увеличением лиц старческого возраста (75 лет и старше).

Существует много проблем, которые являются общими для старших возрастных контингентов и всего населения. Вместе с тем некоторые из них отражают специфические особенности и потребности, характерные для лиц пожилого и старческого возраста. В первую очередь это вопросы оказания медико-социальной помощи. Неотделимы от них проблемы продолжения трудовой деятельности, подготовки к переходу в пенсионный возраст, определение рационального образа жизни.

Прогрессирующее постарение населения развитых стран и связанные с ним проблемы на фоне достижений биологии и медицины явились стимулом к развитию геронтологии.

Научные исследования процессов старения и изучение возможностей оказания медицинской и социальной помощи **пожилым людям** изучаются наукой **геронтологией**.

**Геронтология** - наука о старости. Геронтология подразделяется на **фундаментальную геронтологию**, **социальную геронтологию** и **гериатрию**. Сегодня можно выделить несколько важнейших стратегических направления развития геронтологии: **разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте; обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида; организация медицинской помощи пожилым; социальная защита пожилых; проблемы пенсионного обеспечения.**

**Фундаментальная геронтология** изучает механизмы старения, занимается вопросами предупреждения преждевременного старения и продления жизни.

**Социальная геронтология** занимается вопросами взаимодействия пожилого человека и общества, существованием пожилых людей в социальной среде.

**Гериатрия** - частный раздел геронтологии, изучает проблемы оказания медицинской помощи пожилым людям.

**Пожилые люди** - демографическая ситуация характеризуется накоплением числа пожилых в обществе, хотя под этим термином объединяют различные категории людей. Принято деление на группу пожилого возраста (возраст от 61 до 75 лет), группу старческого возраста (от 76 до 90 лет) и группу долгожителей (старше 91 года).

**Демографическая ситуация** характеризуется быстрым приростом населения. Население планеты увеличилось вдвое за последние сорок лет. В настоящее время в мире проживает более 6 млрд. человек. Увеличение населения планеты на 5 млрд. произошло всего за 200 лет. В XX веке прирост жителей Земли на 1 млрд. происходил за 33 года (27-60 гг.), 14 лет (60-74 гг.), 13 лет (74-87 гг.), 12 лет (87-99 гг.). При расчетах линейных зависимостей с 1964 года человечество будет прибавлять по 1 млрд. в год. Однако демографы, анализируя развитие популяций животных, считают, что рост населения затормозится: этот процесс уже коснулся развитых стран. Чем более цивилизованной страна, тем меньше в ней рождаемость, тем больше пожилых. Успехи медицины - сокращение детской смертности, устранение инфекций как основных причин смерти (а в начале XX века более половины людей умирали от разнообразных инфекций), лечение опухолей и профилактика инфаркта и инсульта - постоянно увеличивают продолжительность жизни.

Одной из задач геронтологии и гериатрии является разработка механизмов и методов увеличения продолжительности жизни. Эта деятельность представлена двумя важными направлениями - **геропротекция** и **профилактика заболеваний**.

**Геропротекция** - совокупность факторов, замедляющих процесс старения. Изучением этих вопросов традиционно занимается **фундаментальная геронтология**, однако, геропротекция имеет не только научно-медицинский смысл, но является важнейшей социальной проблемой. Геропротекция должна быть направлена не просто на продление жизни, а на продление здоровой, качественной, полноценной жизни. Геропротекция должна сегодня перейти из теоретической науки в практическую плоскость, необходимо более широко взглянуть на существо вопроса.

**Фундаментальная геронтология** изучает клеточные и молекулярные основы старения. Среди достижений последних десятилетий нельзя не выделить открытие апоптоза - механизма запрограммированной клеточной смерти. С каждым делением клетка становится старше, что-то теряет (например, часть генов, в таких клетках как эритроциты, нейтрофилы, ядра либо исчезают вовсе вместе со всеми хромосомами и генами, либо скручиваются, уменьшаются в размерах), что-то приобретает, становится все более специфичной, синтезирующей строго определенные вещества. Отсутствие апоптоза присуще клеткам рака - при этой болезни клетки практически не умирают, становятся бессмертными. Известны клетки опухоли Хеля, полученные от одной больной, которые перевивают (пересаживают из одной чашки с питательной средой в другую) уже десятки лет, в сотнях и тысячах лабораторий мира.

Наряду с апоптозом изучен и клеточный некроз. Если апоптоз запрограммирован, заложен в наследственной информации, то клеточный некроз развивается или из-за внутриклеточных метаболических нарушений (появление избытка перекисей, свободных радикалов) или из-за внешних причин - недостаток кислорода (гипоксия), воздействия химических и физических агентов. Клеток, устойчивых к факторам, вызывающим некроз нет, хотя чувствительность к ним различна: почечные клетки погибают в течение 2-5 минут гипоксии, тогда как клетки головного мозга могут переживать много минут без кислорода. Таким образом, клетки организма погибают либо из-за внешних воздействий, либо в результате реализации заложенной в них программы самоуничтожения.

Структурно-функциональная инволютивная (возрастная) перестройка органов, и тканей отражающая процесс **старения** связана с апоптозом и клеточным некрозом и замещением погибших клеток соединительной тканью (**склерозом** тканей). Но если на апоптоз сегодня практически нет возможности воздействовать, остановка апоптоза лишь только обсуждается, то некроз подвержен терапевтическим вмешательствам - во многих случаях его можно предупредить.

Среди теорий старения можно выделить новое направление -сосудистую (эндотелиально-тромбоцитарную) теорию. Суть теории следующая: все ткани для жизнедеятельности нуждаются в постоянном поступлении кислорода и питательных веществ. Это обеспечивается нормальным функционированием сосудов и током по ним крови. Если сосуды сужаются или по ним не течет кровь, то клеткам не доставляется нужное количество кислорода и питательных веществ, и они погибают.

Сосуды подвержены постоянному воздействию болезнетворных факторов. Так, наиболее известное заболевание сосудов - **атеросклероз**. Атеросклероз - заболевание преимущественно крупных сосудов - нормальные клетки стенки сосудов (эндотелиальные клетки) замещаются на соединительную ткань - склерозируют. Мелкие сосуды также подвержены склерозу, но оно развивается в результате воспаления. При всех этих состояниях повреждаются мелкие сосуды (капилляры), их стенка и прилежащие ткани в последующем склерозируются и питаемые этим сосудом несколько клеток гибнут. Обусловленные таким процессом болезни известны как пневмосклероз с развитием **эмфиземы легких**, цирроз печени, кардиосклероз с развитием **сердечной недостаточности**, нефросклероз с развитием **почечной недостаточности**.

