Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 17.06.2026 12:00:37
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f31

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ

«Поликлиническая терапия»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Направленность (профиль) ОПОП Лечебное дело

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело, утвержденного Министерством образования и науки РФ 12.08.2020 г., приказ № 988.

2) Учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России 30.04.2021 г., протокол № 4.

3) Профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)», утвержденного Министерством труда и социальной защиты РФ 21.03.2017 г., приказ № 293н.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии «14» мая 2021г. (протокол № 7)

Заведующий кафедрой М.С. Григорович

ученым советом лечебного факультета «17» мая 2021 г. (протокол № 5)

Председатель совета лечебного факультета Э.М. Иутинский

Центральным методическим советом «20» мая 2021 г. (протокол № 6)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:

Зав.кафедрой, профессор, д.м.н.	М.С. Григорович
Доцент кафедры, к.м.н.	Е.Ю. Вычугжанина

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля) 4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля) 4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП 4
1.4. Объекты профессиональной деятельности 5
1.5. Типы задач профессиональной деятельности 5
1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы 6
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы 20
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам) 20
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля) 20
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами/практиками/ГИА 23
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий 24
3.4. Тематический план лекций 24
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 27
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 34
3.7. Лабораторный практикум 35
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ 35
Раздел 4.Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля) 35
4.1. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля) 35
4.1.1. Основная литература 35
4.1.2. Дополнительная литература 35
4.2. Нормативная база 36
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля) 36
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 37
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю) 37
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля) 39
5.1. Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине 40
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) 43
Раздел 7.Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 43
Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 44

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цель дисциплины – освоить теоретические и практические навыки работы врача терапевта-участкового, умеющего грамотно решать амбулаторно-поликлинические вопросы, стоящие перед современным здравоохранением. Использовать принципы и методы формирования здорового образа жизни человека и семьи. Соблюдать требования врачебной этики и деонтологии при проведении экспертных, оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий в условиях поликлиники и на дому.

1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)

– формирование практических навыков, направленных на предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

– обучение проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

– привитие навыков диагностики заболеваний и патологических состояний пациентов в условиях поликлиники;

– обучение проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

– формирование навыков ведения медицинской документации в медицинских организациях;

– обучение оказанию первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

– назначение обследования, лечения, диспансерного наблюдения пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи.

– совершенствование навыков оказания первичной врачебной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

– участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

– решение вопроса о проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

– способствование приобретению профессиональных навыков, нацеленных на формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

– формирование практических навыков, необходимых для самостоятельной работы врача - терапевта участкового в условиях поликлиники и на дому;

– совершенствование технологии амбулаторного приема и коммуникативных навыков, соблюдение деонтологических аспектов в работе с пациентами;

– определение медицинских показаний к госпитализации пациентов в стационары и маршрутизация при направлении на консультации в специализированные и иные медицинские организации.

1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Поликлиническая терапия» относится к блоку Б1: Дисциплины части, формируемой участниками образовательных отношений.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: Пропедевтика внутренних болезней; Лучевая диагностика и терапия; Факультетская терапия, профессиональные болезни; Госпитальная терапия, эндокринология; Клиническая фармакология.

Знания, полученные в ходе освоения дисциплины, необходимы для прохождения клинической практики «Производственная практика. Практика общеврачебного профиля», государственной итоговой аттестации.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

-физические лица (пациенты)

-население;

-совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

1.5. Типы задач профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к решению задач профессиональной деятельности следующих типов:

-медицинский;

-организационно-управленческий.

1.6. Планируемые результаты освоения программы - компетенции выпускников, планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), обеспечивающие достижение планируемых результатов освоения программы

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Результаты освоения ОПОП (индекс и содержание компетенции)	Индикатор достижения компетенции	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства		№ раздела дисциплины, № семестра, в которых формируется компетенция
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИД УК 1.1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними.	основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	— выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления; — осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, экспери мента и опыта; – производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты; – определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и	— технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий; — навыками критического анализа.	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)	Раздел № 1,2 Семестр № В,С

				предлагать способы их решения;				
		ИД УК 1.2. Находит и критически анализирует информацию, необходимую для решения задачи.	основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	— выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления; — осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, экспери мента и опыта; – производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты; – определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	— технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий; — навыками критического анализа.	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)	Раздел № 1,2 Семестр № В,С
		ИД УК 1.3.	основные методы	— выявлять проблемные	— технологиями выхода	Тестовые задания	Тестовые задания, прием	Раздел № 1,2

		Разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.	критического анализа; методологию системного подхода.	ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления; — осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, экспери мента и опыта; – производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты; – определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий; — навыками критического анализа.		практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)	Семестр № В,С
2	ПК-1. Способен осуществлять мероприятия по предупреждению возникновения заболеваний	ИД ПК 1.1. Организует и проводит иммунопрофилактику инфекционных заболеваний у	- принципы предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения	проводить профилактические и противоэпидеми ческие мероприятия; организовывать защиту	методами оценки медикотактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (	Раздел № 1,2 Семестр № В,С

	среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий	взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	профилактических и противоэпидемических мероприятий; - принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, - правила оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.		задача, включающая вопросы с вариантами ответов)	
		ИД ПК 1.2. Определяет медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и	медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту	Проводить ограничительные мероприятия (карантин) и направлять к врачу-специалисту	Навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с	Раздел № 1,2 Семестр № В,С

		показания для направления к врачу-специалисту			показаний для направления к врачу-специалисту		вариантами ответов)	
		ИД ПК 1.3. Назначает профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Объем профилактических мероприятий, показанных пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Назначить профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Навыком назначения профилактических мероприятий пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)	Раздел № 1,2 Семестр № В,С
3	ПК-2. Способен проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и	ИД ПК 2.1. Проводит медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья,	нормативные документы, регулирующие проведение профилактических медосмотров, диспансеризации	организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и	навыком проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача,	Раздел № 1 Семестр № В

	диспансерное наблюдение за взрослыми	в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами	населения и диспансерного наблюдения за хроническими больными; правила проведения и требования к объему мероприятий при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными.	диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.		включающая вопросы с вариантами ответов)	
		ИД ПК 2.2. Проводит диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска	Теоретические основы диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Методикой проведения диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)	Раздел № 1 Семестр № В

		их развития			факторов риска их развития			
		ИД ПК 2.3. Проводит диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Теоретические основы диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Методикой проведения диспансерного наблюдени пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков- собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)	Раздел № 1 Семестр № В
4	ПК-3. Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении среднего	ИД ПК 3.1 Оформляет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде	Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому	Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного	Проведение анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности. Ведение медицинской документации, в том	Тестовые задания.	Тестовые задания.	Раздел № 1,2 Семестр № В,С

	медицинского персонала		при вызове медицинского работника. Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организация медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правила работы в информационных системах и информационно-	населения. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде. Контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Использовать в профессионально деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет. Законодательство Российской Федерации в	числе в электронном виде контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.			

			телекоммуникационной сети «Интернет».	сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки.				
		ИД ПК 3.2. Проводит анализ данных паспорта врачебного участка,	Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих	Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности	Проведение анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности.	Тестовые задания	Тестовые задания	Раздел № 1 Семестр № В

		медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения	медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организация медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правила работы в информационных системах и	и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде. Контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть	Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.			

			информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».	«Интернет. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки.				
		ИД ПК 3.3. Контролирует	Правила оформления	Проводить анализ	Проведение анализа	Тестовые задания	Тестовые задания	Раздел № 1 Семестр № В

		выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками	медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организация медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове	медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения. Заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде. Контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Использовать в профессионально деятельности	показателей заболеваемости, инвалидности и смертности. Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской			

			медицинского работника. Правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».	информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников. Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения,	деятельности в пределах должностных обязанностей.			

				порядок их вычисления и оценки.				

Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 7 зачетных единиц, 252 час.

Вид учебной работы			Всего часов	Семестры	
				B	C
1			*2*	*3*	*4*
Контактная работа (всего)			168	120	48
в том числе:					
Лекции (Л)			24	24	-
Практические занятия (ПЗ)			144	96	48
Самостоятельная работа (всего)			48	24	24
В том числе:					
Подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю по теме занятия.			16	8	8
Подготовка к промежуточной аттестации.			12	6	6
Написание амбулаторной карты.			10	5	5
Решение кейсовых заданий			10	5	5
Вид промежуточной аттестации	экзамен	контактная работа	3	-	3
		самостоятельная работа	33	-	33
Общая трудоемкость (часы)			252	144	108
Зачетные единицы			7	4	3

Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела(темы разделов)
1	2	3	4
1.	ПК-1 ПК-2 ПК-3	Основы поликлинической терапии	1. Введение в дисциплину «Поликлиническая терапия» **Тема 1.1:**Организация деятельности поликлиники и врача терапевта участкового и его взаимодействие с другими подразделениями поликлиники. **Тема 1.2:**Оказание неотложной помощи на амбулаторном этапе: ОКС, ИМ, ТЭЛА, ГК, кардиогенный шок. **Тема 1.3:**Профилактика, онкоскрининг и ранняя диагностика онкозаболеваний в практике врача терапевта участкового. Работа смотрового кабинета. Диспансеризация определенных групп взрослого населения. 2. Диспансеризация и диспансерное наблюдение в работе врача-терапевта поликлиники. Реабилитация. Санаторно-курортное лечение. **Тема2.1:**Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры в рамках новой модели медицинской организации,

			оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском. **Тема2.2:**Медицинская реабилитация в амбулаторной практике. **Тема 2.3:**Научно-обоснованные принципы современной медицинской профилактики и диспансерного наблюдения. 3. Экспертиза нетрудоспособности в поликлинической практике **Тема3.1:**Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листа нетрудоспособности. **Тема3.2:**Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике. 4. Паллиативная медицина. **Тема4.1:**Паллиативная помощь в амбулаторных условиях. 5. Особенности работы участкового терапевта с пациентами разных групп населения, в т.ч. с пациентами геронтологического контингента, беременными. **Тема5.1:**Гериатрические синдромы. Показания направления к гериатру. **Тема5.2:**Герипрофилактика и современные подходы при оказании медицинской помощи пожилым гражданам. **Тема5.3.**Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена. Выявление экстрагенитальной патологии.
2.	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-3	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	1. Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов дыхания. **Тема1.1.**Острые респираторные инфекции, грипп, новая коронавирусная инфекция COVID-19. Медицинская экспертиза. Лечение. Профилактика. **Тема1.2:**Пневмонии в амбулаторной практике. Диагностика и преемственность амбулаторного и госпитального звена в практическом здравоохранении. Медицинская экспертиза. Лечение. Диспансерное наблюдение. **Тема1.3:**Амбулаторное ведение пациентов с обструктивными заболеваниями легких. Лечение в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.

			Профилактика. 2. Поликлиническая тактика ведения больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. **Тема2.1:**Алгоритм диагностики АГ, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение пациентов с АГ. **Тема2.2:**Амбулаторное ведение пациентов с ИБС. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение. **Тема2.3:** Ишемическая болезнь сердца. Тактика ведения пациентов в Амбулаторное ведение пациентов с ФП. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение. **Тема2.4:**Амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе. Диспансерное наблюдение. Профилактика осложнений. 3. Поликлиническая тактика ведения пациентов ревматологического профиля. **Тема3.1:**Амбулаторное ведение пациентов с суставным синдромом и болями в спине. Алгоритм дифференциальной диагностики первичного пациента. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности. 4. Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями органов пищеварения. **Тема4.1:**Ведение пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, с функциональной патологией в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов с патологией ЖКТ. **Тема4.2:**Диспансерное наблюдение пациентов с патологией печени и поджелудочной железы в амбулаторной практике врача терапевта участкового. 5. Поликлиническая тактика ведения пациентов с заболеваниями мочевыделительной системы. **Тема5.1:** Мочевой синдром и хроническая болезнь почек в амбулаторно-поликлинической практике. **Тема5.2:** Амбулаторное ведение пациентов с гломерулонефритом; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение. Хроническая болезнь почек. **Тема5.3:** Амбулаторное ведение пациентов с

			пиелонефритом и мочекаменной болезнью; медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика. 6. Поликлиническая тактика ведения пациентов с анемиями. **Тема6.1:**Амбулаторное ведение пациентов с мочевым синдромом, ХБП. 7. Поликлиническая тактика ведения пациентов эндокринологического профиля. **Тема7.1:**Амбулаторное ведение пациентов с нарушениями углеводного обмена (преддиабет, сахарный диабет, ожирение, метаболическйм синдром), ранняя диагностика, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений. 8. Цереброваскулярные болезни в практике участкового врача. **Тема8.1:**Ведение пациентов с цереброваскулярной болезнью, когнитивными расстройствами, головокружениями, расстройствами сна в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Профилактика ОНМК в практике врача терапевта-участкового. 9. Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями. Вакцинация. **Тема9.1:**Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями неясного генеза **Тема9.2:**Противоэпидемическая работа на терапевтическом участке. Вакцинация в практике врача – терапевта участкового. Работа кабинета вакцинопрофилактики, процедурного кабинета. Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях: анафилактические реакции, анафилактический шок.

3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами/практиками/ГИА

№ п\п	Наименование обеспечиваемых (последующих) Дисциплин/практик/ГИА	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин/практик/ГИА	
		1	2

1	Производственная практика. Практика общеврачебного профиля	+	+
2	ГИА	+	+

3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)			Л	ПЗ	СРС	Всего часов
1	2			3	4	5	6
1	Основы поликлинической терапии			10	36	18	64
2	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии			14	108	30	152
3	Вид промежуточной аттестации:	экзамен	контактная работа				3
			самостоятельная работа				33
	Итого:			24	144	48	252

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				сем. №B	сем. №C
1	2	3	4	11	12
1	Основы поликлинической терапии	Научно-обоснованные принципы современной медицинской профилактики и диспансерного наблюдения.	Диспансеризация населения: научные основы, структура и содержание, принципы формирования диспансерных (первичная и вторичная профилактика) групп. Роль участкового (цехового) терапевта в охране здоровья населения, улучшения демографических показателей. Диспансеризация, критерии эффективности. Диспансеризация, профилактический медицинский осмотр и формирование ЗОЖ в деятельности врача первичного звена здравоохранения.	2	-
2	Основы поликлинической терапии	Организация работы поликлиники и деятельности врача терапевта участкового.	Поликлиническая терапия - ведущая дисциплина в подготовке врача общей практики. Организация терапевтической службы в РФ. Совершенствование на догоспитальном этапе форм и методов организации терапевтической помощи населению. Основные нормативные показатели деятельности. Организация работы поликлиники. Внестационарные виды медицинской помощи. Функциональные обязанности участкового терапевта. Должностные обязанности врача общей практики. Учетно-отчетная документация в поликлинике.	2	-
3	Основы поликлинической терапии	Геripрофилактика и современные подходы при оказании медицинской помощи	Возрастная градация. Анатомо-физиологические особенности. Гериатрические синдромы, раннее выявление синдрома старческой астении. Показания для консультации врача – гериатра. Особенности течения соматических заболеваний, лечения,	2	-

		пожилым гражданам.	отличия от терапии в более молодом возрасте. Социальные аспекты инвалидности в этих возрастных группах. Вопросы этики и деонтологии. Особенности фармакотерапии лиц пожилого и старческого возраста. Фармакокинетика и фармакодинамика лекарственных средств. Правило малых доз в гериатрии. Профилактика осложнений от медикаментозной терапии.		
4	Основы поликлинической терапии	Основы экспертизы временной нетрудоспособности.	Общие, организационные и законодательные аспекты экспертизы трудоспособности. Значение медицинских и социальных критериев. Принципы определения длительности временной нетрудоспособности. Порядок оформления документов при различных ее видах. Листок нетрудоспособности, его функции, порядок выдачи и продления. Функции и обязанности должностных лиц поликлиники, участвующих в вопросах экспертизы трудоспособности. Структура и функция ВК. Экспертиза временной нетрудоспособности. О совершенствовании экспертизы временной нетрудоспособности. Типичные ошибки и трудности.	2	-
5	Основы поликлинической терапии	Клинико-экспертная работа и принцип МСЭ в амбулаторной практике.	Структура и функции МСЭ. Нормативная база. Принципы выявления стойкой нетрудоспособности. Критерии к установлению группы инвалидности (степень нарушения функций, ограничения жизнедеятельности). Виды экспертных решений. Инвалидность, ее структура. Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитации инвалидов, возможности и перспективы. Реабилитационный прогноз. Реабилитационный потенциал. Оценка проведенных реабилитационных мероприятий. Особенности формулировки экспертного диагноза. Порядок направления на МСЭ, выбор оптимального срока. Оформление направления на МСЭ, листа нетрудоспособности.	2	-
6	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Ведение пациентов с острыми респираторными инфекциями, пневмонией, COVID-19 в амбулаторной практике.	Острые респираторные заболевания. Отличительные особенности клинических проявлений гриппа и других респираторных инфекций (риновирусной, аденовирусной, респираторно-синтициальной инфекции, парагриппа). Возможности их дифференцирования в поликлинике. Лечение. Показания к госпитализации, ВН и ее длительность. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности. Первичная профилактика гриппа и ОРВИ. Диспансерное	2	-

			наблюдение. Профилактика. Острый тонзилит, клиника, диагностика. Диф. диагноз ангины от других заболеваний, протекающих с поражением образований ротоглотки, методы диагностики этих заболеваний. Лечение. Тактика участкового терапевта при подозрении на дифтерию и положительном посеве из зева. Осложнения ангины, ранние и поздние. ВН при ангине, ее сроки. Диспансерное наблюдение. Острый бронхит, диагностика, лечение, профилактика, сроки ВН. Пневмонии. Новая коронавирусная инфекция. Клинические, лабораторные и рентгенологические методы диагностики. Показания для госпитализации. Лечение. Принцип выбора антибактериальной терапии, оценка ее эффективности. ВН, ее оптимальные сроки, факторы, влияющие на ее длительность. Диспансерное наблюдение.		
7	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Лихорадки и субфебрильные состояния неясного генеза в амбулаторной практике врача.	Лихорадка и субфебрилитет, сущность понятий, причины их развития (инфекционные, неинфекционные), диагностический поиск. Организация вакцинации в практике участкового врача. Национальный календарь прививок.	2	-
8	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями сердца врачом терапевтом участковым.	Причины возможного повышения артериального давления: функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазоренальные, ренальные, эндокринные, церебральные). Пограничные артериальные гипертензии. Объем обследования в поликлинике для установления диагноза. Тактика ведения пациента с впервые выявленным повышением АД в условиях поликлиники. Осложнения гипертонической болезни, показания к госпитализации. Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с артериальной, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией. Профилактика осложнений. Гипертонические кризы. Показания для госпитализации. Купирование гипертонического криза на дому и в поликлинике. Экспертиза нетрудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство. Диспансерное наблюдение. Варианты ИБС по классификации ВОЗ, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники. Диагностика стабильной стенокардии в амбулаторных условиях. Показания к	2	-

			направлению на коронарографию. Лечение ИБС, консервативное и оперативное. Реабилитация после оперативного лечения. Диспансерное наблюдение. Профилактика осложнений. Экспертиза нетрудоспособности, выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Нарушение ритма и проводимости сердца. Тактика врача поликлиники при выявлении пациента с аритмическим синдромом. Лечение медикаментозное и немедикаментозное. Экспертиза нетрудоспособности. Показания направления на МСЭ. Профилактика. Диспансерное наблюдение.		
9	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Цереброваскулярные болезни, когнитивные расстройства, головокружения и расстройства сна в практике участкового врача.	Цереброваскулярные болезни (ЦВБ), определение понятия, виды, острые, хронические формы, причины возникновения, факторы риска, клинические проявления острых и хронических форм, диагностика и лечение в условиях поликлиники, профилактика, диспансерное наблюдение, реабилитация пациентов, перенесших ОНМК, экспертиза нетрудоспособности, длительность ВН, показания для направления на МСЭ, СКЛ.	2	-
10	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Медицинская реабилитация в амбулаторной практике.	Медицинская реабилитация в амбулаторной практике.	2	-
11	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Паллиативная помощь в амбулаторных условиях.	Паллиативная помощь, современное представление, организации паллиативной помощи в России. Основные проблемы паллиативной помощи в России, в частности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи.	2	-
12	Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Дифференциальная диагностика и особенности ведения пациентов с анемическим синдромом.	Анемический синдром. Диагностика и диф.диагностика железодефицитной и В12-дефицитной анемий в практике врача – терапевта участкового. Выявление причины анемии, дифференцированное медикаментозное и немедикаментозное лечение, показание к госпитализации, профилактика, диспансерное наблюдение, временная и стойкая нетрудоспособность.	2	-
Итого:				24	-

3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)

№ п/п	№ раздела дисциплины		Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)

		Тематика практических занятий (семинаров)		сем. № В	сем. № С
1	2	3	4	5	6
1	1	Организация деятельности поликлиники и врача терапевта участкового и его взаимодействие с другими подразделениями поликлиники.	Знакомство с организацией и содержанием работы врача-терапевта участкового по оказанию медицинской помощи в поликлинике, на дому. Знакомство с положением участкового врача-терапевта. Собеседование с группой по перспективному и текущему планированию работы участкового врача-терапевта. Организация и содержание работы специализированных кабинетов в поликлиники: пульмонологического, кардиологического, инфекционного и др. Организация рабочего места врача на принципах «бережливого производства». Знакомство с учетно-отчетной документацией в поликлинике, регламентирующими приказами, инструкциями. Собеседование по паспортизации населения территориального участков. Содержание основных разделов паспорта участкового врача-терапевта. Собеседование по организации стат. учета и анализу заболеваемости населения на терапевтическом участке. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
2	1	Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры в рамках новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.	Контингенты населения, подлежащие диспансерному наблюдению. Основные формы и порядок оформления медицинской документации на диспансерных больных. Собеседование по анализу эффективности диспансеризации на участке. Навыки эффективного общения. Работа в отделении/кабинете профилактики, в кабинете доврачебного приема. Анкетирование пациентов, выявление факторов риска. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
3	1	Гериатрические синдромы. Показания направления к гериатру.	Обсуждение вопросов старения организма, возрастных изменений в органах и системах. Выявление гериатрических синдромов, определение показаний направления к гериатру. Обсуждение вопросов социальной адаптации. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
4	1	Медицинская экспертиза. Экспертиза временной	Выявление признаков временной нетрудоспособности (ВН). Принципы определения длительности ВН. Правила оформления	6, в т.ч. 3 часа на	

		нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листа нетрудоспособности.	документации при выдаче листа нетрудоспособности. Знакомство со структурой и функцией ВК. Участие в вопросах экспертизы трудоспособности. Выявление противопоказанных факторов в профессиональном труде. Тематический разбор пациента с признаками временной нетрудоспособности и оформление листа нетрудоспособности. Практическая подготовка.	практическую подготовку	
5	1	Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике.	Знакомство с организацией и содержанием работы МСЭ, с их экспертными заключениями. Особенности оформления клинико-экспертного диагноза. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, нарушенных функций организма, вида и степени ограничения жизнедеятельности. Определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза. Порядок направления на МСЭ, выбор оптимального срока. Оформление медицинской документации при направлении пациентов на МСЭ. Тематический разбор пациента с признаками стойкой нетрудоспособности. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
6	1	Противоэпидемическая работа на терапевтическом участке. Вакцинация в практике врача – терапевта участкового. Работа кабинета вакцинопрофилактики, процедурного кабинета. Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях: анафилактические реакции, анафилактический шок.	Организация вакцинации в практике участкового врача. Национальный календарь прививок. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
7	2	Острые респираторные инфекции, грипп, новая коронавирусная инфекция COVID-19. Медицинская экспертиза. Лечение. Профилактика.	Диагностика острых респираторных заболеваний, острого тонзиллита, острого бронхита. Определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, ее оптимальные сроки, факторы, влияющие на ее длительность. Определение критериев выздоровления и восстановления трудоспособности. Диспансерное наблюдение при остром тонзиллите. Выделение диагностических критериев гриппа. Определение показаний к госпитализации. Обсуждение особенностей ведения разных категорий пациентов в амбулаторных	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	

			условиях. Обсуждение принципов профилактики. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		
8	2	Пневмонии в амбулаторной практике. Диагностика и преемственность амбулаторного и госпитального звена в практическом здравоохранении. Медицинская экспертиза. Лечение. Диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев разного вида пневмоний. Составление плана диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими пневмонию. Обсуждение вопросов ВН, дифференцированного лечения, профилактики. Разбор Р-грамм легких с пневмониями. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
9	2	Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями неясного генеза	Лихорадка и субфебрилитет, сущность понятий, причины их развития (инфекционные, неинфекционные), диагностический поиск. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
10	2	Амбулаторное ведение пациентов с обструктивными заболеваниями легких. Лечение в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение. Профилактика.	Выделение диагностических критериев БА. Определение тактики лечения в амбулаторных условиях, показаний к госпитализации. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Проведение анализа показателей ФВД, пикфлоуметрии при бронхоспастическом синдроме. Тематический разбор пациента с анализом так- тики ведения его в условиях поликлиники. Выделение диагностических критериев хронического необструктивного бронхита и ХОБЛ (различных типов). Выявление осложнений, скрытых, ранних форм «легочного сердца» (легочной гипертензии). Определение тактики лечения в амбулаторных условиях, показаний к госпитализации. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Проведение анализа показателей ФВД при бронхообструктивном синдроме. Оценка показателей газового состава крови. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
11	2	Алгоритм диагностики АГ,	Определение алгоритма диагностики АГ и тактики ведения пациентов в условиях	6,	

		медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение пациентов с АГ.	поликлиники. Оценка поражения органов мишеней. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
12	2	Амбулаторное ведение пациентов с ИБС. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев ИБС, стабильной стенокардии. Определение тактики ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
13	2	Амбулаторное ведение пациентов с ФП. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.	Составление алгоритма диагностики нарушений ритма и проводимости сердца. Определение тактики ведения в условиях поликлиники. Оценка прогноза. Выявление показаний к госпитализации в аритмический центр. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
14	2	Амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе. Диспансерное наблюдение. Профилактика осложнений.	Выделение диагностических критериев сердечной недостаточности (СН), определение признаков застойной СН. Определение тактики ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выявление показаний для стационарного лечения. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, направления на МСЭ, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
15	2	Оказание неотложной помощи на амбулаторном этапе: ОКС, ИМ, ТЭЛА, ГК, кардиогенный шок.	Выделение диагностических критериев острого коронарного синдрома. Обсуждение тактики врача-терапевта поликлиники при диагностике острого коронарного синдрома: нестабильной стенокардии, ИМ. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации. Обсуждение вопросов реабилитации на постгоспитальном этапе пациентов с острым коронарным синдромом. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения. Разбор ЭКГ-лент с острым коронарным синдромом, и ИМ в частности.Выделение диагностических критериев неотложных состояний: тромбоэмболии легочной артерии, кардиогенного шока, острой	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	

			левожелудочковой сердечной недостаточности, острой сосудистой недостаточности. Составление алгоритмов оказания первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях. Решение ситуационных задач. Практическая подготовка.		
16	2	Ведение пациентов с цереброваскулярной болезнью, когнитивными расстройствами, головокружениями, расстройствами сна в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Профилактика ОНМК в практике врача терапевта-участкового.	Систематизация знаний студентов по тактике ведения пациентов с ЦВБ в практике врача терапевта участкового. Алгоритмы ведения пациентов с ЦВБ на фоне сопутствующей патологии. Клиническая картина, диагностика, лечение, тактика при подозрении на ОНМК, реабилитация. Экспертиза временной нетрудоспособности, ее длительность. Экспертиза стойкой нетрудоспособности, показания для направления на МСЭ. Профилактика осложнений. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Первичная и вторичная профилактика. Показания для санаторно-курортного лечения.Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
17	2	Профилактика, онкоскрининг и ранняя диагностика онкозаболеваний в практике врача терапевта участкового. Работа смотрового кабинета. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.	Работа в смотровом кабинете, осмотр всех граждан, впервые обратившихся в текущем году в амбулаторно-поликлиническое учреждение с целью раннего выявления онкопатологии. Составление плана дополнительного обследования при подозрении на онкозаболевание. Участие в санпросветработе. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
18	2	Амбулаторное ведение пациентов с анемическим синдромом.	Выделение диагностических критериев железодефицитной и В12-дефицитной анемий в поликлинических условиях. Обсуждение принципов лечения анемий, определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, обсуждение критериев выздоровления и трудоспособности. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов профилактики, диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
19	2	Амбулаторное ведение пациентов с	Выявление мочевого синдрома в условиях поликлиники. Выделение диагностических критериев гломерулонефрита (острого,		6, в т.ч. 3 часа

		мочевым синдромом, ХБП.	подострого, хронического), выявление нефритического и нефротического синдромов, выявление и определение стадии ХБП. Обсуждение принципов лечения гломерулонефритов, ХБП, определение показаний к гемодиализу. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Выделение диагностических критериев заболеваний почек: пиелонефрита, МКБ. Обсуждение принципов лечения пиелонефрита, МКБ, определение показаний к оперативному лечению. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетру-доспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.		на практическую подготовку
20	2	Амбулаторное ведение пациентов с нарушениями углеводного обмена (преддиабет, сахарный диабет, ожирение, метаболическйм синдром), ранняя диагностика, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.	Выделение диагностических критериев СД, ожирения, метаболического синдрома. Обсуждение вопросов ранней диагностики заболеваний, выявления осложнений, принципов лечения, определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, и стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов профилактики, диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
21	2	Ведение пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, с функциональной патологией в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов с патологией ЖКТ.	Выделение диагностических критериев кислотозависимых заболеваний (КЗЗ): ГЭРБ, гастрит, ЯБ, НПВП-гастропатии. Составление алгоритма действий участкового терапевта при возникновении осложнений ЯБ (кровотечения, стеноза привратника, пенетрации). Определение показаний к оперативному лечению ЯБ. Выявление признаков ВН при КЗЗ, обсуждение ее сроков, выявление признаков стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку

			Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		
22	2	Диспансерное наблюдение пациентов с патологией печени и поджелудочной железы в амбулаторной практике врача терапевта участкового.	Выделение диагностических критериев заболеваний гепатобилиарной системы, поджелудочной железы: хронических гепатитов, циррозов, хронического холецистита, дискинезий желчных путей, ЖКБ, хронического панкреатита, рака поджелудочной железы. Обсуждение принципов лечения заболеваний, определение показаний к оперативному лечению ЖКБ. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
23	2	Амбулаторное ведение пациентов с суставным синдромом и болями в спине. Алгоритм дифференциальной диагностики первичного пациента. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.	Составление алгоритма дифференциальной диагностики суставного синдрома. Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и сопутствующей патологией. Дифференциальная диагностика поражения суставов (при ревматоидном артрите, остеоартрозе, подагре, ревматической болезни сердца). Обсуждение дифференцированного лечения суставного синдрома, медикаментозного и немедикаментозного. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение принципов диспансерного наблюдения. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
24	2	Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена. Выявление экстрагенитальной патологии.	Определение тактики обследования беременных в зависимости от соматического фона, наличия токсикозов и экстрагенитальной патологии. Обсуждение вопросов медицинского показания к прерыванию беременности. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
Итого:				96	48

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	В	Основы поликлинической терапии	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему	9

			контролю по теме занятия. Подготовка к промежуточной аттестации. Написание амбулаторной карты.	
2		Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю по теме занятия. Подготовка к промежуточной аттестации. Решение кейсовых заданий	15
Итого часов в семестре:				24
1	С	Основы поликлинической терапии	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю по теме занятия. Подготовка к промежуточной аттестации. Написание амбулаторной карты.	9
2		Вопросы частной патологии в поликлинической терапии	Подготовка к занятиям, подготовка к текущему контролю по теме занятия. Подготовка к промежуточной аттестации. Решение кейсовых заданий	15
Итого часов в семестре:				24
Всего часов на самостоятельную работу:				48

3.7. Лабораторный практикум

Не предусмотрен

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ

Не предусмотрены

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

4.1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.1.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

4.1.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2.	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую по-мощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3.	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экс-пертизу. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

4.2. Нормативная база

1. Бойцов С.А., Драпкина О.М., Калинина О.М. и др. Организация проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. - Москва, 2017г.
2. Диспансерное наблюдение больных хроническими неинфекционными заболеваниями и пациентов с высоким риском их развития. Методические рекомендации (краткий вариант). Под ред. С.А. Бойцова и А.Г. Чучалина. Москва, 2016г.
3. Меморандум экспертов Российского кардиологического общества по рекомендациям Европейского кардиологического общества/Европейского общества по артериальной гипертензии по лечению артериальной гипертензии, 2020 г.
4. Клинические рекомендации Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.
5. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и леченияатеросклероза. Российские рекомендации VI пересмотр, 2017 г.
6. Клинические рекомендации Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2020 г.
7. Клинические Рекомендации Фибрилляция и трепетание предсердий у взрослых, 2020 г.
8. Клинические рекомендации Хроническая обструктивная болезнь легких, 2018 г.
9. Клинические рекомендации Бронхиальная астма, 2021 г.
10. Клинические рекомендации Хроническая болезнь почек, 2021 г.
11. Клинические рекомендации Старческая астения, 2020 г.
12. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Москва, 2017.
13. и другие клинические рекомендации.

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)

- Сайт Большая медицинская библиотека http://med-lib.ru
- Сайт Российского научного медицинского общества терапевтов https://rnmot.ru/
- Сайт Всероссийского научного общество кардиологов www.scardio.ru
- Сайт Российского респираторного общества www.pulmonology.ru
- Сайт Российской гастроэнтерологической ассоциации www.gastro.ru
- Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра: www.rgnkc.ru
- Сайт Национального медицинского исследовательского центра профилактической медици-ны www.gnicpm.ru
- Сайт НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН https://rheumatolog.su/
- Сайт Российского онкологического научного центра им. Н. Н. Блохина" РАМН http://www.ronc.ru
- Сайт ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России https://www.endocrincentr.ru/
- Сайт Государственный реестр лекарственных средств http://www.grls.rosminzdrav.ru
- Сайт «Формулярная система России» http://www.formular.ru
- Образовательный сайт КГМУ http://www.kirovgma.ru

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются: мультимедийные презентации, видеозаписи, видеолекции, связанные с программой курса.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:
1. Договор MicrosoftOffice (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор MicrosoftOffice (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор MicrosoftOffice (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус KasperskyEndpointSecurity для бизнеса – Стандартный RussianEdition. 150-249 Node 1 yearEducationalRenewalLicense, срок использования с 29.04.2021 до 24.08.2022 г., номер лицензии 280E-210429-102703-540-3202,
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессроч-ный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: http://www.e-library.ru/.
2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».

3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: http://elib.kirovgma.ru/.
4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: http://www.studmedlib.ru.
5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: http://www.biblioclub.ru.
6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/
7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: http://ibooks.ru.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	№ 819 г. Киров, ул.Карла Маркса,112 (3 корпус) № 305 г.Киров, ул.Карла Маркса, 137 (1 корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).1 компьютер с выходом в Интернет; проектор,экран, звукоусилительная аппаратура, демонстрационные телевизоры.
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	№ 621 г. Киров, ул. Карла Маркса,112(3 корпус) № 218,219 г.Киров, ул. Щорса, 64 №314, г.Киров, ул.Молодой Гвардии, 98 Пом.№7, 12 г.Киров, ул.Карла Маркса, 47	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	№ 621 г. Киров, ул. Карла Маркса,112(3 корпус) № 218,219 г.Киров, ул. Щорса, 64 №314, г.Киров, ул.Молодой Гвардии, 98 Пом.№7, 12 г.Киров, ул.Карла Маркса, 47	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	№ 621 г. Киров, ул. Карла Маркса,112(3 корпус) № 218,219 г.Киров, ул. Щорса, 64 №314, г.Киров, ул.Молодой Гвардии, 98 Пом.№7, 12 г.Киров, ул.Карла Маркса, 47	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых

		документов и справочных материалов
помещения для самостоятельной работы	Читальный зал г. Киров, ул.Карла Маркса,137 (1 корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой с возможностью выхода к сети «Интернет» и доступом в электронную информационно- образовательную среду вуза. ПК для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс".

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется напрактические занятия.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по поликлинической терапии.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем:«Организация работы поликлиники и деятельности врача терапевта участкового», «Герипрофилактика и современные подходы при оказании медицинской помощи пожилым гражданам», «Клинико-экспертная работа и принцип МСЭ в амбулаторной практике», «Ведение пациентов с острыми респираторными инфекциями, пневмонией, COVID-19 в амбулаторной практике», «Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями сердца врачом терапевтом участковым», «Цереброваскулярные болезни, когнитивные расстройства, головокружения и расстройства сна в практике участкового врача», «Медицинская реабилитация в амбулаторной практике», «Паллиативная помощь в амбулаторных условиях», «Дифференциальная диагностика и особенности ведения пациентов с анемическим синдромом» и другие.

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену,а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем:«Научно-обоснованные принципы современной медицинской профилактики и диспансерного наблюдения»,«Основы экспертизы временной нетрудоспособности»,«Лихорадки и субфебрильные состояния неясного генеза в амбулаторной практике врача», и другие.

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области поликлинической терапии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по теме: Организация деятельности поликлиники и врача терапевта участкового и его взаимодействие с другими подразделениями поликлиники и другие.

- семинар-дискуссия по теме Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями неясного генеза

- практикум по теме: Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листа нетрудоспособности и другие.

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Поликлиническая терапия» и включает подготовку к занятиям, соответственно тематическому плану, написание рефератов, амбулаторных карт, подготовку к текущему контролю.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Поликлиническая терапия» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры.Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, оформляют амбулаторную карту, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата, учебной истории болезни способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, во время клинических разборов, решения типовых ситуационных задач, тестовогоконтроля.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, проверки практических умений, решения ситуационных задач, оценки портфолио.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

5.1.Методика применения электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при проведении занятий и на этапах текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине

Применение электронного обучения и дистанционных образовательных технологий по дисциплине осуществляется в соответствии с «Порядком реализации электронного обучения и дистанционных образовательных технологий в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России», введенным в действие 01.11.2017, приказ № 476-ОД.

Дистанционное обучение реализуется в электронно-информационной образовательной среде Университета, включающей электронные информационные и образовательные ресурсы, информационные и телекоммуникационные технологии, технологические средства, и обеспечивающей освоение обучающимися программы в полном объеме независимо от места нахождения.

Электронное обучение (ЭО) – организация образовательной деятельности с применением содержащейся в базах данных и используемой при реализации образовательных программ информации и обеспечивающих ее обработку информационных технологий, технических средств, а также информационно-телекоммуникационных сетей, обеспечивающих передачу по линиям связи указанной информации, взаимодействие обучающихся и преподавателя.

Дистанционные образовательные технологии (ДОТ) – образовательные технологии, реализуемые в основном с применением информационно-телекоммуникационных сетей при опосредованном (на расстоянии) взаимодействии обучающихся и преподавателя. Дистанционное обучение – это одна из форм обучения.

При использовании ЭО и ДОТкаждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения,при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательномсайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line»и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи собучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ЭО и ДОТ:

№ п/п	*Виды занятий/работ*	*Виды учебной работы обучающихся*	
		Контактная работа (on-line и off-line)	*Самостоятельная работа*

1	Лекции	- веб-лекции (вебинары) - видеолекции - лекции-презентации	- работа с архивами проведенных занятий - работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы - веб-тренинги - видеозащита работ	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю - выполнение тематических рефератов и эссе
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Проверочные, самостоятельные работы	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение проверочных / самостоятельныхработ -написание карты амбулаторного пациента

При реализации программы или ее частей с применением электронного обучения и дистанционных технологий кафедраведет учет и хранение результатовосвоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-lineили off-line).

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя,ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеютв основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а такжепризваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработавсоответствующий учебный материал по

источникам, рекомендуемым программой.

Основнымметодом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическимиматериалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формойпромежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзаменеобучающиеся должны продемонстрировать не только теоретическиезнания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечнякомпетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Раздел 8. Особенности учебно-методического обеспечения образовательного процесса по дисциплине для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

8.1. Выбор методов обучения

Выбор методов обучения осуществляется, исходя из их доступности для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Выбор методов обучения определяется содержанием обучения, уровнем профессиональной подготовки педагогов, методического и материально-технического обеспечения, особенностями восприятия учебной информации обучающихся-инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. В образовательном процессе используются социально-активные и рефлексивные методы обучения, технологии социокультурной реабилитации с целью оказания помощи в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в группе.

В освоении дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья большое значение имеет индивидуальная работа. Под индивидуальной работой подразумеваются две формы взаимодействия с преподавателем: индивидуальная учебная работа (консультации), т.е. дополнительное разъяснение учебного материала и углубленное изучение материала с теми обучающимися, которые в этом заинтересованы, и индивидуальная воспитательная работа. Индивидуальные консультации по предмету являются важным фактором, способствующим индивидуализации

обучения и установлению воспитательного контакта между преподавателем и обучающимся инвалидом или обучающимся с ограниченными возможностями здоровья.

8.2. Обеспечение обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья печатными и электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья

Подбор и разработка учебных материалов производятся с учетом того, чтобы предоставлять этот материал в различных формах так, чтобы инвалиды с нарушениями слуха получали информацию визуально, с нарушениями зрения – аудиально (например, с использованием программ-синтезаторов речи) или с помощью тифлоинформационных устройств.