Особенностью организма является огромный запас прочности. Подсчитано, что клинически выраженные проявления **склероза** органа появляются тогда, когда 70-80% составляющих его клеток погибнет и заместиться соединительной тканью. Поэтому **склероз** - удел пожилых, людей, которые перенесли за свою жизнь множество инфекций, травм и т.д. Совокупность склерозированных участков в различных органах приводит к их функциональной недостаточности, причем недостаточность одного органа усугубляет недостаточность другого.

Существуют две традиционные точки зрения на причины развития старения.

1. Старение—генетически запрограммированный процесс, результат закономерного развития программы, заложенной в генетическом аппарате. В этом случае действие факторов окружающей и внутренней среды может повлиять, но в незначительной степени, на темп старения.

2. Старение — результат разрушения организма вследствие неизбежного повреждающего действия сдвигов, возникающих в ходе самой жизни,— стохастический, вероятностный процесс. В соответствии с адаптационно-регуляторной теорией старение генетически не запрограммировано, а генетически детерминировано биологическими свойствами организма. Иными словами, старение — разрушительный, вероятностный процесс, развивающийся в организме с генетически запрограммированными свойствами.

Обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида может быть реализовано профилактикой одних заболеваний (например, многих инфекций), правильным лечением других (например, лечение артериальной гипертонии), реабилитацией после перенесенных третьих (например, после инфаркта миокарда или инсульта).

**Возраст** человека может измеряться двумя способами - определением **календарного (паспортного) возраста**, и определением **биологического возраста**

**Паспортный возраст** не всегда точен, пожилые нередко "кокетничают" возрастом, добавляя себе до 20-30 лет жизни. Поэтому при выявлении долгожителя необходимо проверить возраст по учетным документам - церковные книги, метрики и т.д. Предельный паспортный возраст, безусловно подтвержденный документами, составляет 121 год.

Определение **биологического возраста** задача более трудная. При определении биологического возраста определяется совокупность функциональных нарушений у индивида и соотносят их со средними показателями для определенного возраста. Биологический и календарный возраст может не совпадать между собой и различаться на 10-20 лет. Особенно часто приходится встречаться с явлениями преждевременного старения - прогерией. Обычно преждевременное старение связано либо с заболеваниями (например, сахарный диабет, хроническая инфекция, артериальная гипертония) либо с неправильным образом жизни - в первую очередь с курением, пьянством. От совокупности функциональных резервов всех органов и систем зависит биологический возраст конкретного человека. Именно на увеличение этого биологического возраста с ориентацией на здоровое и активное продление жизни должны быть направлены усилия **геропротекции** - не просто жить, а жить качественно.

**Возрастные изменения физиологических систем.** У людей возрастные изменения развиваются неравномерно. Часто темп старения одних систем, например, сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, опережает темп старения других. Именно это создает сложности в определении биологического возраста, который должен комплексно характеризовать темп старения всего организма. Биологический возраст определяется на основе комплексной характеристики функционального состояния различных систем организма, оценки его адаптационных возможностей. Вот почему для определения биологического возраста важно, с одной стороны, изучение совокупности функций, закономерно изменяющихся с возрастом (острота зрения, слуха, скорость распространения пульсовой волны, мышечная сила, артериальное давление, жизненная емкость легких и др.), с другой — широкое использование функциональных нагрузок для установления уровня адаптации регуляторных механизмов.

Существуют общие закономерности и фундаментальные механизмы старения животных разных видов и отдельных особей. Однако наряду с этим отмечаются видовые и индивидуальные особенности старения. При сопоставлении старения животных разных видов выделяются хронобиологические изменения, т. е. коррелирующие с астрономическим временем. Чем больше видовая продолжительность жизни, тем более выражены эти изменения (например, возрастные изменения соединительной ткани, стенок сосудов). Существуют индивидуальные особенности старения, свойственные отдельным людям.

Естественное старение характеризуется определенным темпом и последовательностью возрастных изменений, соответствующих биологическим, адаптационно-регуляторным возможностям данной человеческой популяции. Преждевременное (ускоренное) старение характеризуется более ранним развитием возрастных изменений или же большей их выраженностью в тот или иной возрастной период. Преждевременному (ускоренному) старению способствуют перенесенные заболевания, неблагоприятные факторы окружающей среды, в том числе стрессовые ситуации, которые могут воздействовать на разные звенья цепи возрастных изменений, ускорять, извращать, усиливать обычный их ход. Наиболее частыми проявлениями преждевременного старения человека являются легкая утомляемость, снижение трудоспособности, ранние изменения памяти, эмоциональной сферы, репродуктивной способности, снижение адаптационных возможностей сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др. Существует замедленное (ретардированное) старение, ведущее к увеличению продолжительности жизни, долголетию. Возрастные изменения в этих случаях наступают значительно позже, чем в целом по популяции. Отмечается ряд популяционных отличий в развитии старения. Например, уровень артериального давления у людей старших возрастов наиболее низкий у жителей Абхазии, затем у жителей Украины, Молдавии, Белоруссии и Литвы. Возрастные популяционные различия установлены и в отношении некоторых показателей крови — концентрации холестерина, фосфолипидов, липопротеидов и др.

## Вопросы к разделу 1

1. Почему изучение основ геронтологии необходимо для врача-стоматолога?

2. Охарактеризуйте современные изменения демографической ситуации в мире с учетом аспекта постарения населения.
3. Какие основные разделы имеет геронтология?
4. Какие вопросы изучает биология старения?
5. Какие вопросы изучает гериатрия?
6. Какие вопросы изучает социальная геронтология?
7. Назовите основные направления развития современной геронтологии.
8. Охарактеризуйте понятия «старость», «старение».
9. Что такое биологический возраст человека?
10. Назовите основные теории старения.
11. Охарактеризуйте основные изменения обмена веществ при старении.
12. Как взаимосвязаны наследственность и продолжительность жизни?
13. Что такое геропротекция? Назовите основные пути геропротекции.
14. Назовите основные направления профилактики старения.

### Тесты к разделу 1. Основы геронтологии.

#### 1. Геронтология подразделяется на:

- А) фундаментальную геронтологию, социальную геронтологию, гериатрию;
- Б) науку о профилактике старения и старости;
- В) геропротекцию, социальную гериатрию;
- Г) социальную, общую и специальную гериатрию;
- Д) все перечисленное верно.

#### 2. Основные направления развития современной геронтологии это:

- А) разработка подходов к лечению болезней, встречающихся преимущественно в пожилом возрасте;
- Б) обеспечение максимально возможной продолжительности жизни индивида;
- В) организация медицинской помощи пожилым;
- Г) социальная защита пожилых; проблемы пенсионного обеспечения;
- Д) все перечисленное верно.

#### 3. К группе лиц пожилого возраста относятся люди в возрасте:

- А) от 76 до 90 лет;
- Б) старше 91 года;
- В) от 61 до 75 лет;
- Г) группа долгожителей;
- Д) от 56 до 90 лет.

#### 4. Каковы причины преждевременного старения?

- А) наличие заболеваний, таких как сахарный диабет, хроническая инфекция, атеросклероз, артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца;
- Б) неправильный образ жизни - в первую очередь с курение, пьянство;
- В) употребление в пищу большого количества белка;
- Г) короткий ночной сон (до 8 часов);
- Д) верно А и Б.

#### 5. Укажите основные пути профилактики старения.

- А) профилактика заболеваний (например, инфекций);
- Б) правильное лечение существующих заболеваний (например, атеросклероза, артериальной гипертонии, сахарного диабета);
- В) успешная реабилитация после перенесенных сосудистых катастроф (инфаркт, инсульт), и других тяжелых состояний;
- Г) верно Б и В;
- Д) все ответы верны.

1. А Б В Г Д	2. А Б В Г Д	3. А Б В Г Д	4. А Б В Г Д	5. А Б В Г Д
6. А Б В Г Д	7. А Б В Г Д	8. А Б В Г Д	9. А Б В Г Д	10. А Б В Г Д

### Раздел 2. Основы общей гериатрии. Старение и болезни.

Старость — неизбежный этап развития организма; болезнь — нарушение его жизнедеятельности, которое может возникнуть в любом возрастном периоде. Развитие многих болезней у пожилых и старых людей связано с закономерными возрастными изменениями. Прогрессирование их у многих людей в течение долгого времени и нередко до конца жизни происходит без выраженных болезненных явлений. Однако, при определенных условиях, под влиянием различных внешних причин они могут быть основой развития болезней. К таким причинам относятся неадекватные для стареющего организма нагрузки, требующие достаточного совершенства приспособительных механизмов (например, инфекционные заболевания, часто приводящие к соматической и психической декомпенсации).

Медицинскому персоналу следует хорошо усвоить положение, что особенности организма людей старших возрастных групп требуют особого подхода к распознаванию и лечению их заболеваний, организации и проведению медицинского ухода.

**Множественность патологий.** Прежде всего необходимо учитывать обычную для людей пожилого и старческого возраста множественность патологий. Как правило, при тщательном обследовании больных этих возрастных групп находят патологические изменения в различных физиологических системах. Часто они обусловлены разными причинами, обычно тесно связанными с изменениями возрастного характера. Патологию больных старых людей нередко сравнивают с айсбергом, у которого более 6/7 объема скрыто под водой. Жалобы больного направляют внимание врача только на вершину этого айсберга, между тем для правильного лечения необходимо знать всю патологию, т. е. «увидеть» весь айсберг.

В среднем при клиническом обследовании больных пожилого и старческого возраста диагностируется не менее 5 болезней, проявлений патологических процессов. Наиболее часто в разных сочетаниях и разной степени клинической симптоматики наблюдаются: атеросклеротическое поражение сосудов сердца и мозга (ишемическая болезнь сердца, атеросклеротическая энцефалопатия), артериальная симптоматическая гипертензия, гипертоническая болезнь, эмфизема легких, неопластические процессы в легких и органах пищеварения, коже, хронический гастрит с секреторной недостаточностью, желчнокаменная болезнь, хронический пиелонефрит, аденома предстательной железы, сахарный диабет, остеохондроз позвоночника, артрозы, часто (до 10% людей старческого возраста) психическая депрессия, болезни глаз (катаракта, глаукома), тугоухость (в результате неврита слухового нерва или отосклероза) и др.

**Особенности клинического течения болезней.** Пожилые и старые люди могут страдать болезнями, которые возникли у них в молодом или зрелом возрасте. Главным образом это относится к некоторым воспалительным, обменным процессам, стойким функциональным расстройствам с многолетним хроническим течением. Как и у молодых людей, у них могут развиваться и острые, в том числе инфекционные, заболевания. Однако возрастные особенности организма обуславливают значительные отклонения в течении этих болезней. Наиболее характерны атипичность, ареактивность, сглаженность клинических проявлений болезней.

Клинические наблюдения за особенностями развития и течения болезней у людей старших возрастных групп свидетельствуют, что давно установленные схемы диагностики многих внутренних (и онкологических) болезней не применимы в гериатрической практике. Это вызвано рядом причин: а) более медленным и нередко замаскированным течением неопластических процессов во внутренних органах, пневмоний, инфаркта миокарда, туберкулеза легких, сахарного диабета, тесно связанного с развитием атеросклероза и его осложнений; б) иным генезом и течением язв желудка, развивающихся на почве атеросклероза; в) влиянием клинически выраженных возрастных процессов в костях и суставах позвоночника, обуславливающих как нарушение кровообращения в ряде магистральных сосудов, так и особую симптоматику, нередко являющуюся причиной ошибочной диагностики заболеваний сердца; г) скрытым течением катастроф в брюшной полости, требующих неотложного хирургического вмешательства. Острые заболевания часто приобретают субхроническую форму; степень тяжести поражения организма не соответствует мало выраженной симптоматике заболевания.

Особенности старения и болезней у пожилых и старых людей весьма разнообразны; соматические процессы тесно связаны с изменением их психологии, они находятся в тесном взаимодействии с окружающей социальной средой и в первую очередь семейными отношениями. В силу этого эффективная медицинская помощь по существу невозможна, если врач будет рассматривать пациента стереотипно, т. е. пациент не будет объектом индивидуального подхода.