Учебно-методические материалы, в том числе для самостоятельной работы обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предоставляются в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья и восприятия информации:

Категории обучающихся	***Формы***
С нарушением слуха	- в печатной форме - в форме электронного документа
С нарушением зрения	- в печатной форме увеличенным шрифтом - в форме электронного документа - в форме аудиофайла
С ограничением двигательных функций	- в печатной форме - в форме электронного документа - в форме аудиофайла

Данный перечень может быть конкретизирован в зависимости от контингента обучающихся.

8.3. Проведение текущего контроля и промежуточной аттестации с учетом особенностей нозологий инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для осуществления процедур текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся созданы оценочные средства, адаптированные для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволяющие оценить достижение ими запланированных результатов обучения и уровень сформированности компетенций, предусмотренных рабочей программой дисциплины.

Форма проведения текущего контроля и промежуточной аттестации для обучающихся-инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся-инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на этапе промежуточной аттестации.

Для обучающихсяс ограниченными возможностями здоровья предусмотрены следующие оценочные средства:

Категории обучающихся	***Виды оценочных средств***	***Формы контроля и оценки результатов обучения***
С нарушением слуха	Тест	преимущественно письменная проверка
С нарушением зрения	Собеседование	преимущественно устная проверка (индивидуально)
С ограничением двигательных функций	решение дистанционных тестов, контрольные вопросы	организация контроля с помощью электронной оболочки MOODLE, письменная проверка

8.4. Материально-техническое обеспечениеобразовательного процесса для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

1) для инвалидов и лиц с ОВЗ по зрению:

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

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

- наличие альтернативной версии официального сайта Университета в сети «Интернет» для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими;

- размещение аудиторных занятий преимущественно в аудиториях, расположенных на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая выполняется крупным рельефно-контрастным шрифтом на белом или желтом фоне и дублируется шрифтом Брайля;

- предоставление доступа к учебно-методическим материалам, выполненным в альтернативных форматах печатных материалов или аудиофайлов;

- наличие электронных луп, видеоувеличителей, программ невизуального доступа к информации, программ-синтезаторов речи и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями зрения формах;

- предоставление возможности прохождения промежуточной аттестации с применением специальных средств.

2) для инвалидов и лиц с ОВЗ по слуху:

- присутствие сурдопереводчика (при необходимости), оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной (установка мониторов с возможностью трансляции субтитров);

- наличие звукоусиливающей аппаратуры, мультимедийных средств, компьютерной техники, аудиотехники (акустические усилители и колонки), видеотехники (мультимедийный проектор, телевизор), электронная доска, документ-камера, мультимедийная система, видеоматериалы.

3) для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих ограничения двигательных функций:

- обеспечение доступа обучающегося, имеющего нарушения опорно-двигательного аппарата, в здание Университета;

- организация проведения аудиторных занятий в аудиториях, расположенных только на первых этажах корпусов Университета;

- размещение в доступных для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий, которая располагается на уровне, удобном для восприятия такого обучающегося;

- присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь при проведении аудиторных занятий, прохождении промежуточной аттестации;

- наличие компьютерной техники, адаптированной для инвалидов со специальным программным обеспечением, альтернативных устройств ввода информации и других технических средств приема-передачи учебной информации в доступных для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата формах;

4) для инвалидов и лиц с ОВЗ с другими нарушениями или со сложными дефектами - определяется индивидуально, с учетом медицинских показаний и ИПРА.

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«Поликлиническая терапия»

Специальность 31.05.01. Лечебное дело (3++)

Профиль – Лечебное дело

Форма обучения - очная

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Авторы: зав. кафедрой, д.м.н. Григорович М.С., доцент, к.м.н. Вычугжанина Е.Ю.

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

Пункт 3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) дополнит и читать в следующей редакции

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)	
				сем. № В	сем. № С
1	2	3	4	5	6
1	1	Организация деятельности поликлиники и врача терапевта участкового и его взаимодействие с другими подразделениями поликлиники.	Знакомство с организацией и содержанием работы врача-терапевта участкового по оказанию медицинской помощи в поликлинике, на дому. Знакомство с положением участкового врача-терапевта. Собеседование с группой по перспективному и текущему планированию работы участкового врача-терапевта. Организация и содержание работы специализированных кабинетов в поликлиники: пульмонологического, кардиологического, инфекционного и др. **Организация рабочего места врача на принципах «бережливого производства» - научная организация труда врача.** Знакомство с учетно-отчетной документацией в поликлинике, регламентирующими приказами, инструкциями. Собеседование по паспортизации населения территориального участков. Содержание основных разделов паспорта участкового врача-терапевта. Собеседование по организации стат. учета и анализу заболеваемости населения на терапевтическом участке. **Работа в команде.** Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
2	1	Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры в рамках новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень	Контингенты населения, подлежащие диспансерному наблюдению. Основные формы и порядок оформления медицинской документации на диспансерных больных. Собеседование по анализу эффективности диспансеризации на участке. Навыки эффективного общения. Работа в отделении/кабинете профилактики, в кабинете доврачебного приема. Анкетирование пациентов, выявление факторов риска. **Soft skills.** Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	

		высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.			
3	1	Гериатрические синдромы. Показания направления к гериатру.	Обсуждение вопросов старения организма, возрастных изменений в органах и системах. Выявление гериатрических синдромов, определение показаний направления к гериатру. Обсуждение вопросов социальной адаптации. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
4	1	Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листа нетрудоспособности.	Выявление признаков временной нетрудоспособности (ВН). Принципы определения длительности ВН. Правила оформления документации при выдаче листа нетрудоспособности. Знакомство со структурой и функцией ВК. Участие в вопросах экспертизы трудоспособности. Выявление противопоказанных факторов в профессиональном труде. Тематический разбор пациента с признаками временной нетрудоспособности и оформление листа нетрудоспособности. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
5	1	Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике.	Знакомство с организацией и содержанием работы МСЭ, с их экспертными заключениями. Особенности оформления клинико-экспертного диагноза. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, нарушенных функций организма, вида и степени ограничения жизнедеятельности. Определение реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза. Порядок направления на МСЭ, выбор оптимального срока. Оформление медицинской документации при направлении пациентов на МСЭ. Тематический разбор пациента с признаками стойкой нетрудоспособности. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
6	1	Противоэпидемическая работа на терапевтическом участке. Вакцинация в практике врача – терапевта участкового. Работа кабинета вакцинопрофилактики, процедурного кабинета. Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях: анафилактические реакции,	Организация вакцинации в практике участкового врача. Национальный календарь прививок. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	

		анафилактический шок.			
7	2	Острые респираторные инфекции, грипп, новая коронавирусная инфекция COVID-19. Медицинская экспертиза. Лечение. Профилактика.	Диагностика острых респираторных заболеваний, острого тонзиллита, острого бронхита. Определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, ее оптимальные сроки, факторы, влияющие на ее длительность. Определение критериев выздоровления и восстановления трудоспособности. Диспансерное наблюдение при остром тонзиллите. Выделение диагностических критериев гриппа. Определение показаний к госпитализации. Обсуждение особенностей ведения разных категорий пациентов в амбулаторных условиях. Обсуждение принципов профилактики. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
8	2	Пневмонии в амбулаторной практике. Диагностика и преемственность амбулаторного и госпитального звена в практическом здравоохранении. Медицинская экспертиза. Лечение. Диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев разного вида пневмоний. Составление плана диспансерного наблюдения за пациентами, перенесшими пневмонию. Обсуждение вопросов ВН, дифференцированного лечения, профилактики. Разбор Р-грамм легких с пневмониями. **Применение искусственного интеллекта**. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
9	2	Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями неясного генеза	Лихорадка и субфебрилитет, сущность понятий, причины их развития (инфекционные, неинфекционные), диагностический поиск. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
10	2	Амбулаторное ведение пациентов с обструктивными заболеваниями легких. Лечение в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение. Профилактика.	Выделение диагностических критериев БА. Определение тактики лечения в амбулаторных условиях, показаний к госпитализации. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Проведение анализа показателей ФВД, пикфло-уметрии при бронхоспастическом синдроме. Тематический разбор пациента с анализом так- тики ведения его в условиях поликлиники. Выделение диагностических критериев хронического необструктивного бронхита и ХОБЛ (различных типов). Выявление осложнений, скрытых, ранних форм «легочного сердца» (легочной гипертензии). Определение тактики лечения в амбулаторных условиях, показаний к госпитализации. Выявление признаков временной и стойкой	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	

			нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Проведение анализа показателей ФВД при брон-хообструктивном синдроме. Оценка показателей газового состава крови. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		
11	2	Алгоритм диагностики АГ, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение пациентов с АГ.	Определение алгоритма диагностики АГ и тактики ведения пациентов в условиях поликлиники. Оценка поражения органов мишеней. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения и профилактики обострений, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
12	2	Амбулаторное ведение пациентов с ИБС. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.	Выделение диагностических критериев ИБС, стабильной стенокардии. Определение тактики ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
13	2	Амбулаторное ведение пациентов с ФП. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.	Составление алгоритма диагностики нарушений ритма и проводимости сердца. Определение тактики ведения в условиях поликлиники. Оценка прогноза. Выявление показаний к госпитализации в аритмический центр. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
14	2	Амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе. Диспансерное наблюдение. Профилактика осложнений.	Выделение диагностических критериев сердечной недостаточности (СН), определение признаков застойной СН. Определение тактики ведения пациентов в амбулаторных условиях. Выявление показаний для стационарного лечения. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, направления на МСЭ, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
15	2	Оказание неотложной помощи на амбулаторном этапе: ОКС, ИМ, ТЭЛА, ГК, кардиогенный шок.	Выделение диагностических критериев острого коронарного синдрома. Обсуждение тактики врача-терапевта поликлиники при диагностике острого коронарного синдрома: нестабильной стенокардии, ИМ. Лечебные мероприятия до приезда бригады скорой медицинской помощи (СМП) и госпитализации. Обсуждение вопросов реабилитации на постгоспитальном этапе пациентов с острым коронарным синдромом. Выявление признаков временной и	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	

			стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения. Разбор ЭКГ-лент с острым коронарным синдромом, и ИМ в частности. Выделение диагностических критериев неотложных состояний: тромбоэмболии легочной артерии, кардиогенного шока, острой левожелудочковой сердечной недостаточности, острой сосудистой недостаточности. Составление алгоритмов оказания первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях. Решение ситуационных задач. Практическая подготовка.		
16	2	Ведение пациентов с цереброваскулярной болезнью, когнитивными расстройствами, головокружениями, расстройствами сна в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Профилактика ОНМК в практике врача терапевта-участкового.	Систематизация знаний студентов по тактике ведения пациентов с ЦВБ в практике врача терапевта участкового. Алгоритмы ведения пациентов с ЦВБ на фоне сопутствующей патологии. Клиническая картина, диагностика, лечение, тактика при подозрении на ОНМК, реабилитация. Экспертиза временной нетрудоспособности, ее длительность. Экспертиза стойкой нетрудоспособности, показания для направления на МСЭ. Профилактика осложнений. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Первичная и вторичная профилактика. Показания для санаторно-курортного лечения.Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.	6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку	
17	2	Профилактика, онкоскрининг и ранняя диагностика онкозаболеваний в практике врача терапевта участкового. Работа смотрового кабинета. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.	Работа в смотровом кабинете, осмотр всех граждан, впервые обратившихся в текущем году в амбулаторно-поликлиническое учреждение с целью раннего выявления онкопатологии. Составление плана дополнительного обследования при подозрении на онкозаболевание. Участие в санпросветработе. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
18	2	Амбулаторное ведение пациентов с анемическим синдромом.	Выделение диагностических критериев железодефицитной и В12-дефицитной анемий в поликлинических условиях. Обсуждение принципов лечения анемий, определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, обсуждение критериев выздоровления и трудоспособности. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов профилактики, диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку

			пациента. Практическая подготовка.		
19	2	Амбулаторное ведение пациентов с мочевым синдромом, ХБП.	Выявление мочевого синдрома в условиях поликлиники. Выделение диагностических критериев гломерулонефрита (острого, подострого, хронического), выявление нефритического и нефротического синдромов, выявление и определение стадии ХБП. Обсуждение принципов лечения гломерулонефритов, ХБП, определение показаний к гемодиализу. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Выделение диагностических критериев заболеваний почек: пиелонефрита, МКБ. Обсуждение принципов лечения пиелонефрита, МКБ, определение показаний к оперативному лечению. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
20	2	Амбулаторное ведение пациентов с нарушениями углеводного обмена (преддиабет, сахарный диабет, ожирение, метаболическйм синдром), ранняя диагностика, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.	Выделение диагностических критериев СД, ожирения, метаболического синдрома. Обсуждение вопросов ранней диагностики заболеваний, выявления осложнений, принципов лечения, определение показаний к госпитализации. Выявление признаков ВН, и стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов профилактики, диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Работа с медицинской картой амбулаторного пациента. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
21	2	Ведение пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, с функциональной патологией в практике врача терапевта участкового. Диспансерное	Выделение диагностических критериев кислотозависимых заболеваний (КЗЗ): ГЭРБ, гастрит, ЯБ, НПВП-гастропатии. Составление алгоритма действий участкового терапевта при возникновении осложнений ЯБ (кровотечения, стеноза привратника, пенетрации). Определение показаний к оперативному лечению ЯБ. Выявление признаков ВН при КЗЗ, обсуждение ее сроков, выявление признаков		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку

		наблюдение пациентов с патологией ЖКТ.	стойкой нетрудоспособности. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		
22	2	Диспансерное наблюдение пациентов с патологией печени и поджелудочной железы в амбулаторной практике врача терапевта участкового.	Выделение диагностических критериев заболеваний гепатобилиарной системы, поджелудочной железы: хронических гепатитов, циррозов, хронического холецистита, дискинезий желчных путей, ЖКБ, хронического панкреатита, рака поджелудочной железы. Обсуждение принципов лечения заболеваний, определение показаний к оперативному лечению ЖКБ. Выявление признаков ВН, обсуждение ее сроков. Выявление признаков стойкой нетрудоспособности, решение вопроса о направлении на МСЭ. Обсуждение вопросов диспансерного наблюдения, СКЛ. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
23	2	Амбулаторное ведение пациентов с суставным синдромом и болями в спине. Алгоритм дифференциальной диагностики первичного пациента. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности	Составление алгоритма дифференциальной диагностики суставного синдрома. Амбулаторное ведение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и сопутствующей патологией. Дифференциальная диагностика поражения суставов (при ревматоидном артрите, остеоартрозе, подагре, ревматической болезни сердца). Обсуждение дифференцированного лечения суставного синдрома, медикаментозного и немедикаментозного. Выявление признаков временной и стойкой нетрудоспособности. Обсуждение принципов диспансерного наблюдения. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
24	2	Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена. Выявление экстрагенитальной патологии.	Определение тактики обследования беременных в зависимости от соматического фона, наличия токсикозов и экстрагенитальной патологии. Обсуждение вопросов медицинского показания к прерыванию беременности. Тематический разбор пациента с анализом тактики ведения его в условиях поликлиники. Практическая подготовка.		6, в т.ч. 3 часа на практическую подготовку
Итого:				96	48

2. Пункт **4.1 «Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)»** дополнить и читать в следующей редакции

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Поликлиническая	Под ред. О.Ю.	Москва:	250	ЭБС

	терапия: учебник	Кузнецова, Е. В. Фролова	ГЭОТАР-Медиа, 2023		Консультант студента
2	Методическое пособие по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (covid-19) Версия 1 (13.04.2022)	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю, Камкин Е.Г., Ипатов П.В., Раковская Ю.С.	2022, ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/07/mr_pmo-i-d.pdf дата обращения 26.09.2025
2	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском»	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В.	2024г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/dn-2-2.pdf дата обращения 24.09.2025
3	Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Фисенко В.С	2022г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/metodicheskie-rekomendaczii-po-organizaczii-prioritizaczii-dn-iyul-avgust-2022-1.pdf дата обращения 24.09.2025

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие 2-е издание, переработанное и дополненное	Старкова Е.В.	Киров, 2024	90	ЭБС Кировского ГМУ
2	Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования	Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н., Драпкина О.М.	2023г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/uchebnoe-posobie-metodicheskie-rekomendaczii-po-podgotovke-vrachej-k-provedeniyu-kratkog.pdf дата обращения 11.09.2025
3	Методические рекомендации	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю.,	2023г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/

	«Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»	Ипатов П.В			dn_ibs.pdf дата обращения 24.09.2025
4	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В	2023г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_-hsn.pdf дата обращения 24.09.2025
5	Методические рекомендации «Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение пациентов с преддиабетом в условиях первичной медико-санитарной помощи	Шестакова М.В., Драпкина О.М., Бакулин И.Г	2021г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_prediabet-2025.pdf дата обращения 24.09.2025
6	Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 2 типа врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В., Лавренова Е.А., Ипатов П.В., Кононенко И.В., Куняева Т.А., Ливзан М.А., Друк И.В., Свищева А.А., Сухарева О.Ю., Шепель Р.Н., Ямашкина Е.И.	Первичная медико-санитарная помощь.;2(2) 2025., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_bolezni-pishhevoda_dlya-rassylki.pdf дата обращения 11.09.2025
7	Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.	Первичная медико-санитарная помощь 2024;1(2):1-30	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_bolezni-pishhevoda_dlya-rassylki.pdf дата обращения 11.09.2025
8	Диспансерное	Драпкина О.М.,	Первичная	0	https://gnicpm.ru/wp-

	наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.	Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Ипатов П.В., Мамутова Э.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.	медико-санитарная помощь. 2025;2(2):1-35.		content/uploads/2024/03/mr_dn_yab.pdf дата обращения 11.09.2025
9	Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здраво-охранения. Методические рекомендации.	Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Дроздова Л. Ю., Жаркова М. С., Ипатов П. В., Калинина А. М., Люсина Е. О., Маевская М. В., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Шептулина А.Ф.	Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):00	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/mr_po_dn_paczientov_s_aczp_vrachom-terapevtom.pdf дата обращения 11.09.2025
10	Основы телемедицины: учебное пособие	В. И. Купаев, И. А. Крылова, А. Л. Слободянюк [и др.].	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 216 с.	16	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970487402.html (дата обращения: 13.02.2025) дата обращения 13.09.2025

3. Пункт **4.2. Нормативная база** читать в следующей редакции

1. Конституция РФ
2. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
3. Федеральный закон Российской Федерации № 326-ФЗ от 29 ноября 2010г. "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"
4. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 г. N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел <Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения
5. Клинические рекомендации Минздрава РФ //www minzdrav.gov/ru;
6. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "Терапия"(утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 923н)
7. Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 918н) (ред. от 21.02.2020);
8. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "Пульмонология"(утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. N 916н)
9. Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 февраля 2021 г. N 116н);
10. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "Эндокринология" (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2023 г. N 104н);
11. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 N 38н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Гериатрия";

12. Порядок проведения диспансерного наблюдения за взрослыми (утв. Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 г. № 168н);
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
14. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1.07.2021 №698н "Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке".
15. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6.12.2021 №1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок».
16.Краткие алгоритмы ведения пациентов на этапе оказания первичной медико-санитарной помощи. Пособие для врачей-терапевтов. /Под ред. О.М. Драпкиной. – М.: Видокс, 2019. 20с. https://www.gnicpm.ru/UserFiles/Posobie_Kratkie_algoritmy_vedenia_patsientov.pdf
17.Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению.

4. В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем»**
п. 7. изменить и читать в следующей редакции:
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841.

4. Пункт **4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)** изменить и читать в следующей редакции:
В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

Наименование специализированных помещений	Номер кабинета, адрес	Оборудование, технические средства обучения, размещенные в специализированных помещениях
учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа	№ 819 г. Киров, ул.Владимирская,112 (3 корпус) № 305 г.Киров, ул.Владимирская, 137 (1 корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические).1 компьютер с выходом в Интернет; проектор, экран, звукоусилительная аппаратура, демонстрационные телевизоры.
учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа	№ 621 г. Киров, ул. Владимирская,112(3 корпус) № 218,219 г.Киров, ул. Щорса, 64 №314, г.Киров, ул.Молодой Гвардии, 98 Пом.№7, 12 г.Киров, ул.Владимирская, 47	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов
учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций	№ 621 г. Киров, ул. Владимирская,112(3 корпус) № 218,219 г.Киров, ул. Щорса, 64 №314, г.Киров, ул.Молодой Гвардии, 98 Пом.№7, 12 г.Киров, ул.Владимирская, 47	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные версии нормативно-правовых документов и справочных материалов
учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации	№ 621 г. Киров, ул. Владимирская,112(3 корпус) № 218,219 г.Киров, ул. Щорса, 64 №314, г.Киров, ул.Молодой Гвардии, 98	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические) Компьютер (1 шт.), информационно-меловые доски, доски для ведения записей маркерами. Электронные

	Пом.№7, 12 г.Киров, ул.Владимирская, 47	версии нормативно-правовых документов и справочных материалов
помещения для самостоятельной работы	Читальный зал г. Киров, ул.Владимирская,137 (1 корпус)	Специализированная учебная мебель (стол и стул преподавателя, столы и стулья ученические), компьютеры с выходом в интернет Помещения для самостоятельной работы оснащены компьютерной техникой с возможностью выхода к сети «Интернет» и доступом в электронную информационно-образовательную среду вуза. ПК для работы с нормативно-правовой документацией, в т.ч. электронной базой "Консультант плюс".

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду университета.

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“11” сентября 2025 г. Протокол № 1а
Зав. кафедрой М.С. Григорович

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)
«Поликлиническая терапия»

Специальность31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) ОПОП – Лечебное дело
Форма обучения очная

Раздел 1. Основы поликлинической терапии
Тема 1.1: Организация деятельности поликлиники и врача терапевта участкового и его взаимодействие с другими подразделениями поликлиники.

Цель:
формирование и закрепление знаний по вопросам организации работы врача терапевта участкового.
Задачи:
1) Изучить основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях,
2) Ознакомить с должностными обязанностями врача-терапевта участкового,
3) Изучить особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового
4) Ознакомить с перечнем документации врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
5) Освоение алгоритма и первичного приема пациентов в амбулаторных условиях.
6) Освоение алгоритма диспансеризации и диспансерного наблюдения.

Обучающийся должен знать:
- основные направления деятельности врача-терапевта участкового и нормативные документы в работе врача-терапевта участкового,
- основные характеристики терапевтического участка и показатели деятельности на терапевтическом участке,
- перечень основной медицинской документации на терапевтическом участке
- алгоритм работы врача с пациентом в амбулаторно-поликлинических условиях;
- алгоритм постановки окончательного диагноза,
- алгоритм и первичного приема пациентов в амбулаторных условиях,
- алгоритм диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- принципы преемственности врача-терапевта участкового с другими подразделениями поликлиники и стационарами.

Обучающийся должен уметь:
- анализировать основные показатели здоровья населения на терапевтическом участке
- применить алгоритм работы врача с пациентом в амбулаторно-поликлинических условиях;
- применить алгоритм постановки окончательного диагноза,
- применить алгоритм и первичного приема пациентов в амбулаторных условиях,
- применить алгоритма диспансеризации и диспансерного наблюдения;
-определить показания для направления пациентов на госпитализацию и к другим специалистам
- заполнять амбулаторную карту.

Обучающийся должен владеть:
- методикой анализа основных показателей здоровья населения на терапевтическом участке
- методикой амбулаторного приема пациентов;
- методикой постановки окончательного диагноза,
- методикой проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- методикой работы с медицинской документацией амбулаторного пациента и учетно-отчетной документацией.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Структура поликлиники; функции основных структурных подразделений поликлиники.
2. Функциональные обязанности и права врача-терапевта участкового поликлиники.
3. Основные разделы работы врача-терапевта участкового.
4. Лечебно-диагностическая работа врача-терапевта участкового.
5. Организация медицинской помощи на дому.
6. Порядок направления пациентов на параклинические исследования, на госпитализацию в стационар, на консультацию в диагностический центр, специалистам.
7. Учетно-отчетная документация участкового врача-терапевта и правила ее оформления. Основные критерии оценки работы врача-терапевта участкового.
8. Основные направления реабилитационной работы врача-терапевта участкового. Основные направления профилактической работы.
9. Понятие о диспансеризации как основном методе профилактической работы.
10. Профилактические осмотры населения, их виды.
11. Преемственность в работе участкового терапевта с врачами специалистами, врачами стационара и скорой помощи.
12. Сущность понятий: экспертиза, трудоспособность, нетрудоспособность.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий (клинические разборы амбулаторных пациентов, заполнение первичной медицинской документации под контролем преподавателя, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

Тестовые задания

1. Профилактическая работа врача-терапевта участкового заключается в организации:
а) дневных стационаров
б) диспансеризации населения
в) терапевтической помощи на дому
г) реабилитационной работы

2. В настоящее время в российской федерации принята модель фининсирования здравоохранения:
а) бюджетная
б) страховая
в) частная
г) смешанная

3. Профилактические медицинские осмотры являются основой:
а) паллиативной помощи
б) профилактической работы
в) реабилитационной работы
г) экспертизы трудоспособности

4. Поликлиники оказывают населению помощь:

а) социальную
б) санитарную
в) амбулаторную
г) стационарную

5. В структуре заболеваемости хниз наибольший удельный вес составляют заболевания:
а) профессиональные
б) инфекционные
в) злокачественные новообразования
г) сердечно – сосудистые

6. В обязанности врача-терапевта участкового входит все, кроме
а) оказание медицинской помощи
б) направление на санаторно-курортное лечение
в) определение группы инвалидности
г) выдача больничного листа

7. Нормативное количество населения на терапевтическом участке
а) 1200 человек
б) 1700 человек
в) 2500 человек
г) 5000 человек

8. В функциональные обязанности регистратуры поликлиники входит
а) оказание неотложной помощи
б) выдача направлений на обследование
в) оформление документов по диспансеризации
г) распределение потока пациентов

Ответы на тестовые задания:
1 – б, 2. – б, 3 – б, 4 – в, 5 – г, 6 – в, 7 – б, 8 – г.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

-Выявление симптомов объединение их в комплексы – синдромы и формирование порядка в синдромах.
-Постановка клинического диагноза.
-Дополнительное обследование и консультации специалистов при необходимости.
-Алгоритм ведения пациента в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи.
-Определение факта нетрудоспособности по медицинскому, трудовому, социальному критериям, оценка прогнозов и их сопоставление. Ответ на вопрос – может ли больной по состоянию здоровья выполнять объем своих профессиональных обязанностей, а так же лечить - где, когда и как.
-Заполнение врачебной документации (амбулаторной карты, направления, рецепты, листка ВН и др.).
-Диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент К. 55 лет вызвал на дом врача – терапевта участкового.
Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.
Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление.
В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.),

сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет.
Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл.
Сегодня утром на фоне сильного психо-эмоционального стресса отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.
Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м^2.
Окружность талии (ОТ) - 106 см. Лицо гиперемировано. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рѐберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отѐков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ (сделано несколько дней назад): ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:
1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
3. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента
и обоснуйте его.
4. Алгоритм ведения пациента в соответствии клиническими рекомендациями
5. Определение факта нетрудоспособности по медицинскому, трудовому, социальному критериям, оценка прогнозов и их сопоставление. Может ли больной по состоянию здоровья выполнять объем своих профессиональных обязанностей, а так же лечить - где, когда и как.
6. Заполнение врачебной документации (амбулаторной карты, направления, рецепты, листка ВН и др.).
7. Диспансерное наблюдение.

Эталон решения задачи:

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, Риск 4. Гипертрофия левого желудочка. Неосложнѐнный гипертонический криз. Ожирение 1 степени.
Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени.
Неосложнѐнный гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней.
Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ.

2. Вызвать Скорую медицинскую помощь. Лечение больного с неосложнѐнным ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнѐнном ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложнѐнном гипертоническом кризе (ГК) возможно, как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики).
Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за

первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Моксонидин, Каптоприл, Фуросемид, Клонидин, Нифедипин, Метопролол, Пропранолол.

3. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий.
Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчѐта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек.
Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отѐк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения артерий и аорты.
При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

4. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболическог синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначаю больным с высоким или очень высоким риском ССО. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Это позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению.
Пациентам с АД≥160/100 мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.
5. Пациент является временно нетрудоспособным.
6. Заполяется амбулаторная карта, направления на исследования, рецепты, листок нетрудоспособности.
7. Устанавливается пожизненное диспансерное наблюдение с частотой осмотров не реже 2 раз в год.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии
Задача 1
Пациентка А, 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 ºС. Больна в течение 3 дней.
Объективно: слизистая оболочка нѐбных миндалин и передних нѐбных дужек гиперемирована. Нѐбные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налѐтом беловатого цвета, легко снимающимся, налѐт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.
В анализе крови: лейкоциты - $13{,}5\times10^{9}$/л, эритроциты - $3{,}9\times10^{12}$/л, гемоглобин - 121г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Задача 2

Пациент П. 60 лет, водитель. В понедельник вечером шѐл с автостоянки домой, когдаотметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м^2 . Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 1×9×8 см. Периферических отѐков нет.

4. Задания для групповой работы

Вариант задания - ролевая игра: визит пациента в поликлинику.

В поликлинику обратился пациент 48 лет с диагнозом острая пневмония.

Предлагается распределение ролей: пациент, медицинский регистратор, врач-терапевт участковый, зав.отделением. Необходимо проиграть маршрут пациента, заполнить необходимую медицинскую документацию.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

Вопросы по теме:

1. Каков порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу?
2. Охарактеризуйте особенности организации деятельности врача- терапевта участкового?
3. Перечислите критерии эффективности деятельности врача- терапевта участкового
4. Перечислите первичную документацию в поликлинике
5. Правила заполнения первичной документации в поликлинике.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Задание №1.

I. В поликлинику обратился пациент 48 лет, диагноз: острая пневмония.

Когда болезнь будет доступна регистрации?

1) при подаче больничного листка
2) при обращении за медицинской помощью
3) в случае смерти
4) при госпитализации больного
5) при направлении на ВК, МСЭ

Задача№2.

В городе Н. планируется открыть новую поликлинику для определения числа врачебных должностей для оказания амбулаторной помощи населению необходимо знание нормативов, к которым относятся:

1) штатные нормативы
2) численность населения
3) функциональные обязанности врача
4) возрастной состав населения
5) число посещений на одного врача в год.

Задача №3.
В городскую поликлинику 20 марта в 10 утра обратилась пациент, 30 лет, проживающая в районе обслуживания поликлиники. Был выставлен диагноз «Острый энтероколит ». Какие документы должен заполнить врач.
1) амбулаторную карту
2) талон амбулаторного пациента
3) экстренное извещение о профессиональном отравлении
4) экстренное извещение об инфекционном заболевании

Задача №4.
В городскую поликлинику обратился пациент, 45 лет, проживающий вне района обслуживания поликлиники. При себе он имел медицинский полис и паспорт, в приеме врач ему отказал. Прав ли был врач?
1) да
2) нет

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.2: Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры в рамках новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Цель:

формирование знаний и умений обучающихся к осуществлению работы с пациентом в рамках профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, диспансерного наблюдения.

Задачи:

1. сформировать понятие о диспансерном методе, как основном методе профилактической работы врача терапевта участкового
2. ознакомить с основной нормативной и учетно-отчетной документацией по проведению профмедосмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения
3. изучить цель и содержание профилактического медицинского осмотра, диспансерзации
4. изучить цель и содержание работы в рамках диспансерного наблюдения пациентов
5. закрепить навыки выявления факторов риска ХНИЗ
6. отработать этапы врачебного приема и краткого профилактического консультирования пациента в рамках профмедосмотра и диспансерного наблюдения
7. ознакомить с методикой взятия на диспансерный учет и проведения диспансеризации среди различных контингентов населения
8. углубитьзнания по основным лечебно-оздоровительным, реабилитационным мероприятиям, проводимым диспансерным больным.

Обучающийся должен знать:

- основные нормативно-правовые акты по медицинской профилактике
- определение группы ХНИЗ, основные тенденции заболеваемости и смертности населения
- факторы риска ХНИЗ и критерии диагностики факторов риска
- основные виды скрининга ХНИЗ
- цели, задачи и виды медицинской профилактики
- организационные аспекты и цели проведения и содержание профмедосмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения
- принципы работы центра здоровья, отделения профилактики
- группы здоровья и группы диспансерного наблюдения
- принципы краткого профилактического консультирования и группового консультирования

Обучающийся должен уметь:

- определить критерии факторов риска развития ХНИЗ
- дать определение понятий «ХНИЗ, профмедосмотр, диспансеризация, диспансерное наблюдение»
- использовать в работе нормативно-правовую базу по медицинской профилактике
- применить алгоритм краткого профилактического консультирования
- определить содержание профмедосмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения
- оценить группы здоровья и группы диспансерного наблюдения
- выбрать методику оценки сердечно-сосудистого риска
- установить целевые уровни факторов риска и способы их коррекции

Обучающийся должен владеть:

- методикой обследование пациента в рамках профмедосмотра, диспансеризации, диспансерного наблюдения
- методикой интерпретации данных анамнеза, опросников, скрининга, оценки ССР, объективного осмотра и лабораторно-инструментальных исследований, полученных в рамках профмедосмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения
- методикой краткого профилактического консультирования
- методикой установления группы здоровья, диспансерного наблюдения и взятия на диспансерный

учет

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. определение понятия «ХНИЗ», классификация факторов риска ХНИЗ, критерии факторов риска ХНИЗ
2. виды и стратегии медицинской профилактики
3. структура онкологической составляющей врачебного осмотра,- скрининги на злокачественные новообразования
4. задачи и обязанности врача-терапевта участкового по проведению профмедосмотров, диспансеризации
5. перечень заболеваний, требующих постановки пациента на диспансерный учет
6. основные задачи отделения медицинской профилактики
7. инструктаж, заполнение первичной учетной документации и выполнение доврачебных медицинских исследований граждан, прибывших на диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр
8. особенности оказания медицинской помощи по коррекции факторов риска ХНИЗ на индивидуальном и групповом уровнях, в том числе оказание помощи при отказе от курения (граждан II и III группы здоровья)
9. особенности обучения населения вопросам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях,
10. Особенности ведения учетно-отчетной документации, в том числе контроль, учет и анализ результатов ежегодной диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения;
11. Правила организации деятельности центра здоровья для взрослых. Основные задачи центра здоровья. Структурные особенности центра здоровья.

2. Практическая подготовка

Амбулаторный прием, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) под контролем преподавателя.

Решение тестовых заданий:

Выберите один правильный ответ

1. Учетным документом для регистрации пациента, взятого на диспансерное наблюдение, является:
а) карта ежегодной диспансеризации
б) контрольная карта диспансерного наблюдения *
в) статистический талон
г) амбулаторная карта

2. Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция:
а) факторов риска *
б) здорового образа жизни
в) борьбы с вредными привычками
г) индивидуальной профилактики

3. .По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения формируются_____группы здоровья:
а) 4
б) 3 *
в) 2
г) 1

4. Краткое профилактическое консультирование по итогам 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения проводит:
а) врач отделения медицинской профилактики
б) врач-терапевт участковый *
в) врач дневного стационара
г) врач-кардиолог поликлиники

5. Краткое профилактическое консультирование занимает _____минут
а) 60
б) 30
в) 10
г) 3- 5 *

Установите соответствие.
6. Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее
1) «высокому риску»
2) «очень высокому риску»
А) от 5% до 10%
Б) менее 5%
В) 10% и более
Г) менее 1%

Эталон ответа 1- А), 2 – В)

7. Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее:
1) «умеренному риску»
2) «низкому риску»
А) менее 1%
Б) 10% и более
В) от 1% до 5%
Г) 5% и более

Эталон ответа 1 – В), 2 – А)

3. Решить ситуационные задачи
1).Алгоритм разбора задач
1. Оцените анкету и перечислите факторы риска, выявленные у пациентки
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск
4. Установите группу здоровья пациентки, целевые уровни модифицируемых факторов риска
5. Определите тактику дальнейшего ведения данной пациентки
6. Проведите краткое профилактическое консультирование

2) Пример задачи с разбором по алгоритму
Гражданин А-в, 51 года, работает инженером. Приглашен в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации определенных групп взрослого населения. В кабинете доврачебного приёма заполнил анкету по диспансеризации (см.анкету), проведена антропометрия: масса тела 70 кг, рост 182см. При регистрации ЭКГ патологии не выявлено.
При осмотре врачом – терапевтом участковым в рамках 1 этапа - жалоб активно не предъявляет. Из анамнеза - выезжает в командировки ежемесячно, работа напряженная, нервная. Находится на

диспансерном наблюдении по поводу ХОБЛ, ингаляторами не пользуется, врача посещает нерегулярно
Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. АД 140/80 мм.рт.ст. ЧСС 65 уд. в мин. ЧД 22 в мин. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена.
Лабораторные исследования: общий холестерин – 7,0 ммоль/л, глюкоза крови – 4,2 ммоль/л.

Вопросы:
1. Оцените анкету и выделите факторы риска.
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величи-ной риска, если бы пациент не курил.
4. Установите группу здоровья, группу диспансерного наблюдения, целевые уровни модифицируемых факторов риска.
5. Определите алгоритм краткого профилактического консультирования и тактику дальнейшего ведения данного пациента

Анкета к задаче
Анкета для граждан <u>в возрасте до 75 лет</u> на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе безназначения врача.

Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.: А-в		Пол: м	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 51	
Поликлиника №1		Врач/фельдшер:	
1	**Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	**Нет**
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	**Нет**
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	**Нет**
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	**Да**	Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	**Нет**
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	**Нет**
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	**Нет**
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	**Нет**
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	**Нет**
	Если «Да», то какое?		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	**Нет**
2	**Был ли у Вас инфаркт миокарда?**	Да	**Нет**
3	**Был ли у Вас инсульт?**	Да	**Нет**

4	**Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)?	Да	**Нет**
5	**Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	**Да**	Нет
6	**Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?**	Да	**Нет**
7	**Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?** (нужное подчеркнуть)		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
8	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**	Да	**Нет**
9	**Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**	Да	**Нет**
10	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**	**Да**	Нет
11	**Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**	**Да**	Нет
12	**Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?**	Да	**Нет**
13	**Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**	Да	**Нет**
14	**Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	**Нет**
15	**Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**	Да	**Нет**
16	**Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	**Нет**
17	**Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**	Да	**Нет**
18	**Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**	Да	**Нет**
19	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)	**Да**	Нет
20	**Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** Сигарет 20 в день		
21	**Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и**	**До 30 минут**	30 минут и более

	обратно)?			
22	**Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей** (не считая картофеля)?		Да	**Нет**
23	**Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**		Да	**Нет**
24	**Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?**		Да	**Нет**
25	**Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**			
	Никогда (0 баллов)	**Раз в месяц и реже (1 балл)**	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
26	**Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива			
	1-2 порции (0 баллов)	**3-4 порции (1 балл)**	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)
27	**Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива			
	Никогда (0 баллов)	**Раз в месяц и реже (1 балл)**	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна				**3 балла**

Эталон решения задачи

1	Оцените анкету и выделите факторы риска.
-	Отягощенная наследственность по онкопатологии, вероятность ТИА/ОНМК, курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, гиперхолестеринемия.
2	Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска, краткое профилактическое консультирование, ФЛГ, кровь на ПСА, исследование кала на скрытую кровь.
3	Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной риска, если бы пациент не курил
-	Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск – 6% (высокий), если бы не курил – 3% (средний)
4	Установите группу состояния здоровья и группу диспансерного наблюдения. Целевые уровни модифицируемых факторов риска
-	Группа состояния здоровья и группу диспансерного наблюдения – 3А у участкового терапевта, пульмонолога; коррекция факторов риска в кабинете/отделении медицинской профилактики, Центре здоровья. Целевые уровни модифицируемых факторов риска – не курить, уровень общего холестерина <4,5ммоль/л, холестерина низкой плотности <2,5 ммоль/л, рациональное питание, регулярная умеренная физическая активность.
5	Определите алгоритм проведения краткого профилактического консультирования и тактику дальнейшего ведения данного пациента.
	Краткое профилактическое консультирование проводится на завершающем 1 этап диспансеризации приеме врача-терапевта. Продолжительность 3-5 минут.

	Проводится адресное информирование пациента об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, содействие мотивированию пациента, обучение практическим навыкам (здорового питания, рационального распределения физической активности, отказа от вредных для здоровья поведенческих привычек и т.п.) Пациента направляют на второй этап диспансеризации, консультация невролога (вероятность ТИА/ОНМК) , углубленное профилактическое консультирование. После диспансеризации: ФГДС, диспансерное наблюдение по поводу ХОБЛ, направление в школу здоровья по ХОБЛ, установление целевых уровней отдельных показателей и ознакомление пациента с ними, коррекция лечения (если требуется) и назначение даты следующей явки.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача1

Пациентка Н-ва, 54 года. Приглашена на диспансеризацию определенных групп взрослого населения. Заполнила анкету по диспансеризации (см. анкету).

Жалобы на кашель по утрам.

С 48 лет состоит на диспансерном учете у терапевта и эндокринолога по поводу сахарного диабета 2 типа. Сахароснижающие препараты принимает нерегулярно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Масса тела 100 кг, рост 162см. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 75 уд. в мин. ЧД 18 в мин. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена.