Врач, студент, каждый медицинский работник должен твердо осознать, что пожилой и старый человек — полноправный член общества, заслуживающий уважения и внимания. Для правильного подхода к лечению больного необходимо знать его историю и не только в медицинском, но и социально-психологическом аспекте.

#### **Наиболее частые заболевания пожилых.**

**Артериальная гипертензия** у пожилых нередко отличается по своим характеристикам от таковой в более молодом возрасте. Она может сопровождать человека со средних лет, а может появиться уже в пожилом возрасте. Гипертония может быть осложнением другого заболевания, чаще всего **пиелонефрита**. Артериальная гипертензия наблюдается у всех больных с **хронической почечной недостаточностью**. Гипертонии способствует сидячий образ жизни, отсутствие физических нагрузок, постоянное состояние повышенной эмоциональности. Нормальное артериальное давление - до 140/90 мм рт.ст. Давление подвержено колебаниям, связанным с физической нагрузкой, волнением, переживаниями. Поэтому артериальное давление измеряют утром, либо у лежащего в постели, либо у сидящего около стола пациента. Перед измерением давления необходимо дать человеку успокоиться не менее, чем в течение 10 минут. Измерять АД нужно дважды с промежутком между измерениями в 10 минут. Только тогда можно быть уверенным, что давление измерено правильно.

Человек может быть привычен к высокому артериальному давлению. Иногда приходится встречаться с пациентами, хорошо чувствующими себя при давлении 190-200/100-120 мм рт.ст. Даже появился термин - рабочее давление. Такие пациенты хуже чувствуют себя при снижении давления, их работоспособность оптимальна при повышенном его уровне. Однако, доказано в специальных, тщательно выполненных исследованиях, что риск смерти от сосудистых катастроф - инфаркта миокарда, инсульта, у

таких пациентов во много раз выше, чем у людей с нормальным давлением, у них быстрее и чаще развивается **сердечная недостаточность**.

У пожилых нередко можно выявить так называемую "склеротическую гипертонию". Если аорта и артерии сильно повреждены **атеросклерозом** то они теряют эластичность - возможность растягиваться во время кровенаполнения в систолу и сжиматься, поддерживая давление в диастолу. В таком случае при измерении давления фиксируется очень большой разброс между систолическим и диастолическим давлением, например 200\70 мм рт.ст.

Однако в многочисленных исследованиях показано, что высокое систолическое давление представляет опасность с точки зрения развития инсульта и инфаркта миокарда, способствует появлению и прогрессированию **сердечной недостаточности**. Поэтому необходимо стремиться к его снижению. Одновременно при лечении склеротической гипертонии диастолическое давление редко снижается.

Лечение артериальной гипертонии должно быть постоянным. Нельзя лечить гипертонию от случая к случаю, когда повышается давление. Обязательным элементом лечения должно быть снижение потребления поваренной соли до 2-3 г в сутки. Из препаратов чаще всего используются ингибиторы АПФ (например, каптоприл, моноприл, престариум), в-блокаторы (например, анаприлин, атенолол, бетаксалол), блокаторы кальциевых каналов (например, норваск, верапамил, нефедипин), диуретики (например, арифон, гипотиазид, фуросемид, верошпирон), а-блокаторы (например, тонокардин). Нередко два препарата сочетаются в одной таблетке - каптоприл и гипотиазид (капозид), престариум и арифон (нолипрел). Такие препараты более удобны для приема, оба входящих в их состав ингредиента усиливают действие друг друга.

**Стенокардия** - очень четко очерченный клинический синдром: боли за грудиной, обычно сжимающего, давящего характера, четко связаны с нагрузкой или выходом на холод, продолжаются не более 10-15 минут, а при приеме нитроглицерина - около 5 минут. Боли эти отдают (иррадируют) в левую руку, лопатку редко, лишь у трети больных. Боль возникает из-за недостаточного поступления кислорода к сердечной мышце при повышении потребности в нем. При физической нагрузке сердце бьется быстрее, поэтому ему нужно больше увеличить объем притекающей к нему по коронарным (сердечным) артериям крови, несущей кислород. Если эти артерии сужены за счет **атеросклероза** (бляшки, выступающей в просвет сосуда), то резервы увеличения кровотока быстро исчерпываются и сердечная мышца приходит в состояние кислородного голодания.

Стоит только уменьшить в этот момент нагрузку, как сердце успокаивается, потребность в кислороде уменьшается и восстанавливается нормальный кровоток. Одновременно исчезает и боль. Обычно на это уходит 5-15 минут. Если при этом принять под язык нитроглицерин или прыснуть в рот нитроглицериновым спреем, то клетки крови перестанут склеиваться, кровоток по коронарным артериям улучшится быстрее и боль пройдет в течение 2-5 минут. Но иногда, когда атеросклеротическая бляшка растет, разваливается, или вокруг нее развивается воспаление, стенокардия может резко изменить свой характер: уменьшится дистанция, которую можно пройти без болей, перестанет действовать прежде эффективный нитроглицерин или придется применять 2-3 его таблетки, чтобы купировать боль. Самое опасное, когда боли начинают появляться ночью. Во всех случаях говорят о **нестабильной стенокардии**, подразумевая под этим прединфарктное состояние.

Нужно помнить, что боли в области сердца бывают самого разного происхождения и далеко не всегда связаны со стенокардией. Часто у пожилых боли слева от грудины постоянны, носят ноющий характер, усиливаются при определенных движениях. При ощупывании по ходу ребер или позвоночника можно выявить болезненные точки. Это - воспалительные заболевания мышц и нервов - межреберная невралгия, миозит. Иногда они обостряются на фоне простудных заболеваний. Лечатся такие боли противовоспалительными препаратами - например, диклофенаком, ибупрофеном.

Иногда боли в груди появляются после плотного обеда или ужина, нередко - после того, как поевший лег в кровать. С одной стороны эти боли могут быть следствием вздутия живота (синдром Ремгелта) и связанного с этим напряжения диафрагмы. У пожилых нередко встречается диафрагмальная грыжа - расширяется отверстие, через которое проходит пищевод, и, в горизонтальном положении, часть желудка перемещается в грудную полость. Возникают боли, которые проходят в вертикальном положении. Такие больные из-за болей могут спать полусидя.