Лабораторные исследования: общий холестерин – 9,0 ммоль/л, глюкоза крови – 10,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените анкету и выделите факторы риска.
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной риска, если бы пациентка не курила.
4. Установите группу здоровья, группу диспансерного наблюдения, целевые уровни модифицируемых факторов риска.
5. Определите алгоритм краткого профилактического консультирования и тактику дальнейшего ведения данной пациентки

Анкета к задаче

Анкета для граждан <u>в возрасте до 75 лет</u> на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача.

	Дата обследования (день, месяц, год):		
	Ф.И.О.: Н-а	Пол: ж	
	Дата рождения (день, месяц, год):	Полных лет: 54	
	Поликлиника № 1	Врач/фельдшер:	
	Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	~~Нет~~
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	~~Нет~~
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	~~Нет~~

	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	**Нет**
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	**Нет**
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	**Нет**
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	**Нет**
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	**Да**	Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	**Нет**
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	**Нет**
	Если «Да», то какое?		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	**Нет**
	Был ли у Вас инфаркт миокарда?	Да	**Нет**
	Был ли у Вас инсульт?	Да	**Нет**
	Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваш их близких родственников в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)?	Да	**Нет**
	Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	**Нет**
	Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?	Да	**Нет**
	Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут? (нужное подчеркнуть)		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
	Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?	Да	**Нет**
	Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?	Да	**Нет**
0	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**	**Да**	Нет

1	**Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**	**Да**	Нет
2	**Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?**	**Да**	Нет
3	**Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**	Да	**Нет**
4	**Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	**Нет**
5	**Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**	Да	**Нет**
6	**Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	**Нет**
7	**Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**	**Да**	Нет
8	**Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**	**Да**	Нет
9	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)	**Да**	Нет
0	**Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** Сигарет 15-18 в день		
1	**Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?**	**До 30 минут**	30 минут и более
2	**Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей** (не считая картофеля)?	Да	**Нет**
3	**Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**	Да	**Нет**
4	**Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?**	Да	**Нет**
5	**Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**		

	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	**2-4 раза в месяц (2 балла)**	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
6	**Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива				
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)
7	**Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				
	Никогда (0 баллов)	**Раз в месяц и реже (1 балл)**	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)

ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна 3 балла

4. Задания для групповой работы

Ролевая игра «Визит пациента в поликлинику для проведения диспансеризации. Студенты делятся на группы врач – пациент. В процессе игры совершенствуются коммуникативные навыки, работа с возражениями, проведение краткого профилактического консультирования.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:
1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы: по теме:
1. Общие принципы профилактики и укрепления здоровья.
2. Проведение обследования пациентов для оценки здоровья, питания и физической активности.
3. Особенности первичной, вторичной и третичной профилактики в работе врача терапевта участкового.
4. Применение этических подходов при проведении профилактических мероприятий.
5. Консультирование пациентов по изменению образа жизни и укреплению здоровья.
6. Составление рекомендаций по устранению вредных привычек, вопросам питания и физической активности, профилактике острых и хронических заболеваний.
7. Организация процесса обучения пациентов.
8. Цели и задачи диспансеризации населения
9. Понятие, принципы и задачи диспансерного наблюдения лиц с ХНИЗ и пациентов с высоким риском их развития

3.Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания
1. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения” диспансеризация проводится в ___этапа
а) три
б) пять
в) два *
г) четыре

2. Установите соответствие.
1) первый этап диспансеризации включает:
2) второй этап диспансеризации при наличии показаний включает:
А) скрининговые исследования на ХНИЗ
Б) оценку сердечно-сосудистого риска
В) консультации узких специалистов
Г) спирометрия
Эталон ответа:1 – А) Б), 2 – В) Г)

3. Установите соответствие.
По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения
1) I группа здоровья
2) II группа здоровья
А) пациенты, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития

Б) пациенты, имеющие низкий или средний сердечно-сосудистый риск
В) пациенты, имеющие высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск
Г) пациенты с ожирением и (или) гиперхолестеринемией (8 ммоль/л и более)

Эталон ответа:1 – А), Б),2 – В), Г)

Выберите один правильный ответ
4. С позиции доказательной медицины наиболее широко применяются гиполипидемические препараты
а) никотиновой кислоты
б) статины *
в) фибраты
д) секвестранты желчных кислот

5. Установите соответствие.
Целевой уровень ХС-ЛНП у лиц
1) с высоким суммарным кардиоваскулярным риском
2) умеренным суммарным кардиоваскулярным риском
А) <3,5 ммоль/л
Б) <3,0 ммоль/л
В) <2,5 ммоль/л
Г) <1,8 ммоль/л
Д) <1,5 ммоль/л

Эталон ответа:1 – В), 2 – Б)

Выберите один правильный ответ
6. Целевой уровень ХС-ЛНП у больных ИБС
а) <3,0 ммоль/л
б) <2,5 ммоль/л
в) <1,8 ммоль/л
г) <1,5 ммоль/л*

7. Сочетание артериальной гипертонии 180/110 мм рт.ст. и сахарного диабета позволяет отнести пациента к группе риска:
а) низкого
б) умеренного
в) высокого
г) очень высокого *

8. Какой гиполипидемический препарат следует рекомендовать пациенту с артериальной гипертензией 2 стадии, 2 степени, риск высокий, с липидным профилем ОХС –7,3 ммоль/л, ХС-ЛНП 4,9 ммоль/л):
а) холестирамин
б) розувастатин *
в) омега-3 жирные кислоты
г) эзетимиб

9. Рацион считается сбалансированным, если
а) белками обеспечивается 10-15%, жирами – 20-30%, а углеводами – 55-70% калорийности.
б) белками обеспечивается 20-25%, жирами – 20-30%, а углеводами – 45-60% калорийности*
в) белками обеспечивается 10-15%, жирами – 40-45%, а углеводами – 50-60% калорийности.
г) белками обеспечивается 5 -10 %, жирами – 20 – 25 %, а углеводами –50 - 70% калорийности.

10. Потребление простых углеводов должно составлять менее:
а) 30% от калорийности
б) 20% от калорийности
в) 10% от калорийности *
г) 50% от калорийности

Выберите все правильные ответы.
11. Избыточная масса тела и ожирение увеличивают риск развития:
а) артериальной гипертензии *
б) ишемической болезни сердца *
в) инсулинорезистентности *
г) бронхиальной астмы

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
11.	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
22.	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
33.	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.3: Гериатрические синдромы. Показания направления к гериатру.

Цель:

формирование и закрепление знаний и умений по тактике ведения лиц пожилого и старческого возраста врачом-терапевтом участковым.

Задачи:

1) Изучить основные положения оказания медицинской помощи пожилым лицам на современном этапе,
2) Рассмотреть вопросы концепции старения и старческой астении, как ключевого гериатрического синдрома
3) Рассмотреть основные гериатрические синдромы с позиции профилактики, выявления и лечения
4) Изучить подходы к выявлению геритрических синдромов и роль участковой службы в выявлении в маршрутизации пациентов и взаимодействии с врачами-гериатрами
5) Обучить навыкам скрининга синдрома старческой астении
6) Формировать навыки общения с пациентами пожилого и старческого возраста на основе принципов профилактики эйджизма.

Обучающийся должен знать:

-основные принципы организации лечебно-профилактической помощи гериатрических пациентам
-особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового при выявлении старческой астении и гериатрических синдромов
-задачи врача-терапевта участкового при работе с пациетами гериатрического профиля-
-клиническая симптоматика и патогенез основных гериатрических синдромов, их профилактика, диагностика и принципы лечения
-основные походы к ведению пациентов, основы фармакотерапии в гериатрической практике.
-основы немедикаментозной терапии.

Обучающийся должен уметь:

-применить инструменты скрининга и оценить результаты скрининга на старческую астению
-определить маршрутизацию пациентов с гериатрическими синдромами;
-применить алгоритмы оказания помощи пациентам с гериатрическими синдромами на основе клинических рекомендаций, протоколов, порядков

Обучающийся должен владеть:

-методикой амбулаторного приема и обследования пожилого пациента
-навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
-навыками проведения скрининга на старческую астению;
-методикой проведения профилактческих мероприятий у лиц пожилого и старческого возраста в отношении старческой астении и гериатрических синдромов

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1) Понятие «биологический» и «хронологический» возраст: определение, современные
2) методы диагностики.
3) Биологические маркеры старения, их виды.
4) Особенности физиологических изменений в организме пожилого человека.
5) Этиология и патогенез старческой астении.
6) Выявление синдрома старческой астении. Шкала «Возраст не помеха»
7) Выявление основных гериарических синдромов.

8) Организация длительного ухода за хрупкими пациентами, создание безопасной окружающей среды.
9) Методы профилактики старческой астении.
10) Особенности фармакотерапии у пациентов пожилого и старческого возраста.

2. Практическая подготовка.
Амбулаторный приём совместно с врачом-терапевтом участковым, гериатром, проведение скрининга «Возраст не помеха».

Решите тестовые задания:
1. В нашей стране доля лиц пожилого и старческого возраста постоянно:
А) снижается
Б) растет

2. Какие аспекты старения изучает геронтология?
А) биологические
Б) медицинские
В) социальные
Г) психологические
Д) гигиенические
Е) экономические
Ж) все верно

3. Гериатрия является:
А) составной частью геронтологии
Б) отдельная наука, изучающая процессы старения

4. Какое из ниже перечисленных убеждений является верным?
А) старение- это болезнь, с возрастом увеличивается патологическая пораженность
Б) старение не является болезнью, это неизбежный (физиологический) этап развития организма.

5. Диагностика болезней у людей старших возрастных групп требует иных подходов, является более сложной и трудоемкой. Это связано:
А) полиморбидностью патологии
Б) стертым и атипичным течением болезней
В) возрастными изменениями, при которых степень тяжести поражения организма не соответствует маловыраженной симптоматике заболевания
Г) все верно

6. Дозы лекарственных препаратов, назначаемых пожилым людям, должны быть:
А) выше доз, рекомендуемых людям среднего возраста
Б) ниже в 1,5-2 раза доз, рекомендуемых людям среднего возраста.
В) не отличаются от обычных среднетерапевтических доз

7. Ятрогенные болезни в пожилом возрасте являются результатом:
А) отрицательного воздействия неправильно понятых больным слов врача
Б) неадекватного медикаментозного и физиотерапевтического лечения
В) массивного инструментального обследования
Г) все верно

8. Профилактическое направление в геронтологии преследует следующие цели:
А) борьба с преждевременным старением
Б) выявление факторов риска, приводящих к старению

В) своевременное лечение заболеваний и старческих недугов
Г) все верно

9. Фармакокинетика отражает
А) биологические и терапевтические эффекты лекарств (механизм действия лекарств на организм)
Б) процессы всасывания, распределения, метаболизма экскреции лекарственных средств (действие организма на лекарства)

10. Фармакодинамика отражает
А) биологические и терапевтические эффекты лекарств (механизм действия лекарств на организм)
Б) процессы всасывания, распределения, метаболизма экскреции лекарственных средств (действие организма на лекарства)

3. Решить ситуационные задачи.
1) Алгоритм разбора задач
- Оценить состояние пациента
- Интерпретировать данные исследований
- Выявить признаки старческой астении
- Сформулировать диагноз
- Тактика ведения пациента

2) Пример задачи с разбором по алгоритму привести задачу с разбором.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ
Больная А.Н., 78 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота; периодические боли в области сердца колющего характера, сердцебиение, одышку при ходьбе, перебои в работе сердца. **Из анамнеза:** известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые носовые кровотечения, появились кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Последнее ухудшение состояния связать ни с чем не может. Носовые кровотечения возникают спонтанно. **При осмотре**: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,2С. Кожа бледная. На коже бёдер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, имеющих различную окраску – багрово-красную, синюю, зелёную, жёлтую. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. При аускультации тоны сердца тихие, ритм правильный. Систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 70 в минуту. АД 110 и 60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёбёрной дуги. Размеры печени по Курлову 9*8*7 см. Пальпируется нижний полюс селезенки. **Общий анализ крови:** Эр.- 2,1*10^{12}/л; Hb-70г/л; ЦП-1,0; ретикулоциты-2%; Le.- 2,5*10^{9}/л, лейкоформула: п/я-1%, с/я-52%, л-40%, м-7%; Tr.-50*10^{6}/л. СОЭ-47 мм/час. ЭКГ: Ритм синусовый (ЧСС 70 в минуту). Предвозбуждение желудочков (WPW). Укорочение интервала P – R в сочетании с волной Δ, расширение комплекса QRS, распространенные изменения ST-T.
Вопросы к задаче:
1. Дайте характеристику картины крови данной больной. 2. О каких заболеваниях следует думать в первую очередь? 3. Тактика ведения пациентки
Алгоритм разбора клинической ситуации:
1. У больной имеет место панцитопения, анемия, повышение СОЭ. 2. Необходимо в первую очередь думать: а) апластической анемии; б) гемобластозах; в) B_{12}-дефицитной анемии; г) метастазах рака в костный мозг (т.е. метапластической анемии). 3. Необходима госпитализация в стационар, комплексное обследование, консультации гематолога (с проведением стернальной пункции), кардиолога. Для выявления синдрома старческой астении – опрос по шкале «Возраст не помеха» и решение вопроса о консультации гериатра.



2 балла: Тактика ведения определена верно**.**

1 балл: Тактика ведения определена не полностью**.**

0 баллов: Тактика ведения определена не верно**.**

1) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

1) Больная К.,67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура – 37,2˚С

Задача 2

2) 78-летний пациент обратился к врачу из-за хронического запора. Частота дефекации составляет приблизительно 1-2 опорожнения кишечника в неделю. Указанные жалобы существуют в течение приблизительно 1 года. Каловые массы твердые и опорожнение кишечника удается только с большим напряжением. Кровь на каловых массах пациент не видел, впрочем зрение у пациента ослаблено.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1) Современные представления о механизмах развития старческой астении.
2) Сравнительная оценка факторов, влияющих развитие старческой астении.

3) Роль врача-терапевта участкового в выявлении и оказании помощи пациентам с гериатрическими синдромами
4) Синдром падений у пожилых, особенности формирования, профилактики и лечения
5) Нарушения питания у пожилых, особенности формирования, профилактикии лечения
6) Особенности фармакотерапии у лиц пожилого и старческого возраста.Фармакологические каскады у пожилых

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания:
1. Увеличивается ли заболеваемость раком щитовидной железы
а) нет
б) да

2. Перечислите фоновые заболевания для рака щитовидной железы
а) аутоиммунный тиреоидит
б) узловой зоб
г) аденома щитовидной железы
д) все выше перечисленные

3. Какие методы используются для скрининга рака щитовидной железы
а) пальпация в сочетании с УЗИ
б) пункционно-аспирационная биопсия
в) цитологическое исследование
г) УЗИ с биопсией

4. Кашель при раке легкого обусловлен:
А) прорастанием нервов бронхов
Б) раздражением слизистой бронхов
В) сужением бронха
Г) блокадой лимфооттока

5. Боль при раке легкого обусловлена:
А) смещением средостения
Б) развитием ателектаза
В) сдавлением и прорастанием нервов
Г) плевритом

6. Кровохаркание при раке легкого обусловлено:
А) обтурацией бронха
Б) обширным метастазированием
В) неоперабельной ситуацией
Г) распадом опухоли

7. Одышка при раке легкого может быть обусловлена:
А) обширным ателектазом
Б) сердечно – легочной недостаточностью
В) прорастанием плевры
Г) плевритом

8. Основные пути метастазирования при раке легкого в лимфоузлы
А) надключичные
Б) смежных сегментов легкого

В) средостения
Г) подключичные

9. Предраковые заболевания легких:
А) хроническая пневмония
Б) пневмосклероз
В) гамартома
Г) абсцесс

10. Последовательность по частоте локализации отдаленных метастазов при раке желудка
а) легкие
б) поджелудочная железа
в) головной мозг
г) печень

11. Симптомы раннего рака желудка
а) симптомы заболевания, на фоне которого развился рак
б) боль в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу
в) большая потеря массы тела
г) плохой аппетит

12. Установите соответствие:
Выбрать методы исследования при раке желудка:

Цель исследования	Методы исследования
1. первичная диагностика 2. уточняющая диагностика	а)компьютерная томография б) рентгенологическое исследование в) лапароскопия г) гастроскопия д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

13. Какая локализация второй опухоли (вне репродуктивной системы) наиболее характерна для рака тела матки:
а) кожа
б) желудок
в) прямая кишка

14. С какими опухолями чаще всего сочетаются опухоли яичников:
а) сигмовидной кишки
б) кожи
в) почки

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	**Наименование**	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**

1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

	Наименование	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.4: Медицинская экспертиза. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила оформления и выдачи листа нетрудоспособности.

Цель:

формирование знаний и умений студентов по проведению и оформлению экспертизы временной нетрудоспособности.

Задачи:

формирование представлений у студентов об экспертизе временной и стойкой нетрудоспособности и порядке заполнении медицинской документации.

Обучающийся должен знать:

- основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях,
- особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.

должностные обязанности врача-терапевта участкового,

- задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе,
- основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе,

- диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового,
- нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.

Обучающийся должен уметь:
- определить факт временной нетрудоспособности, её длительность; критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;
- выявить показания для направления больного на врачебную комиссию;

Обучающийся должен владеть:
- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, направление на МСЭ, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения и реабилитации пациента в амбулаторных условиях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Нормативно-правовые документы, регламентирующие порядок выдачи листков нетрудоспособности.
2. Кому выдаётся листок нетрудоспособности.
3. Какие медицинские работники имеют право осуществлять выдачу листка нетрудоспособности.
4. Функции врача-терапевта участкового при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
5. Порядок направления пациента на врачебную комиссию.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработканавыка написания листков нетрудоспособности при разных клинических ситуациям, оформление медицинской документации.

Решение тестовых заданий*:*

1. Выберите все правильные ответы.
Право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) имеют:
а) врачи клиник НИИ протезирования и ортопедии *
б) врачи приемных отделений больниц
в) лечащие врачи медицинских организаций *
г) врачи станций скорой медицинской помощи
д) участковые врачи-терапевты *

2. Выберите один правильный ответ.
Право на выдачу листков нетрудоспособности имеет:
а) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии *
б) врач – трансфузиолог станции переливания крови
в) врач – вирусолог лаборатории
г) врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии

3. Выберите все правильные ответы.
Функциями листка нетрудоспособности являются:

а) юридическая *
б) контрольная
в) статистическая *
г) финансовая *

4. Выберите один правильный ответ.
При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком:
а) не более 5 дней
б) не более 10 дней
в) не более 15 дней *
г) на весь срок лечения

5. Выберите один правильный ответ.
Разрешение на продление листка нетрудоспособности более 15 дней определяется
а) врачебной комиссией *
б) лечащим врачом
в) главным врачом
г) заместителем главного врача

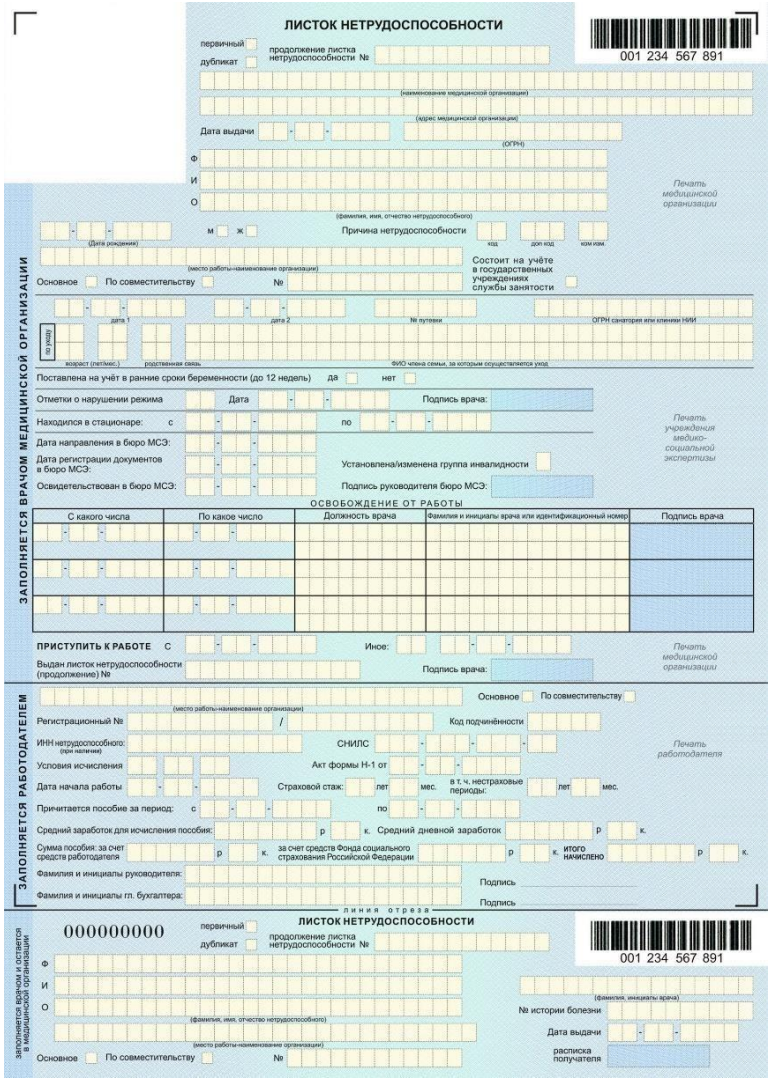
6. Выберите один правильный ответ.
Группа инвалидности устанавливается без срока переосвидетельствования:
а) инвалидам I группы
б) детям-инвалидам
в) инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами *
г) инвалидам по профессиональному заболеванию

7. Выберите все правильные ответы.
Листок нетрудоспособности может быть выдан одному из членов семьи или опекуну ребенка 13 лет, при нахождении:
а) в стационаре с диагнозом острой пневмонии *
б) в стационаре с диагнозом острого аппендицита *
в) в детском оздоровительном лагере
г) в стационаре с диагнозом обострения хронического гломерулонефрита *

1. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз (основной и сопутствующие заболевания);
- Оформление амбулаторной карты
- Оформление листка нетрудоспособности
- Заполнение направления на врачебную комиссию.

Образец листка нетрудоспособности для заполнении на занятии.



2) Пример задачи с разбором по алгоритму

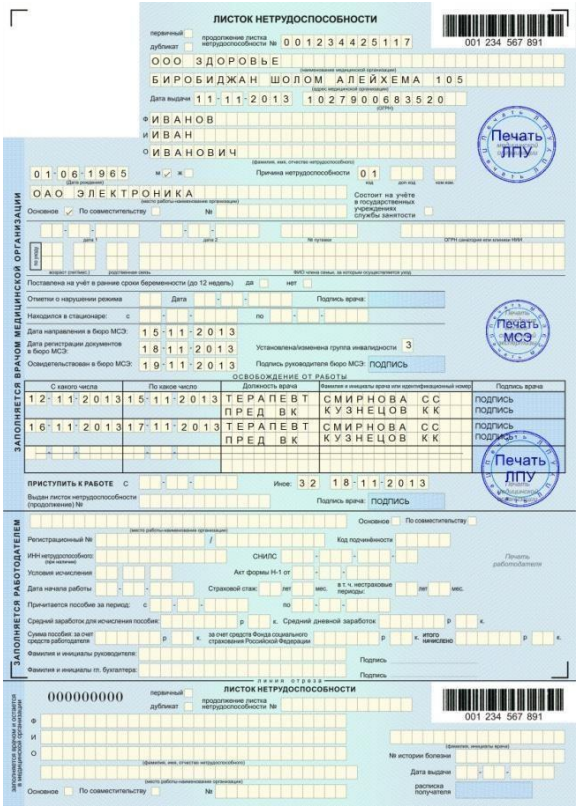
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ОФОРМИТЕ НЕОБХОДИМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ.

Пациент П., находится на листке летрудоспособности, прогноз заболевания неблагоприятный, направляется на МСЭ.

Заполните необходимую медицинскую документацию.

Алгоритм разбора клинической ситуации:

Поскольку пациент продолжает болеть длительное время, выдаётся продолжение предыдущего листка нетрудоспособности. Пациент направляется на врачебную комиссию, решение врачебной комиссии фиксируется в амбулаторной карте пациента. Пишется направление на МСЭ.



2 балла: Листок нетрудоспособности заполнен верно.
1 балл: Листок нетрудоспособности заполнен не полностью, есть неточности.
0 баллов: Листок нетрудоспособности заполнен не верно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*:*

На основании изложенных в вариантах ситуаций установить имеет ли место факт нетрудоспособности. Если, да, то, необходимо заполнить документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность:
1. Пациент М. находился в командировке в г.Волгограде с 12.10 по 17.10. С 15.10 по 28.10 был нетрудоспособен по поводу диагноза: внебольничная пневмония. На проезд в одну сторону необходим 1 день.

2. Пациентка С. Во время очередного отпуска, длительность которого составила с 11.09. до 07.10 была госпитализирована с диагнозом обострение хронического бронхита в стационар 02.10. Лечилась в стационаре 10 дней.

3. Студент И. наблюдался врачом студенческой поликлиники с 15.01 по 29.01 по поводу диагноза: Фолликулярная ангина средней степени тяжести.

4. Задания для групповой работы

Оформить листок нетрудоспособности в следующих клинических ситуациях:

1) Пациент имеет листок нетрудоспособности по ОРВИ с 18.03 по 22.03. На прием пришел 26.03 с объективными симптомами очаговой пневмонии.

2) Пациент имеет листок нетрудоспособности по ОРВИ с 01.03.13. по 05.03.13. На прием к лечащему врачу явился 11.03.13 г. При осмотре врач установил, что пациент трудоспособен. Как закрыть листок нетрудоспособности?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1. Перечислите виды медицинской экспертизы и дайте им определение.
2. Каковы основные принципы организации экспертизы трудоспособности?
3. Дайте классификацию нарушений трудоспособности человека по степени и характеру.
4. Какие вы знаете критерии нетрудоспособности?
5. Что является основными задачами врачебно-трудовой экспертизы?
6. Дайте определение экспертизе временной нетрудоспособности и назовите уровни ее проведения.
7. Каковы функции врачебной комиссии?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Выберите один правильный ответ.

1. Пациенту, находящемуся на учете в центре занятости и заболевшему гриппом
а) выдается листок нетрудоспособности на весь период болезни *
б) выдается справка установленного образца сроком на 1 неделю
в) выдается справка установленного образца на весь период болезни
г) никакой документ не выдается

2. Иногороднему пациенту с признаками временной нетрудоспособности выдается:
а) справка произвольной формы
б) листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом *
в) справка врачебной комиссии медицинской организации
г) листок нетрудоспособности, выданный лечащим врачом с разрешения главного врача

3. Больному, направленному в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) и признанному инвалидом, листок нетрудоспособности будет закрыт:
а) днем направления больного в БМСЭ
б) днем регистрации больного в БМСЭ
в) днем освидетельствования больного в БМСЭ
г) днем, предшествующим регистрации больного в БМСЭ *

4. Максимальный срок, на который врач частной практики имеет право выдать листок нетрудоспособности
а) 10 дней
б) 15 дней *
в) 30 дней
г) до полного клинического выздоровления

5. Одному из родителей по уходу за больным ребенком до 3 лет с острым заболеванием в амбулаторных условиях выдается:
а) справка произвольной формы до выздоровления ребенка
б) листок нетрудоспособности на весь период заболевания *
в) листок нетрудоспособности до 7 дней
г) листок нетрудоспособности до 15 дней

6. Основным критерием разграничения временной и стойкой нетрудоспособности является:
а) характер течения заболевания
б) условия труда
в) степень выраженности функциональных нарушений
г) клинический и трудовой прогноз *

7. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность работающего гражданина, является:
а) справка формы 095/у
б) листок нетрудоспособности *
в) справка формы 030/у
г) справка формы 072/у

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ

3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.5: Экспертиза стойкой нетрудоспособности. Медико-социальная экспертиза в поликлинической практике.

Цель:

формирование знаний у студентов по основным положениям проведения экспертизы стойкой нетрудоспособности и роли врача терапевта участкового при направлении на МСЭ

Задачи:

ознакомить студентов с основными положениями экспертизы стойкой нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:

1. Определение и принципы организации ЭСН.
2. Особенности организации ЭСН и роль врача-терапевта участкового.
3. Должностные обязанности врача-терапевта участкового по оформлению документов на МСЭ.
4. Основные принципы оформления медицинской документации по ЭВН на амбулаторном этапе.
5. Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.

Обучающийся должен уметь:

- определить факт временной и нетрудоспособности, её длительность; критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;
- выявить показания для направления больного на МСЭ;

Обучающийся должен владеть:

- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания)
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, направление на МСЭ

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. основные виды стойких расстройств функций организма человека
2. оценка степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами
3. основные категории жизнедеятельности человека
4. критерии для установления групп инвалидности

2. Практическая подготовка.Выполнение практических заданий (клинические разборы, решение ситуационных задач с заполнением документации по ЭВН и ЭСН, тестовых заданий, написание учебных направлений на МСЭ).

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

1. Номер и дата протокола врачебной комиссии медицинской организации, содержащего решение о направлении гражданина на медико-социальную экспертизу: N _____ от "__" _____20__г.

2. Гражданин по состоянию здоровья не может явиться в бюро (главное бюро, Федеральное бюромедико-социальной экспертизы: медико-социальнуюэкспертизу необходимо

проводить на дому

3. Гражданин нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи (при нуждаемости в оказании паллиативной медицинской помощи)

4. Дата выдачи гражданину направления на медико-социальную экспертизу медицинской организацией: "__" _____20__г.

5. Цель направления гражданина на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

5.1. установление группы инвалидности	5.2. установление категории "ребенок-инвалид"	5.3. установление причины инвалидности
5.4. установление времени наступления инвалидности	5.5. установление срока инвалидности	5.6. определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах
5.7. определение стойкой утраты трудоспособности сотрудника органа внутренних дел Российской Федерации	5.8. определение нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, дедушки, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащего, проходящего военную службу по контракту)	5.9. определение причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее - АЭС) и других радиационных и техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы, в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление семье умершего мер социальной поддержки
5.10. разработка индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида)	5.11. разработка программы реабилитации лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального	5.12. выдача дубликата справки, подтверждающей факт установления инвалидности, степени утраты профессиональной трудоспособности

	заболевания	в процентах
5.13. выдача новой справки, подтверждающей факт установления инвалидности, в случае изменения фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения гражданина	5.14. иные цели, установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____	

Раздел I. Данные о гражданине

6. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

_____

7. Дата рождения (день, месяц, год): "__" _____г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): _____

8. Пол (нужное отметить):

8.1. мужской	8.2. женский

9. Гражданство (нужное отметить):

9.1 гражданин Российской Федерации	9.2 гражданин иностранного государства, находящийся на территории Российской Федерации	9.3 лицо без гражданства, находящееся на территории Российской Федерации

10. Отношение к воинской обязанности (нужное отметить):

10.1. гражданин, состоящий на воинском учете	10.2. гражданин, не состоящий на воинском учете, но обязанный состоять на воинском учете
10.3. гражданин, поступающий на воинский учет	10.4. гражданин, не состоящий на воинском учете

11. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного делаинвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы территории Российской Федерации):
11.1. государство: _____
11.2. почтовый индекс: _____
11.3. субъект Российской Федерации: _____
11.4. район: _____
11.5. наименование населенного пункта: _____
11.6. улица: _____
11.7. дом (корпус, строение): _____
11.8. квартира: _____

12. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства)
13. Гражданин находится (нужное отметить и указать):

13.1 в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях	13.1.1. адрес медицинской организации: _____ _____ _____	13.1.2. ОГРН медицинской организации: _____ _____
13.2. в организации социального обслуживания, оказывающей социальные услуги в стационарной форме социального обслуживания	13.2.1. адрес организации социального обслуживания: _____ _____ _____	13.2.2. ОГРН организации социального обслуживания: _____ _____
13.3. в исправительном учреждении	13.3.1. адрес исправительного учреждения: _____ _____ _____	13.3.2. ОГРН исправительного учреждения: _____ _____
13.4. иная организация	13.4.1. адрес организации _____ _____ _____	13.4.2. ОГРН организации: _____ _____
13.5. по месту жительства (по месту пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации)		

14. Контактная информация:
14.1. номера телефонов: _____
14.2. адрес электронной почты (при наличии): _____

15. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ____-____-_____

16. Документ, удостоверяющий личность:
16.1. наименование: _____
16.2. серия _____, номер _____
16.3. кем выдан: _____
16.4. дата выдачи (день, месяц, год): "__" _____г.

17. Сведения о законном уполномоченном представителе гражданина, направляемого на медико-социальную экспертизу:
17.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____
17.2. документ, удостоверяющий полномочия законного (уполномоченного) представителя: _____
17.2.1. наименование: _____
17.2.2. серия _____, номер _____
17.2.3. кем выдан: _____
17.2.4. дата выдачи (день, месяц, год): "__" _____г.
17.3. документ, удостоверяющий личность:
17.3.1. наименование: _____
17.3.2. серия _____, номер _____
17.3.3. кем выдан: _____
17.3.4. дата выдачи (день, месяц, год): "__" _____г.
17.4. контактная информация:
17.4.1. номера телефонов: _____
17.4.2. адрес электронной почты (при наличии): _____
17.5. страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС): ___-___-_____
17.6. сведения об организации в случае возложения опеки (попечительства) на юридическое лицо:
17.6.1. наименование: _____
17.6.2. адрес: _____

17.6.3. основной государственный регистрационный номер (ОГРН): _____

18. Гражданин направляется на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

18.1. первично	18.2. повторно

19. Сведения о результатах предыдущей медико-социальной экспертизы (в случае направления на медико-социальную экспертизу **повторно**):
19.1. наличие инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.1.1. первая группа	19.1.2. вторая группа	19.1.3. третья группа	19.1.4. категория ребенок-инвалид

19.2. дата, до которой установлена инвалидность (день, месяц, год) "__" _____г.

19.3. период, в течение которого гражданин находился на инвалидности на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.3.1. один год	19.3.2. два года	19.3.3. три года	19.3.4. четыре и более лет

19.4. формулировка причины инвалидности, имеющейся на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное отметить):

19.4.1. общее заболевание	19.4.2. инвалидность с детства	19.4.3. профессиональное заболевание	19.4.4. трудовое увечье
19.4.5. военная травма	19.4.6. заболевание получено в период военной службы	19.4.7. заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.8. заболевание радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с катастрофой на Чернобыльской АЭС
19.4.9. заболевание связано с катастрофой на Чернобыльской АЭС	19.4.10. заболевание связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.11. заболевание, полученное при исполнении иных обязанностей военной службы (служебных обязанностей), связано с аварией на производственном объединении "Маяк"	19.4.12. заболевание связано с последствиями радиационных воздействий
19.4.13. заболевание	19.4.14. инвалидность с	19.4.15. заболевание (ранение,	19.4.16. иные причины,

радиационно обусловленное получено при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с непосредственным участием в действиях подразделений особого риска	детства вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны 1941 - 1945 годов	контузия, увечье), полученное лицом, обслуживавшим действующие воинские части Вооруженных Сил СССР и Вооруженных Сил Российской Федерации, находившиеся на территориях других государств в период ведения в этих государствах боевых действий	установленные законодательством Российской Федерации (указать): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

19.4.17. формулировки причин инвалидности, установленные в соответствии с законодательством, действовавшим на момент установления инвалидности (указать):

_____

_____

19.5. степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах на момент направления гражданина на медико-социальную экспертизу: _____

19.6. срок, на который установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах: _____

19.7. дата, до которой установлена степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах (день, месяц, год): "__" _____г.

19.8. степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах), установленные по повторным несчастным случаям на производстве и профессиональным заболеваниям, и даты, до которых они установлены:

_____

_____

_____

20. Сведения о получении образования (при получении образования):

20.1. наименование и адрес образовательной организации, в которой гражданин получает образование: _____

_____

_____

20.2. курс, класс, возрастная группа детского дошкольного учреждения (нужное подчеркнуть и указать): _____

20.3. профессия (специальность), для получения которой проводится обучение:

_____

_____

21. Сведения о трудовой деятельности (при осуществлении трудовой деятельности): _____

21.1. основная профессия (специальность, должность):

_____

21.2. квалификация (класс, разряд, категория, звание):

_____

21.3. стаж работы: _____

21.4. выполняемая работа на момент направления на медико-социальную экспертизу с указанием профессии (специальности, должности):

_____

_____

_____

21.5. условия и характер выполняемого труда: _____

_____

_____

21.6. место работы (наименование организации): _____

_____

_____

21.7. адрес места работы: _____

Раздел II. Клинико-функциональные данные гражданина

22. Наблюдается в медицинской организации с _____года.
23. Анамнез заболевания: _____

24. Анамнез жизни: _____

25. Частота идлительность временной нетрудоспособности(сведения за последние 12 месяцев):

N п/п	Дата (число, месяц, год) начала временной нетрудоспособности	Дата (число, месяц, год) окончания временной нетрудоспособности	Число дней (месяцев и дней) временной нетрудоспособности	Диагноз

25.1. Наличие листка нетрудоспособности в форме электронного документа

(далее - ЭЛН)
25.2. N ЭЛН: _____

26. Результаты и эффективность проведенных мероприятий медицинской реабилитации, рекомендованных индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) N_____ к протоколу проведения медико-социальной экспертизы N _____ от "_" _____20___г. (нужное отметить):

26.1. восстановление нарушенных функций	26.1.1. полное	26.1.2. частичное	26.1.3. положительные результаты отсутствуют
26.2. достижение компенсации утраченных либо отсутствующих функций	26.2.1. полное	26.2.2. частичное	26.2.3. положительные результаты отсутствуют

27. Антропометрические данные и физиологические параметры:

27.1. рост: _____	27.2. вес: _____	27.3. индекс массы тела: _____

27.4. телосложение: _____	27.5. суточный объем физиологических отправлений (мл) (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем):	27.6. объем талии/бедер (при наличии медицинских показаний в обеспечении абсорбирующим бельем): _____/_____
27.7. масса тела при рождении (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	27.8. физическое развитие (в отношении детей в возрасте до 3 лет): _____	

28. Состояниездоровья гражданина при направлении на медико-социальную экспертизу: _____

29. Сведения о медицинских обследованиях, необходимых для получения клинико-функциональных данных в зависимости от заболевания при проведении медико-социальной экспертизы: _____

30. Диагноз при направлении на медико-социальную экспертизу:
30.1. основное заболевание: _____

30.2. код основного заболевания по МКБ: _____
30.3. осложнения основного заболевания: _____

30.4. сопутствующие заболевания: _____
30.5. коды сопутствующих заболеваний по МКБ: _____
30.6. осложнения сопутствующих заболеваний: _____

31. Клинический прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).
32. Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует (нужное подчеркнуть).
33. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).
34. Рекомендуемые мероприятия по медицинской реабилитации:

35. Рекомендуемые мероприятия по реконструктивной хирургии:

36. Рекомендуемые мероприятия по протезированию и ортезированию:

37. Санаторно-курортное лечение:

_____
_____
_____
_____

Председатель врачебной комиссии:

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Члены врачебной комиссии:

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

_____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

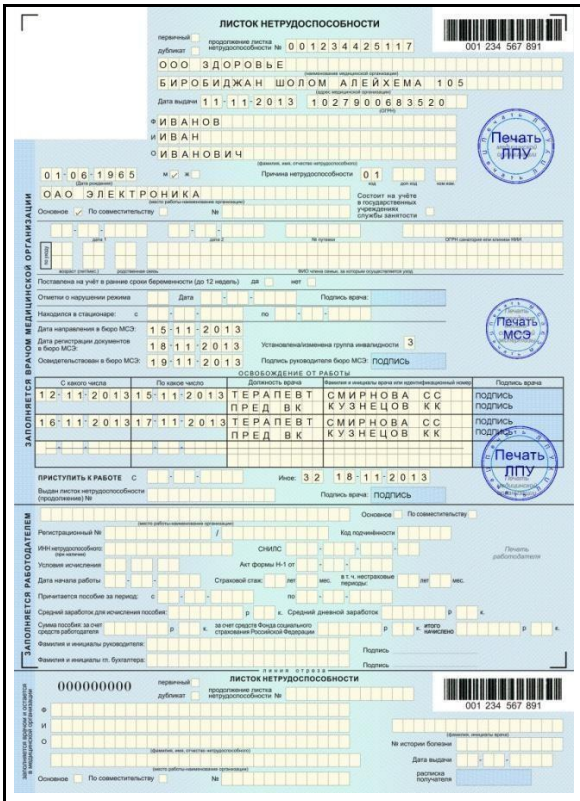
3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- Предварительный диагноз (основной и сопутствующие заболевания);
- Оформление амбулаторной карты
- Оформление листка нетрудоспособности
- Заполнение направления на МСЭ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ОФОРМИТЕ НЕОБХОДИМУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ДОКУМЕНТАЦИЮ.
Пациент И., направляется на МСЭ. Заполните необходимую медицинскую документацию.
Алгоритм разбора клинической ситуации:
Поскольку пациент продолжает болеть длительное время, выдаётся продолжение предыдущего листка нетрудоспособности. Пациент направляется на врачебную комиссию, решение врачебной комиссии фиксируется в амбулаторной карте пациента. Пишется направление на МСЭ.



2 балла: Направление на МСЭ заполнено верно.
1 балл: Направление на МСЭ заполнено не полностью, есть неточности.
0 баллов: Направление на МСЭ заполнено не верно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии*:*

На основании изложенных в вариантах ситуаций установить имеет ли место факт нетрудоспособности. Если, да, то, необходимо заполнить документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность:
1. Пациент М. находился в командировке в г.Волгограде с 12.10 по 17.10. С 15.10 по 28.10 был нетрудоспособен по поводу диагноза: внебольничная пневмония. На проезд в одну сторону необходим 1 день.

2. Пациентка С. Во время очередного отпуска, длительность которого составила с 11.09. до 07.10 была госпитализирована с диагнозом обострение хронического бронхита в стационар 02.10. Лечилась в стационаре 10 дней.

3. Пациент Т., находился в кардиологическом стационаре в течение 15 дней с DS: ИБС: Инфаркт миокарда. Листок нетрудоспособности по стационарному лечению - № 302414. 12.08 был выписан на долечивание в са-наторий «Тинаки». Длительность санаторно-курортного лечения – 24 дня.

4. Задания для групповой работы

Оформить форму 088/у

Задача № 1.
Цирроз печени вирусной этиологии (HCV +), акт. II-III ст., класс В по Чайлд-Пью.
Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода II ст.

Выраженная спленомегалия. Гиперспленизм I ст.
Хроническая печеночная энцефалопатия.
Анемия легкой степени тяжести смешанного генеза.

Задача № 2.
Болезнь Крона (гранулематозный колит с поражением правых отделов толстого кишечни-ка), акт. I – II ст., с системными проявлениями (лихорадка, миалгии, полиартрит)

Задача № 3.
Множественная миелома, диффузно-узловая форма, ст. III А.
осл. Миелома почки. Хроническая почечная недостаточность III ст.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

Вопросы по теме:
1. Сущность понятий: экспертиза, трудоспособность, нетрудоспособность.
2. Нетрудоспособность, причины, виды.
3. Правила выдачи и оформления листка нетрудоспособности.
4. Критерии временной нетрудоспособности, ориентировочные сроки.
5. Критерии инвалидности.
6. Показания для направления пациентов на МСЭ.
7. Правила оформления направления на МСЭ.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания
1. Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность граждан является:
1. листок нетрудоспособности
2. справка произвольной формы.

2. Листок нетрудоспособности выдается:
1. застрахованным гражданами РФ, а также проживающим на территории РФ иностранным гражданам и лицам без гражданства:
2. работающим по трудовым договорам;
3. лицам, у которых заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения работы по трудовому договору
4. все перечисленное верно.

3. Листок нетрудоспособности выдается:
1. женщинам, уволенным в связи с ликвидацией организаций у которых беременность наступила в течение 12 месяцев до признания их в установленном порядке безработными;
2. гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в территориальных органах Федеральной службы по труду и занятости, в случае заболевания, травмы, беременности и родов.
3. все перечисленное верно

4. Листок нетрудоспособности выдают:

1. лечащие врачи медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности;
2. фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций - в отдельных случаях;
3. врачи, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности (далее - врачи, занимающиеся частной медицинской практикой);
4. все перечисленное верно.

5. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:
1. учреждений скорой медицинской помощи;
2. учреждений переливания крови;
3. приемных отделений больничных учреждений;
4. все перечисленное верно.

6. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники:
1. учреждений скорой медицинской помощи;
2. лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность.

7. Листок нетрудоспособности не выдается гражданам:
1. если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности;
2. проходящим медицинское освидетельствование по направлению военных комиссариатов;
3. находящимся под стражей или административным арестом;
4. учащимся среднего и высшего профессионального образования;
5. все перечисленное верно;
6. все перечисленное не верно.

8. На МСЭ направляются граждане при:
1. очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 4 месяцев от даты ее начала;
2. благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев;
3. необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза;
4. Все перечисленное верно.

9. Лицам, которым не установлена инвалидность, листок нетрудоспособности:
1. выдается до восстановления трудоспособности, в случае если гражданин временно нетрудоспособен;
2. выдается даже при отсутствии временной нетрудоспособности.

10. При направлении больных на долечивание в санаторно-курортные учреждения непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается врачом:
1. по решению врачебной комиссии стационара;
2. по решению врачебной комиссии санаторно-курортного учреждения

11. При направлении больных на долечивание в санаторно-курортные учреждения непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается врачом санаторно-курортного учреждения:
1. единолично;
2. по решению врачебной комиссии.

12. Листок нетрудоспособности выдается по уходу за ребенком в возрасте до 7 лет:
1. при амбулаторном или стационарном лечении на весь период острого заболевания или обострения хронического заболевания;
2. не выдается.

4) Выполнить задания:

Установить признаки временной или стойкой нетрудоспособности. Заполнить направление на МСЭ, листок нетрудоспособности.

Задача № 1.
Сахарный диабет I типа, с частыми кетоацидотическими состояниями.
Диабетическая препролиферативная ретинопатия.
Диабетическая нефропатия. Хроническая почечная недостаточность II ст.

Задача № 2.
Сахарный диабет II типа, декомпенсированное.
ИБС: Стенокардия напряжения, III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз.
Атеросклероз аорты. Симптоматическая гипертония.
Недостаточность кровообращения II Б ст., функциональный класс III ст.
Диабетическая препролиферативная ретинопатия.
Диабетическая нефропатия. Хроническая почечная недостаточность I ст.

Задача № 3.
Последствия ишемического инсульта в бассейне левой среднемозговой артерии с умеренно выраженным правосторонним гемипарезом, более выраженным в руке, моторной афазией.
Гипертоническая болезнь III ст., риск IV.
Недостаточность кровообращения I ст, функциональный класс II.

Задача № 4.
Бронхоэктатическая болезнь, непрерывно-рецидивирующее течение с частыми обострениями.
Хронический гнойно-обструктивный бронхит.
Диффузный пневмосклероз. Эмфизема легких.
Дыхательная недостаточность II ст.
Хроническое легочное сердце, декомпенсированное. ХСН II А ст., функциональный класс II.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 1.6: Противоэпидемическая работа на терапевтическом участке. Вакцинация в практике врача – терапевта участкового. Работа кабинета вакцинопрофилактики, процедурного кабинета. Первичная амбулаторная врачебная помощь при неотложных состояниях: анафилактические реакции, анафилактический шок.

Цель:

ознакомить студентов с основными принципами плановой и экстренной профилактики инфекционных заболеваний.

Задачи:

В процессе обучения студент должен освоить принципы профилактики инфекционных заболеваний, диагностики вакцинальных реакций и поствакцинальных осложнений; вопросы дифференциальной диагностики состояний, возникающих в поствакцинальный период; навыки оказания неотложной помощи при развитии поствакцинальных осложнений на догоспитальном этапе; мониторинга поствакцинальных осложнений.

Обучающийся должен знать:

- Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
- Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
- Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
- Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
- Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.

- Вакцины, применяемые в рамках Национального календаря профилактических прививок, критерии качества вакцины, требования, предъявляемые к вакцинальным препаратам.
- Условия хранения, транспортировки и уничтожения неиспользованных вакцин;способы введения вакцин.
- Основные понятия и определения: поствакцинальный период, поствакцинальная реакция, поствакцинальное осложнение.
- Критерии диагностики поствакцинальных реакций и осложнений.
- Предупреждение поствакцинальных осложнений.
- Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, подлежащие регистрации.
- Тактику врача при возникновении у детей поствакцинальных реакций и осложнений.
- Принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при поствакцинальных реакциях и осложнениях.
- Этиопатогенез и клинические проявления поствакцинальных осложнений (гипертермического синдрома, судорожного синдрома, анафилактического шока, острой дыхательной недостаточности, острой сердечно-сосудистой недостаточности, судорожного синдрома, синдрома угнетения функции ЦНС).
- Дифференциальную диагностику поствакцинальных реакций и осложнений.
- Перечень заболеваний, подлежащих регистрации, расследованию и информации вышестоящих органов Госсанэпиднадзора оформить направление на госпитализацию.

Обучающийся должен уметь:
- оформить необходимую медицинскую документацию;
- оценить результаты дополнительных методов исследования при поствакцинальных осложнениях;
- оформить информированное согласие на проведение прививки;
- оформить акт расследования поствакцинального осложнения;
- выявлять факторы, способствующие развитию поствакциональных осложнений.

Обучающийся должен владеть: (навыки,которые должен освоить студент на данном занятии)
- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- выявлять лиц, нуждающихся в плановой вакцинации и вакцинации по эпид. показаниям;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оказания неотложной медицинской помощи пациентам в условиях поликлиники, взаимосвязи между различными звеньями здравоохранения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия.

1. Характеристики вакцинальных препаратов, используемых в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, допустимые сочетания вакцин при их одномоментном введении.
2. Постоянные и временные противопоказания введения вакцин календаря прививок.
3. Принципы вакцинации пациентов с отклонениями в состоянии здоровья (имеющих хронические заболевания).
4. Основные понятия и определения: поствакцинальный период, поствакцинальные реакции и осложнения
4. Типы и частота неблагоприятных событий в поствакцинальном периоде: реакции и осложнения, имеющие причинную связь с вакцинацией, диагностические критерии, дифференциальный диагноз.
5. Профилактика поствакцинальных реакций и осложнений.

6. Неблагоприятные события в поствакцинальном периоде, подлежащие регистрации:мониторинг поствакцинальных осложнений (задачи мониторинга; регистрация, учет и оповещение, расследование).
7. Клинические проявления поствакцинальных осложнений, посиндромная терапия неотложных состояний на догоспитальном этапе.

1. **Практическая подготовка**.

Амбулаторный приём пациентов с инфекционными заболеваниями под контролем преподавателя, работа в кабинете вакцинопрофилактики

Решение тестовых заданий:
1. В местах проведения иммунизации обязательно наличие средств:

1) неотложной и противошоковой терапии
2) экстренной профилактики ВИЧ-инфекции
3) экстренной профилактики парентеральных гепатитов
4) антибактериальных
5) гемостатических

2. Профилактические прививки проводят гражданам:

1) в государственных организациях здравоохранения
2) в муниципальных организациях здравоохранения
3) в частных организациях
4) на дому (в определенных ситуациях по согласованию с органами санэпиднадзора)
5) по месту работы (в определенных ситуациях по согласованию с органами санэпиднадзора)

3. В ответ на введение вакцины в организме закономерно происходит активация иммунной системы в виде ряда последовательных этапов:

1) захват антигена макрофагами
2) презентация информации об антигене макрофагами Т-лимфоцитам
3) пролиферация и дифференцировка Т-клеток с появлением регуляторных хелперов и супрессоров, цитотоксических Т-клеток
4) активация В-клеток с превращением их в плазматические антителопродуцирующие клетки
5) формирование клеток памяти и продукция специфических антител

4. В состав вакцин входят:

1) аттенуированные микроорганизмы или антигены, определяющие название вакцины
2) стабилизаторы
3) консерванты
4) адъюванты
5) вещества, присутствие которых в вакцинах обусловлено технологией их производства

5. Плановая иммунизация взрослых осуществляется:

1) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок
2) при ухудшении эпидемиологической ситуации в стране
3) при ухудшении эпидемиологической ситуации в районе проживания
4) при выезде граждан в неблагополучные районы
5) при контакте с инфекционными больными

6. Холодовая цепь – это:

1) бесперебойно функционирующая система, обеспечивающая оптимальный температурный режим хранения и транспортировки медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП) на всех этапах пути их следования от предприятия изготовителя до вакцинируемого пациента
2) обеспечение оптимального температурного режима на предприятии-изготовителе МИБП
3) обеспечение оптимального температурного режима на складах МИБП
4) обеспечение оптимального температурного режима в городских, районных, больничных, аптечных складах
5) обеспечение оптимального температурного режима в ЛПУ, школах, ДОУ

7. К поствакцинальным осложнениям относятся:

1) анафилактический шок, развившийся в первые 12 часовпосле введения вакцины
2) тяжелые генерализованные аллергические реакции
3) вакцино-ассоциированный полиомиелит
4) поражения ЦНС с генерализованными или фокальнымиостаточными проявлениями, приведшими к инвалидности, энцефалит
5) артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи

8. В какие сроки разрешена вакцинопрофилактика после перенесенного острого респираторного заболевания:

1) сразу после нормализации температуры тела
2) через 2– 4 недели после выздоровления
3) через 2 месяца после выздоровления
4) через 3 месяца после выздоровления
5) через 6 месяцев после выздоровления

9. Оптимальный температурный режим хранения МИБП:

1) от – 20С до – 60С
2) от + 10С до – 10С
3) от + 20С до + 80С
4) от + 90С до + 120С
5) от + 130С до + 180С

10. По какой схеме проводится вакцинация взрослых пациентов против вирусного гепатита в:

1) 0–1–6
2) 0–3–6
3) 0–2–6
4) 0–1–2–12

11. Непосредственно после введения вакцины в течение 30 минут за пациентом осуществляется медицинское наблюдение с целью:

1) учета привитости
2) своевременного выявления поствакцинальных реакций
3) своевременного выявления осложнений
4) своевременного оказания экстренной помощи
5) оценки эффективности иммунизации

12. При появлении поствакцинального осложнения врачу следует:

1) поставить в известность руководителя ЛПУ
2) направить извещение в Территориальный центр Госсанэпиднадзора
3) выяснить причины возникновения поствакцинального осложнения

4) направить рекламацию в национальный орган контроля иммунобиологических препаратов

13. Для оценки эффективности иммунизации используются показатели:

1) уровень охвата профилактическими прививками
2) своевременность иммунизации
3) показатели заболеваемости инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики
4) причины непривитости и их обоснованность
5) регистрация поствакцинальных осложнений, анализ причин их возникновения

2. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач:

-Сформулировать клинический диагноз
-Наметить тактику ведения пациента
-Заполнить необходимую документацию

2) Пример задачи с разбором по алгоритму .

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ
Женщина 28 лет, на дачном участке отмечала присасывание клеща. При исследовании насекомого у него обнаружен вирус клещевого энцефалита. После укуса прошло 3 суток. При осмотре пациентки отклонений в состоянии здоровья не выявлено, t тела в норме.
Вопросы к задаче:
1. алгоритм действий в отношении данной пациентки. 2. показания и правила введения иммуноглобулина против клещевого энцефалита. 3. противопоказания к введению иммуноглобулина против клещевого энцефалита. 4. показания к вакцинации. 5. вакцины, используемые для профилактики клещевого энцефалита. 6. противопоказания к вакцинации против клещевого энцефалита. 7. нежелательные реакции в постпрививочном периоде вакцинопрофилактики. 8. схема вакцинации против клещевого энцефалита у взрослых.
Алгоритм разбора клинической ситуации:
1. Женщина должна быть осмотрена врачом терапевтом или инфекционистом, и для экстренной пассивной иммунизации ей должно быть назначено введение иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита.
2 балла: Тактика ведения определена верно.
1 балл: Тактика ведения определена не полностью.
0 баллов: Тактика ведения определена не верно.
2. Иммуноглобулин человека против клещевого энцефалита вводят (медленно, глубоко в мышцу) после присасывания клеща в первые 96 часов из расчета 0,1 мл/кг по 5 мл в разные участки тела. Длительность защиты после введения иммуноглобулина — 1 месяц.
2 балла: Правила ведения иммуноглобулина соблюдены.
1 балл: Допущены несущественные неточности.
0 баллов: Правила введения иммуноглобулина не соблюдены
3. Противопоказанием к введению иммуноглобулина человека против клещевого энцефалита является развитие анафилактического шока или осложнения на предыдущее введение препарата.

2 балла: Противопоказания к введению иммуноглобулина названы верно.
1 балл: Допущены несущественные неточности.
0 баллов: Противопоказания к введению иммуноглобулина не названы.
4. Показаниями к вакцинации против клещевого энцефалита являются: профилактика клещевого энцефалита у лиц, постоянно проживающих на энзоотичных по клещевому энцефалиту территориях; вакцинация лиц, прибывших на эти территории и выполняющих сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, грунтовые, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, дератизационные и дезинсекционные работы; иммунизация доноров с целью получения специфического иммуноглобулина. 5. Для профилактики клещевого энцефалита используются вакцины: «ЭнцеВир», «Вакцина клещевого энцефалита», «ФСМЕ Иммун Инжект (FSME-Immun Inject**)»,** «Энцепур взрослый». 6. Противопоказаниями к вакцинации против клещевого энцефалита являются: острые лихорадочные состояния любой этиологии; обострение хронических заболеваний; анамнестические сведения о тяжелых аллергических реакциях на пищу (особенно куриный белок), лекарственные средства; бронхиальная астма; системные заболевания соединительной ткани; выраженная общая (повышение температуры тела выше 40°С) и местная (отек, гиперемия более 8 см в диаметре) реакции или осложнение на предыдущее введение вакцины; туберкулез; ревматизм; эпилепсия с частыми припадками; сердечнососудистая недостаточность II–III ст.; сахарный диабет; злокачественные новообразования; болезни крови; беременность.
2 балла: Показания и противопоказания к вакцинации названы верно.
1 балл: Допущены несущественные неточности.
0 баллов: Показания и противопоказания к вакцинации названы не верно
7. Предвиденные легкие нежелательные явления: незначительная гиперемия кожи и отек, болезненность в месте введения вакцины, исчезающие без лечения через 3–5 суток; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, кратковременное нарушение самочувствия, головная боль, боли в мышцах и суставах, увеличение регионарных лимфатических узлов.Предвиденные тяжелые нежелательные явления: анафилактический шок (в первые 24 часа), отек Квинке.
2 балла: Нежелательные явления вакцинации названы верно.
1 балл: Допущены несущественные неточности.
0 баллов: Нежелательные явления вакцинации названы не верно.
8. Первичный курс вакцинации проводят по следующей схеме: 1 прививка — 0,5 мл в выбранный день; 2 прививка — 0,5 мл через 1–3 месяца; 3 прививка — 0,5 мл через 5–12 месяцев. Последующие ревакцинации проводят каждые 3 года однократно. Экстренная схема (используется для вакцины «Энцепур»): 1 прививка — 0,5 мл в выбранный день; 2 прививка — 0,5 мл через 7 дней; 3 прививка —0,5 мл через 21 день; после завершения вакцинации защитный титр антител сохраняется в течение 12–18 мес, после чего рекомендуется провести ревакцинацию.
2 балла: Схемы вакцинопрофилактики названы верно.
1 балл: Схемы вакцинопрофилактики названы не полностью.
0 баллов: Схемы вакцинопрофилактики не названы.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Оцените клинические задачи, сформулируйте тактику ведения пациентов, заполните необходимую медицинскую документацию.
А) Водитель автомобиля 40 лет подвозил мужчину, который находился в тяжелом состоянии, от деревни до больницы. В приёмном покое больницы у пациента была диагностирована дифтерия ротоглотки, распространенная форма. За последние 26 лет водитель за медицинской помощью не обращался, только проходил регулярные медицинские осмотры, был здоров. При его осмотре отклонений в состоянии здоровья не выявлено.
Б) К терапевту обратилась женщина 25 лет. У её мужа при плановом обследовании перед операцией выявлен HBs – антиген. Женщина планирует беременность.

4. Задания для групповой работы:

Составить мини-кейсы для работы в малых группах по теме занятия: на приёме пациент с инфекционным заболеванием, оформить необходимую документацию, экстренное извещение

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:
1. Национальный календарь прививок.
2. Вакцинация по эпидпоказаниям
3. Постпрививочные реакции и осложнения: тактика врача терапевта-участкового.
4. Алгоритм действий врача-терапевта участкового при выявлении инфекционного заболевания.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания:
1. Профилактические прививки проводятся с целью создания:
а) активного специфического иммунитета
б) пассивного специфического иммунитета
в) неспецифического иммунитета

2. Активный специфический иммунитет создаётся при введении:
а) иммуноглобулина
б) анатоксина
в) вакцины
г) сыворотки

3. Пассивный специфический иммунитет создаётся при введении:
а) вакцины
б) иммуноглобулина
в) анатоксина
г) сыворотки

4. Вакцина содержит:
а) живые ослабленные микроорганизмы
б) убитые микроорганизмы
в) готовые антитела

5. Сыворотка содержит:

а) убитые микроорганизмы
б) обезвреженный токсин
в) готовые антитела

6. Какой препарат используется для вакцинации против туберкулёза?
а) живая вакцина
б) анатоксин
в) иммуноглобулин

7. Какой препарат используется для вакцинации против дифтерии?
а) живая вакцина
б) убитая вакцина
в) анатоксин

8. Какой минимальный интервал может быть между введением разных вакцин?:
а) 2 недели;
б) 1 месяц;
в) 2 месяца;
г) 6 месяцев

9. Методом для проверки формирования поствакцинального иммунитета против кори является:
а) серологический;
б) вирусологический;
в) аллергологический;
г) молекулярно-генетический.

10. Минимальный уровень защитного противодифтерийного антитоксина в сыворотке крови составляет:
а) 0,01 МЕ/мл;
б) 0,03 МЕ/мл;
в) 0,1 МЕ/мл;
г) 0,3 МЕ/мл.

11. Медсестре, обнаружившей трещину на ампуле с вакциной, следует:
а) считать вакцину пригодной;
б) считать вакцину условно пригодной;
в) считать вакцину непригодной.

12. Возникновение поствакцинальных реакций может быть следствием:
а) нарушения условий хранения вакцины;
б) нарушения процедуры иммунизации;
в) неправильного отбора лиц на иммунизацию;
г) индивидуальной реактивности организма;
д) перенесенного ранее заболевания, против которого проводится прививка)

13. Свидетельством сильной общей реакции на введение вакцины является повышение температуры:
а) выше 39˚С;
б) выше 38˚С;
в) выше 37˚С;
г) выше 40˚С

14. Женщина, привитая против краснухи, должна быть предупреждена, что ей следует избегать беременности в течение:
а) 1 месяца после прививки;
б) 2 месяца после прививки;
в) 3 месяца после прививки;
г) 6 месяца после прививки;
д) 1 год после прививки.

15. Возможные осложнения при введении иммуноглобулинов и сывороток:
а)аллергизация;
б)перенос инфекции в шприце;
в)вторичная супрессия синтеза собственных иммуноглобулинов;
г)невынашивание беременности;
д)все перечисленное верно.

16. Противопоказания для проведения вакцинации:
а)острые инфекционные и неинфекционные заболевания;
б)обострение хронических патологических процессов;
в)тяжелые аллергические заболевания;
г)заболевания ЦНС, печени, почек, сердца;
д)все перечисленное верно.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента

2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Раздел 2: Вопросы частной патологии в поликлинической терапии

Тема 2.1. Острые респираторные инфекции, грипп, новая коронавирусная инфекция COVID-19. Медицинская экспертиза. Лечение. Профилактика.

Цель:

Способствовать формированию умений и знаний, необходимых для оказания амбулаторной помощи пациентам с ОРВИ.

Задачи:

рассмотреть вопросы дифференциального диагноза различных ОРИ и гриппа, изучить методы диагностики и лечения, противоэпидемические мероприятия, обучить студентов принципам оказания помощи пациентам при гриппе в амбулаторных условиях

Обучающийся должен знать:

- патофизиологические изменения в организме при гриппе и ОРЗ. Патоморфологическая характеристика изменений внутренних органах при гриппе.
- методы лабораторной диагностики гриппа, .
- симптомы и синдромы поражения дыхательного тракта,
- ранняя диагностика и дифференциальная диагностика гриппа с др. инфекционными заболеваниями, протекающими с катаральным синдромом,
- критерии тяжести гриппа. Острая дыхательная недостаточность. Острая сосудистая недостаточность. Другие осложнения со стороны органов дыхания и нервной системы, современная классификация,
- неотложная помощь при гриппе с осложненным течением.
- организация лечения больных гриппом и ОРВИ на дому. Принципы лечения больных с гриппом, ОРВИ, показания к госпитализации,
- ЭВН

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать основные правила сан.-эпид. режима при работе с больными с гриппом и ОРВИ.
- выявить жалобы, собрать подробные анамнезы заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез,
- провести полный осмотр больного, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного),
- отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза.,
- наметить план обследования (серологическое, вирусологическое, лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза,

- правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации,
- провести дифференциальный диагноз,
- определить показания к госпитализации, программу лечения на дому (этиотропную и патогенетическую терапию).

Обучающийся должен владеть:
- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- методикой забора мазков и носа на грипп
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения и реабилитации пациента в амбулаторных условиях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Симптомы и синдромы поражения дыхательного тракта
2. Дифференциальная диагностика ОРИ, аденовирусной инфекции, парагриппа, риносинцитиальной инфекции .
3. Дифференциальный диагноз ОРИ с др. инфекционными заболеваниями, протекающими с выраженным синдромом интоксикации (брюшной и сыпной тиф, менингококковая инфекция, лептоспироз)
4. Особенности патогенез респираторного синдрома при различных ОРВИ.
5. Критерии тяжести ОРИ.
6. Клиника острой дыхательной недостаточности, острой сосудистой недостаточности, других осложнений со стороны органов дыхания и нервной системы.
7. Основные исследования для подтверждения диагноза ОРИ и оценки тяжести течения.
8. Принципы организации лечения больных гриппом и ОРВИ на дому.
9. Причины, патогенез, типы острой дыхательной недостаточности.
10. Охарактеризуйте стадии ОДН, клинические особенности.
11. Профилактика гриппа и ОРВИ.

2. Практическая подготовка:

В результате обследования пациента в поликлинике с подозрением на ОРВИ или грипп выставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику ОРВИ, назначить необходимую терапию.

1. Провести обследование больного с ОРВИ, выявить жалобы.

2. При сборе эпид. анамнеза обратить внимание на острое начало заболевания, наличие контакта с больными гриппом или с высоколихорадящим больным.
3. При осмотре определить характерные признаки заболевания: вялость, адинамию, гиперемию кожи, головную боль. Выполнить пробу "щипка" и "жгута", проверить менингеальные симптомы, координационные пробы, аускультацию легких, пальпацию и перкуссию печени и селезенки.
4. При обосновании диагноза интерпретировать лабораторные данные (ОАК, ОАМ), вирусологические, бактериологические и серологические методы исследования.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
Этиология и эпидемиология данного заболевания
Особенности клинической картины. Осложнения.
Проведите дифференциальный диагноз.
Лечение.
ЭВН. Критерии выздоровления.
Профилактика.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму
Больной Р., 32 года, обратился к терапевту 5 ноября с жалобами на насморк, боли и першение в горле, грубый болезненный сухой лающий кашель, осиплость голоса, повышение температуры до 38ºС. Заболел 4 ноября, когда утром после сна почувствовал недомогание, слабость. Днём повысилась температура тела, появилась заложенность носа, боли в горле, сухой кашель. 5 ноября появилась осиплость голоса, температура была 37,7ºС. Известно, что три дня назад пациент навещал своего знакомого, имеющего подобные жалобы. Пациент отрицает хронические заболевания, правила личной гигиены соблюдает, за пределы города не выезжал, домашних животных нет.
Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено, выделения скудные, слизистые. Слизистая ротоглотки гиперемирована, Миндалины не увеличены, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких жестковатое дыхание, ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс = ЧСС = 90 уд. в мин., удовлетворительных свойств. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания по пояснице отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез больного не нарушены.

Диагноз:Парагрипп, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании характерного постепенного начала, умеренно выраженной лихорадки и синдрома интоксикации, катарального синдрома с патогномоничным для парагриппа поражения гортани (грубый болезненный сухой кашель, осиплость голоса).
2 балла – диагноз поставлен верно
1 балл – диагноз сформулирован или обоснован с неточностями
0 баллов – диагноз не сформулирован или сформулирован не верно.

Этиология: вирус парагриппа – РНК содержащий, относится к семейству парамиксовирусов. В настоящее время известно 4 типа вирусов парагриппа, выделенных от человека. Им не свойственна вариабельность антигенной структуры. Вирусы нестойки во внешней среде, при комнатной температуре сохраняются не более 4 часов, а полная их инактивация происходит после 30-минутного прогревания при температуре 50%. Эпидемиология: источником инфекции является человек. Механизм передачи инфекции – аэрозольный. Часто болеют дети. Инфекция проявляется в виде спорадических заболеваний в течение всего года с подъёмами заболеваемости в осенне-зимние месяцы
2 балла – этиология и эпидемиология названы верно

1 балл – этиология и эпидемиология названы с неточностями
0 баллов – этиология и эпидемиология названы не верно.

Клиническая картина: Инкубационный период от 2 до 7 дней. У большинства больных парагрипп протекает без выраженной общей интоксикации. В клинической картине преобладают признаки поражения верхних отделов респираторного тракта. Ларингит и трахеит часто встречаются у детей, реже у взрослых. У детей может возникнуть ложный круп.
Осложнения. Наиболее часто развиваются пневмонии, стеноз гортани, присоединение вторичной инфекции.
2 балла – клиническая картина названа верно
1 балл – клиническая картина названа с неточностями
0 баллов – клиническая картина названа не верно.

Дифференциальный диагноз: При парагриппе более постепенное начало, интоксикация и температурная реакция слабая или умеренная. Умеренно выражены ринит и фарингит. Характерным считается ларингит. При гриппе клинические проявления схожи, однако его отмечает короткий инкубационный период, острое начало, преобладание симптомов интоксикации. Также дифференциальный диагноз проводится с респираторно-синцитиальной инфекцией, которая тоже развивается подостро. Синдром интоксикации выражен умеренно или слабо. Температура субфебрильная или умеренно фебрильная. Изменения верхних дыхательных путей выражены слабо. Доминируют проявления острого бронхита (возможен бронхиолит) нередко с бронхоспастическим компонентом. При РС-инфекции у взрослых часто в патологический процесс вовлечена печень. На высоте заболевания отмечаются её увеличение и чувствительность при пальпации, становится положительным симптом Ортнера (болезненность при поколачивании по правой рёберной дуге). Аденовирусная инфекция характеризуется менее острым началом. Интоксикация умеренная, несмотря на высокую и продолжительную лихорадку. Синдром интоксикации отступает на второй план по сравнению с выраженными катаральными изменениями верхних дыхательных путей и конъюнктивы экссудативного характера. Ларингит и трахеит не характерны.
2 балла – дифференциальный диагноз сформулирован верно
1 балл – дифференциальный диагноз сформулирован с неточностями
0 баллов – дифференциальный диагноз сформулирован не верно.

Лечение патогенетическое и симптоматическое в амбулаторно-поликлинических услових. На период лихорадки – постельный режим. Рекомендовано обильное горячее питьё с большим количеством витаминов, особенно С и Р (настой шиповника, соки, морсы). Обязательно назначение поливитаминных комплексов. Для улучшения носового дыхания используются капли тизин, нафтизин, санорин, галазолин, називин. Проявления фарингита смягчаются при полоскании 2% р-ром пищевой соды, настоями ромашки, календулы, шалфея, чабреца. Использование бактерицидных спреев: гексорал или ингалипт. Применение растительных иммуномодуляторов, например, экстрактов аралии, лимонника или эхинацеи (иммунал по 20 капель 4 раза в день). Препараты рекомбинантного интерферона (Виферон, Гриппферон), Арбидол.
2 балла – лечение сформулировано верно
1 балл – лечение сформулировано с неточностями
0 баллов – лечение сформулировано не верно.

Больные временно нетрудоспособны. Переболевшие парагриппом выписываются после полного клинического выздоровления при нормальных результатах анализов крови и мочи.
2 балла – тактика сформулирована верно
1 балл – тактика сформулирована с неточностями
0 баллов – тактика сформулирована не верно.

Профилактика. Основой профилактики считается противоэпидемические и санитарно-гигиенические мероприятия. Для профилактики возникновении заболевания может быть использован интерферон рекомбинантный для интраназального применения.
2 балла – тактика профилактики сформулирована верно
1 балл – тактика профилактики сформулирована с неточностями
0 баллов – тактика профилактики сформулирована не верно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии
Задача 1
Больная С., 30 лет, осмотрена на дому. Жалобы на боль в горле при глотании, резь в глазах, обильные выделения из глаз, умеренную головную боль, повышение температуры тела до 39,5ºС. Заболела остро 3 дня назад, с недомогания, боли в горле, появления чувства инородного тела в глазах, выделений, температура была 38ºС. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия, появлением боли в груди, кашля с гнойной мокротой, повышением температуры тела до 39,5ºС.

Из анамнеза: проживает в благоустроенной квартире, работает кондуктором в автобусе. Правила личной гигиены соблюдает, за пределы области не выезжала, регулярно посещает бассейн, питается в столовой и дома.

Состояние средней тяжести. Во внутренних углах обоих глаз обильное слизисто-гнойное отделяемое. Конъюнктивы гиперемированы, склеры инъецированы. Миндалины отёчны, гиперемированы, задняя стенка глотки гиперемирована, зерниста. Подчелюстные, передне- и задне-шейные лимфоузлы увеличены до 2 см в диаметре, безболезненные. При перкуссии грудной клетки укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого. При аускультации дыхание ослаблено справа, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Частота дыхания 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные с частотой 120 в минуту, систолический шум на верхушке. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Менингеальных симптомов не выявлено. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез – со слов больного не нарушены. Экстренно сделан анализ крови (лейкоциты 15*10 9/л., СОЭ 20 мм/ч) и рентгенография грудной клетки (рентгенологически очаг затемнения в VIII, IX сегментах нижней доли правого лёгкого).

Задача 2

Больной А., 20 лет, обратился к участковому терапевту 11 января с жалобами на повышение температуры до 38ºС, озноб, резкую слабость, «разбитость», ломоту во всём теле, головную боль в лобной области, заложенность носа, першение в горле, сухой кашель, чувство жжения за грудиной после приступа кашля. Болен первый день. Заболел остро, когда утром после пробуждения внезапно почувствовал познабливание и головную боль, через 2 – 3 часа присоединились вышеуказанные жалобы. Из анамнеза: проживает в благоустроенной квартире, учится в техникуме, хронические болезни отрицает, из перенесённых заболеваний – краснуха в 5 лет, ветрянка – в 6 лет, ОРВИ 1-2 раза в год. Травм, операций, гемотрансфузий не было. Из эпиданамнеза: контакт с инфекционными больными отрицает, дома и в группе в техникуме больных нет, ежедневно ездит на учёбу в переполненном автобусе, правила личной гигиены соблюдает, домашних животных нет.

Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Носовое дыхание затруднено, выделения скудные, слизистые. Слизистая ротоглотки гиперемирована. Миндалины не увеличены, без налётов. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких жестковатое дыхание, частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, пульс = ЧСС = 90 в минуту, удовлетворительных свойств. АД 120/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Стул, мочеиспускание, диурез, со слов больного, не нарушены.

3. Задания для групповой работы:

1) Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций острых респираторных инфекций.
2) Провести ролевую игру врач-пациент по теме занятия.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

Вопросы по теме:

1. этиологическая структура ОРИ и свойства возбудителей;
2. патогенетические особенности различных ОРИ;
3. возрастные особенности ОРИ;
4. последствия частых ОРИ;
5. показания для госпитализации;
6. своевременная диагностика осложнений ОРИ;
7. показания к антибактериальной терапии;

8. неспецифическая профилактика и противоэпидемические мероприятия в очаге.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания

1. Основной симптом риновирусной инфекции:
а) высокая лихорадка;
б) обильные водянистые выделения из носа;
в) выраженные воспалительные изменения в ротоглотке.

2. Сезонность заболевания при парагриппе:
а) осенне-зимняя;
б) зимне-весенняя;
в) отсутствует.

3. Из перечисленных симптомов при гриппе наблюдается:
а) сыпь;
б) гиперемия и зернистость мягкого неба;
в) лимфаденопатия.

4. Для клиники РС-инфекции наиболее характерно все перечисленное, кроме:
а) недомогания, насморка;
б) постепенного начала;
в) озноба, лихорадки.

5. Для парагриппа характерно:
а) назофарингит;
б) ларингит;
в) трахеит.

6. Диагноз гриппа:
а) как правило, устанавливается на основании клинического анализа крови;
б) обычно устанавливается клинически;
в) может быть подтвержден выделением культуры вируса.

7. Укажите правильное утверждение:
а) пневмония – частое проявление микоплазменной инфекции;
б) аденовирусная инфекция характеризуется выраженным ларинготрахеитом;
в) риновирусная инфекция отличается от других ОРВИ интенсивным приступообразным кашлем.

8. Бронхи, бронхиолы и альвеолы поражаются чаще при:
а) гриппе;
б) аденовирусной инфекции;
в) РС-инфекции.

9. Для аденовирусной инфекции характерным является:
а) фарингит;
б) бронхит;
в) ларингит.

10. Клиника ларингита характерна преимущественно для:
а) гриппа;
б) парагриппа;

в) аденовирусной инфекции.

4) **Выпишите рецепты на лекарственные препараты (по МНН)**, использующиеся при лечении острых респираторных инфекций и гриппа: Осельтамивир, умифеновир, замифеновир, ингавирин.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.2. Пневмонии в амбулаторной практике. Диагностика и преемственность амбулаторного и госпитального звена в практическом здравоохранении. Медицинская экспертиза. Лечение. Диспансерное наблюдение.

Цель:формирование и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с внебольничной пневмонией (ВП) в амбулаторных условиях.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «пульмонология».
2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с ВП в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с ВП в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при обострении ВП, проведению экспертизы нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:

-Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
-Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
-Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
-Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
-Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
-Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
-Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.
-Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики ВП.

Обучающийся должен уметь:

- применить алгоритм ведения пациента с признаками ВП в условиях амбулаторного приемаврачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность**.**

Обучающийся должен владеть:

-методикой амбулаторного приема пациента с ВП (проведение осмотра больного ВП, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента ВП в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики ВП и использования рекомендаций по специфической профилактике обострений заболевания.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики ВП в условиях работы врача-терапевта участкового;
2. Алгоритм ведения пациента с признаками ВПврачом-терапевтом участковым**,**
3. Правила формулировки диагноза;
4. Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
5. Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ВП, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
6. Показания к госпитализации;
7. Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
9. Принципы и методы осуществления профилактики ВП врачом-терапевтом участковым.

2. Практическая подготовка.
Амбулаторный прием пациентов с различной патологией.
решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторной карты, экстренного извещения, листка нетрудоспособности).

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной Л., 29 лет, пришел на прием к терапевту с жалобами на кашель с желтоватой мокротой, слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния началось к вечеру после работы в холодную погоду на открытой площадке 2 дня назад. Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Зев чистый. Температура тела 37,4°. Перкуторно легочный звук, зон притуплений нет. Аускультативно дыхание жесткое, крепитация ниже угла лопатки справа. ЧД 24 в мин. .Sat O2 - 91%. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту. Тоны сердца не изменены, ритмичные. Пальпация живота без особенностей. Отправления в норме..
Предварительный диагноз.
ВП в нижней доле правого легкого, средней степени тяжести, ДН1.
2 балла Диагноз поставлен верно.
1 балл Диагноз поставлен неполностью (не верно оценены генез и степень тяжести ВП.)
0 баллов Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз.
У пациента после переохлаждения на фоне интоксикационного синдрома (лихорадка, слабость, потливость) появился синдром уплотнения легочной ткани (крепитация на фоне жесткого дыхания локально, кашель с мокротой желтоватого цвета, одышка). Средняя степень тяжести – одышка при физ. нагрузке, ЧД 24 в мин, Sat O2 -91%. АД 90/60 мм рт.

ст.
2 балла. Диагноз обоснован верно.
1 балл. Диагноз обоснован не полностью (не верно оценены степень тяжести и форма ВП)
0 баллов. Диагноз обоснован неверно.
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Пациенту рекомендовано: проведение рентгенографии ОГК в 2 проекциях, общий анализ мокроты, ОАК с формулой, ОАМ.
2 балла План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1 балл. План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
0 баллов. Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор. Тактика лечения в амбулаторных условиях
По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар. При невозможности госпитализации или отказе– амоксициллин 0,5 3 раза в день при отсутствии ФР резистентности. *Симптоматическая терапия*: Муколитики при наличии мокроты: - амброксол - 3 раза в сут или раствор для ингаляций через небулайзер 2-3 раза в сут; - ацетилцистеин - внутрь в 1-2 приема или в растворе для ингаляций через небулайзер 2 раза в сут. При наличии обструктивного синдрома: - ипратропия бромид/ фенотерол в ДАИ или в растворе для ингаляций через небулайзер 2-3 раза в сут. Жаропонижающие препараты по показаниям: парацетамол или ибупрофен.
2 балла. Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
1 балл. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
0 баллов. Ответ неверный
Диспансерное наблюдение пациента.
«Д» наблюдение 1 раз в три месяца с проведением рентгенконтроля через 3 мес. при неполной динамике рассасывания инфильтративных изменений в легких. .Д» наблюдение 1 год с обязательным рентгенконтролем ОГК при снятии с учета в 2 проекциях.
2 балла. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1 балл. Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0 баллов. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной К., 60 лет, пенсионер. Ранее работал слесарем. Обратился к участковому терапевту. Беспокоят головные боли, одышка в покое, кашель со слизисто - гнойной мокротой, отеки на ногах, давящие боли за грудиной при незначительной физической нагрузке (подъем на 2-ой этаж).

Считает себя больным более 20 лет, когда заметил появление кашля со слизистой

мокротой в зимнее время. Периодически мокрота становилась гнойной, одновременно отмечал появление слабости. Подобные эпизоды проходили либо самостоятельно, либо после лечения у терапевта в поликлинике по месту жительства. Около 10 лет назад появилась одышка при физической нагрузке и усиление кашля и одышки во время обострения заболевания. Два последних года отмечает появление давящих болей за грудиной, характер, условия возникновения и купирования которых за последнее время не изменились. За последний год наблюдает появление отечности ног, больше к вечеру. В настоящее время температура – 37,8.