Стенокардия лечится в основном такой группой препаратов, как нитраты. Принимают препараты длительного действия, такие как нитросорбит - они уменьшают частоту приступов и увеличивают переносимость физической нагрузки. При болях необходимо обязательно принимать нитроглицерин под язык, или пользоваться нитроглицериновым спреем. В некоторых случаях к нитратам длительного действия добавляют в-блокаторы.

**Сердечная недостаточность** - состояние, связанное либо со старческими изменениями сердечной мышцы, либо с сердечно-сосудистыми заболеваниями, такими как - **артериальная гипертония**, **стенокардия**, **нарушения ритма сердца**, миокардит и т.д. Сердечная недостаточность характеризуется падением насосной функции сердца. На начальных стадиях сердечной недостаточности изменяется способность сердца расслабляться (диастолическая дисфункция), камера левого желудочка меньше заполняется кровью и, соответственно, уменьшается объем выталкиваемой желудочком крови. При этом в покое сердце справляется, объем крови компенсирует потребности. Во время нагрузки, когда сердце начинает биться чаще, суммарный выброс крови уменьшается и человек начинает ощущать недостаток кислорода -

появляется слабость, одышка при подъеме по лестнице и т.д. Но практически у каждого человека при подъеме по лестнице появиться одышка. Сердечная недостаточность начинается там, где снижается переносимость физической нагрузки.

Больные жалуются на слабость (самый частый признак), одышку при относительно небольшой физической нагрузке. В более выраженной стадии появляются отеки ног (вначале - приходящие, иногда исчезающие ночью), позже увеличивается печень, появляется жидкость в животе и легких. Из других признаков обращают внимание на появление сухого кашля по ночам, необходимость спать высоко или полусидя. В тяжелых случаях пациент может только сидеть, склонившись вперед и упираясь руками в кровать. Позже появляется хриплое дыхание, кашель с мокротой, может развиваться отек легких с отхаркиванием пенистой, изредка розовой мокроты.

От появления первых признаков сердечной недостаточности до смерти обычно проходит около 5 лет. Если у больного сердечная недостаточность является следствием прогрессирующего сердечно-сосудистого заболевания (тяжелая стенокардия, аритмия, выраженная артериальная гипертония), то сердечная недостаточность прогрессирует гораздо быстрее. Именно поэтому для предупреждения прогрессирования сердечной недостаточности необходимо лечить заболевания, приведшие к ней.

Лечение сердечной недостаточности проводится несколькими группами препаратов. В последнее время показано, что наибольшим эффектом обладают ингибиторы АПФ - каптоприл (капотен), эналаприл (ренитек, энап), престариум, диротон. При неэффективности ингибиторов АПФ или при наличии отеков больным назначают диуретики (мочегонные). Обычно к этим препаратам относятся с осторожностью, начиная с небольших доз 1-2 раза в неделю. Чаще используется гипотиазид и фуросемид, другие мочегонные назначаются реже. Принимают мочегонные утром натощак. При приеме этих мочегонных может снизиться уровень калия, поэтому больным рекомендуют диету с повышенным содержанием калия - печеный картофель, сухофрукты (курага), иногда дополнительно назначают калийсодержащие препараты - панангин, аспаркам и др.

Значительно реже чем раньше в настоящее время прибегают к назначению сердечных гликозидов - дигоксина, целанида. Эти препараты следует с осторожностью применять у больных с нарушением функции почек, - они могут вызывать симптомы передозировки - тошноту, рвоту, нарушения ритма сердца. В таких случаях показана срочная госпитализация.

**Нарушения ритма сердца.** Среди всех нарушений ритма сердца нужно выделить мерцательную аритмию и полную блокаду проводящей системы сердца. Эти два нарушения могут вызвать тяжелые осложнения и привести больного к смерти, причем если первое нарушение может встречаться в любом возрасте, хотя его частота с возрастом растет, то второе является характерным именно для пожилых больных. **Полная блокада проводящей системы сердца** приводит к тому, что импульс из предсердия не достигает желудочка. При этом предсердия сокращаются в своем ритме, а желудочки - в своем, гораздо более редком, чем обычно. Одновременно сердце перестает отвечать увеличением сокращений в ответ на потребность - например при физической нагрузке.

**Мерцательная аритмия** может быть постоянной формы и приступообразной формы. Постоянная форма мерцательной аритмии развивается при болезнях сердца - порок сердца, длительно существующая стенокардия, реже является следствием артериальной гипертонии. Главной опасностью постоянной формы мерцательной аритмии является прогрессирование сердечной недостаточности, иногда она является причиной инсульта. При постоянной форме мерцательной аритмии ощущается сердцебиение, перебои в работе сердца, иногда - боль. При ощупывании пульса не удается определить какой-либо закономерности в сердцебиении, пульсовые волны разного наполнения. Если посчитать частоту пульса и частоту сердечных сокращений (приложив руку или ухо к сердцу), то можно обнаружить, что частота сердца больше, чем частота пульса. Такое явление называется "дефицит пульса" и характеризует неэффективность части сердечных сокращений - камеры сердца не успевают наполниться кровью и происходит пустой "хлопок", соответственно пульсовая волна не распространяется по периферическим сосудам.

Лечение постоянной формы мерцательной аритмии направлено на снижение частоты сердечных сокращений до нормального их числа - желательнее не более 80-90 ударов в минуту. При этом обычно исчезает дефицит пульса и уменьшаются проявления сердечной недостаточности. Чаще других используется дигоксин, иногда применяют в-блокаторы и антагонисты кальция. Лечение постоянной формы мерцательной аритмии должно быть назначено врачом.

**Приступ (пароксизм) мерцательной аритмии** проявляется внезапным нарушением ритма, обычно снижается артериальное давление, иногда до очень низких цифр, может появиться одышка, беспокойство. Ситуация крайне опасная, необходимо срочно оказать помощь. Можно попробовать уменьшить приступ сильно надавив на глазные яблоки или больно помассировав надключичную область, заставить больного быстро присесть на корточки (очевидно, что это не всегда возможно). Рефлекс, возникающий в этом случае, может положительно сказаться на работе сердца вплоть до исчезновения аритмии. Назначают анаприлин, менее эффективен в этом случае дигоксин.