В армии служил в танковых войсках. Алкоголем не злоупотреблял. Курит с семнадцатилетнего возраста по 1 пачке сигарет в день. Профессиональных вредностей не было. Лекарственная непереносимость: при применении пенициллина возникала крапивница.

Объективно: состояние больного средней тяжести, гиперстеник, кожные покровы и видимые слизистые цианотичны, акроцианоз, шейные вены -набухшие. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧДД 22/мин. Перкуторный тон ясный легочный. При аускультации - ослабленное, жесткое дыхание, сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности после покашливания. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой СКЛ, удовлетворительных характеристик. Определяется эпигастральная пульсация. Тоны сердца: ослабление 1 тона на мечевидном отростке грудины, акцент 2 тона во 2 межреберье слева, систолический шум на мечевидном отростке, ЧСС 90 / мин., ритм правильный. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 2,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - по левой СКЛ в 5 межреберье, верхняя - верхний край 3 ребра. АД 140/90 мм рт.ст. Живот округлой формы, печень + 4 см из-под края реберной дуги, по Курлову 1 2 - 1 0 - 8 см. Отеки на ногах до средней трети голени, холодные неподвижные. Лабораторно: общий анализ крови: эр. - 6х10^{12}/л, Нв - 200 г/л, Ht - 55%, лейк. - 8,0 х10^{9}/л, СОЭ 25 мм/ч.

4. Задания для групповой работы

Описать типичного пациента с ВП в разных возрастных группах (пациент молодого возраста без ХНИЗ, беременная с ВП, кормящая женщина с ВП, пациент пожилого возраста с ХНИЗ) и составить план амбулаторного ведения данных пациентов.

Составить эпикриз по диспансерному наблюдению пациентов, перенесших ВП.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

Вопросы по теме:

1. Клинические, лабораторные и рентгенологические методы диагностики. Критерии диагноза. Обследование в условиях дневного стационара поликлиники и на дому. Показания для госпитализации.
2. Лечение в условиях поликлиники, значение организации стационара на дому.
3. Принципы выбора антибактериальной терапии.
4. Рекомендации по лечению амбулаторных пациентов. Диагностический минимум обследования. Выбор стартовой антибактериальной терапии. Критерии эффективности антибактериальной терапии. Продолжительность антибактериальной терапии.
5. Осложнения внебольничной пневмонии. Профилактика.
6. Ошибки лечения больных с внебольничной пневмонией.
7. Атипичная пневмония. Поликлиническая диагностика. Тактика ведения.
8. Немедикаментозные методы лечения и реабилитации при ВП.
9. Временная нетрудоспособность, ее оптимальные сроки, факторы, влияющие на ее длительность.
10. Критерии выздоровления и восстановления трудоспособности.
11. Трудоустройство. Диспансерное наблюдение. Профилактика.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Тестовые задания

1. Выберите один правильный ответ.
Эффективность антибактериального лечения при острой пневмонии следует клинически оценивать через _____часов:
а) 12 - 14
б) 24 - 36
в) 48 - 72 *
г) 72 - 84

2. Выберите один правильный ответ.
Наиболее частым возбудителем домашней пневмонии у пожилых пациентов является:
а) микоплазма
б) хламидия
в) пневмококк *
г) легионелла

3. Выберите один правильный ответ.
Частым осложнением острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста является:
а) хронический бронхит
б) туберкулез
в) рак легкого
г) очаговая пневмония *

4. Выберите один правильный ответ.
Пациенту с пневмонией при наличии в анамнезе аллергической реакции на пенициллин следует назначить:
а) кларитромицин *
б) амоксициллин
в) цефазолин
г) гентамицин

5. Выберите один правильный ответ.
Тактикой врача – терапевта участкового при выявлении у пациента экссудативного плеврита является:
а) немедленная госпитализация *
б) плановая госпитализация
в) амбулаторное лечение
г) лечение на дому

6. Пациент 70 лет обратился к врачу – терапевту участковому с жалобами на повышение температуры, выраженную интоксикацию, кашель с мокротой, сильную одышку. Мокрота вязкая, тягучая, с трудом откашливаемая, имеющая запах подгоревшего мяса, по виду и консистенции напоминающая черносмородиновое желе. Из анамнеза: пациент много лет злоупотребляет алкоголем, курит. Rg-логически выявлен феномен «расползающегося сотового легкого». Наиболее вероятным возбудителем заболевания является:
а) клебсиелла пневмонии*;
б) вирус гриппа;
в) хламидии;
г) микоплазмы.

7. Выберите один правильный ответ.
Наиболее частым возбудителем внебольничной пневмонии является
а) пневмококк *
б) клебсиелла
в) стафилококк
г) легионелла

8. Выберите один правильный ответ.
К атипичным возбудителям пневмонии относятся
а) риновирусы
б) аденовирусы
в) коронавирусы
г) микоплазмы *

9. Выберите все правильные ответы.
Клиническими проявлениями пневмонии средней степени тяжести являются:
а) температура 38-39 С *
б) число дыхательных движений 25-30 в минуту *
в) частота сердечных сокращений 90-100 в минуту *
г) частота сердечных сокращений до 90 в минуту

10. Выберите все правильные ответы.
Для лечения внебольничных пневмоний могут использоваться группы антибактериальных препаратов
а) макролиды *
б) цефалоспорины *
в) аминогликозиды
г) пенициллины *

4) Составить алгоритм амбулаторного приема пациента с ВП на разных этапах в амбулаторных условиях (диагностика ВП, контроль эффективности терапии при ВП, отмена АБП, закрытие ЛВН, диспансерное наблюдение*).*

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.3. Амбулаторное ведение пациентов с лихорадкой и субфебрильными состояниями неясного генеза
Цель: Способствовать формированию умений и знаний, необходимых для оказания амбулаторной помощи пациентам с лихорадкой и субфебрилитетом.
Задачи:
1. Рассмотреть критерии дифференциального диагноза состояний, протекающих с лихорадкой
2. Рассмотреть критерии дифференциального диагноза состояний, протекающих с субфебрилитетом
3. изучить алгоритмы диагностического поиска при острой и хронической лихорадке и субфебрилитетах неясного генеза,
4. Обучить студентов использованию алгоритмов ведения первичного пациента с острой/ хронической лихорадкой и субфебрилитетом неясного генеза в амбулаторной практике.

Обучающийся должен знать:

-критерии лихорадки (в т.ч. острой, хронической), ЛНГ и субфебрилитета,

- патофизиологию лихорадки,

- классификации лихорадок (виды, типы температурных кривых),

- этиология острых, хронических лихорадок и субфебрилитетов (классификация по причинам),

- этапы диагностического поиска,

- дифференциальный диагноз при острой лихорадке (инфекционные, инфекционно-воспалительные, неинфекционные заболевания),

-критерии длительного субфебрилитета,

-критерии лихорадки неясного генеза,

-дифференциальный диагноз при хронической лихорадке (инфекционные (специфические инфекции), инфекционно-воспалительные (неспецифические инфекции), онкогематологические, системные заболевания)

Обучающийся должен уметь:

- соблюдать основные правила санэпид. режима при работе с пациентами

- выявить жалобы, собрать подробно анамнез заболевания и жизни, эпидемиологический анамнез,

- провести полный осмотр больного, выявить и дать оценку основным симптомам и синдромам (схема обследования больного),

- отразить данные осмотра больного и собранного анамнеза в истории болезни с обоснованием предварительного диагноза,

- наметить план обследования (лабораторные и инструментальные методы исследования) для подтверждения клинического диагноза,

- правильно интерпретировать полученные результаты лабораторного обследования и обосновать окончательный клинический диагноз согласно существующей современной клинической классификации,

- провести дифференциальный диагноз лихорадки,

- записать обоснование окончательного диагноза с учетом клинико-лабораторных данных,

- назначить адекватную терапиюпациенту, определить показания к госпитализации, программу лечения на дому, назначить этиотропную терапию, патогенетическую терапию.

Обучающийся должен владеть:

- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);

- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;

- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;

- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;

- методикой составления индивидуальной программы лечения и реабилитации пациента в амбулаторных условиях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Определение лихорадки.
2. Патофизиология лихорадки.
3. Стадии лихорадки
4. Виды температурных кривых.
5. Схема диагностического поиска при лихорадке.
6. Диагностический алгоритм при острых лихорадках.
7. Диагностический алгоритм при хронических лихорадках.
8. Диагностический алгоритм при субфебрильных состояниях.
9. Патологии костно-мышечного аппарата, сопровождающиеся лихорадкой.
10. Состояния, сопровождающиеся лимфаденопатией и лихорадкой.
11. Лихорадка в сочетании с увеличением селезенки и печени.
12. Лихорадка в сочетании с анемией и лейкопенией.
13. Лихорадки при поражении сердечно-сосудистой системы.
14. Лихорадка при мочевом синдроме.
15. Лихорадка в сочетании с болями в животе.
16. Лихорадка при кожном синдроме.

2. Практическая работа в поликлинике:

Амбулаторный приём пациентов под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Рабочий 32 г., обратился с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39,1ºС, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошноту, слабость, анорексию. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

За 2 дня до заболевания навещал сестру, у которая ухаживала за больным ребёнком.

При объективном осмотре выявлены гиперемия лица, инъекция сосудов склер, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. В легких - жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 102 уд. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Диагноз и его обоснование**:** Грипп, типичная форма, средней степени тяжести.

Диагноз подтверждается наличием следующих синдромов: острым началом заболевания, признаками фарингита и трахеита, выраженный синдром интоксикации.

Дифференциальная диагностика проводится с парагриппом, брюшным тифом, внебольничной пневмонией, сепсисом.

2 балла – диагноз поставлен и обоснован верно

1 балл – диагноз сформулирован и обоснован с неточностями

0 баллов – диагноз не сформулирован или сформулирован не верно. Обоснование не проведено.

Показаний к госпитализации нет при условии, что больной проживает в отдельной квартире и переносит форму гриппа средней тяжести.

ОАК, ОАМ, рентгенография лёгких. Экспресс-диагностика: метод иммунофлюоресценции (в мазках-отпечатках со слизистой носа)+ПЦР для определения свиного или сезонного гриппа (в мазках-отпечатках со слизистой носа).

2 балла – решение о дальнейшей тактике принято верно

1 балл – решение о дальнейшей тактике принято с неточностями

0 баллов – тактика дальнейшего ведения не сформулирована

Тактика лечения:

Режим постельный в течение лихорадочного периода. Стол 15. Обильное питье.

Этиотропная терапия: не позднее 3 дня болезни

тамифлю 75 мг-2 р/сут.-5 дней,

или ингавирин 90 мг/сут — 5 дней,

или арбидол.

Возможно применение следующих лекарственных средств:

Иммуномодуляторы: кагоцел, циклоферон.

Препараты интерферона: виферон в свечах 500.000-2 р.сут, кипферон.-5 дней.

Антибактериальная терапия назначается только при наличии бактериальных осложнений.

Патогенетическая и симптоматическая терапия:

Жаропонижающие средства (парацетамол), аскорбиновая кислота, препараты Са,

десенсибилизирующие средства.

Для уменьшения отделяемого из носа – капли називин.

Щелочные ингаляции.

Противокашлевые средства — стоптуссин.

В более поздний период (присоединение экссудативного компонента) целесообразны отхаркивающие средства — бромгексин, амброксол.

2 балла – лечение назначено верно

1 балл – лечение назначено с неточностями

0 баллов – лечение не назначено

Больной временно не трудоспособен. Выписка проводится после полного клинического выздоровления.

2 балла – тактика сформулирована верно

1 балл – тактика сформулирована с неточностями

0 баллов – тактика ведения не сформулирована

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

Больная А. 34 лет отмечает в течение 2 месяцев повышение температуры тела до 38-39 °С с периодами нормальной температуры в течение нескольких дней, слабость, потливость по ночам. Лечение пенициллином по поводу предполагаемой пневмонии неэффективно. При обследовании в подмышечной области выявлено увеличение ЛУ плотноэластической консистенции, безболезненного, не спаянного с кожей. Со стороны других органов и систем - без патологии. Анализ крови: НЬ - 130 г/л; лейкоциты - 13 х 109/л; палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные - 70%; лимфоциты - 12%; моноциты - 10%; тромбоциты - 190 х 109/л. При рентгенологическом исследовании выявлено увеличение медиастинальных ЛУ.

Задача № 2

Больной Б. 63 лет. Жалобы на повышение температуры тела до 38,7 °С, одышку, сухой кашель. Доставлен с подозрением на пневмонию.

Болен более 2 недели, лечение пенициллином неэффективно, 2 года тому назад перенес ИМ. При обследовании выявлено увеличение периферических ЛУ, селезенки. ЧСС - 98 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, 1 тон ослаблен, систолический шум на верхушке. При рентгенографии: двустороннее затемнение в нижних отделах легких. Анализ крови: НЬ - 90 г/л, ретикулоциты - 40%, лейкоциты - 60х 109/л; палочкоядерные нейтрофилы - 2%; сегментоядерные - 20%; лимфоциты - 70%; моноциты - 8%; тромбоциты - 150х 109/л, единичные нормобласты, тени Гумпрехта.

4. Задания для групповой работы:

1) Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций с лихорадками неясного генеза.

2) Провести ролевую игру врач-пациент по теме занятия.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме

1. Определение лихорадки.
2. Патофизиология лихорадки.
3. Стадии лихорадки
4. Виды температурных кривых.

5. Схема диагностического поиска при лихорадке.

6. Диагностический алгоритм при острых лихорадках.

7. Диагностический алгоритм при хронических лихорадках.

8. Диагностический алгоритм при субфебрильных состояниях.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

Тестовые задания

1. Какое из перечисленных заболеваний дает токсигенную зернистость в нейтрофилах:

а) туберкулез;

б) сепсис;

в) бруцеллез;

г) риккетсиоз.

2. Синдромом лихорадки неясного генеза называется состояние, когда у человека наблюдается повышение температуры тела постоянно или периодически выше:

а) 38,о °с;

б) 38,3 °С;

в) 38,5 °С,

г) 4о °с.

3. Какие клетки не выделяют ЭП:

а) купферовские;

б) моноциты;

в) фибробласты;

г) нейтрофилы.

4. Клетки какой опухоли не выделяют эндогенный ЭП:

а) аденокарциномы;

б) гепатомы;

в) гипернефромы;

г) лимфогранулематоза.

5. Какой признак является характерным для искусственной лихорадки:

а) ознобы;

б) утренние повышения температуры тела;

в) несоответствие степени лихорадки ЧСС;

г) потливость.

6. Какой лекарственный препарат наиболее часто дает лихорадку:

а) барбитураты;

б) дигиталис;

в) тетрациклин;

г) инсулин.

7. при каком заболевании часто наблюдается синдром ЛНГ:

а) пиелонефрит

б) туберкулез
в) дизентерия
г) менингит

8. Для какого заболевания не характерны ознобы:
а) бруцеллез
б) туберкулез
в) пиелонефрит
г) сепсис

9. При каком заболевании хорошо переносится лихорадка
а) сепсис
б) холецистит
в) туберкулез
г) пиелонефрит

10. Назовите заболевание, которое может осложняться поддиафрагмальным абсцессом:
а) пиелонефрит
б) аппендицит
в) бронхоэктатическая болезнь
г) тромбофлебит поверхностных вен голени

Эталоны ответов: 1-б; 2-б; 3-в; 4-а; 5-в; 6-а; 7-б; 8-б; 9-в; 10-б.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

п/п	**Наименование**	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**
.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

п/п	**Наименование**	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**

	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.4. Амбулаторное ведение пациентов с обструктивными заболеваниями легких. Лечение в амбулаторных условиях. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
Цель: углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких в амбулаторных условиях.
Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «пульмонология».
2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с БА, ХОБЛ в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с БА и ХОБЛ в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при обострении БА, ХОБЛ и проведению экспертизы нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:
- Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
- Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
- Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
- Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
- Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.
- Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики БА, ХОБЛ.

Обучающийся должен уметь:
- применить алгоритм ведения пациента с признаками БА, ХОБЛ в условиях амбулаторного

приемаврачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность**.**

Обучающийся должен владеть:
- методикой амбулаторного приема пациента с БА, ХОБЛ (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания;
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента БА, ХОБЛ в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики БА, ХОБЛ и использования рекомендаций по специфической профилактике обострений заболевания.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия:
- принципы диагностики и дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациента с признаками БАврачом-терапевтом участковым**,**
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении БА, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- показания к госпитализации;
- алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
- принципы и методы осуществления профилактики БА врачом-терапевтом участковым.

2. Практическая подготовка.
Амбулаторный прием пациентов с различной патологией, клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, написание амбулаторных карт, оформление листков нетрудоспособности и направлений на ВК.

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач
Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной Д., 29 лет, пришел на прием к участковому терапевту по поводу жалоб на одышку при ходьбе, затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе, малопродуктивный кашель.

Из анамнеза: впервые одышку отмечал в 16 лет после физической нагрузки, в состоянии покоя она проходила самостоятельно. Не обследовался, не лечился. С 17 до 27 лет приступов не было. В 27 лет вновь появилась одышка после физической нагрузки. Ухудшение состояния в течение последних двух суток связывает с проведением ремонтных работ дома: появились приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель. Во время последнего приступа появилось чувство удушья. Больной вызывал «скорую помощь», приступ был купирован, рекомендовали обратиться к участковому терапевту. Перенесенные заболевания: корь, пневмония 2 раза. Работает инженером, профессиональных вредностей нет. Вредные привычки отрицает. Семейный анамнез: у матери – экзема. Объективно: состояние больного удовлетворительное, одышка при ходьбе, возбужден. Кожные покровы обычной окраски. Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Частота дыхания до 26 в минуту. При аускультации: выдох продолжительнее вдоха, в легких дыхание жесткое, сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 78 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.
Предварительный диагноз.
БА, смешанная персистирующая легкой степени тяжести, неконтролируемая
2 балла Диагноз поставлен верно.
1 балл Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены генез и степень тяжести БА.
0 баллов Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз.
1 синдром бронхиальной обструкции - жалобы больного на одышку после физической нагрузки, приступы затрудненного дыхания, приступообразный кашель, удушье. Объективно в легких жесткое дыхание, сухие хрипы по всем легочным полям. Похожие симптомы были в 16 лет. Выбрана форма – смешанная БА, т.к. имеется аллергический компонент - у матери экзема, обострение после начала ремонта дома и неаллергический компонент – астма физического усилия.
2 балла. Диагноз обоснован верно.
1 балл. Диагноз обоснован не полностью (не верно оценены степень тяжести и форма БА)
0 баллов. Диагноз обоснован неверно.
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Пациенту рекомендовано: проведение ФВД, проба с БЛ или пикфлоуметрия, общий анализ мокроты, рентгенография ОГК, ОАК, анализ крови на IgE, консультация врача аллерголога – иммунолога, пульмонолога.
2 балла План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1 балл. План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
0 баллов. Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор. Тактика лечения в амбулаторных условиях
По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар, для купирования обострения и подбора ингаляционной терапии (ИГКС).

При невозможности госпитализации – ИГКС (*базисная терапия*)
беклометазон 250мкг по 1 ингаляции 2 раза/сут или
флутиказон (фликсотид) 125мкг по 1 ингаляции 2 раза/сут или
мометазон (асманекс) 200мкг по 1 ингаляции 1 раза/сут
Полоскать рот водой после ингаляции или
циклесонид (альвеско) 160мкг по 1 ингаляции 1 раз/сут
Симптоматическая терапия:
Ингаляции сальбутамола по 100-200мкг (1-2 вдоха по потребности при удушье), не больше 4 раз в сутки.
***Через небулайзер**:* физ. р-р 2-3мл + беродуал 30кап.+ будесонид (пульмикорт или буденит стери неб) 500 - 1000мкг или беклометазон (кленил УДВ) 800мкг – 2 раза в день
При неэффективности лечения – СГКС преднизолон 40-50мг в сутки как минимум пять дней либо до полного выздоровления.

2 балла. Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован

1 балл. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
или
Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.

0 баллов. Ответ неверный

Диспансерное наблюдение пациента.

«Д» наблюдение 1 раз в три месяца с определением контроля БА по АСТ или ACQ-тесту и коррекции лечения.

2 балла. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.

1 балл. Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.

0 баллов. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Мужчина 55 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке (затруднен выдох). По утрам кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, ночные приступы удушья 1- 2 раза, снимает беродуалом. Приступы удушья возникают на холодный воздух, запахи.

АД (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение пяти лет, сопровождающееся головными болями.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 5 лет. Курит более 36 лет. Не привит против гриппа и пневмококка.

В анамнезе пневмония 1 раз в год. Обострения с выделением гнойной мокроты 3- 4 раза в год.

Семейный анамнез: мать – 76 лет, страдает АГ;

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 24,8 кг/м^2. Окружность талии – 88 см,

Кожные покровы чистые, с умеренным диффузным цианозом. В легких дыхание жесткое, ослабленное, в нижних отделах легких сухие и влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 80 мин., АД – 150/95 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень + 3 см. Отеки ног в области лодыжек. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Сатурация кислорода- 86 %.

В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л. креатинин – 97 мкмоль/л, ОФВ1- 33 %, проба с бронхолитиком +9 %., 150 мл. ФЛГ- усиление легочного рисунка, эмфизема легких, увеличение размеров сердца. ЭКГ- ГЛЖ, p-pulmonale.

Предварительный диагноз.

ХОБЛ, тяжелая степень тяжести, смешанный вариант, с выраженными симптомами, с частыми обострениями. Обострение. ДН-2. ХЛС субкомпенсация Соп: Гипертоническая болезнь 2 ст. 2 ст.

риск 3. ХСН 2б. ФК-3.

2 балла Диагноз поставлен верно.

1 балл Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии ХОБЛ и АГ, неверно оценена стадия ДН: неверно оценена степень риска обострения, стадия по GOLD)

0 баллов Диагноз поставлен неверно.

Обоснуйте диагноз.

1 синдром бронхиальной обструкции (жалобы больного на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке (затруднен выдох). По утрам кашель с трудно отделяемой мокротой слизистого характера, ночные приступы удушья 1- 2 раза, снимает беродуалом. Приступы удушья возникают на холодный воздух, запахи. Курит более 36 лет. АД (колебания от 120/80 до 170/105 мм рт.ст.) в течение пяти лет, сопровождающееся головными болями. В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, ОФВ1- 33, проба с бронхолитиком 9 %. ФЛГ- усиление легочного рисунка, увеличение размеров сердца. ЭКГ- ГЛЖ.
2. синдром АГ установлен на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ГЛЖ и отеков лодыжек, гиперлипидэмии.
Синдром дыхательной недостаточности установлен на основании: одышки в покое и при незначительной физической нагрузке, pSO2.
Диагноз ХЛС установлен на основании увеличение размеров сердца, печень +3,5 см., отеки лодыжек.p-pulmonale.

2 балла. Диагноз обоснован верно.

1 балл. Диагноз обоснован не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии ХОБЛ и АГ, неверно оценена стадия ДН: неверно оценен риск GOLD)

0 баллов. Диагноз обоснован неверно.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: проведение ФВД, проба с БЛ, общий анализ мокроты, посев мокроты на флору и ВК, пульсоксиметрия, рентгенография легких, пикфлоуметрия, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (АСТ/АЛТ, билирубин, креатенин, глюкоза), КЩС крови, электролиты крови, проведение суточного мониторирования АД, ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; СКФ. Консультация пульмонолога.

2 балла План дополнительного обследования составлен полностью верно.

1 балл. План дополнительного обоснования не полностью:
Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

0 баллов. Не названы три и более дополнительных метода обследования.
или
Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.
или
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар, для купирования обострения и подбора ингаляционной терапии.
ДДБА/ИГКС+ ДДХБ.
При обострении ингаляции через небулайзер (Беродуал 2 мл. + лазолван 2 мл., или Пульмикорт

1000мкг). Флуимуцил 600 мг. 1 р. в сутки. Беродуал Н - по потребности. Кислородотерапия, (кислородный концентратор или ДДВЛ). В период ремиссии вакцинация против гриппа и пневмококка. Отказ от курения. Чампикс, никоретте. Антигипертензивная терапия: БРА (валсартан), диуретики(верошпирон, тригрим).
2 балла. Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
1 балл. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
0 баллов. Ответ неверный
Диспансерное наблюдение пациента.
«Д» наблюдение 1 раз в три месяца. Через 3 месяца регулярной терапии: (комбинация симбикорта 160 мкг- 2 вд.. 2 р в д. спирива 18 мкг./стк., Даксас 0,5 мг./стк. Беродуал Н по потребности. Кислород, отказ от курения. Небулайзер Беродуал 2 мл. + лазолван 2 мл., Флуимуцил 600 мг. 1 р. в стк. Валз 80 мг. 2 р. в д., верошпирон 25 мг. 1 раз утром, тригрим 10 мг. утром и 5 мг. днем. + соблюдение диеты – АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст. Спирометрия 1 раз в 3 месяца, ОАК,ОАМ, мокрота на ВК, ЭКГ, КТ лёгких, пульсоксиметрия, тест 6 минутной ходьбы, пульмонолог 1 раз в 6 месяцев, ЛОР, стоматолог, психотерпевт, фтизиатр. В период ремиссии доза симбикорта по 2 дз. 2 р. в д. Спирива 18 мг./стк., Кислородотерапия. Небулайзер. Антигипертензивная терапия: Валз 80 мг. 2 р. в д., верошпирон 25 мг. 1 раз утром, тригрим 10 мг. утром. + соблюдение диеты, продолжить динамическое наблюдение.
2 балла. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1 балл. Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0 баллов. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача1.

Больной Ф., 40 лет, слесарь. Обратился к участковому терапевту в связи с ухудшением самочувствия 09.09. 2017г Утром возник приступ удушья, который он пытался купировать ингаляцией сальбутамола. Приступ возобновлялся каждый час, его удавалось купировать с помощью ингалятора на короткое время. Сохраняется сухой кашель; мокрота вчера отходила свободно, сегодня не откашливается.

Более 20 лет страдает бронхиальной астмой. Ежедневно в течение двух месяцев использует сальбутамол, теотард, в связи с приступами удушья. До этого, на протяжении 6 месяцев принимал преднизолон в дозе 20 мг/сутки. Неделю назад больной перенес ОРЗ.

При осмотре больной возбужден, положение ортопноэ. Из-за одышки предложения произносит отдельными словами. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Дыхание со свистящими хрипами, слышными на расстоянии. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура, ЧДД 30/мин. Перкуторный тон над легкими с тимпаническим оттенком. В легких дыхание ослабленное везикулярное, сухие свистящие хрипы на вдохе и выдохе. Тоны сердца приглушены. ЧСС 125/мин., АД 140/80 мм.рт.ст.

Задача 2

Пациент Р., 48 лет, работает водителем, обратился к участковому врачу с жалобами на кашель с выделением гнойной мокроты, повышение температуры тела до 37,5°С, потливость, головную боль, слабость. Кашель беспокоит в течение 20 лет, сначала сухой, затем с небольшим количеством скудной слизистой мокроты по утрам. В последние 5 лет стал отмечать появление одышки при физической нагрузке. Курит по 1-1,5 пачки сигарет 20 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Акроцианоз. Грудная клетка правильной формы, обе

половины одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком. Аускультативно на фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие хрипы по всем легочным полям. ЧД 22 в мин. ЧСС 80 в мин.SatO2-90%. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме. Отеков на ногах нет.

4. Задания для групповой работы

Описать типичного пациента с различными фенотипами БА (аллергическая БА, астма физического усилия, БА у беременной, БА у лиц с ожирением, аспириновая триада) и составить план амбулаторного ведения.

1) Оцените ФВД пациентов, какой стадии ХОБЛ соответствуют нарушения бронхиальной проходимости в каждом случае?

А) Пациент Д, мужчина, 63года

Показатель		Pre-BD		Post-BD	
	Pred	Meas	%PR	Meas	%CH
VC	4,20	2,30	54	2,07	-10
FVC	4,20	1,35	32	2,15	59
FEV5	2,69	0,48	17	0,54	12
FEV1	3,31	0,71	21	0,81	14
FEV1%T		30,8		39,1	26

Б) Пациент Л, мужчина, 65 лет

Показатель		Pre-BD		Post-BD	
	Pred	Meas	%PR	Meas	%CH
VC	3,80	2,66	70	2,44	-8
FVC	3,80	2,46	64	2,71	10
FEV5	2,46	1,13	45	1,25	10
FEV1	3,01	1,56	51	1,68	7
FEV1%T		58,6		68,8	17

В) Пациент К, мужчина, 58 лет

Показатель		Pre-BD		Post-BD	
	Pred	Meas	%PR	Meas	%CH
VC	4,79	2,39	49	2,48	3
FVC	4,79	1,98	41	2,39	20
FEV5	3,03	0,41	13	0,48	17
FEV1	3,76	0,61	16	0,74	21
FEV1%T		25,5		29,8	16

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

Вопросы по теме:

1. принципы диагностики и дифференциальной диагностики БА и бронхиальной астмы в условиях работы врача-терапевта участкового;

2. алгоритм ведения пациента с признаками БАврачом-терапевтом участковым,
3. правила формулировки диагноза;
4. группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
5. характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении БА, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
6. показания к госпитализации;
7. алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
9. принципы и методы осуществления профилактики БА врачом-терапевтом участковым.
10. принципы диагностики и дифференциальной диагностики ХОБЛ и бронхиальной астмы в условиях работы врача-терапевта участкового;
11. алгоритм ведения пациента с признаками ХОБЛврачом-терапевтом участковым,
12. правила формулировки диагноза;
13. группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
14. -характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ХОБЛ, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
15. показания к госпитализации;
16. алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
17. правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
18. принципы и методы осуществления профилактики ХОБЛ врачом-терапевтом участковым.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания

1. Пикфлуометр – это портативный прибор, который измеряет
   1) только один показатель пиковой скорости выдоха (ПСВ)*
   2) ПСВ и ФЖЕЛ
   3) $ОФВ_1$
   4) МОС25

2. Пикфлоуметрия – это определение
   1) дыхательного объема
   2) жизненной емкости легких
   3) остаточного объема
   4) пиковой скорости выдоха*

3. К возможностям пикфлоуметрии следует относить
   1) оценку тяжести течения заболевания*
   2) раннюю диагностику бронхиальной астмы*
   3) определение обратимости бронхиальной обструкции*
   4) оценку степени снижения ЖЕЛ
   5) оценку эффективности лечения *

4. Пульсоксиметрия не инфрмативна в присутствии
   1) метгемоглобина*
   2) внутрисосудистых красителей*
   3) карбоксигемоглобина*
   4) кожной пигментации
   5) серповидно-клеточной болезни *

5. Астма считается «под контролем» - зеленая зона при значениях
   1) среднесуточной проходимости бронхов (СПБ) более 80% и Δ более 5-20%.*
   2) СПБ до 60% и Δ до 30%

3) СПБ ниже 60% и Δ выше 30%
4) СПБ ниже 60%

6. Использование спейсера позволяет
1) свести до минимума отложения аэрозоля в полости рта и на голосовых связках
2) применять ингаляционно препараты, не выпускающиеся в форме дозированных аэрозолей
3) улучшить координацию вдоха и ингаляции*
4) исключить холодовое воздействие несущего газа
5) избежать загрязнения атмосферы фреоном

7. Преимущества ингаляционной терапии
1) быстрота наступления эффекта
2) минимальное системное воздействие
3) простота применения по сравнению с таблетированными формами
4) все перечисленное*

8. К преимуществам небулайзерной терапии бронхиаль-ной астмы следует относить
1) независимость от дыхательного маневра больного
2) возможность применения у детей и взрослых любого возраста
3) побочные реакции реже, чем при приеме лекарств внутрь
4) быстрое достижение лечебного эффекта
5) все ответы верны*

9. Выберите один правильный ответ.
Диагноз хронического бронхита устанавливается при наличии кашля с мокротой:
а) 2 месяца не менее 2-х лет
б) 3 месяца не менее 2-х лет *
в) 3 месяца не менее 3-х лет
г) 4 месяца не менее 3-х лет

10. Выберите один правильный ответ.
Частым осложнением острого бронхита у лиц пожилого и старческого возраста является:
а) хронический бронхит
б) туберкулез
в) рак легкого
г) очаговая пневмония *

11. Выберите один правильный ответ.
Критериями средней степени тяжести ХОБЛ являются:
а) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 = 50-80% *
б) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 >80%
в) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 = 30-50%
г) ОФВ1/ФЖЕЛ <70%, ОФВ1 <80%

12. Выберите один правильный ответ.
Наиболее важным исследованием для диагностики ХОБЛ является:
а) бронхоскопия
б) спирометрия *
в) пикфлоуметрия
г) бронхография

13. Выберите один правильный ответ.

Наиболее частым возбудителем бактериальных осложнений при ХОБЛ является
а) гемофильная палочка *
б) микоплазма
в) стафилококк
г) синегнойная палочка

14. Выберите один правильный ответ.
Пациенты с ХОБЛ средней степени тяжести подлежат диспансерному наблюдению врача – терапевта участкового не менее:
а) 1 раз в год
б) 1 раз в 3 месяца
в) 1 раз в 6 месяцев *
г) 1 раз в месяц

15. Найдите соответствие между вероятными возбудителями и условиями возникновения внебольничной пневмонии, развившейся на фоне
1) ХОБЛ
2) гриппа
3) бронхоэктазов
4) алкоголизма

А) Haemophilusinflunzae, Pseudomonasaeruginosa
Б) Streptococcuspneumoniae, Staphylococcusaureus
В) Pseudomonasaeruginosa, Staphylococcusaureus
Г) Klebsielapneumoniae, анаэробы

Ответ: 1-А, 2-Б, 3-В, 4-Г,

16. Выберите все правильные ответы.
К возможностям пикфлоуметрии следует отнести:
а) оценку тяжести течения заболевания *
б) раннюю диагностику бронхиальной астмы *
в) определение обратимости бронхиальной обструкции *
г) оценку степени снижения ЖЕЛ

17. Выберите один правильный ответ.
Из мокроты и бронхиального содержимого больных с обострением хронического бронхита наиболее часто высевается:
а) золотистый стафилококк
б) гемолитический стафилококк
в) пневмококк + гемофильная палочка*
г) синегнойная палочка

18. Выберите все правильные ответы.
Для дифференциальной диагностики хронического бронхита с раком легкого необходимо использовать:
а) рентгенологические методы *

б) бронхофиброскопию *
в) цитологические и гистологические методы; *
г) пульсоксиметрию

4) Составить алгоритм пользования ДАИ, небулайзера, пикфлоуметра, спейсера.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.5. Алгоритм диагностики АГ, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение пациентов с АГ.

Цель: Углубление и закрепление знаний по вопросам диагностики, реабилитации, диспансеризации, экспертизы утраты трудоспособности больных гипертонической болезнью в условиях поликлиники.

Задачи:

1. Изучить вопросы оказания квалифицированной медицинской помощи больным гипертонической болезнью на приеме, в поликлинике и на дому.
2. Уточнить возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной

гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз гипертонической болезни, вазоренальной и ренальной гипертензии.
3. Научить рациональной методике диспансерного наблюдения пациента с гипертонической болезнью,вазоренальной гипертензией, нефрогенной гипертензией.
4. Обучить выписке рецептов с учетом социальных прав на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства, для пациентов гипертонической болезнью, вазоренальной и ренальной гипертонией.
5. Определить показания для госпитализации больных с синдромом артериальной гипертензии, и реализовать госпитализацию в экстренном и плановом порядке.
6. Определить показания для лечения пациентов в условиях стационара на дому, дневного стационара.
7. Определить причину временной нетрудоспособности.
8. Научить правильно оформлять документы, с которыми работает врач первичного звена.
9. Научить методике работы школы для больных гипертонической
болезнью.
10. Воспитать потребность регулярной самостоятельной работы с монографической литературой.

Обучающийся должен знать:
- Лечебно-диагностические возможности обследования и лечения пациентов с гипертонической болезнью.
- Возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз гипертонической болезни, вазоренальной и ренальной гипертензии, эндокринных гипертоний.
- Лечение гипертонической болезни в поликлинике в зависимости от стадии болезни. Принципы подбора медикаментозной терапии.Немедикаментозная терапия.
- Гипертонические кризы. Показания для госпитализации. Купирование гипертонического криза на дому и в поликлинике.
- Первичная и вторичная профилактика гипертонической болезни. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.
- Временная нетрудоспособность ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности.
- Основные симптомы первичного альдостеронизма, болезни Иценко- Кушинга, феохромоцитомы. Объем обследования в поликлинике для выявления этих заболеваний. Тактика врача-терапевта поликлиники при установлении диагноза.

Обучающийся должен уметь:
- В ограниченное время провести осмотр больного гипертонической болезнью, собрать анамнез, выявить основные объективные данные,подтверждающие диагноз заболевания.
- Интерпретировать полученные результаты обследования при гипертонической болезни.- Составить план профилактических мероприятий при заболеваниях.
- Определить показания для госпитализации в экстренном и плановом порядке.
- Пользоваться законодательствами, установками МСЭ.
- Провести отбор на санаторно-курортное лечение.
- Провести оценку качества работы участкового врача по этим разделам.

Обучающийся должен владеть:
- Алгоритмом проведения обследования в поликлинике для выявления причины
артериальной гипертензии.
- Тактикой купирования гипертонического криза на дому и в поликлинике.
- Участвовать во вторичной и первичной профилактике гипертонической болезни.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:
1. Этапы оказания медицинской помощи больным гипертонической болезнью.
2. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным гипертонической болезнью.
3. Причины возможного повышения артериального давления:функциональные заболевания, гипертоническая болезнь,симптоматические гипертензии (вазоренальные, ренальные, эндокринные, церебральные).
4. Возможности обследования в поликлинике для выявления причины артериальной гипертензии, роль современных неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз гипертонической болезни, вазоренальной и ренальной гипертонии.
5. Образ жизни и факторы риска гипертонической болезни. Пограничные артериальные гипертензии. Ранние симптомы гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике.
6. Лечение гипертонической болезни в поликлинике в зависимости от стадии болезни. Принципы подбора медикаментозной терапии.
Немедикаментозная терапия.
7. Вторичная профилактика при гипертонической болезни. Санаторно- курортное лечение. Диспансеризация.
8. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.

2. Практическая подготовка в поликлинике.
Место проведения: терапевтическое отделение поликлиники, кабинет врача терапевта, врача кардиолога, кабинет реабилитации, учебная комната.

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2).Пример задачи с разбором по алгоритму**.**

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной К., водитель, 52 года, обратился к участковому терапевту с жалобами на головную боль и головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, рвоту, не связанную с приемом пищи, одышку при подъеме на 3 этаж. Из анамнеза заболевания: больным себя считает в течение 9 лет, когда после психоэмоционального напряжения появились головная боль, слабость, головокружение. Врачом скорой помощи зафиксировано АД 180/110 мм рт.ст. При последующих измерениях АД постоянно отмечалось повышение АД до 160/95 мм рт.ст. В течение 2 лет отмечает после эмоциональных стрессов периодическое повышение АД до 200/115 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, тошнотой, купирующееся приемом 2 таб. коринфара, появление одышки при умеренной нагрузке. Постоянно не лечился. Из анамнеза жизни: курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголь не употребляет, любит соленую, жирную пищу. Мать умерла от ОНМК в 50 лет. Работает водителем 30 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы лица, воротниковой зоны гиперемированы. Дыхание в легких везикулярное. Левая граница сердца по левой среднеключичной линии, правая и верхняя не изменены. Тоны сердца, ритмичные, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке, ЧСС=пульс=86 в мин. АД на обеих руках 200/120 мм рт.ст. Периферических отеков нет.

Обследование:ОАМ - уд.вес - 1016, белок не обнаружен, глюкоза - нет, лейкоциты 0-1 в п/зр, эритроциты 1-2 в п/зр. АУ 0,1 мг/л. Б/ХАК: общий холестерин 6,2 ммоль/л, ТГ - 2,6 ммоль/л.

ЭхоКС: ЛП - 43 мм, ЛЖ - 55 мм, МЖП - 12 мм, ЗСЛЖ - 13 мм, ММЛЖ - 290 г, ИММЛЖ - 145 г/м2, ФВлж - 55%, индекс сферичности ЛЖ - 0,6, КДОлж/ММЛЖ - 0,55, КДОлж - 160 мл, ИКДОлж - 80 мл/м2 (N - 82 мл/м2). Правые отделы не расширены. На митральном клапане регургитация (++), Е/А -0,8, ВИВРЛЖ - 136 мс. Очаговых нарушений сократимости не выявлено. Окулист: отчетливое сужение просвета артерий и артериол, уплощение их стенок, сдавление вен уплотненными артериолами, извилистость, расширение вен. ЭКГ прилагается:

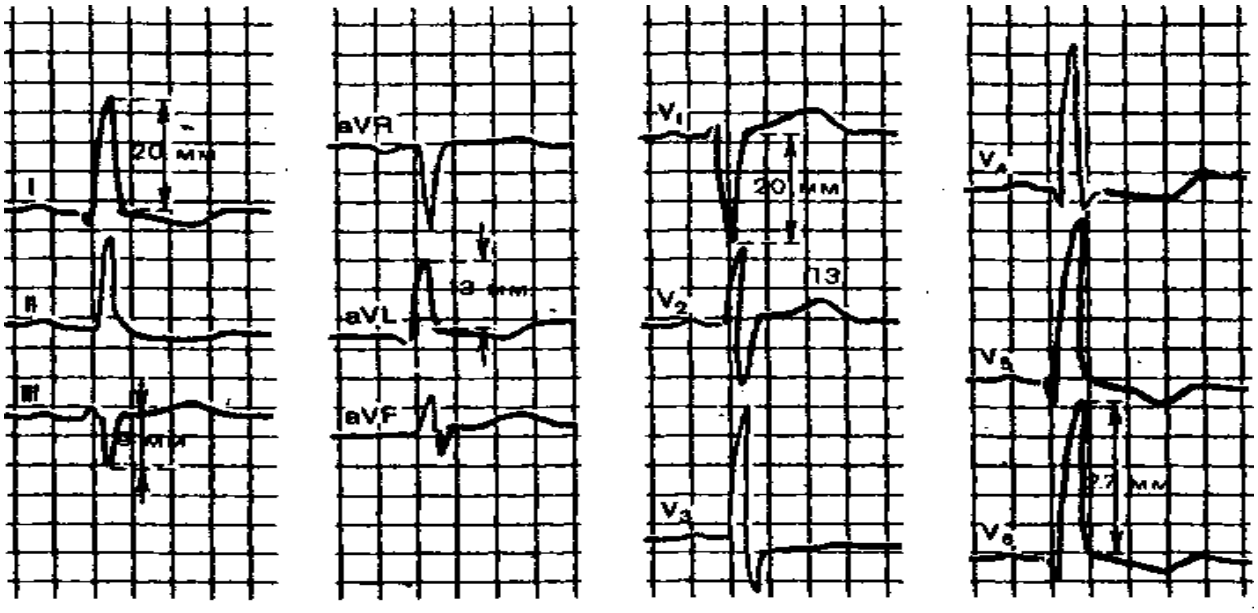


Рис.24.

Предварительный диагноз.

Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД, риск 3 (высокий). Гипертонический криз 2 типа. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Гиперхолестеринемия. СНсФВ (ФВ 55% по ЭХО-Кс) IIА, ФК 2.
SCORE 7%.

2 балла Диагноз поставлен верно.

1 балл Диагноз поставлен не полностью

0 баллов Диагноз поставлен неверно.

Дополнительное обследование для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики:

- биохимический анализ крови: глюкоза крови, электролиты, креатинин, СКФ, мочевая кислота, билирубин, липидный спектр, АСТ,АЛТ;
- УЗИ почек и надпочечников, допплер почечных артерий по показаниям;
- УЗ дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- ЛПИ;
- Коронарный кальций;
- R- графия органов грудной клетки;
- УЗИ щитовидной железы, гормоны ТТГ, Т4 св.;
- суточное мониторирование АД.

2 балла Обследование проведено в полном объеме

1 балл Обследование охватывает не менее 75% от рекомендуемого

0 баллов Обследование не позволяет уточнить степень тяжести артериальной гипертензии

Расшифруйте ЭКГ и укажите критерии свидетельствующие о наличии гипертрофии левого желочка

Увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях - V5,6 .**Rv5,6 >Rv4** Увеличение глубины зубца S в правых грудных отведениях - Vl,2 **Rv5, 6 >25 мм Rv5,6 + Sv1,2 > 35 мм.** Смещение электрической оси сердца влево Смещение переходной зоны вправо, к V1,2 Увеличение времени внутреннего отклонения в V5,6 >0,05"Смещение сегмента ST и отрицательный зубец T в V5,6 , I, aVL - при выраженной гипертрофии левого желудочка с его систолической перегрузкой.

2 балла ЭКГ диагноз поставлен правильно Указаны более 75% критериев, подтверждающих гипертрофию ЛЖ

1 балл ЗКГ диагноз правильный. Указаны от 50 до 75% критериев

0 баллов ЭКГ расшифровано неправильно. Критерии экг гипертрофии ЛЖ указаны неправильно

Заключительный диагноз

Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД, риск 3 (высокий). Гипертонический криз 2 типа. Концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка. Гиперхолестеринемия. СНсФВ (ФВ 55% по ЭХО-Кс) IIA, ФК 2.
Суммарный КВР высокий.

2 балла Диагноз поставлен верно.

1 балл Диагноз поставлен не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии гипертонической болезни, неверно оценена стадия СН, неверно определен сердечно-сосудистый риск)

0 баллов Диагноз поставлен неверно.

Обоснуйте диагноз.

1) Синдром АГ(основной): при обращении у пациента жалобы на головную боль и головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, рвоту, не связанную с приемом пищи, одышку при подъеме на 3 этаж. При последующих измерениях АД постоянно отмечалось повышение АД до 160/95 мм рт.ст. В течение 2 лет отмечает после эмоциональных стрессов периодическое повышение АД до 200/115 мм рт.ст., сопровождающееся головной болью, тошнотой, купирующееся приемом 2 таб. коринфара. Пачка/лет 30. Наследственность- у матери ОНМК.

2) Синдром поражения мокарда (расширения границ сердца): левая граница относительной сердечной тупости по левой среднеключичной линии. По данным ЭХО-Кс- признаки концентрической ГЛЖ (МЖП - 12 мм, ЗСЛЖ - 13 мм, ММЛЖ - 290 г, ИММЛЖ - 145 г/м2, индекс сферичности ЛЖ - 0,6). По ЭКГ- признаки ГЛЖ (увеличение амплитуды зубца R в левых грудных отведениях - V5,6 .Смещение электрической оси сердца влево Смещение переходной зоны вправо, к V1,2 Увеличение времени внутреннего отклонения в V5,6 >0,05"Смещение сегмента ST и отрицательный зубец T в V5,6 , I, aVL - при выраженной гипертрофии левого желудочка с его систолической перегрузкой).

3) Синдром гиперхолестеринемии: ХС - 6,2 ммоль/л.
4) Синдром сердечной недостаточности: по данным ЭХО-Кс: ЛП - 43 мм, МЖП - 12 мм, ЗСЛЖ - 13 мм, ИММЛЖ - 145 г/м2, ФВлж - 55%, индекс сферичности ЛЖ - 0,6, ВИВРЛЖ - 136 мс. В течение 2 лет появление одышки при умеренной ФН.
Обоснование криза: жалобы на головную боль и головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, рвоту, не связанную с приемом пищи, одышку при подъеме на 3 этаж. Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы лица, воротниковой зоны гиперемированы. Тоны сердца, ритмичные, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке, ЧСС=пульс=86 в мин. АД на обеих руках 200/120 мм рт.ст. Периферических отеков нет.

2 балла. Диагноз обоснован верно.
1 балл. Диагноз обоснован не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии АГ, неверно оценена стадия СН, неверно оценен риск)
0 баллов. Диагноз обоснован неверно.
Тактика ведения пациента. Назовите группы препаратов, используемых при лечении ГБ
3) Купирование гипертонического криза (скорость снижения АД не более 25% за первые 2 часа): каптоприл 25 мг внутрь с контролем АД, ЧСС, пульса. 4) Медикаментозная терапия: валсартан 160 мг+амлодипин 5 мг в виде фиксированной комбинации по 1 таблетке вечером постоянно под контролем АД (целевое АД 120-130/70-79 мм рт.ст.), статины при визуализации атеросклероза БЦА.
2 балла. Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
1 балл. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован или выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
0 баллов. Ответ неверный
Укажите, медицинские и социальные критерии свидетельствующие о наличии временной нетрудоспособности у данного пациента
Медицинские критерии: обострение хронического заболевания, необходимость соблюдения режима, необходимость лечения. Социальные критерии: работа связана с движением транспорта
2 балла Указаны все медицинскии и социальные критерии(4)
1 балл Указаны правильно не менее 3 критериев
0 баллов Критерии выбраны неправильно

Укажите алгоритм диспансерного наблюдения пациента
Алгоритм включает следующие позиции: определение группы диспансерного наблюдения (диспансерная группа- IIIа) , кратности наблюдения (1-2 раза в год) , необходимый минимум обследования, необходимый минимум консультаций, поддерживающей терапии, критерии эффективности диспансерного наблюдения.
2 балла. Указаны все 6 позиций
1 балл. Указаны 3 позиции
0 баллов. Тактика диспансерного ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больная Э., 49 лет, поступила в кардиологическое отделение ОКБ по направлению терапевта ЦРБ. При поступлении предъявляет следующие жалобы: периодические умеренные головные боли в затылочной области, часто сопровождающиеся легкими головокружениями; внезапно начинающиеся и внезапно купирующиеся приступы ритмичного сердцебиения, сопровождающегося слабостью и недомоганием, продолжительностью около получаса, возникающие около 1 раза в неделю; одышка при умеренных физических нагрузках. Из анамнеза.Считает себя заболевшей около 10 лет назад, когда впервые во время госпитализации по поводу обострения хронического гайморита лечащим врачом неоднократно регистрировались повышенные цифры АД (max АД = 160/100 mm Hg). Обратилась за помощью в медицинский пункт предприятия, где был зафиксирован максимальный за всё время подъём АД до 200/120 mm Hg. Пациентке был рекомендован сублингвальный прием 25 мг «Капотена», после которого купировалась симптоматика и снизилось АД. С этого периода регулярно измеряет АД, хорошее самочувствие отмечает при АД = 140/90 mm Hg. Постоянной гипотензивной терапии не получает; эпизоды подъёма АД, которые сопровождаются вышеописанной симптоматикой купирует сублингвальным приёмом «Капотена» 0,025. В течение последних 6 месяцев отмечает возникновение внезапных приступов ритмичных сердцебиений, частота и продолжительность которых нарастают со временем; а также - усиление

одышки.

Жительница города, работает диспетчером на транспортном предприятии. Перенесённые заболевания и состояния: хронический гайморит, хронический ларингит, частые ОРЗ, распространённый остеохондроз, деформирующий остеоартроз коленных и голеностопных суставов, хронический калькулёзный холецистит. Курит с 24 лет по ½ пачке в сутки сигарет без фильтра. Алкоголем не злоупотребляет. Наследственный анамнез: мать страдает гипертонической болезнью с 40 лет, у отца – ИБС (ОИМ в 58 лет). Аллергологический и лекарственный анамнезы спокойны.

Тоны сердца приглушены, ритмичны, в области верхушки убывающий систолический шум с лучом проведения до передней подмышечной линии. Пульс = ЧСС = 78/мин, АД = 170/110 mm Hg. Живот округлой формы, увеличен за счёт подкожной клетчатки, мягкий, безболезненный. Результаты некоторых дополнительных исследований:

- Биохимия крови: общий холестерин - 6,5 ммоль/л, триглицериды - 2,5 ммоль/л, АСТ – 14 ед/л, АСТ – 20 ед/л, билирубин – 14 мкм/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, белок общий - 72,2 г/л
- ОАК: эр.- 4,0 х 10^{12}/л , гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 9 х 10^{9}/л, п/я – 6%, с/я – 52 %, баз. – 1%, эоз. - 4%, лимф. – 34%, мон. – 3%, тромбоц. – 180 х 10^{9}/л
- ОАМ: р = 1020, лейкоциты - 2-3 в п/зр, эритроциты – 0-1 в п/зр, белка нет
- ЭхоКГ: аорта несколько уплотнена, диаметром до 40 мм. АК, МК не изменены. ЛП – 42 мм, ЛЖ – 59ммм, МЖП – 10 мм, ЗСЛЖ – 10 мм, ММЛЖ - 232 г, ИММЛЖ - 179 г/м^2, ФВлж - 53%, индекс сферичности ЛЖ - 0,65; КДОлж/ММлж - 0,76; КДОлж - 184 мл, ИКДОлж -102 мл (N - 85 мл). Правые отделы не расширены, передняя стенка ПЖ – 5 мм. По допплеру: на АК и МК кровоток не изменен, на МК регургитация (+-++), Е/А - 0,9; ВИВРЛЖ - 88 мс.
- Осмотр глазного дна: вены расширены, извиты, артерии несколько сужены.
- ЭКГ признаки гипертрофии ЛЖ

Расшифруйте ЭКГ и укажите признаки , характерные для изменений при ГБ (рис 20)

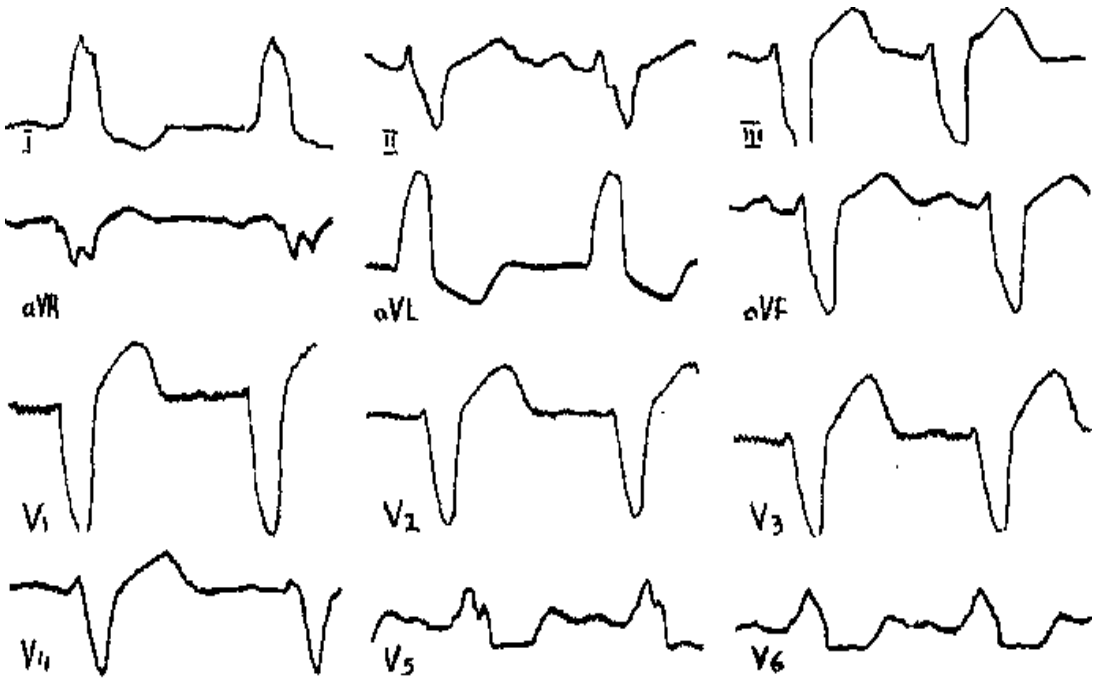


Рис.20.

4. Задания для групповой работы

Учебно – ролевая игра: алгоритм ведения пациента с впервые выявленной артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

- Причины повышения артериального давления: функциональные заболевания, гипертоническая болезнь, симптоматические гипертензии (вазоренальные, ренальные, эндокринные, церебральные).
- Принципы установления диагноза, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования.
- Лечение, значение психотерапевтических и других немедикаментозных методов. Образ жизни и факторы риска гипертонической болезни.
- Гипертензия «белого халата» и маскированная артериальная гипертензия.
- Ранние симптомы гипертонической болезни.
- План обследования больного в поликлинике.
- Определение сердечно-сосудистого риска
- Основные симптомы, позволяющие заподозрить вазоренальную гипертензию.
- Эндокринная патология, сопроваждающаяся повышением АД. Основные симптомы первичного альдостеронизма, болезни Иценко-Кушинга, феохромоцитомы.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания

1. Выберите один правильный ответ.

Какие цифры артериального давления дают возможность констатировать наличие артериальной гипертензии:

а) >140 и >90 мм рт. ст. *
б) 150 и 90 мм рт. ст.
в) >139 и >85 мм рт. ст.
г) >129 и >90 мм рт. ст.

2. Выберите один правильный ответ.

К органам-мишеням при гипертонической болезни относятся:
а) почки, печень, головной мозг, сетчатка глаза, сердце
б) сердце, сетчатка глаза, скелетная мускулатура, головной мозг
в) артерии, печень, почки, сердце, сетчатка глаза
г) сердце, почки, головной мозг, артерии, сетчатка глаза *

3. Выберите один правильный ответ.

Гипертоническая болезнь II стадии проявляется:
а) повышением уровня креатинина плазмы свыше 133 мкмоль/л
б) суточной экскрецией альбумина с мочой в количестве 300–500 мг
в) снижением скорости клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м2 *
г) наличием нефроангиосклероза по данным биопсии почки

4. Выберите один правильный ответ.

Какой признак не соответствует диагнозу гипертоническая болезнь I стадии у больного 35 лет:
а) отсутствие изменений глазного дна
б) клубочковая фильтрация 80 мл/мин
в) зубец R в V5–V6 равен 32 мм*
г) уровень мочевой кислоты = 348 ммоль/л

5. Выберите один правильный ответ.

При каком заболевании наблюдается артериальная гипертензия пароксизмального типа:
а) альдостерома
б) узелковый периартериит;
в) феохромоцитома*
г) акромегалия

6. Выберите один правильный ответ.

Какая причина артериальной гипертензии у больной со следующими **клиническими** признаками: внезапное появление головной боли на фоне резкого повышения АД, сопровождающееся тошнотой, тахикардией, бледностью кожных покровов, после приступа – полиурией:
а) синдром Иценко–Кушинга
б) климактерический синдром
в) феохромоцитома*
г) тиреотоксикоз

7. Выберите один правильный ответ.

Показаниями к экстренной госпитализации являются:
а) гипертонический криз, купировавшийся на догоспитальном этапе
б) гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени повышения АД
в) осложнения гипертонической болезни (ОНМК, отек легких) *
г) сопутствующая фибрилляция предсердий пароксизмальная форма

8. Выберите один правильный ответ.

Показаниями для санаторно – курортного лечения при гипертонической болезни являются:
а) III стадия заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности выше II стадии
б) I и II стадии заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности не выше II стадии*
в) III стадия заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности III стадии
г) I и II стадии заболевания при отсутствии выраженных поражений сосудов мозга, сердца, почек, расстройств ритма и проводимости, при сердечной недостаточности III стадии

9. Выберите один правильный ответ.

Высокая диастолическая гипертензия характерна для:
а) нефрогенной гипертонии *
б) атеросклероза аорты
в) диэнцефального синдрома
г) гипертиреоза

10. Выберите один правильный ответ.

Пациенту мужского пола, 42 лет, с гипертонической болезнью I стадии, 1 степени повышения АД, риском по SCORE 1%, ожирением 3 степени, следует рекомендовать следующую низкодозовую комбинацию гипотензивных препаратов:
а) периндоприл/индапамид*

б) бисопролол/гидрохлортиазид
г) амлодипин/индапамид
д) лозартан/амлодипин

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.6. Амбулаторное ведение пациентов с ИБС. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.
Цель: Углубление и закрепление знаний по вопросам поликлинической диагностики, реабилитации, и диспансеризации, МСЭ, профилактики больных с ишемической болезнью сердца.
Задачи:
1) Рассмотреть классификацию ИБС. Понятие стабильной и нестабильной стенокардии. Характер

болевого синдрома при стабильной стенокардии. Понятие типичной и атипичной стенокардии. Методы диагностики стенокардии. Рассмотреть варианты клиники постинфарктного кардиосклероза. Безболевая и аритмическая формы ИБС. Показания к госпитализации, догоспитальной помощи при инфаркте миокарда, диспансеризации и экспертизе нетрудоспособности, особенностям ведения при этих заболеваниях больных пожилого и старческого возраста.

2) Обучить рациональному диспансерному наблюдению за больными стенокардией - периодичность осмотров, объем обследования, принципы медикаментозной терапии, ЛФК, лечебного питания, рациональное трудоустройство, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, отбор на санаторно-курортное лечение. Определению показаний для госпитализации больных ИБС и реализации госпитализации в экстренном и плановом порядке. Обоснованию объема обследований в поликлинике больных с синдромом болей в левой половине грудной клетки. Уточнению возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС.

Определению роли и значения ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭХО-КГ), стресс-эхокардиографии (стресс-ЭХО-КГ), коронарографию для верификации ИБС. Обучить правильно оформлять документы по временной и стойкой утрате трудоспособности, диспансеризации больных. Обучить методике выявления факторов риска ИБС

3) Изучить вопросы оказания квалифицированной медицинской помощи больным ИБС на приеме в поликлинике, и на дому. Изучить показания для лечения пациентов в условиях стационара на дому и дневного стационара. Изучить регламентирующую документацию по медицинской экспертизе, диспансеризации. Изучить вопросы по профилактике (первичной, вторичной) при ИБС. Изучить стандарты и порядки ведения больных ИБС в амбулаторно-поликлинических условиях. Изучить методики по выявлению факторов риска ИБС и групп риска.

Обучающийся должен знать:

- Современную классификацию ИБС.
- Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза по синдромному принципу.
- Основные отличительные признаки коронарных болей при стенокардии.
- Возможности обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС.
- Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности. Экстракардиальные причины болей в грудной клетке: шейно-грудная дорсопатия на фоне остеохондроза, заболевания плевры, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, заболевания органов брюшной полости.
- Тактика ведения больных ИБС в поликлинических условиях.
- Роль курения, избыточного веса, и других факторов риска в развитии осложнений при ИБС.

Обучающийся должен уметь:

-В ограниченное время провести осмотр больного ИБС, собрать анамнез, выявить основные объективные данные, подтверждающие диагноз заболевания.

-Составить план лечения и профилактики при ИБС.

-Определить показания для госпитализации в экстренном и плановом порядке.

-Выявить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность.

-Составить программу профилактики ИБС.

-Правильно оформить лист нетрудоспособности, медицинскую карту амбулаторного больного и необходимое документационное обеспечение больных с ИБС в амбулаторных условиях.

-Дать пациенту рекомендации по первичной и вторичной профилактике при ИБС с учетом состояния его здоровья.

-Своевременно выявить показания к трудоустройству и правильно его реализовать.

Обучающийся должен владеть:

-Сбор и анализ жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента.

-Анализ и интерпретация результатов лабораторного обследования пациента.

-Анализ и интерпретация результатов ЭКГ, мониторирования АД и ЭКГ, ЭХО-КС.

-Снятие и анализ ЭКГ.
-Навыками профессионального врачебного поведения.
-Ведение медицинской документации.
-Овладеть методикой проведения осмотра больного ИБС,
-Овладеть оценкой, выявлением основных объективных данных, подтверждающим диагноз заболевания.
-Овладеть методикой лечения больных ИБС в условиях поликлиники, лечения в межприступном периоде и в периоде обострения ИБС.
-Овладеть знаниями по определению критериев временной нетрудоспособности, ее длительности, оформлению документации
-Овладеть методикой анализа критериев медико-социальной экспертизе иих реализаци на практике.
-Овладеть методикой анализа программ профилактики ИБС и использованию рекомендаций по первичной и вторичной профилактике.
-Овладеть методикой составления программы реабилитации для конкретного больного.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Дифференциальный диагноз болей в грудной клетке коронарогенного и некоронарогенного генеза.
2. Основные отличительные признаки стенокардии.
3. Специальные обследования в поликлинике для подтверждения диагноза ИБС. Роль и значение ЭКГ, нагрузочных тестов, эхокардиографии (ЭХО-КГ), стресс-эхокардиографии (стресс-ЭХО-КГ) для верификации ИБС. Показания для направления на коронарографию.
4. Причины болей в грудной клетке некоронарного генеза (кардиальные и некардинальные).
5. Заболевания сердца, сопровождающиеся болями, их дифференциально-диагностические особенности. Экстракардиальные причины болей в грудной клетке: шейно-грудной остеохондроз, заболевания плевры, грыжа диафрагмального отверстия, заболевания органов брюшной полости.
6. Варианты ИБС по классификации ВОЗ, наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники. Возможности определения в поликлинике функционального класса стенокардии напряжения.
7. Нестабильные формы ИБС и тактика терапевта поликлиники при их выявлении. Показания к госпитализации.
8. Лечение ИБС в условиях поликлиники, тактика купирования ангинозных приступов, лечение в межприступном периоде. Санаторно-курортное лечение. Временная нетрудоспособность при ИБС.
9. Временная нетрудоспособность при стенокардии напряжения, ее длительность в зависимости от функционального класса.
10. Критерии восстановления трудоспособности. Показания для направления на медико-социальную экспертизу.
11. Профилактика, диспансерное наблюдение.

2. Практическая подготовка.

Амбулаторный приём. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение ЭКГ, ЭХО-кардиоксопии, решение ситуационных задач, тестовых заданий.

Тестовые задания для контроля.

1. Выберите один правильный ответ.

У пациента с ИБС стенокардия возникает при спокойной ходьбе на расстояние 100 м и при подъеме по лестнице на 1 пролет. Какой функциональный класс стенокардии по классификации Канадского кардиоваскулярного общества:

а) I ФК
б) II ФК
в) III ФК *
г) IV ФК

2. Выберите один правильный ответ.
Что из перечисленного не характерно для стенокардии I функционального класса:
а) депрессия сегмента ST при ВЭМ-пробе
б) возникновение болей при подъеме до 1-го этажа*
в) отсутствие изменений ЭКГ в покое
г) иррадиация болей в левое плечо

3. Выберите один правильный ответ.
Какие изменения на ЭКГ достоверно свидетельствуют о коронарной недостаточности при проведении ВЭМ-пробы:
а) реверсия негативного зубца Т
б) удлинение интервала PQ
в) депрессия сегмента ST более 2 мм*
г) появление предсердной экстрасистолии

4. Выберите один правильный ответ.
Какие признаки не характерны для вариантной стенокардии:
а) быстропреходящий подъем сегмента ST на ЭКГ
б) приступы возникают чаще ночью
в) наиболее эффективны антагонисты кальция
г) физическая нагрузка переносится плохо*

5. Выберите один правильный ответ.
57-летний больной жалуется, что в течение года 1–2 раза в месяц под утро возникают загрудинные боли сжимающего характера, отдающие под левую лопатку, которые проходят в течение получаса после приема нитроглицерина. При холтеровском мониторировании: в момент приступа подъем ST в отведениях V2–V5 8 мм. На следующий день – ST на изолинии. Какая патология у больного:
а) стабильная стенокардия IV функционального класса
б) инфаркт миокарда
в) прогрессирующая стенокардия
г) вариантная стенокардия; *

6. Выберите один правильный ответ.
При возникновении острого приступа боли в эпигастральной области и за грудиной у мужчин среднего возраста обследование следует начинать с:
а) зондирования желудка
б) рентгеноскопии ЖКТ
в) ЭКГ*
г) гастродуоденоскопии

7. Выберите один правильный ответ.
Следующие суждения относительно безболевой ишемии миокарда верны, кроме:
а) наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС*
б) принципы лечения те же, что и типичной стенокардии
в) прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС
г) основой диагноза являются изменения ЭКГ

8. Выберите один правильный ответ.

Какой из симптомов наиболее достоверен при стенокардии:
а) загрудинная боль при физической нагрузке
б) подъем ST на высоте боли
в) депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступов болей *
г) патологический зубец Q;

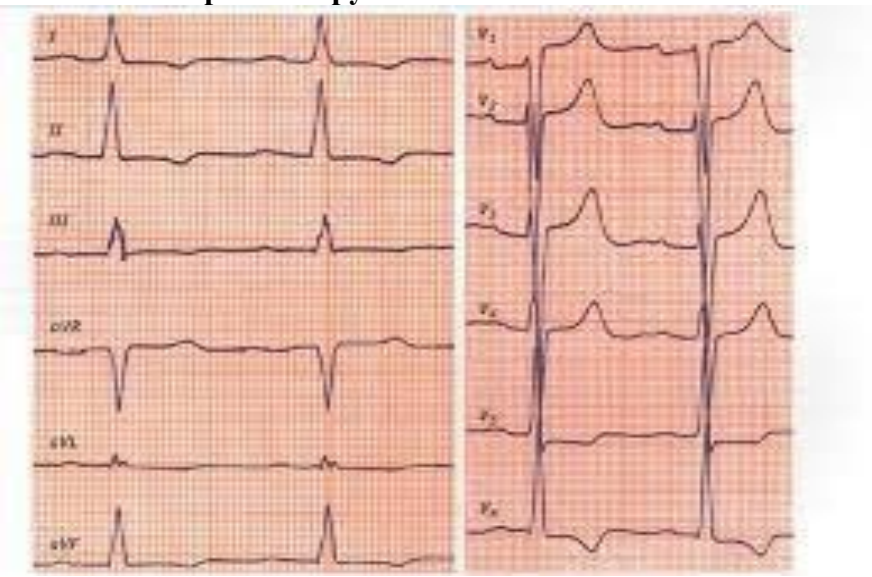
3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- Выделить синдромы и поставить предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной К., 58 лет, Вызвал врача на дом 13.05.2018г. с жалобами на давящие загрудинные боли, появляющиеся при прохождении 3-4 кварталов, ускорении темпа ходьбы, ходьбе в гору, подъеме на 3 этаж, боли появляются при выходе на холодный воздух, проходят после остановки или приема нитроглицерина за 3-5 мин. Беспокоит одышка при подъеме на 2 этаж, ощущение замирания, частых перебоев в работе сердца, больше в покое. Из **анамнеза заболевания:** болен в течение 8 лет, когда впервые появились загрудинные боли при интенсивной физической нагрузке, сильном волнении. Периодически при обращении в поликлинику по разным причинам регистрировалось АД 160/80 - 170/100. Не лечился. Одышка и перебои появились в течение последнего года. При учащении перебоев появляется слабость, усиливается одышка, приступы загрудинных болей возникают при меньшей нагрузке. Из **анамнеза** жизни: работает механизатором, курит 30 лет по пачке сигарет в день, алкоголь употребляет редко. Имеет домашнее хозяйство, постоянно ест яйца, сало, масло, сметану. Брат умер в 48 лет внезапно. **Объективно:** состояние удовлетворительное, в сознании. Телосложение гиперстеническое, подкожно-жировой слой развит избыточно, рост 176-см, вес 100 кг. Дыхание везикулярное, с жестковатым оттенком, ЧД 16 в мин. Пульс неритмичный (паузы и преждевременные сокращения, 82 в мин. Тоны сердца аритмичные (частые паузы и преждевременные сокращения), ослабление I тона на верхушке, ЧСС 82 в мин. АД 165/85 мм рт.ст. **Данные дополнительных методов обследования: ЭКГ после нагрузки (см. рис.)** Биохимический анализ крови: общий холестерин 8,1 ммоль/л, ХСЛПНП -4,1 ммоль/л, триглицериды 2,7.моль/л, креатинин 90 ммоль/л, мочевая кислота 490 ммоль/л, общий белок 76 г/л. Коагулограмма: Фибриноген: 2,76 г/л Протромбин: 108% Тромбиновое время: 12 с АПТВ 26,8 с Фибринолитическая акт.: 11 мин. ЭхоКС: ЛП - 45 мм; ЛЖ - 57 мм, МЖП - 10 мм, ЗСЛЖ - 10 мм, ММЛЖ - 250 г, ИММЛЖ 142 г/м^2 (N до 134 г/м^2), ФВлж - 40%, индекс сферичности ЛЖ - 0,7, КДОлж/ММЛЖ - 0,85, КДОлж - 182 мл, ИКДОлж - 94 мл/м^2 (N - 82 мл/м^2). Правые отделы не расширены. На митральном клапане регургитация (+), пики Е/А - 0,6, ВИВРЛЖ - 112 мс. Очаговых нарушений сократимости достоверно не выявлено. **Проба с физической нагрузкой на тредмиле:** выполнена нагрузка450 кгм. Общее время нагрузки - 4 минуты 16 секунд. Ишемические изменения ST зарегистрированы.

Рис. **ЭКГ во время нагрузки :**



Выделите основные синдромы. Какой синдром является ведущим

Синдром хронической коронарной недостаточности. Синдром артериальной гипертензии. Синдром Недостаточности кровообращения (систолическая и диастолическая дисфункция левого желудочка). Синдром нарушения ритма сердца. Синдром повышения массы тела. Ведущий синдром- хронической коронарной недостаточности. Характеризуется коронарными болями и ЭКГ изменениями.

2 балла. Ответ дан в полном объеме. Правильно выделен основной синдром и его критерии.

1 балл. Основные синдромы выделены , критерии ведущего синдрома указаны не все.

0 баллов. Основные сидромы указаны неверно, критерии ведущего синдрома указаны частично.

Укажите типичные клинические, функциональные и ЭКГ - признаки стенокардии напряжения у данного пациента

Боли, давящего характера, провоцируются физической нагрузкой, купируются нитроглицерином или прекращением нагрузки. Стенокардия соответствует II ФК, поэтому в данном случае клинические проявления нельзя рассматривать в рамках нестабильной стенокардии. На экг во время нагрузки признаки ишемии миокарда в боковой и задней стенке Л.Ж.

2 балла Ответ правильный. Отмечены критерии правильно клинические и со стороны ЭКГ

1балл ответ правильный, однако не в полном объеме освещает данные клиники и ЭКГ

0 баллов Ответ неверен

Сформулируйте диагноз.

ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III стадия, 2 степень повышения АД. Гипертрофия ЛЖ. Желудочковая экстрасистолия. СНпФВ (ФВ 40% по ЭХО-Кс) Iia ст., ФК 2. Группа высокого риска (4). Ожирение II ст. Абдоминальный тип.

2 балла Диагноз поставлен верно по всем клиническим и функциональным критериям.

1 балл Диагноз поставлен верно, но недостаточно сформулированы функциональны параметры изменения органов и систем

0 баллов Диагноз поставлен неверно.

Проведите диагностический поиск.Что позволит подтвердить диагноз при анализе анамнеза, данных физикального исследования, лабораторного исследования,

Анализ анамнеза позволяет выявить наличие у пациентки факторов риска коронарного атеросклероза (курение, артериальная гипертония). Данные **2-го этапа** диагностического

поиска (физическое исследование) при стенокардии малоинформативны. Избыточная масса тела является еще одним фактором риска ИБС.На **3-м этапе** диагностического поиска результаты лабораторных методов исследования демонстрируют наличие гиперлипидемии 4-го типа. Врачи нередко склонны связывать болевой синдром в грудной клетке с некардиальными причинами, тем более что у них чаще встречаются ложно-положительные результаты нагрузочных проб. В данном случае проведенная проба с физической нагрузкой оказалась информативной. При положительном результате пробы наличие хронической коронарной недостаточности (с учетом жалоб и профиля факторов риска) практически не будет вызывать сомнений.
2 балла Обследование проведено в полном объеме
1 балл Обследование охватывает не менее 75% от рекомендуемого
0 баллов Обследование не позволяет уточнить диагноз
Расшифруйте ЭКГ и данные ЭХОКГ и укажите какие нарушения имеются в данном случае
Неполная блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. По даннымЭХО КГ- ММЛЖ - 250 г, ИММЛЖ 142 г/м^2 (N до 134 г/м^2), ФВлж - 40%, индекс сферичности ЛЖ - 0,7, КДОлж/ММЛЖ - 0,85, КДОлж - 182 мл, ИКДОлж - 94 мл/м^2 (N - 82 мл/м^2)то есть признаки гипертрофии левого желудочка и сердечной недостаточности.
2 балла Функциональный диагноз поставлен правильно. Функциональные критерии учтены в полном объеме.
1 балл Функциональный диагноз поставлен правильно, но не в полном объеме.
0 баллов расшифровано неправильно.
В каких видах реабилитации и лечения нуждается пациент: - **Медикаментозной, физической, психологической, прфессиональной, социальной, хирургической .** - **Лечение:** гипохолестеринемическая диета, статины (розувастатин), аспирин, нитраты по требованию, бета-блокаторы (бисопролол), при неэффективности или непереносимости бета-блокаторов – ивабрадин; ингибиторы АПФ (лизиноприл). - коронароангиография и решение вопроса о хирургической реваскуляризации.
Ответ правильный , дан в полном объеме (85-100%)
Ответ правильный, но охватывает не все параметры (60-84%)
Ответ неправильный.
2 балла Диагноз поставлен верно.
1 балл Диагноз поставлен не полностью (часть нозологий упущена или не верно оценены стадии АГ, неверно оценена стадия СН, неверно оценена степень риска)
0 баллов Диагноз поставлен неверно.
Укажите, медицинские и социальные критерии свидетельствующие о наличии временной нетрудоспособности у данного пациента
Медицинские критерии: обострение хронического заболевания, необходимость соблюдения режима, необходимость лечения. Социальные критерии: тяжелый физический труд
2 балла Указаны все медицинскии и социальные критерии(4)
1 балл Указаны правильно не менее 3 критериев
0 баллов Критерии выбраны неправильно
Укажите алгоритм диспансерного наблюдения пациента
Алгоритм включает следующие позиции: определение группы диспансерного наблюдения (диспансерная группа- IIIа) , кратности наблюдения (3-4 раза в год) , необходимый

минимум обследования, необходимый минимум консультаций, поддерживающей терапии, критерии эффективности диспансерного наблюдения.
2 балла. Указаны все позиции алгоритма диспансерного наблюдения
1 балл. Указаны половина рекомендуемого алгоритма ДН
0 баллов. Тактика диспансерного ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача № 1

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больной У., 39 лет, машинист по профессии, обратился на прием к врачу поликлиники. Жаловался на выраженную слабость, приступы головокружения, потливость, давящие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при физических нагрузках), не купируются нитроглицерином, проходят после приема валидола, одышку при высоких физических нагрузках, приступы ритмичных сердцебиений, внезапно начинающихся и заканчивающихся, длящихся до 1 часа, сопровождающихся слабостью и головокружением, давящими болями за грудиной, возникают 1-2 раза в месяц, ни с чем не связаны.

Из анамнеза заболевания: больным себя считает в течение 2 лет. Заболевание началось со слабости и потливости, к которым через 1 год присоединились давящие боли за грудиной и одышка при тяжелых физических нагрузках и головокружения. Последние 3 месяца стали беспокоить приступы сердцебиений с частотой 1-2 р/мес.

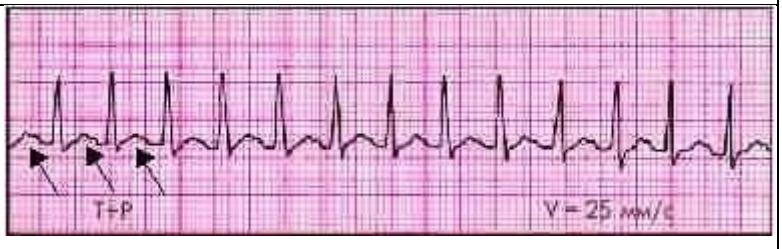
Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 90, ритмичный. АД 120/90 мм.рт.ст. Систолическое дрожание передней грудной стенки по левому краю грудины. Сильный приподнимающий верхушечный толчок в 5 м/р на 1 см кнутри от левой СКЛ. Границы сердца: правая – 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р, верхняя – 3 м/р, левая – на 1 см кнутри от левой СКЛ в 5 м/р. Тоны сердца ясные, ритм правильный, в 3-4 м/р слева от грудины – систолический шум (при пробе Вальсальвы шум усиливается). Живот мягкий, б/б. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

Обследование:

БХАК: ТГ – 2,0 ммоль/л, общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 5,2ммоль/л

ЭхоКС: аорта в восходящем отделе умеренно уплотнена. Створки АК и МК не изменены. Умеренно выраженное переднесистолическое движение, в диастолу – касание передней створки МК о МЖП. ЛП – 50, ЛЖ – 44, МЖП – 18 мм, ЗСЛЖ – 11мм, ММЛЖ – 300г, ФВлж – 65%. На митральном клапане регургит. (++). На аорте систолический кровоток турбулентный с градиентом 50 мм.рт.ст. На трикусп. Клап. регург. (+). Пики Е/А – 0,6, ВИВРЛЖ – 112, СДЛА – 40 мм.рт.ст.