В стационаре, если пароксизм не купирован медикаментами ставиться вопрос о электроимпульсной кардиоверсии - сильным разрядом тока под наркозом восстанавливают ритм. Однако такую процедуру проводят относительно молодым больным, при первом пароксизме, или если пароксизмы бывают редко. В

случае часто повторяющихся пароксизмов или затянувшегося на многие дни пароксизма проводят терапию, направленную лишь на снижение частоты сердечных сокращений до субнормальных цифр.

**Полная поперечная блокада проводящих путей сердца** может развиваться внезапно, точнее внезапно появляются ее симптомы. Основным симптомом является низкое артериальное давление и нарастание **сердечной недостаточности**, при этом частота пульса очень низка - лишь 20-30 в минуту. Все больные с подозрением на поперечную блокаду, выявленную впервые в жизни нуждаются в госпитализации. В настоящее время лечение блокады сводится к установлению искусственного водителя ритма - вначале временного, а затем и постоянного.

**Хронический бронхит** встречается чаще у курильщиков или у страдающих **бронхиальной астмой**. Хронический бронхит проявляется постоянным влажным кашлем, отделением мокроты, иногда - небольшим повышением температуры, потливостью. Последние два признака более характерны для обострения инфекционного процесса. Хронический бронхит ведет к развитию **эмфиземы легких** и специфической сердечной недостаточности - легочному сердцу. Любому постоянно кашляющий на протяжении нескольких месяцев человек, отплевывающий при кашле мокроту страдает хроническим бронхитом.

Лечение хронического бронхита - сложная врачебная задача. Эта болезнь характеризуется упорным течением, трудно поддается терапии. Важно устранить провоцирующие факторы - в первую очередь отказаться или хотя бы значительно уменьшить количество выкуриваемых сигарет. Следует избегать простуд, сквозняков, общаться с больными вирусными респираторными инфекциями, одев на лицо марлевую маску. Эти меры уменьшают риск и частоту обострений болезни. Собственно лечение хронического бронхита является врачебной задачей. **Бронхиальной астмой** люди чаще страдают с молодых лет, крайне редко заболевают ею в пожилом и старческом возрасте. Бронхиальная астма проявляется приступами удушья, свистом при дыхании, иногда приступообразным кашлем, особенно при смехе или физической нагрузке. Каждый из признаков может встречаться изолированно. Бронхиальная астма ведет к развитию **хронического бронхита** и **эмфиземы легких**, вместе с тем эта болезнь может продолжаться десятилетиями до глубокой старости. Нужно отметить существенный рост частоты бронхиальной астмы в последние годы.

**Эмфизема легких** часто является исходом хронических легочных заболеваний - **хронического бронхита** и **бронхиальной астмы**. Перерастяжение легочной ткани, склероз сосудов приводит к вздутию легких, нарушается их вентиляция и кровоток, легкие теряют способность адекватно обогащать кровь кислородом и очищать ее от углекислоты. Наступает дыхательная недостаточность - одышка при ходьбе, синюшное окрашивание губ и кончиков пальцев, утолщаются ногти на руках ("часовые стекла"). Эмфизема сама по себе не лечится, единственным облегчением является постоянное поддувание кислорода через специальный носовой катетер, соединенный с носимым источником кислорода. Однако в нашей стране эти приборы не получили пока широкого распространения.

**Сахарный диабет** заболевание, частота которого в последние годы быстро растет. Можно говорить, что, наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями и опухолями, сахарный диабет стал самой частой болезнью пожилого возраста. Больные с сахарным диабетом худеют, у них может появиться зуд (характерен зуд промежности), снижается аппетит, больные начинают много пить воды. К сожалению, этими симптомами обычно исчерпываются начальные признаки диабета, да и эти признаки бывают не у всех пожилых больных. Единственным критерием диагностики сахарного диабета является повышение уровня сахара в крови - от разового анализа, к нарушенному суточному профилю сахара крови. Лечение сахарного диабета в пожилом возрасте проводится с помощью диеты. Основным является сокращение в диете сахара и продуктов, содержащих углеводы. Вместо сахара для вкуса используют его заменители - сахарин и аспартам. В последнее время используют исследование гликозирированного гемоглобина, который более точно отражает степень компенсации сахарного диабета. В случае, если с помощью диеты не удается нормализовать уровень сахара в крови назначаются таблетки сахароснижающих средств. Наиболее часто используется манинил, глибенкламид (диабетон).

При длительном существовании сахарного диабета вне зависимости от уровня сахара и применяемой терапии, через 5-8 лет у больных появляется диабетическая нефропатия. Она может проявляться диабетическим **пиелонефритом** и поражением почечных микрососудов. В последнем случае появляется белок в моче, вначале в очень малых количествах - микроальбуминурия, затем может развиваться отечный синдром (нефротический) и хроническая почечная недостаточность. Эти изменения рано или поздно разовьются у больных сахарным диабетом, они являются его обязательным спутником. Методом терапии диабетической нефропатии является назначение ингибиторов АПФ, которые значительно снижают скорость прогрессирования **почечной недостаточности** у этих больных. Другое диабетическое поражение сосудов - нижние конечности. Сужение крупных артерий приводит к развитию ишемии нижних конечностей - вначале появляются боли при ходьбе (перемежающаяся хромота), ноги немеют, позже появляются боли в покое, язвы и некрозы на голенях и стопах. При отсутствии лечения ишемическое поражение нижней конечности заканчивается ампутацией ноги.

**Пиелонефрит** часто развивается у пожилых больных, чему способствует мочекаменная болезнь, **аденома простаты**, другие нарушения прохождения мочи по мочевым путям, **сахарный диабет**, недостаточная санитарная обработка промежности (отсутствие ежедневного ухода) и т.д. Пиелонефрит протекает хронически, редко давая клинику острой мочевой инфекции. Даже появление гнойных

расплавлений в почках не всегда сопровождается у пожилых адекватной картиной. Нередко признаком тяжелой инфекции становится резкое изменение сознания и психики - внезапная гневливость, раздражительность, ругань. Часто у пожилых при тяжелом воспалении не бывает температуры. Из других симптомов может быть боль в пояснице, иногда отдающая в промежность, познابلвания, потливость, слабость, рези при мочеиспускании. Проявлением пиелонефрита может быть и артериальная гипертония. **Хроническая почечная недостаточность** является результатом течения заболеваний почек и мочевыводящих путей (пиелонефрит, аденома простаты), поражения почек при сахарном диабете или артериальной гипертонии, а может быть следствием инволютивного процесса - старения. При хронической почечной недостаточности функционирующая ткань почек - нефроны, замещается на соединительную ткань - развивается склероз. Если остается 15-20% от исходного объема почечной ткани, то почки продолжают обеспечивать очистительную функцию.