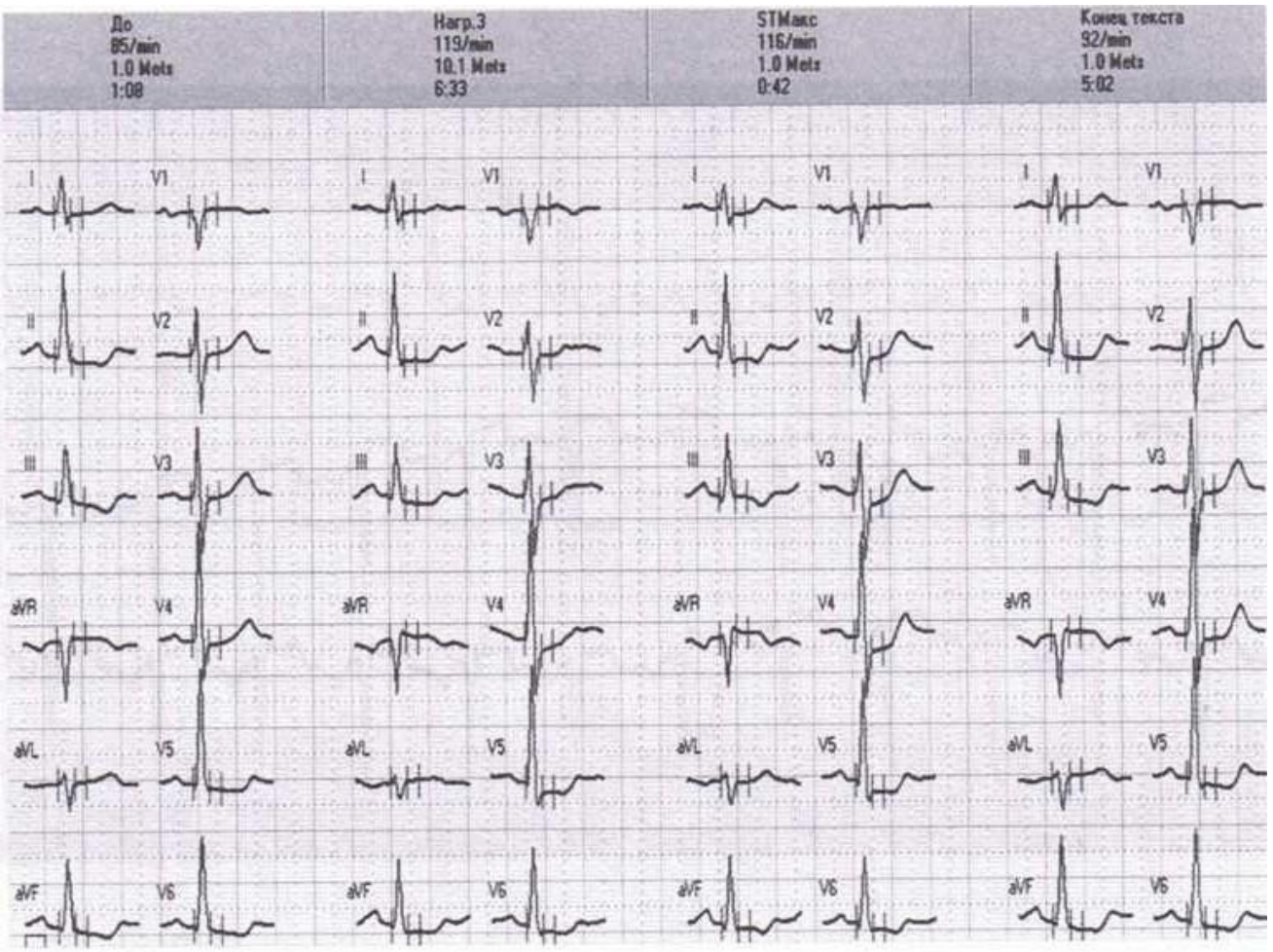
Примеры ЭКГ	
Снято во время приступа сердцебиения.	

Задача 2.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У пациента Л, 52 лет, во время быстрой ходьбы возникают давящие боли в области сердца. При

регистрации стандартной ЭКГ выявлена горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF, V5-6 до 0,6 мм. При регистрации ЭКГ стоя непосредственно перед проведением нагрузочного теста также выявлена горизонтальная депрессия сегмента ST в указанных отведениях до 1 мм. Протокол Bruce. Достигнута субмаксимальная ЧСС (119 уд./мин) на 2-й ступени теста, толерантность к нагрузке составила 10,1 METs. Пациент предъявлял жалобы на ощущение сдавления за грудиной. (см ЭКГ)



Какова ваша тактика, поясните ваши решения. Вариант заключения ВЭМ.

4. Задания для групповой работы

Деловая ролевая игра: пациент со стенокардией на приёме у врача-терапевта участкового.
Роли – пациент, врач-терапевт участковый, врач функциональной диагностики, врач-кардиолог**.**

<u>Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме</u>:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1. Особенности проведения дифференциального диагноза болей в грудной.
2. Основные отличительные признаки коронарных болей при стенокардии.
3. Варианты ИБС наиболее часто встречающиеся в практике терапевта поликлиники.
4. Лечение ИБС в условиях поликлиники, тактика купирования ангинозных приступов, лечение в межприступном периоде.

5. Санаторно-курортное лечение.
6. Временная нетрудоспособность при ИБС.
7. Показания к госпитализации.
8. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности и отбор на санаторно-курортное лечение.
9. Оказание неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях при ИБС.
10. Решение вопросов госпитализации в плановом и экстренном порядке при ИБС. Профилактика ИБС на современном этапе развития медицинской помощи населению.
11. Роль курения, избыточного веса, гиподинамии и другие факторы риска в развитии осложнений при ИБС.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания

1. Выберите один правильный ответ.
Следующие суждения относительно безболевой ишемии миокарда верны, кроме:
а) наиболее часто выявляется у лиц с установленным диагнозом ИБС*
б) принципы лечения те же, что и типичной стенокардии
в) прогноз тот же, что и при болевой форме ИБС
г) основой диагноза являются изменения ЭКГ

2. Выберите один правильный ответ.
Какой из симптомов наиболее достоверен при стенокардии:
а) загрудинная боль при физической нагрузке
б) подъем ST на высоте боли
в) депрессия интервала ST, зафиксированная во время приступов болей *
г) патологический зубец Q;

3. Выберите один правильный ответ.
Реабилитация на поликлиническом этапе после перенесенного ИМ должна проводиться:
а) только при неосложненном течении
б) больным до 50-летнего возраста
в) при отсутствии сопутствующих заболеваний
г) всем по индивидуальной программе с учетом функционального состояния миокарда*

4. Выберите один правильный ответ.
В диагностике ИБС наиболее информативным являются:
а) аускультативные данные
б) типичные анамнестические данные *
в) ЭКГ
г) анализ крови;

5. Выберите один правильный ответ.
Какой препарат можно использовать в качестве антиангинального средства у больного 50 лет, страдающего стенокардией напряжения III ФК, с наличием на ЭКГ синусового ритма, постепенного удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекс QRS:
а) верапамил
б) атенолол
в) обзидан
г) нитросорбид*

6. Выберите один правильный ответ.

Больная, 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 недели, после ОРЗ. На ЭКГ – снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец Т. СОЭ – 45 мм/ч. Предположительный диагноз:
а) климактерическая кардиомиопатия
б) ИБС
в) миокардит*
г) перикардит

7. Выберите один правильный ответ.
Для стратификации риска сердечно-сосудистых событий у пациентов со стабильной ИБС используют:
а) тредмил-тест (с определением индекса Дьюка), ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, коронароангиографию*
б) перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и тредмил-тест (с определением индекса Дьюка)
в) перфузионную томосцинтиграфию миокарда с нагрузкой и стресс-ЭхоКГ
г) коронароангиографию, ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ

8. Выберите все правильные ответы.
Какой из нижеперечисленных вариантов стенокардии является показанием к госпитализации:
а) стенокардия Принцметала*
б) впервые возникшая стенокардия напряжения*
в) прогрессирующая стенокардия*
г) частая стенокардия напряжения покоя*
4) Выполнить другие задания, предусмотренные рабочей программой по дисциплине:
Заполнить учебное направление на МСЭ пациенту с ИБС и тяжёлой сердечной недостаточностью.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента

2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.7. Амбулаторное ведение пациентов с ФП. Медицинская экспертиза. Диспансерное наблюдение.

Цель: Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с нарушениями ритма сердца.

Задачи:

1. **рассмотреть** - понятие аритмии, распространенность, этиологию и патогенез, классификацию нарушений сердечного ритма и проводимости, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, общие и частные рекомендации по ведению больных с нарушениями сердечного ритма в амбулаторных условиях
2. **Обучить** - методике обнаружения и идентификации нарушений ритма на амбулаторном приеме, определению показаний для госпитализации больных с аритмическим синдромом. Алгоритму необходимого обследования в поликлинике для при выявлении аритмии. Принципам лечения больных с аритмическим синдромом в амбулаторных условиях.
3. **Изучить** - возможности обнаружения и идентификации нарушений ритма на амбулаторном приеме, методику оказания квалифицированной медицинской помощи больным аритмическим синдромом на приеме в поликлинике, и на дому; изучить показания для длительного мониторирования ЭКГ и других исследований, которые должен выполнять врач первичного звена; наиболее частые причины нарушений ритма (органические поражения сердца, эндокринные и нейрогенные причины); современные лечения нарушений ритма; показания для госпитализации; отрицательные побочные эффекты антиаритмической терапии; прямые показания к проведению терапии нарушений ритма; лечение больных с различными клиническими формами нарушения ритма
4. Освоить вопросы экспертизы трудоспособности, диспансеризации больных с нарушениями ритма сердца.

Обучающийся должен знать:

- этиологию, клинические признаки различных нарушений ритма и проводимости сердца; классификацию желудочковой экстрасистолии по B.Lown и N.Wolff (1971), фибрилляцию предсердий, АВ - блокады; ЭКГ- признаки нарушений ритма и проводимости сердца; методы диагностики и лечения нарушения ритма и проводимости сердца.
- понятие аритмии, распространенность, этиологию и патогенез, классификацию нарушений сердечного ритма и проводимости.

Обучающийся должен уметь: выявить у больных признаки нарушения ритма и проводимости. Назначить комплекс необходимых клинико-инструментальных исследований для оценки функции сердечно-сосудистой системы. Согласно полученным данным поставить правильный диагноз .

Провести экспертизу трудоспособности. Составить оптимальный комплекс лечебных мероприятий для каждого больного с учетом особенностей синдрома, причины, приведшей к его формированию, возраста, трудового и жизненного прогноза. Выписать рецепты на лекарственные препараты, объяснить больному особенности действия препаратов, правила их приема, а также необходимость длительного, постоянного лечения, соблюдения диеты и определенного образа жизни. Составить план диспансерного наблюдения.

Обучающийся должен владеть:

1. Сбор и анализ жалоб, анамнеза и данных физикального обследования пациента.
2. Анализ и интерпретация результатов лабораторного обследования пациента.
3. Анализ и интерпретация результатов ЭКГ, мониторирования АД и ЭКГ, ЭХО-КС и др. инструментальных исследований.
4. Снятие и анализ ЭКГ.
5. Навыками профессионального врачебного поведения.
6. Ведение медицинской документации.
7. Методикой определения минимума необходимых, для установления диагноза лабораторных и инструментальных исследований при нарушениях сердечного ритма и проводимости в условиях поликлиники.
8. Определением показаний для госпитализации больных с нарушением сердечного ритма и проводимости.
9. Методикой оформления документов при экспертизе нетрудоспособности у пациентов с аритмическим синдромом.
10. Способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при нарушениях сердечного ритма и проводимости в амбулаторной практике.
11. Методикой проведения диспансеризации при аритмическом синдроме
12. Правилами выписки рецептов при данной патологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Возможности обнаружения и идентификации нарушений ритма на амбулаторном приеме;
2) методика оказания квалифицированной медицинской помощи больным аритмическим синдромом на приеме в поликлинике, и на дому;
3) показания для длительного мониторирования ЭКГ и других исследований, которые должен выполнять врач первичного звена;
4) наиболее частые причины нарушений ритма (органические поражения сердца, эндокринные и нейрогенные причины);
5) современные лечения нарушений ритма и проводимости; показания для госпитализации; отрицательные побочные эффекты антиаритмической терапии; прямые показания к проведению терапии нарушений ритма;
6) лечение больных с различными клиническими формами нарушения ритма; диспансерное наблюдение пациентов с различными клиническими формами нарушениями ритма.

2. Практическая подготовка.

Амбулаторный приём совместно с врачом-терапевтом участковым.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм ЭКГ и ЭХО-кардиоскопических исследований, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторных карт, направлений на исследования) под контролем преподавателя.

Решение тестовых заданий.

1. Выберите один правильный ответ.

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 ч, не

купирующиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе – в течение 4–5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3–5 мин., проходящие в покое и после приема нитроглицерина.
Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 уд/мин., единичные экстрасистолы. АД – 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.
Общий анализ крови: эритроциты – 4,3х1012, лейкоциты – 9,2х109, п. – 4, сегм. – 66, л. – 23, м. – 7, СОЭ – 10 мм/ч. Сыворотка крови: СРБ+, ЛДГ – 360 ЕД/л, КФК – 2,4 ммоль/гл, АСТ – 24Е/л, АЛТ – 16Е/л.
ЭКГ: признаки крупноочагового инфаркта миокарда, экстрасистолы.
Установите предварительный диагноз и укажите в какой последовательности Вы будете оказывать медицинскую помощь?

а) ИБС: ОИМ с Q. НРС по типу экстрасистолии. Оказание неотложной помощи- купирование болевого синдрома, антиагреганты, статины, экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда. *
б) ИБС: ОИМ без Q. НРС по типу экстрасистолии. Оказание неотложной помощи- купирование болевого синдрома, антиагреганты, статины, экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда.
в) ИБС: ОИМ с Q. НРС по типу экстрасистолии. Экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда. Дать пациенту 1 дозу нитроглицерина.
г) ИБС: ОИМ с Q. Оказание неотложной помощи- купирование болевого синдрома, антиагреганты, экстренная госпитализация в региональный сосудистый центр для коронароангиографии, операции реваскуляризации миокарда.

2. Выберите один правильный ответ.
Какое из перечисленных нарушений ритма сердца в подростковом возрасте нуждается в лечении:
а) миграция водителя ритма
б) суправентикулярная экстрасистолия
в) желудочковая экстрасистолия III, IV классов по LOWN *
г) синусовая аритмия

3. Выберите один правильный ответ.
Какое лекарственное средство не является препаратом выбора для лечения аритмии в подростковом возрасте:
а) малые транквилизаторы
б) фенибут
в) β-блокаторы
г) лидокаин *

4. Выберите один правильный ответ.
Плановые показания к назначению сердечных гликозидов:
а) наджелудочковые тахиаритмии (кроме синдрома WPW)
б) хроническая сердечная недостаточность*
в) пароксизмы мерцательной аритмии
г) атриовентрикулярная блокада II – III степени

5. Выберите один правильный ответ.
Укажите состояния, при которых целесообразно амбулаторное длительное применение сердечных гликозидов у больных с хронической сердечной недостаточностью:

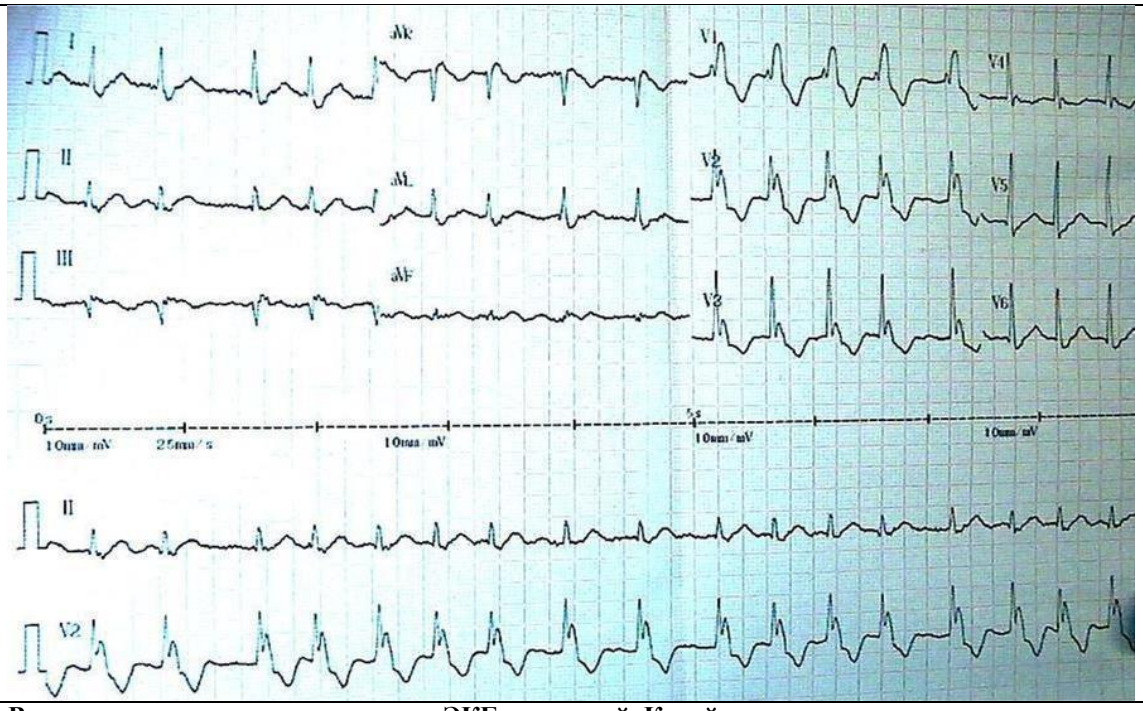
а) железодефицитная анемия 3 степени
б) гипертоническая болезнь II стадии
в) хроническое легочное сердце
г) фибрилляция предсердий*

3. Решить ситуационные задачи.

1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента в амбулаторных условиях.

Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
- Диспансерное наблюдение пациента. Профилактика

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Вызов участкового врача к пациентке С., 65 лет. Повод к вызову: 6.09.слабость, сильное сердцебиение. Пациентка предъявляет жалобы на внезапно возникшее ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца, одышку с затрудненным вдохом. Из анамнеза выяснено, что приступ сердцебиения начался 2 ч назад во время работы на приусадебном участке. Подобные приступы пациентка отмечает уже в течение нескольких лет. Они возникали во время значительных физических нагрузок, были кратковременными и проходили самостоятельно в покое. Наблюдается у кардиолога по поводу ИБС, аритмии в течение 3-х лет. По словам пациентки, при биохимическом исследовании крови неоднократно отмечалось повышенное содержание холестерина и липопротеинов низкой плотности. При объективном обследовании: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания (рост 167 см, вес 92 кг). Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет. Над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 20 в мин. Левая граница сердца при перкуссии – по левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны, акцент 2 тона на верхушке, ЧСС – 114 в мин. Пульс аритмичен, пульсовые волны различной амплитуды, частота пульса – 104 уд./мин, дефицит пульса 10. АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размер по Курлову 9 × 8 × 7 см. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. ЭКГ прилагается

Выделите синдромы клинических и ЭКГ изменений. Какой синдром является ведущим.
Синдромы: 1) Синдром нарушения ритма и проводимости (внезапно возникшее ощущение сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца, наблюдается у

кардиолога по поводу ИБС, аритмии в течение 3-х лет, тоны сердца аритмичны, пульс аритмичен, пульсовые волны различной амплитуды, частота пульса – 104 уд./мин, ЧСС – 114, дефицит пульса 10, соответствующие изменения ЭКГ:

2) Синдром гиперлипидемии - повышенное содержание холестерина и липопротеинов низкой плотности

3) Синдром артериальной гипертензии – АД 150/100

4) Синдром поражения миокарда по типу расширения границ сердца (левых отделов сердца) – левая граница относительной сердечной тупости по СКЛ в 5-м межреберье слева

5) Синдром избыточной массы тела – ИМТ = 33 (ожирение 2 степени) Ведущий синдром – аритмический

2 балла Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)

1 балл Недостаточно проведен анализ параметров ФП.(50-75%)

0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%

Предварительный диагноз.

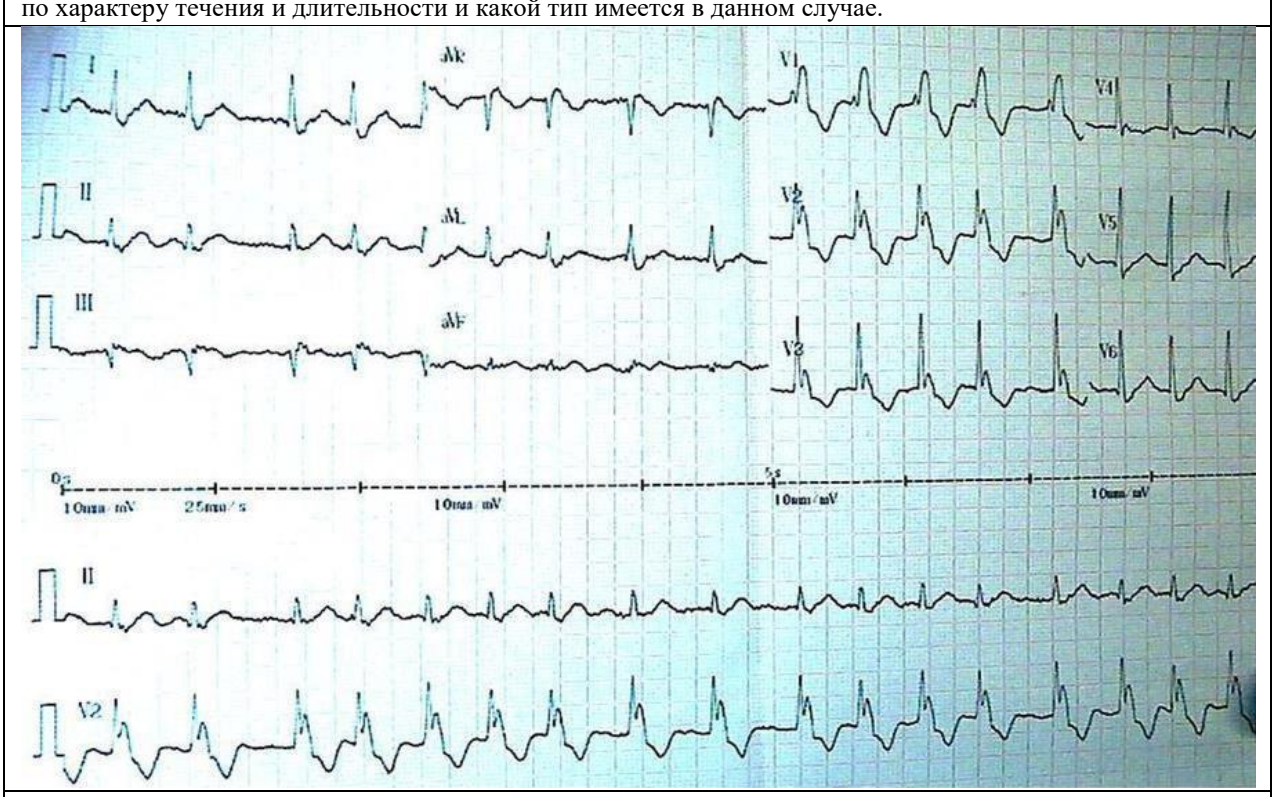
Пароксизмальная форма фибрилляция предсердий, пароксизмы средней частоты, последний пароксизм от 6.09., EHRAIIb. Гипертоническая болезнь Гипертоническая болезнь II ст.?, 1 степени повышения АД, риск 3 (высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка.
SCORE 3%.

2 балла –диагноз поставлен правильно . Сформулирован с учетом современных требований. В современной классификации ФП выделяют: впервые возникший пароксизм, пароксизмальную, персистирующую и постоянную форму ФП.

1 балл диагноз поставлен правильно, но неуточнены осложнения, не полностью освещена функциональная часть диагноза

0 баллов диагноз поставлен неправильно

Укажите характерные ЭКГ признаки ФП. Какой метод является ведущим при диагностике ФП. Интерпретируйте данные ЭКГ. Определите форму аритмии по частоте ритма для желудочков. Какие виды ФП выделяют по характеру течения и длительности и какой тип имеется в данном случае.



Характерные ЭКГ признаки ФП-отсутствие зубца Р, наличие волн мерцания, неравентсво интервалов RR. Основным методом диагностики ФП является ЭКГ. На данной ЭКГ- Ритм несинусный, ЧСС среднее 107, ЭОС отклонена влево, фибрилляция предсердий тахисистолической формы, полная блокада правой ножки пучка Гиса. По характеру течения и длительности аритмии выделяют 5 типов ФП впервые выявленную, пароксизмальную, персистирующую, длительно персистирующую и хроническую. В данном случае имеет место пароксизмальная форма ФП-повторно возникшая, способная самостоятельно прекращаться до истечения 7 суток от момента приступа. К пароксизмальной форме относят ФП купированную с помощью медикаментозной или электрической кардиоверсии в сроки до 48 часов от момента начала аритмии

2 балла Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)

1 балл Недостаточно проведен анализ параметров ФП.(50-75%)

0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%
Тактика врача. Определите факторы риска и процентное отношение риска развития тромбоэмболических осложнений и инсульта Как провести контроль частоты сердечных сокращений и ритма сердца при оказании неотложной помощи при ФП
При фибрилляции предсердий с тяжелой симптоматикой и явлениями коронарной недостаточности устранение этих клинических проявлений в значительной степени достигается внутривенным или пероральным применением В-адреноблокаторов (предпочтительно кардиоселективных пролонгированного действия) или негидропиридиновых антагонистов кальция При неэффективности этих мероприятий может возникнуть необходимость в неотложном восстановлении синусового ритма. Терапевтической стратегией лечения является контроль ритма сердца. В этих случаях прекращение ФП может быть достигнуто внутривенным введением антиаритмических препаратов, пропафенона, амиодарона (при продолжительности аритмии до 48 часов). Учитывая большой риск развития инсульта у данной пациентки - три фактора риска –артериальная гипертензия, возраст, женский пол по шкале CHA2DS2VASC, показана антикоагулянтная терапия. Пациентке показана срочная госпитализации в аритмологический центр. Транспортировка на носилках
2 балла Ответ правильный, освещен в полном объеме (75-100%)
1 балл Недостаточно проведено лечение на догоспитальном этапе.(50-75%)
0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%

Укажите, алгоритм диспансерного наблюдения данного пациента . Какая профилактическая антиаритмическая терапия должна быть проведена больному с ФП Нуждается ли пациентка в профилактике тромбоэмболических осложнений?
Алгоритм включает следующие позиции: определение группы диспансерного наблюдения (IIIа диспансерная группа), кратности наблюдения (1-2 раза в год) , необходимый минимум обследования, необходимый минимум консультаций, поддерживающей терапии, критерии эффективности диспансерного наблюдения. Профилактическая антиаритмическая терапия у данного пациента должна проводиться путем регулярного длительного применения препаратов 1 класса (пропафенон и др) и 111 класса (амиодарон, соталол, дронедарон)-высокий уровень доказательств. Рассмотреть вопрос о хирургической коррекции НРС- катетерная абляция, квлючающая изоляцию легочных вен, как основного триггерного фактора ФП. Антитромботическая терапия с целью профилактики тромбоэмболических осложнений рекомендуется всем пациентам с ФП, кроме групп низкого риска или при наличии абсолютных противопоказаний.
2 балла Ответ правильный, освещен в полном объеме (75-100%)
1 балл Недостаточно проведено лечение на догоспитальном этапе.(50-75%)
0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%
Показания к хирургическому лечению ФП. Какие виды хирургического лечения при (фибрилляция предсердий) могут быть использованы
• Показания к хирургическому лечению • Частые и тяжелые приступы ФП на фоне приема ААП • Приступы ФП, протекающие крайне тяжело (коллапс, ОСН, ОКН) • Тахисистолическая ФП у больного с искусственным клапаном сердца при неэффективности медикаментозного лечения • Бради-тахи форма СССУ (пароксизмы ФП на фоне) • Виды лечения Радиочастотная аблация (разрушение) АВС и имплантация двухкамерного ЭКС • Изоляция левого предсердия • Катетерная аблация источников электрической импульсации в устьях легочных вен • Операция «Коридор» и «Лабиринт» • Имплантация предсердного кардиовертера

2 балла Ответ правильный, освещен в полном объеме (75-100%)
1 балл Недостаточно проведено лечение на догоспитальном этапе.(50-75%)
0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%
Определите прогноз. Имеются ли критерии стойкой утраты трудоспособности
Медицинский и трудовой прогноз неблагоприятный. Пациент нуждается в направлении на МСЭ
2 балла. Ответ дан в полном объеме по всем критериям
1 балл. Ответ дан частично. Не учтены социальные критерии, профессиональный маршрут пациента.
0 баллов. Ответ неправильный и не учитывает ни один из приведенных критериев.

3) Задача для самостоятельного разбора на занятии

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Больная М., 47 лет, предъявляет жалобы на периодические умеренные головные боли в затылочной области, легкие головокружения, приступы ритмичного сердцебиения, внезапно начинающегося и заканчивающегося, сопровождающегося небольшой слабостью, возникают 1 раз в неделю, длятся до 30 минут. Одышка при умеренных физических нагрузках.

Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 10 лет, когда впервые было зарегистрировано повышение АД, чувствует себя удовлетворительно при АД 140/90 мм рт.ст., максимальное АД 200/120 мм рт.ст., сопровождается головными болями в затылочной области и головокружением, купируется приемом 1 таб. капотена (25) под язык. Постоянной гипотензивной терапии не получала. В течение последних 6 месяцев отмечает приступы ритмичных сердцебиений, частота и продолжительность которых нарастают, усиление одышки. Из анамнеза жизни: работает учителем. Мать страдает гипертонической болезнью с 40 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса - 98 кг. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Пульс = ЧСС=78 в мин, АД 170/110 мм рт.ст. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р, верхняя - в 3 м/р, левая по левой СКЛ в 5 м/р. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, в области верхушки убывающий систолический шум с лучом проведения до передней подмышечной линии. В легких дыхание везикулярное; хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень 10-18-7 см. Отеков нет.

Обследование: Б/Х крови: общий холестерин - 6,5 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л О АМ: плотность -1020, белок - нет; лейк - 2-3 в п/зр. ЭКГ: прилагается (выявлена пароксизмальная тахикардия).

ЭхоКС: аорта несколько уплотнена. АК и МК не изменены. ЛП - 42, ЛЖ -59, МЖП - 10, ЗСЛЖ - 10, ММЛЖ - 232 г, ИММЛЖ - 179 г/м^2, ФВлж - 53%, индекс сферичности ЛЖ - 0,65, КДОлж/ММлж - 0,76, КДОлж - 184 мл, ИКДОлж -102 (N - 85 мл). Правые отделы не расширены. По допплеру: на АК и МК кровоток не изменен, на МК регургитация (+-++), Е/А - 0,9, ВИВРЛЖ - 88 мс.

Консультация окулиста: на глазном дне вены расширены, извиты, артерии несколько сужены.

Задание: 1. Какое нарушение ритма выявлено у пациента?
2. Какие дополнительные методы обследования вы назначите?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Ваша тактика. Лечение.
5. Нуждается ли в диспансерном наблюдении? Порядок диспансеризации.
6. Экспертиза нетрудоспособности. Профилактика

4. Задания для групповой работы

Ролевая игра: на приёме пациент с впервые выявленной фибрилляцией предсердий

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля.

Вопросы по теме:

1. Этиология и основные механизмы нарушений ритма сердца (аритмии):
а) нарушение образования импульса: изменение нормального автоматизма, аномальный автоматизм, механизм триггерной активности;
б) нарушение проводимости: замедление или блокада проведения импульса, повторный вход импульса (re-entry), сверхнормальное проведение импульса.

2. Аритмии в результате нарушения автоматизма. Причины, виды, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики.
3. Аритмии в результате нарушения проводимости. Причины, виды, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики.
4. Комбинированные нарушения сердечного ритма (аритмии в результате нарушений возбудимости и проводимости миокарда):
а) экстрасистолия, причины, виды, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики;
б) трепетание и фибрилляция предсердий и желудочков. Причины, электрофизиологический механизм, ЭКГ-проявления, изменение гемодинамики. Понятие о дефибрилляции сердца.
5. Принципы терапии нарушений сердечного ритма

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

Тестовые задания:
1. Выберите наиболее частые причины нарушений ритма(А) и редкие причины (Б):
1) ИБС;
2) миокардиты и кардиомиопатии;
3) пороки сердца;
4) гипертоническое сердце;
5) анемии;
6) кровоизлияния в центр блуждающего;
7) опухоль мозга;
8) болезни позвоночника.
Ответ: А -1, 2, 3,4. Б - 5, 6, 7, 8.

2. К каждому пронумерованному ЭКГ-признаку подберите наиболее подходящий ответ, обозначенный буквой:

1) высокий остроконечный зубец Т	А) полная АВ блокада
2) зубец QS	В) гиперкалиемия
3) снижение вольтажа зубцов R	С) экссудативный перикардит
4) разобщенность регистрации зубцов Р и комплекса QRS	Д) трансмуральный ИМ

Ответ: комбинации – 1- В; 2 - Д; 3 - С; 4 - А.

3. Выберите все правильные ответы.
Какие признаки характерны для кардиогенного шока?
а) артериальная гипотензия*
б) пульсовое давление более 30 мм рт.ст.
в) брадикардия;
г) олигурия *

4. Выберите все правильные ответы.
Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?
а) мезатон *
б) допамин
в) преднизолон *
г) бикарбонат натрия *

5. Выберите все правильные ответы.
Фуросемид оказывает следующие эффекты:
а) обладает венодилатирующим свойством *

б) увеличивает диурез *
в) увеличивает хлорурез *
г) увеличивает натрийурез *

6. Выберите один правильный ответ.
Классической триадой симптомов ХСН являются:
а) боль в грудной клетке при глубоком дыхании, кашель и одышка
б) чувство тяжести за грудиной, одышка и сердцебиение
в) одышка, слабость и отеки ног*
г) гепатомегалия, асцит и портальная гипертензия

7. Выберите один правильный ответ.
Проявления ХСН, соответствующие III ФК по классификации NYHA:
а) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке
б) развитие обмороков при обычной физической нагрузке
в) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке
г) появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ

3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.8. Амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе. Диспансерное наблюдение. Профилактика осложнений.
Цель: Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе.
Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентамс сердечной недостаточностью на догоспитальном этапе.
2. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с сердечной недостаточностью
3. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при сердечной недостаточности Проведению экспертизы нетрудоспособности при сердечной недостаточности.

Обучающийся должен знать:
- Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях при сердечной недостаточности
- Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
- Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
- Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
- Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
- Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.
- Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики сердечной недостаточности

Обучающийся должен уметь:
- применить алгоритм ведения пациента с признаками острого сердечной недостаточности в условиях амбулаторного приемаврачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

Обучающийся должен владеть: (навыки,которые должен освоить студент на данном занятии)
- методикой амбулаторного приема пациента с сердечной недостаточностью (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;

- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента в амбулаторных условиях;
- методикой реабилитации и профилактики сердечной недостаточности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Укажите клинические симптомы, позволяющие предполагатьналичие у больного ХСН.
2. Ранние проявления ХСН.
3. Перечислите ведущие специфические признаки ХСН.
4. Клинические проявления застойной гепатопатии.
5. Перечислите типичные симптомы и признаки, характерные для ХСН.
6. Основные принципы диагностики ХСН.
7. Какие обязательные инструментальные и лабораторные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза ХСН?
8. Укажите наиболее часто встречающиеся на ЭКГ изменения при ХСН.
9. В каких случаях необходимо проведение дополнительных
методов исследования для постановки диагноза ХСН?
10. Перечислите критерии, используемые для постановки диагноза ХСН.
11. Изложите алгоритм диагностики ХСН.

2. Практическая подготовка.

Амбулаторный приём совместно с врачом-терапевтом участковым. Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, ЭКГ, ЭХО-кардиоскопических исследований, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (заполнение амбулаторной карты, направлений на МСЭ под контролем преподавателя.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной С., 57 лет маляр, вызвал врача на дом 13.01.2018 с жалобами на одышку и сердцебиение при минимальной физической нагрузке, разговоре, приступы ночной одышки, слабость, отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, не связанную с приемом жирной пищи. Из анамнеза заболевания: страдает повышением АД с 35 лет, АД повышалось до 240/130 мм.рт.ст., препараты, назначенные доктором, принимал эпизодически. В 2001 г перенес инфаркт миокарда с зубцом Q передне-перегородочный с переходом на верхушку и боковую стенку ЛЖ, после чего появилась одышка при умеренной физической нагрузке, сердцебиение при нагрузке, слабость, постепенно одышка стала появляться при все меньшей физической нагрузке, стали появляться отеки на ногах к вечеру, приступы ночной одышки. Из анамнеза жизни: курил20 лет, по 1 пачке в день, последние 2 года не курит. Мать умерла в 52 года, от инсульта, брат перенес ОИМ в 45 лет.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, диффузный цианоз, одышка при разговоре, дыхание везикулярное, жесткое, в нижних отделах легких - умеренное количество влажных хрипов. ЧД - 21 в 1 мин. АД 105/70 мм рт.ст. Пульс 80 в 1 мин, ритмичный, симметричный. Отеки на ногах до средней трети голеней. Нижний край печени пальпируется на 4 см ниже реберной дуги по правой СКЛ, плотный, болезненный.
Данные дополнительных методов обследования:
Общий анализ крови: ЭР - 5.6, НЬ - 167 г/л.
Биохимический анализ крови: общий холестерин – 7,0 ммоль/л, триглицериды 3,9 ммоль/л, креатинин - 95 ммоль/л, общий белок - 67 г/л.
ЭхоКС: ЛП - 50 мм, ЛЖ - 68 мм, ММЛЖ - 390 г, ИММЛЖ - 178 г/м2, индекс сферичности ЛЖ - 0,78, КДО ЛЖ - 287 мл, ИКДО ЛЖ - 151 мл/м2 (N - 82 мл/м2), ФВлж по Симпсону - 17%. Акинезия верхушечной 1/2 МЖП, верхушки, гипокинезия передней и боковой стенок ЛЖ. Правые отделы расширены. На митральном клапане регургитация(+++). Е/А - 3,15, ВИВРЛЖ - 20 мс, на трикуспид. клап. - регургитация (+++). Сист. ДЛА - 65 мм рт.ст.
При проведении стресс-ЭхоКС с низкими дозами дипиридамола признаков потенциально жизнеспособного миокарда не выявлено.
Рентгенография сердца: КТК - 61%.
На ЭКГ- признаки рубцовых изменений в передне-перегородочной, верхушечной и боковой зонах ЛЖ.

Выделите синдромы.

Синдром хронической/острой сердечной недостаточности. Синдром артериальной гипертензии (в анамнезе). Острый коронарный синдром (в анамнезе) - синдром коронарной недостаточности. Синдром гиперхолестеринемий. Синдром гипертриглицеридемии. Синдром кардиомегалии.

2 балла Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)

1 балл Недостаточно проведен анализ параметров СН.(50-75%)

0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%

Предварительный диагноз.

ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ с Q распространенный передний с переходом на верхушку и боковую стенку ЛЖ от 2001 г). Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Кардиомегалия, гипертрофия ЛЖ. СНнФВ (ФВ 17% по ЭХО-Кс) Ш стадия , ФК 4. Отек легких. Сердечная астма, Killip 3.

2 балла –диагноз поставлен правильно . Сформулирован с учетом современных требований

1 балл диагноз поставлен правильно, но неуточнены осложнения, не полностью освещена функциональная часть диагноза

0 баллов диагноз поставлен неправильно

Окажите неотложную помощь на догоспитальном этапе.

- Вызов бригады скорой неотложной медицинской помощи для госпитализации пациента в профильный стационар.
- Контроль ЭКГ,АД, ЧСС, пульса, обеспечить внутривенный доступ, катетеризация мочевого пузыря.
- Контроль уровня кислорода крови, по показаняим оксигенотерапия. Ингаляция увлажненного кислорода через носовой катетер со скоростью 6-8 л/мин. Цель – насыщение артериальной крови кислородом 95-98%.
- Выраженная задержка жидкости - инфузия фуросемида 5-40 мг в час. Обычно необходимы для лечения застоя по большому и малому кругу.В неотложных ситуациях должны назначаться внутривенно в виде постоянной инфузии.

- Внутривенное капельное введение добутамина (5-15 мкг/кг/мин), допамина (5-25 мкг/кг/мин), норадреналина (0,5-16 мкг/мин) или их сочетания.
- Под контролем АД, постоянной инфузии добутамина/допамина- рассмотреть вопрос о введении нитроглицерина.
- Ингибиторы АПФ в лечении острой сердечной недостаточности. Критерии отбора больных и время назначения Больные с сократительной дисфункцией левого желудочка (ХСН, после ИМ) в/в не вводить, первоначальная дозадолжна быть низкой, в ближайшие 48 ч под контролем АД и функции почек: каптоприл ≤6,25 мг до 50 мг 3 р/сут, затем возможет переход на длительно действующий ИАПФ (Класс I, А).
- Срочная госпитализация в стационар в отделение интенсивной терапии.

2 балла Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)

1 балл Недостаточно проведен анализ параметров ОСН (50-75%)

0 баллов Анализ параметров в объеме менее 50%

Критерии выписки и последующего наблюдения

- Пациенты, госпитализированные с ОСН, подходят для выписки по медицинским показаниям, когда они: гемодинамически стабильны, эуволемичны, имеют постоянную пероральную терапию и стабильную функцию почек в течение по крайней мере 24 часов; обеспечены образовательными материалами и советами о самопомощи.
- Пациенты должны предпочтительно: участвовать в программе по контролю заболевания; последующее лечение должно быть спланировано перед выпиской и четко объяснено команде первичной медицинской помощи; осмотрены врачом общей практики в течение 1 недели после выписки; по возможности осмотрены врачом-кардиологом в течение 2 недель после выписки.
- Пациенты с ХСН должны наблюдаться мультипрофессиональной командой

Укажите цели лечения ХСН в рамках диспансерного наблюдения. Группу диспансерного наблюдения

Диспансерное наблюдение в 3 диспансерной группе здоровья.
Цели лечения- Устранение симптомов ХСН. Замедление прогрессирования ХСН и защита органов-мишеней (сердце, мозг, почки, сосуды). Улучшение «качества жизни» .
Уменьшение госпитализаций (и расходов)
Улучшение прогноза.

2 балла Ответ правильный , освещен в полном объеме (75-100%)

1 балл Ответ неполный, содержит недостаточно информации по вопросу (50-75%)

0 баллов Ответ неправильный.

Укажите универсальные рекомендации при ХСН. Роль и место физических тренировок.