**Аденома простаты** в последнее время привлекла к себе внимание новыми возможностями терапевтической коррекции. Если у пожилого мужчины постоянны позывы к мочеиспусканию, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря необходимо обратиться за консультацией к урологу - при ультразвуковом исследовании можно определить объем остаточной мочи в пузыре и решить вопрос о хирургическом (если задерживается много мочи) или терапевтическом лечении аденомы.

**Холецистит** заболевание желчного пузыря, связанное с нарушением его способности сокращаться и выбрасывать желчь, необходимую при переваривании пищи. В результате в желчном пузыре появляются камни, развивается инфекционно-воспалительный процесс. Мелкие камни могут попадать в просвет желчевыводящих путей, перекрывая путь желчи вызывать желтуху. Обычно такое состояние сопровождается печеночной коликой - острыми выраженными болями в правом подреберье. Хронический холецистит проявляется постоянными или приступообразными болями в правом подреберье, нередко связанными с приемом жирной, жареной пищи. Иногда холецистит сопровождается рефлекторной стенокардией.

Лечение хронического холецистита включает диетические ограничения, желчегонные препараты. Необходимо выполнить ультразвуковое исследование желчного пузыря с целью обнаружения камней - это поможет решить вопрос об операции. Операцию лучше выполнять планоно, вне периода обострения, хуже - в период печеночной колики, когда она может стать жизненно необходимой, экстренной. Широкое распространение получили операции с использованием эндоскопической техники - малоинвазивные, выполняемые с коротким послеоперационным периодом.

#### **Основные синдромы, встречающиеся в пожилом возрасте, требующие принятия срочных мер.**

**Боль в грудной клетке** может быть признаком тяжелого заболевания сердца: инфаркт миокарда, нестабильной стенокардии. Для инфаркта характерны боли, пронизывающие грудную клетку спереди назад. При этом достаточно часто боли при инфаркте носят другой характер, а у пожилых до половины случаев инфаркта миокарда протекают вообще без болей. Дополнительными признаками инфаркта будут резкая слабость, одышка, появление хриплого дыхания, пены изо рта. В любом случае подозрение на инфаркт является основанием для немедленной госпитализации.

Боли при **стенокардии** обычно характерны, однако если привычные боли изменили свой характер - стали более частыми, возникать при меньшей нагрузке, не купироваться обычной дозой нитратов, - это может свидетельствовать о **нестабильной стенокардии**. В этом случае больной должен немедленно госпитализироваться для всестороннего обследования и исключения **инфаркта**.

Боли в грудной клетке могут быть связаны с межреберной невралгией, шейно-грудном радикулите. При этих заболеваниях можно найти болезненные точки при тщательном ощупывании грудной клетки, ребер и позвоночника. Такие боли лечат диклофенаком.

Боли в области сердца появляются при повышении артериального давления. При **артериальной гипертонии** боли ощущаются слева от грудины, они давящего характера, длительные, нередко сопровождаются головными болями. Появление таких болей требует срочного измерения артериального давления.

**Боль в голове** в пожилом возрасте могут быть обусловлены самыми разными причинами. Часто постоянная головная боль отражает недостаточность кровоснабжения головного мозга, при этом могут наблюдаться головокружения, шум в ушах. К сожалению, лечения в данном случае нет, использование различных препаратов - ноотропила, стугерона и др. малоэффективны.

При повышении артериального давления приступ головной боли пульсирующего или сдавливающего характера. Боль часто в области затылка, сопровождается шумом в ушах, мельканием мушек перед глазами, головокружением, тошнотой и рвотой.

**Боль в животе** может наблюдаться практически при всех заболеваниях желудка и кишечника. Следует обращать внимание на локализацию болей, их интенсивность, внезапность появления и связь с приемом пищи. Боли в правом подреберье характерны для **холецистита**, если они появились внезапно, сильно выражены, сопровождаются тошнотой и рвотой, то необходима срочная консультация врача. Боли при панкреатите опоясывающего характера, обычно связаны с погрешностями в диете. При осложнениях язвы желудка или 12-перстной кишки прободением боли локализуются в верхних отделах живота и носят интенсивный и очень выраженный характер. Их сравнивают с ударом кинжалом. Такие боли - показание к немедленной госпитализации.

**Боли в спине** чаще всего обусловлены проблемами с позвоночником. Такие боли локализуются в пояснице, связаны с движениями, наклонами. Боли могут отдавать в наружные поверхности бедра. Боли в пояснице могут наблюдаться и при почечной колике, в этом случае они очень сильные, отдают в пах, заставляют пациента искать позу, например - закидывать ноги на стену. При отхождении камней боли самостоятельно проходят, однако ждать этого нельзя - при почечной колике нужна срочная врачебная помощь.

Постоянные ноющие боли в нижней части спины - пояснице могут наблюдаться при **пиелонефрите**, в этом случае они могут быть более выраженными с одной стороны, могут усиливаться при несильном поколачивании ребром ладони по нижнему краю ребер сзади.

**Боли в суставах** очень часто встречаются у пожилых людей. Боли и деформация мелких суставов кистей рук и стоп характерны для ревматоидного артрита. Очень важным признаком этого заболевания является утренняя скованность - необходимость разминать суставы по утрам для того, чтобы суставы заработали нормально. Боли, иногда очень интенсивные, в области большого пальца стопы и боли в области мышцелка характерны для подагры.

Деформирующий остеоартроз сопровождается болями в области тазобедренных суставов (одного или обоих), затрудняющих ходьбу. Заболевание прогрессирует и может привести к полной обездвиженности. В настоящее время при деформирующем остеоартрозе тазобедренного сустава проводят пересадку искусственного сустава. Сильные, внезапно возникшие боли в тазобедренном суставе могут быть следствием перелома шейки бедра. Этот перелом характерен для пожилых, он может случиться даже при незначительной нагрузке, от резкой перемены положения тела. Как правило у пожилых развивается инволютивный остеопороз - рассасывание костной ткани - кости теряют прочность и становятся ломкими. Наибольшая нагрузка в организме приходится на шейку бедра - эта горизонтальная короткая часть бедренной кости, соединяющая ее с тазом. Вся тяжесть тела давит в поперечном направлении на шейку бедра. Часть нагрузки перераспределяется на мышцы таза и бедра, однако с возрастом мышцы теряют свой тонус, перестают выполнять функцию мышечного каркаса.

Главным признаком перелома шейки бедра, кроме болей, является неестественный выворот стопы наружу, резчайшая боль при попытке потянуть и повернуть ногу за стопу. Делать этого не стоит, так как можно легко спровоцировать болевой шок.

**Нарушения памяти и ориентации** очень характерны для пожилого возраста. Обычно эти явления нарастают исподволь. В случае внезапного появления нарушений сознания у пожилых всегда необходимо исключать гнойную инфекцию - **пиелонефрит**, воспаление легких, гнойный плеврит и т.д. Одновременно с нарушениями сознания могут измениться поведенческие реакции - появляется немотивированная ярость, агрессия. Похожие проявления наблюдаются при печеночной недостаточности с явлениями печеночной энцефалопатии.

Однако часто эти нарушения являются следствием болезни Альцгеймера. При этом пациентки, оставаясь нормальными людьми забывают события, имена, адреса, часто не могут понять, где они находятся. Они могут уйти из дому зимой, забыв одеться, пойти гулять без возврата домой. Они составляют подавляющее большинство пропавших без вести стариков. Без еды, замерзая или попав под машины они оказываются в больнице под грифом "неизвестный", найти их крайне трудно. Одним из способов является ношение медальона с именем, адресом и телефоном, особенно в условиях города.

Еще одним нарушением психики у пожилых является **депрессия**. Она характеризуется безразличием к окружающим событиям, тоской, сонливостью, больной готов лежать в постели сутками не вставая. Иногда депрессия проявляется самобичеванием, повышенной заботливостью, носящей суетливый характер, нередко это ожидание или поиск тяжелого заболевания. В некоторых случаях человек становится слезливым, появляется склонность к рыданиям, стенаниям, обморокам. Особенно опасны маскированные депрессии, которые могут принимать характер различных заболеваний - частые головные боли, головокружения, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, частая смена не выраженной артериальной гипертонии и гипотонии. Основанием для подозрения на депрессию является появление пессимизма, не свойственного пациенту ранее, частая смена настроения в течение суток.

### ***Вопросы к разделу 2. Основы общей гериатрии. Старение и болезни.***

1. Что такое множественность патологии? Приведите примеры.
2. Какое значение имеет полиморбидность при оказании стоматологической помощи больным пожилого возраста?
3. Какие изменения в анатомии и физиологии сердечно-сосудистой системы наблюдаются у людей пожилого возраста?
4. Охарактеризуйте течение ишемической болезни сердца, стенокардии, инфаркта миокарда у больных пожилого возраста.
5. Какие изменения в анатомии и физиологии дыхательной системы наблюдаются у людей пожилого возраста?
6. Охарактеризуйте течение хронического обструктивного заболевания легких, пневмонии, эмфиземы легких у больных пожилого возраста.

7. Какие изменения в анатомии и физиологии пищеварительной системы наблюдаются у людей пожилого возраста?
8. Охарактеризуйте течение хронического гастрита, язвенной болезни, гепатита, цирроза печени, заболеваний кишечника у больных пожилого возраста.
9. Охарактеризуйте особенности старения органов ротовой полости. Опишите взаимосвязь возрастного остеопороза и заболеваний пародонта.

Тесты к разделу 2. *Основы общей гериатрии. Старение и болезни.*

**1. Множественность патологии (полиморбидность) у лиц пожилого возраста это:**

- А) наличие большого числа острых заболеваний;
- Б) сочетание патологии внутренних органов и слизистой оболочки полости рта;
- В) наличие множественных хронических болезней внутренних органов, накопленных в процессе жизни;
- Г) верно Б и В;
- Д) все ответы верны.

**2. Знания о полиморбидности у людей пожилого возраста необходимы врачу – стоматологу потому что:**

- А) это расширяет кругозор врача-стоматолога;
- Б) среди пациентов стоматолога большое количество лиц пожилого и старческого возраста;
- В) наличие сопутствующих соматических заболеваний необходимо учитывать при стоматологическом лечении пациентов в связи с возможным развитием осложнений, неотложных ситуаций;
- Г) все ответы верны.

**3. Для пожилых людей характерны следующие особенности течения заболеваний:** а) более медленное и замаскированное течение заболеваний; б) яркая клиническая картина воспалительных заболеваний (ОРВИ, пневмония); в) влиянием клинически выраженных возрастных процессов в костях и суставах позвоночника; г) скрытым течением катастроф в брюшной полости, требующих неотложного хирургического вмешательства; д) острые заболевания часто приобретают субхроническую форму; е) степень тяжести поражения организма не соответствует мало выраженной симптоматике заболевания; ж) полиморбидность обусловлена наличием большого числа острых заболеваний.

- А) верно а, б, ж;
- Б) верно б, ж;
- В) верно а, в, г, е;
- Г) все ответы верны.

**4. Какие заболевания наиболее характерны для лиц пожилого и старческого возраста?**

- А) атеросклероз, гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет;
- Б) атеросклероз, острый гепатит, сахарный диабет;
- В) атеросклероз, гипертония, тиреотоксикоз, несахарный диабет;
- Г) острый бронхит, калькулезный холецистит, язвенная болезнь 12-перстной кишки.

**5. Назовите основные признаки нестабильного течения стенокардии у лиц пожилого возраста:**

- А) появление болевого приступа в покое
- Б) уменьшение частоты и продолжительности боли;
- В) увеличение частоты и продолжительности боли;
- Г) повышение потребности в нитроглицерине;
- Д) верно А и Б;
- Е) верно А, В и Г.

1. А Б В Г Д	2. А Б В Г Д	3. А Б В Г Д	4. А Б В Г Д	5. А Б В Г Д
--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

6. А Б В Г Д	7. А Б В Г Д	8. А Б В Г Д	9. А Б В Г Д	10. А Б В Г Д
--------------	--------------	--------------	--------------	---------------