К универсальным рекомендациям независимо от типа и выраженности ХСН относятся: ограничение потребления соли, нормализация и контроль массы тела, отказ от курения и алкоголя, регулярная аэробная циклическая физическая нагрузка с учетом результатов 6МТХ, вакцинация гриппозной и пневмококковой вакциной. Аэробные физические тренировки умеренной интенсивности способствуют улучшению функциональных возможностей, приводят к улучшению качества жизни и снижению количества госпитализаций по

поводу ХСН у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной ФВ ЛЖ. (Класс рекомендаций I, уровень доказанности А). У пациентов с сохраненной фракцией выброса регулярное выполнение аэробных физических нагрузок умеренной интенсивности влияет на уменьшение симптоматики и улучшение функционального статуса (Класс рекомендаций I, уровень доказанности А) Пациентам с СН полезно регулярное наблюдение и контроль медико-биологических параметров, чтобы обеспечить безопасность и оптимальную дозировку лекарственных средств и выявить развитие осложнений или прогрессирования заболевания, которые могут потребовать изменения в тактике лечения.
Определите прогноз медицинские и социальные критерии наличия стойкой утраты трудоспособности? Нуждается ли он в направлении на МСЭ?
Трудовой и медицинский прогноз неблагоприятный. Пациент нуждается в направлении на МСЭ.
2 балла. Ответ дан в полном объеме по всем критериям
1 балл. Ответ дан частично. Не учтены социальные критерии, профессиональный маршрут пациента.
0 баллов. Ответ неправильный и не учитывает ни один из приведенных критериев.
Нужен ли пациенту имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор. Обоснуйте показания и противопоказания
Имплантируемый кардиовертер-дефибриллятор ИКД снижают смертность у пациентов, переживших остановку сердца и у перенесших устойчивые симптомные желудочковые аритмии. ИКД рекомендован для пациента, целью лечения которого является повысить его выживаемость; при принятии решения об имплантации необходимо учитывать настрой пациента и качество его жизни, уровень ФВЛЖ (положительный эффект на выживаемость становится сомнительным при ФВ менее 35%) и отсутствие других заболеваний, которые могут повлечь за собой смерть в течение следующего года. Имплантация ИКД рекомендуется только в случае если, после достаточного периода оптимальной медикаментозной терапии (ОМТ) (минимум 3 месяца)не удалось увеличить ФВЛЖ больше 35%.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1.

Больная П., пенсионерка (в данный момент работает вахтером), 69 лет, вызвала врача на дом 23.07.06. с жалобами на частое сердцебиение и перебои в работе сердца (особенно по ночам), выраженную слабость, одышку, давящие боли за грудиной, отеки на ногах, чувство тяжести в правом подреберье. Из анамнеза заболевания: больна в течение 14 лет, когда впервые появились тянущие боли за грудиной и в области сердца с иррадиацией в левую руку, левое плечо. Боли возникали при ходьбе в быстром темпе, купировались самостоятельно в покое, либо после приема нитроглицерина. Ухудшение состояния в течение последнего года: приступы болей стали возникать при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 300 метров, при подъеме на 1 этаж, в морозную погоду, во время эмоционального стресса. Появилась слабость, быстрая утомляемость, одышка при физических нагрузках, отеки голеней. По назначению врача принимала нитроглицерин, нитрогранулонг, верошпирон - мало эффективно.

В течение последнего месяца дважды отмечала приступы перебоев в работе сердца, проходящие самостоятельно в покое. Данный приступ перебоев начался 3 часа назад, приняла 1 таб. валидола, 2 таб. нитроглицерина - без эффекта.

Из анамнеза жизни: из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ, ангины, хр. холецистит. Наследственный анамнез не отягощен: Работала учителем в школе. Более 30 страдает гипертонической болезнью, принимает эналаприл нерегулярно 10 мг в сутки.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Питание повышенное, ИМТ - 32.0. В легких - дыхание

ослабленное везикулярное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 24 в мин. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - 3 ребро, левая, - на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, аритмичны. ЧСС - 140 в мин. Пульс аритмичный, симметричный, 108 в мин. АД - 140/95 мм рт.ст. Размеры печени по Курлову: 12-10-9 см. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 2 см, при пальпации мягкий, болезненный. Отеки голеней.

Данные дополнительных методов исследования:

Коагулограмма: фибриноген - 3.5 г/л, протромбиновый индекс - 97,5%, тромб, время - 17,3 с, АПТВ - 31 сек, этаноловый тест отр., фибринолитическая акт - 7 мин, антитромбин III - 91%. Электролиты: К+ - 3,9 ммоль/л, Са++ - 1,15 ммоль/л, С1 - 106,8 ммоль/л. ЭКГ прилагается. ЭхоКС: аорта в восходящем отделе уплотнена, диаметр 41 мм, АК, МК -створки у основания утолщены, уплотнены. ЛП - 49 мм, ЛЖ - 58 мм, МЖП - ЗСЛЖ - 11 мм, ММЛЖ - 303 г (N до 215 г), ИММЛЖ - 138 г/м^2 (N до 110 г/м^2), КДОлж -240 мл, ИКДОлж - 109 мл/м^2 (N - 85мл/м^2), индекс сферичности - 0,67, ФВлж - 47% (по Тейхольцу). Правые отделы расширены. Очаговых нарушений сократимости не выявлено. По допплеру: на МК - регургит. (++). Е/А - 0,75, ВИВРЛЖ - 104 мс, СДЛА - 45 мм рт.ст.

Задача 2.

Больной Т., 53 года, инженер, обратился на приём к терапевту 12.03. в 12-30 с жалобами на давящие боли за грудиной при ходьбе на расстояние до 1000 м, проходящие после приема нитроглицерина через 1 мин, одышку при физической нагрузке, ощущения единичных перебоев на фоне нормальной работы сердца, быструю утомляемость. В 15-10 в коридоре поликлиники неожиданно почувствовал головокружение, слабость, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, появился сухой кашель. Снята ЭКГ.

Из анамнеза заболевания: болен в течение 7 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при значительной физической нагрузке, проходящие самостоятельно в. покое. К врачу не обращался. Два года назад (27.04.95) перенес ОИМ с Q задне-диафрагмальной области, неосложненный. Ухудшение состояния, с начала 1997г, когда появились вышеперечисленные жалобы.

Из анамнеза жизни: отец и брат страдают ИБС. Курит (1 пачка в день). Алкоголем не злоупотребляет. Работает инженером

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Заторможен. Положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, влажные, холодные. Выраженный акроцианоз. Питание удовлетворительное. Над легкими - дыхание жесткое, единичные сухие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца приглушены, меняющаяся интенсивность 1тона. ЧСС - 125 в мин. АД 120/95 мм рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень по краю реберной дуги, край при пальпации безболезненный. Отеков нет. Диурез адекватный.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК от 12.03.97.НЬ - 157 г/л, эр. - 4,8, лей - 6, ней - 76, с/я - 70%, п/я - 6%, лимф - 22%, мон. - 7%, эоз. - 0,9%, СОЭ - 9 мм/час.

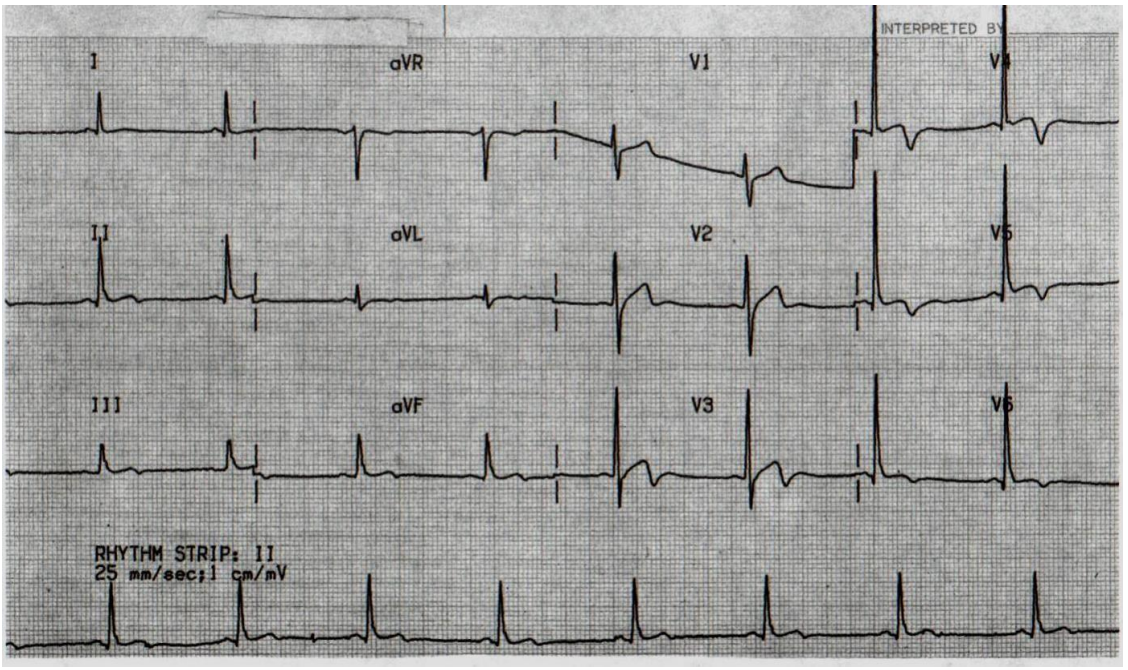
БАК от 12.03.97. глюкоза- 3,9 ммоль/л, общий холестерин - 6,7 ммоль/л, ТГ -2,6 ммоль/л, ХСЛПНП- 1,9 ммоль/л, креатинин 98 мкмоль/л.

Электролиты: К+ - 3,1 ммоль/л, Са++ - 1,13 ммоль/л, Na+ - 156 ммоль/л, С1 -107 ммоль/л.

ЭКГ: прилагается.

ЭхоКС: аорта в восходящем отделе умеренно уплотнена, диаметр - 37 мм. Аорт. клап. - створки не изменены, движутся обычно. ЛП - 45 мм, ЛЖ - 59 мм, ЗСЛЖ - МЖП -10 мм, ММЛЖ - 256 г, ИММДЖ- 148 г/м^2 (N - 134 г /м^2), КДОлж -210 мл, ИКДОлж -105 мл/м2 (N - 82 мл/м^2), индекс сферичности - 0,69, ФВлж - 54% (по Тейхольцу). Правые отделы расширены умеренно. Акинезия верхушечной 1/2 задней стенки.

По допплеру: на аортальном клапане кровоток не изменен. На митральном клапане - регургит. - (+ - ++). Сист. ДЛА около 40 мм рт.ст.



4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1. сердечная недостаточность, выявление, тактика ведения.
2. оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
3. реабилитация пациентов с сердечной недостаточностью,
4. алгоритм ведения пациента с признаками сердечной недостаточности врачом-терапевтом участковым**,**
5. правила формулировки диагноза;
6. группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
7. характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении сердечной недостаточности врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
8. показания к госпитализации;
9. алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
10. правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
11. принципы и методы осуществления реабилитации и профилактики сердечной недостаточности врачом-терапевтом участковым

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля:

Тестовые задания

1. Выберите один правильный ответ.

Проявления ХСН, соответствующие III ФК по классификации NYHA:
а) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при небольшой физической нагрузке*
б) развитие обмороков при обычной физической нагрузке
в) появление усталости, сердцебиения и/или одышки при обычной физической нагрузке
г) появление болей в ногах при небольшой физической нагрузке

2. Выберите один правильный ответ.
ПривыбореингибитораАПФдлялечениябольногосХСНинарушениемфункциипочек следует отдатьпредпочтение:
а) лизиноприлу
б) периндоприлу
в) каптоприлу
г) фозиноприлу*

3. Выберите один правильный ответ.
Какого реанимационного мероприятия требует асистолияжелудочков:
а) электроимпульснаятерапия
б) закрытый массаж сердца *
в) в/в введениемезатона
г) в/в введениеверапамила

4. Выберите один правильный ответ.
К какой из перечисленных категорий следует отнести пациента, который вовремя теста 6-минутной ходьбы проходит расстояние, равное 350м:
а) I функциональный классNYHA
б) III функциональный классNYHA
в) II функциональный классNYHA*
г) IV функциональный классNYHA

5. Выберите один правильный ответ.
Санаторно-курортное лечение при ХСН возможнопри:
а) ХСН ФКIV
б) Отекелегких
в) ХСН ФК I иII*
г) Наличииотеков

6. Для каждого больного подберите наиболее вероятный диагноз.
А. К врачу на амбулаторный прием обратилась больная М. 52 лет с жалобами на периодические ощущения перебоев в работе сердца, быструю утомляемость при физической нагрузке; иногда, после употребления соленой пищи, отмечается припухлость и покраснение лица, головную боль. Индекс массы 31,5 кг/м^2. При осмотре: повышенного питания, кожные покровы физиологической окраски, повышенная потливость. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца по левой СКЛ. Тоны сердца ясные, аритмичные, акцент второго тона над аортой. ЧСС 62; пульс 52 в мин. АД 172/96 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Голени пастозны. На ЭКГ – синусовый ритм, электрическая ось сердца отклонена влево, наджелудочковые экстрасистолы по типу три и бигемении.
Б. Больной Б. 58 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах. Считает себя больным в течение полугода, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка. Последние 2 месяца тяжесть в правом подреберье, в течение месяца отеки на ногах. Объективно: состояние средней тяжести. Акроцианоз. ЧДД 26 в минуту; пульс 96 в минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД – 100/70 мм.рт.ст. Над легкими, в подлопаточных, областях притупление перкуторного звука, там же дыхание ослаблено, незвучная крепитация. Печень выступает из-под правого края реберной дуги на 4,0 см, на ногах отеки.

В. Больной Л. 42 лет, жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, пульсацию в голове. Страдает хронической ревматической болезнью сердца в течение 20 лет. Объективно: состояние средней степени тяжести, умеренная бледность кожных покровов. Положительный симптом Мюссе, "пляска каротид"; пульс 64 в минуту, ритмичный, приподнимающий верхушечный толчок в VI межреберье. Над легкими в нижних отделах укорочение перкуторного тона. Там же дыхание ослаблено, крепитация. Печень – по правому краю реберной дуги. АД 110/30 мм.рт.ст.
Варианты ответов.
1. Острая ревматическая лихорадка, активная фаза. Недостаточность аортального клапана. Альвеолярный отек легких. СН III, функциональный класс IIА.
2. Гипертоническая болезнь III степени, 2 стадии, риск III. Наджелудочковая экстрасистолия. СН IIБ, III функциональный класс.
3. Постинфарктный кардиосклероз (ИБС: инфаркт миокарда). СН III, функциональный класс IIБ.
Ответ: А-2, Б-3, В-1.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ

3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.9. Оказание неотложной помощи на амбулаторном этапе: ОКС, ИМ, ТЭЛА, ГК, кардиогенный шок.

Цель: углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с неотложным состоянием в амбулаторных условиях.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам с признаками неотложного состояния по профилю «кардиология: тромбоэмболия легочной артерии, гипертонический криз, кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность».
2. Рассмотреть этиологические факторы, определение, классификацию, основные методы диагностики и тактику ведения пациентов с ТЭЛА в амбулаторных условиях.
3. Рассмотреть этиологические факторы, определение, классификацию, основные методы диагностики и тактику ведения пациентов с осложненным и неосложненным гипертоническим кризом в амбулаторных условиях.
4. Рассмотреть этиологические факторы, определение, классификацию кардиогенного шока, основные методы диагностики и тактику ведения пациентов с различными стадиями кардиогенного шока в амбулаторных условиях.
5. Изучить показания к госпитализации при неотложных кардиологических состояниях, методику диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ТЭЛА, гипертонический криз, осложненный ОКС в амбулаторных условиях.
6. Обучить оказанию неотложной специализированной помощи в амбулаторных условиях, на дому при впервые возникших неотложных состояниях и при ухудшении хронической сердечно-сосудистой патологии.
7. Обучить умению формулировать диагноз у больных ТЭЛА, гипертоническим кризом.
8. Обучить проведению экспертизы нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:

-Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину неотложных состояний в кардиологической практике, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики ТЭЛА, острой левожелудочковой недостаточности.

-Этиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину гипертонических кризов, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики кризов.

-Принципы диагностики и дифференциальной диагностики неотложных состояний, ТЭЛА. Объем обследования в поликлинике для выявления этих заболеваний.

-Алгоритм ведения пациента с признаками неотложного состояния врачом-терапевтом участковым**,** правила формулировки диагноза.

-Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения, долговременных последствий и исходов остро возникших неотложных состояниях.

-Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ТЭЛА, гипертонических кризах и кардиогенном шоке, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях.

-Показания к госпитализации, принцип работы кабинета неотложной помощи поликлиники.

-Алгоритм экспертизы стойкой и временной утраты трудоспособности, критерии длительности в зависимости от состояния.
-Правила оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях в амбулаторных условиях.
-Принципы и методы осуществления профилактики возникновения неотложных состояний в кардиологической практике врачом-терапевтом участковым.

Обучающийся должен уметь:
-Применять алгоритм ведения пациента с признаками ТЭЛА, гипертонического криза, кардиогенного шока в условиях амбулаторного приемаврачом-терапевтом участковым.
-Проводить дифференциальный диагноз.
-Выявлять факторы риска.
-Сформулировать диагноз согласно существующей классификации и обосновать его
-Определять показания для госпитализации.
-Составлять план лечения.
-Определять критерии временной нетрудоспособности, ее длительность.

Обучающийся должен владеть:
-Навыками амбулаторного приема пациента с неотложной кардиологической патологией (проведение осмотра больного с ТЭЛА, гипертоническим кризом, кардиогенным шоком, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания).
-Навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения.
-Навыками работы в кабинете неотложной помощи в поликлинических условиях.
-Навыками проведения экспертизы нетрудоспособности.
-Навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС.
-Методами составления индивидуальной программы лечения пациента, перенесшего ТЭЛА, гипертонический криз или кардиогенный шок в амбулаторных условиях.
-Методикой профилактики возникновения неотложной патологии, ухудшения хронической патологии и использования рекомендаций по специфической профилактике долговременных последствий сердечно-сосудистых заболеваний.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия:
5. Этапы оказания медицинской помощи больным с ТЭЛА.
6. Этапы оказания медицинской помощи больным с гипертоническим кризом.
7. Этапы оказания медицинской помощи больным в состоянии кардиогенного шока.
8. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным с неотложной патологией сердечно-сосудистой системы.
9. Определение, этиология, классификация и клиническая картина ТЭЛА.
10. Определение, этиология, классификация и клиническая картина осложненного и неосложненного гипертонического криза.
11. Определение, этиология, классификация и клиническая картина кардиогенногог шока.
12. Возможности обследования в поликлинике для установления неотложного состояния, выявления причин ухудшения состояния пациента, роль современных инвазивных и неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз.
13. Принципы установления диагноза ТЭЛА, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
14. Принципы установления гипертонического криза, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
15. Принципы установления состояния- кардиогенный шок, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.

16. Образ жизни и факторы риска ТЭЛА. Ранние симптомы. План обследования больного в поликлинике.
17. Образ жизни и факторы риска кризового течения гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике.
18. Лечение больных ТЭЛА в поликлинике в зависимости от степени окклюзии легочной артерии. Принципы подбора медикаментозной терапии.
19. Лечение больных с гипертоническим кризом в поликлинике в зависимости от типа криза. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.
20. Вторичная профилактика при неотложных состояниях в кардиологии.
21. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.
22. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий (отработка ведения пациента с признаками неотложного состояния: ТЭЛА, гипертонический криз, кардиогенный шок в условиях амбулаторного приемаврачом-терапевтом участковым, отработка алгоритма оказания неотложной помощи в условиях кабинета неотложной помощи, работа с пациентами по вторичной и первичной профилактике осложнений ТЭЛА и гипертонической болезни, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

1) Освоить манипуляцию «алгоритм действия врача-терапевта участкового на вызове на дому при подозрении на неотложное состояние ТЭЛА» по алгоритму.
2) Цель: научиться диагностировать неотложное состояние ТЭЛА в амбулаторных условиях.

Алгоритм диагностики неотложного состояния на дому.

Выполнение манипуляции:
1. Действия на вызове. Обязательные вопросы:
•Есть ли одышка, если да, то как она возникла (внезапно или постепенно)?
При ТЭЛА одышка возникает остро, ортопноэ нехарактерно.
• Есть ли боль в грудной клетке?
Боль может напоминать стенокардию, локализуясь за грудиной, может усиливаться при дыхании и кашле.
• Не было ли немотивированных обмороков?
ТЭЛА сопровождается или проявляется обмороком примерно в 13% случаев.
• Есть ли кровохарканье?
Появляется при развитии инфаркта легкого.
• Бывают ли отеки ног (в частности, асимметричные)?
Тромбоз глубоких вен голеней - частый источник ТЭЛА.
• Не было ли недавно операций, травм, нет ли заболеваний сердца с застойной сердечной недостаточностью, нарушениями ритма, не принимает ли пациентка пероральные контрацептивы, нет ли беременности, не наблюдается ли у онколога?
Перечисленные факторы предрасполагают к развитию ТЭЛА.
2. Провести объективный осмотр с записью в медицинской документации.
3. Определить показания к госпитализации. Осуществить вызов реанимационной бригады СМП.
3. Помочь больному свободно дышать (расстегнуть одежду, удалить зубные протезы).

- Следите за положением больного: лежа на спине с приподнятым головным концом.
- Не разрешать больному вставать (полная иммобилизация), успокоить больного.
- Не давать больному есть и пить.
- Найти и проверить кратность, давность и соблюдения доз принимаемых препаратов накануне вызова врача, попросить показать их.

- Не оставляйте больного без присмотра до приезда бригады СМП.

4. При потере сознания, остановке кровообращения и/или дыхания проводят сердечно-легочную реанимацию.
5. Контроль показателей гемодинамики и сатурации по возможности, поддержание витальных функций (в соответствии с общереанимационными принципами).
3) Результаты: запись в рабочей тетради алгоритма манипуляции.
4) Выводы: манипуляция «алгоритм действия врача-терапевта участкового на вызове на дому при подозрении на неотложное состояние ТЭЛА» освоена.

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора ситуационных задач.
Этап 1. Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.
Этап 2. Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.
Этап 3. Определение основного раздела «Неотложные состояния в кардиологии. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях», теоретический материал из которого будет необходим для решения данной задачи.
Этап 4. Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.
Этап 5. Определение других разделов «Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с АГ, ИБС, ОКС, амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью», теоретические положения которых также могут быть востребованы при решении данной задачи.
Этап 6. Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.
Этап 7. Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная С., 72 лет, доставлена с жалобами на резкую разлитуюголовную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту,общую слабость, сухость во рту, слабость в правойруке. Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальныецифры АД – 210/100 мм рт.ст. Повышение АД сопровождается головнойболью, головокружением, тошнотой. Относительно регулярнопринимает гипотензивныепрепараты,нафонетерапииАДнауровне140-150/80-90мм рт.ст.В65-летнемвозрастеперенеслаОНМК.Последние2годабеспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей.Три дня назад (на фоне стресса) прекратила прием гипотензивныхпрепаратов. Сегодня около часа назад появились вышеуказанныежалобы. Обратилась у врачу-терапевту участковому.
Объективно:
Повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см). Кожныепокровы гиперемированы, чистые, повышенной влажности. Отѐки стоп, голенейдоверхней трети. Мышечная сила в правых конечностях снижена.Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах единичные мелкопузырчатыехрипы, ЧД26вмин.ВерхушечныйтолчокVмежреберьеполевойСКЛ,разлитой, ослаблен.Границыотносительнойсердечнойтупости:правая-1смвправоот правогокраягрудины,верхняя-нижнийкрайхрящаIIребра,левая–на2см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АкцентII тона на аорте, шумов нет. ЧСС 78 уд/мин. АД 250/125 мм рт.ст. Животмягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени определяется на 2см нижереберной дуги,округлый,безболезненный.РазмерыпеченипоКурлову

12/11/8 м. Симптом поколачивания отрицательный с обеихсторон. Данные дополнительных методовисследования: ОАК: СОЭ - 12 мм/час; Hb – 128 г/л; лейк.

$6{,}5\times10^{9}$/л. ОАМ:белок–0,066г/л,сахар–отриц.,отн.плотность-1011;лейк.–2-3в п.зр.; эр – 1-2 вп.зр. Общий холестерин – 9,2 ммоль/л; сахар крови – 6,1 ммоль/л, креатинин -0,07ммоль/л, калий – 4,6ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: признаки хроническогохолецистита, диффузных изменений печени, поджелудочной железы.Гепатомегалия. Свободная жидкость в брюшной полости невыявлена.

Последовательность действий студента

Этап 1. Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.

Этап 2. Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.

По условию задачи было установлено, что пациентка длительно страдает гипертонической болезнью, отмечается отсутствие АГТ в течение недели. На основании данных задачи, жалоб, данных объективного осмотра, дополнительных методов исследования были выделены следующие синдромы:

- синдромы артериальной гипертензии (жалобы на резкую разлитуюголовную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту,общую слабость, сухость во рту. Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальныецифры АД – 210/100 мм рт.ст. В65-летнемвозрастеперенеслаОНМК.Объективно: границыотносительнойсердечнойтупости расширены влево. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АкцентII тона на аорте, шумов нет. ЧСС 78 уд/мин. АД 250/125 мм рт.ст.)
- хронической сердечной недостаточности с признаками застоя по обоим кругам кровообращения (жалобами на общую слабость, из анамнеза- последние2годабеспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей.Объективно: отѐки стоп, голеней-доверхней трети. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах единичные мелкопузырчатыехрипы, ЧД26вмин.ВерхушечныйтолчокVмежреберьеполевойСКЛ,разлитой, ослаблен.РазмерыпеченипоКурлову 12/11/8 см).
- синдром избыточной массы тела (объективно: пациентка повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см).
- синдром нарушения обмена веществ- ГХЕ, дислипидемия.

Таким образом сформулирован предварительный клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени повышения АД, риск 4 (очень высокий). Гипертонический криз 1 типа.

Последствия ОНМК по ишемическому типу?

СНнФВ? II Б ст., ФК 3. Кардиомегалия, гепатомегалия.

ГХЕ. Дислипидемия. Ожирение 2 степени, абдоминальный тип.

Необходимым действием является в ограниченное время провести осмотр больного в условиях поликлиники, составить план дополнительного обследования, интерпретировать полученные результаты, составить план лечебных и профилактических мероприятий, определить показания для госпитализации в экстренном порядке. Определить условия для направления на МСЭ.

Этап 3. Определение основного раздела «Неотложные состояния в кардиологии. Оказание первичной врачебной неотложной помощи в амбулаторных условиях», теоретический материал из которого будет необходим для решения данной задачи.

Основной раздел – «Неотложные состояния в кардиологии. Оказание первичной врачебной

неотложной помощи в амбулаторных условиях».

Этап 4. Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.
Из основного раздела может понадобиться материал по сбору информации о пациенте, лечебно-диагностических возможностях обследования и лечения пациентов с гипертоническим кризом в условиях поликлиники. Принципы подбора медикаментозной терапии. Временная нетрудоспособность ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности.

Этап 5. Определение других разделов «Дифференцированный подход в амбулаторном ведении пациентов с АГ, ИБС, ОКС, амбулаторное ведение пациентов с сердечной недостаточностью», теоретические положения которых также могут быть востребованы при решении данной задачи. Из других разделов может понадобиться материал по дифференциальной диагностики с ОКС, сердечной недостаточностью. Для этого необходимо знать алгоритм дополнительного обследования, определять показания для суточного мониторинга АД, интерпретация данных ЭКГ, исследования периферических артерий, компьютерной томографии сердца с подсчетом индекса коронарной кальцификации. Уметь проводить дифференциальную диагностику состояний, связанных с повышением АД -исключение вторичного характера патологии, дифференцировка сердечной недостаточности, исключения тяжелых осложнений.

Этап 6. Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.
Алгоритм обследование данного пациента.

Пациенту рекомендовано: лабораторное дообследование- развернутый ОАК, гормоны ЩЖ- ТТГ,Т4 св.. Биохимический анализ крови: электролиты, СКФ, креатинин, липидный спектр, гликированный гемоглобин, АСТ,АЛТ, билирубин, КФК, ЛДГ,ЩФ, амилаза.
Инструментальная диагностика: суточное мониторирование АД на фоне коррекции терапии, ДС БЦА,УЗИ почек, ЭХО-КС, ЛПИ, коронарный кальций, рентген органов грудной клетки.

Этап 7. Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.

Пациент после стационарного лечения продолжает наблюдение и лечение в амбулаторных в терапевтическом отделении. Прогноз трудовой и для выздоровления относительно благоприятный, поэтому необходимо продолжить лечение и наблюдение в следующем объеме: основные направления терапии- вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений, коррекция АГТ, сердечной недостаточности.

Физическая реабилитация предусматривает занятие ЛФК, ходьба пешком. Пациентка не работает, трудовая экспертиза не требуется.

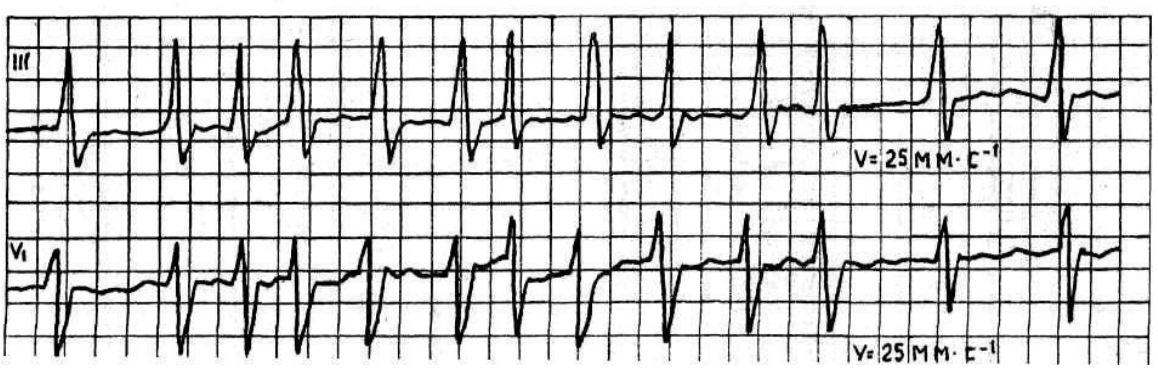
Тактика ведения пациента.
Пациентка в кабинете неотложной помощи.
Регистрация ЭКГ, гемодинамических показателей.
Медикаментозно: каптоприл 25 мг перорально, раствор фуросемида 40 мг внутривенно струйно под контролем АД.
По тяжести состояния рекомендована госпитализация в круглосуточный стационар, для купирования осложненного гипертонического криза, исключения повторного ОНМК, застойной сердечной недостаточности, подбора антигипертензивной терапии, терапии сердечной

недостаточности.
Режим – 2 с последующим расширением режима.
Лечение ГБ,ХСН: иАПФ, антагонисты кальция, БАБ в малых дозах с титрованием до средних доз по переносимости, контролю АД, ЧСС, диуретики- калийсберегающие, петлевые продленные.Вторичная профилактика- статины, антиагреганты. БЛ не нужен.

На этапе диспансерного наблюдения:
У пациента тяжелая артериальная гипертензия, трудноконтролируемая, прогноз относительно благоприятный.
Пациенту «Д» наблюдение 1 раз в три месяца (после выписки из стационара наблюдение через месяц- контроль ЭКГ, электролитов, веса, дневник АД).
Через 3 месяца регулярной терапии (периндоприл 5 мг вечером постоянно под контролем АД (не менее 110/75 мм рт.ст., не более 140/90 мм рт.ст.), метопролола сукцинат 25 мг утром под контролем ЧСС (не менее 55 в мин), амлодипин 5 мг вечером постоянно, спиронолактон 50 мг утром, торасемид 5 мг утром под контролем веса и электролитов крови, ацетилсалициловая кислота, кишечнорастворимая форма, 75 мг вечером постоянно, аторвастатин 40 мг постоянно под контролем АСТ,АЛТ, липидного спектра каждые 3 мес. Контроль лабораторных показателей: ОАК, ОАМ, БХ анализ крови- СКФ, креатинин, электролиты, глюкоза, АСТ, АЛТ в динамике.
Эхо-Кс через 12 мес- оценка систолической и диастолической функции.
Рентген органов грудной клетки 1 раз в год.
Осмотр специалистами- кардиолог.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии
Задача 1.
БольнойД.,45лет,директорзавода,доставленвприемноеотделениес жалобами на дискомфорт в области сердца, сухой кашель,сердцебиение, слабость, одышку. Указанное состояние возникло 2 часа назадпосле психоэмоционального перенапряжения на фоне полногоздоровья.
Из анамнеза заболевания: в течение последних 3 лет отмечаетприступы болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в быстром темпе, длятсядо 10мин,купируютсявпокоеилипослеприеманитроглицериначерез1мин. Частотазагрудинныхболей–1-2разавмесяц.Необследован,лекарственные препараты непринимает.
Объективно:
Состояние тяжелое. Сознание спутано, возбужден. Повышенного питания.Кожныепокровыивидимыеслизистыебледные,чистые,влажные. Цианоз губ. Отѐков нет. Дыхание жесткое, в нижних отделахвыслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие,ритм неправильный. ЧСС 158 уд/мин. АД 80/65 мм рт.ст. Животмягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6см. Симптом поколачивания отрицательный с обеихсторон.
Данные дополнительных методовисследования:

1. ОАК: СОЭ - 9 мм/час; эр. – $3,8\times10^{12}$/л; Hb – 121×10^{12}г/л; лейк. – $7,6\times10^{9}$/л; э– 3%; п/я – 5%; с/я – 57%; л – 29%; м –6%.
2. ЭКГ.



Задача 2

У больной С., 43 лет, на приёме у врача-терапевта участкового внезапно возник приступ резкого сердцебиения, сопровождающийся стеснением в груди, головокружением, общей слабостью. Подобные приступы изредка наблюдались и ранее, купировала их самостоятельно задержкой дыхания на максимально глубоком вдохе с натуживанием.
Объективно: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Кожный покров бледный. Частота дыхания 20 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца умеренно приглушены, чистые, ритмичные, 160 в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения с часотой 160 в минуту. АД 90/70 мм.рт.ст.

Какое нарушение ритма сердца возникло у больной?

Определите мероприятия неотложной помощи, тактику дальнейшего ведения.

Задача 3

2. Больной Х., 45 лет, страдающий ревматическим митральным пороком сердца с 19-летнего возраста, во время нахождения в очереди в поликлинике, внезапно почувствовал сильное сердцебиение, одышку. При осмотре акроцианоз, при аускультации сердца – тоны аритмичные, ослаблен I тона, шум на верхушке сердца, частота сердечных сокращений 148 в минуту. Пульс аритмичен, неодинакового наполнения и напряжения, 110 в минуту. АД 125/85 мм.рт.ст.

Сформулируйте диагноз.

Определите причину дефицита пульса.

Алгоритм ведения пациента на догоспитальном этапе.

4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1. Этапы оказания медицинской помощи больным с ТЭЛА.
2. Этапы оказания медицинской помощи больным с гипертоническим кризом.
3. Этапы оказания медицинской помощи больным в состоянии кардиогенного шока.
4. Догоспитальный этап лечения, объем оказываемой помощи больным с неотложной патологией сердечно-сосудистой системы.
5. Определение, этиология, классификация и клиническая картина ТЭЛА.
6. Определение, этиология, классификация и клиническая картина осложненного и неосложненного гипертонического криза.
7. Определение, этиология, классификация и клиническая картина кардиогенногог шока.
8. Возможности обследования в поликлинике для установления неотложного состояния, выявления причин ухудшения состояния пациента, роль современных инвазивных и неинвазивных методов обследования. Дифференциальный диагноз.
9. Принципы установления диагноза ТЭЛА, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
10. Принципы установления гипертонического криза, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.

11. Принципы установления состояния- кардиогенный шок, роль и значение дифференциального диагноза по сходству симптомов. Объем обследования. Лечение на догоспитальном этапе.
12. Образ жизни и факторы риска ТЭЛА. Ранние симптомы. План обследования больного в поликлинике.
13. Образ жизни и факторы риска кризового течения гипертонической болезни. План обследования больного в поликлинике.
14. Лечение больных ТЭЛА в поликлинике в зависимости от степени окклюзии легочной артерии. Принципы подбора медикаментозной терапии.
15. Лечение больных с гипертоническим кризом в поликлинике в зависимости от типа криза. Принципы подбора медикаментозной терапии. Немедикаментозная терапия.
16. Вторичная профилактика при неотложных состояниях в кардиологии.
17. Санаторно-курортное лечение. Диспансеризация.
18. Временная нетрудоспособность, ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности. Трудовой прогноз и трудоустройство.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Тестовые задания

1. Снижение уровня АД при асимметрии АД на правой и левой руках до нормальных цифр опасно в плане:

1. развития коронарного тромбоза;
2. развития острой аневризмы грудного отдела аорты;
3. нарушения функции пищевода и желудка;
4. развития ишемического инсульта и инфаркта миокарда;*
5. снижения эритропоэтинсинтезирующей функции почек.

2. Какие признаки характерны для кардиогенного шока?

1. артериальная гипотензия;
2. пульсовое давление более 30 мм рт.ст.;
3. брадикардия;
4. олигурия;
5. правильно 1 и 4.*

3. Какие лекарственные препараты применяются для лечения кардиогенного шока?

1. мезатон;
2. допамин;
3. преднизолон;
4. бикарбонат натрия;
5. правильно 2, 3, 4.*

4. Фуросемид оказывает следующие эффекты:

1. обладает венодилатирующим свойством;
2. увеличивает диурез;
3. увеличивает хлорурез;
4. увеличивает натрийурез;
5. все ответы верные.*

5. Ведущий критерий диагностики гипертонического криза II типа:

1. уровень АД;
2. длительность заболевания;
3. очаговая неврологическая симптоматика;*

4. тахикардия;
5. экстрасистолия.

6. Фактор риска развития гипертонической болезни:
1. атеросклероз;
2. сахарный диабет;
3. отягощенная наследственность;*
4. стрептококковая инфекция;
5. нарушение белкового обмена.

7. К эхокардиографическим признакам тромбоэмболии легочной артерии относится:
1. дилатация аорты в восходящем отделе
2. дилатация левых камер сердца и митральная регургитация;
3. дилатация правых камер сердца и трикуспидальная регургитация *
4. дилатация левого и правого предсердий

8. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочной артерии является:
1. вены нижних конечностей;*
2. вены верхних конечностей;
3. правые отделы сердца;
4. вены таза
5. левые отделы сердца.

9. Антикоагулянты при ТЭЛА назначаются:
1. только перорально
2. только парентерально
3. парентерально с последующим переходом на пероральный режим*

10. Самым частым клиническим проявлением ТЭЛА является:
1. кровохарканье.
2. боль в груди.
3. одышка*

Критерий оценок:
1 ошибка – «5»
2 ошибки – «4»
3 ошибки – «3»
4 и более ошибок – «2»

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента

2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.10. Ведение пациентов с цереброваскулярной болезнью, когнитивными расстройствами, головокружениями, расстройствами сна в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших ОНМК. Профилактика ОНМК в практике врача терапевта-участкового.

Цель: систематизация знаний студентов по тактике ведения пациентов с ЦВБ в практике врача терапевта участкового

Задачи:

1. Рассмотреть вопросы ранней диагностики и профилактики ЦВБ
2. Рассмотреть тактику ведения и вопросы маршрутизации пациентов при подозрении на ОНМК
3. Изучить принципы лечения и диспансерного ведения пациентов, перенесших ОНМК
4. Обучить организации диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК

Обучающийся должен знать:

- этиологию, клинику нарушений мозгового кровообращения
- факторы риска, предрасполагающие к возникновению и развитию нарушений мозгового кровообращения
- основные принципы лечения и диспансерного наблюдения пациентов, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения
- меры первичной, вторичной и третичной профилактики сосудистых нарушений

- проблемы пациентов с нарушениями кровообращения головного мозга.

Обучающийся должен уметь:
- Осуществлять общее обследование больного.
- Оценить неврологический статус
- Интерпретировать данные обследования пациента.
- Выявить факторы риска развития ОНМК
- Организовать и проводить санитарно-просветительскую работу на участке.

Обучающийся должен владеть:
- навыками оказания первой врачебной медицинской помощи при подозрении на острое нарушение мозгового кровообращения.
- методикой осуществления диспансерного наблюдения пациента с ЦВБ.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Определение, эпидемиология и классификация ОНМК
2. Основные немодифицируемые и модифицируемые факторы риска инсульта
3. Нарушения сердечного ритма как основная причина ОНМК
4. Диагностические методики, составляющие основу скрининга ОНМК
5. Основные клинические проявления и принципы диагностики ОНМК на догоспитальном этапе
6. Принципы маршрутизации пациентов с ОНМК
7. Диспансерное наблюдение и реабилитация пациентов, перенесших ОНМК
8. Меры первичной, вторичной и третичной профилактики инсультов
9. Антикоагулянтная терапия как основной метод профилактики ОНМК у пациентов с нарушениями сердечного ритма
10. Хронические нарушения мозгового кровообращения в практике врача-терапевта участкового

2) Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, , решение ситуационных задач, тестовых заданий, оформление медицинской документации на амбулаторном приёме.

3) Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Определите факторы риска;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Мужчина 65 лет обратился на прием в связи с возникшей утром, в 6 часов утра слабостью в левых конечностях, головных болей. Из анамнеза известно, что пациент длительное время страдает фибрилляцией предсердий, в течение последнего года отмечаются эпизоды повышения артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Препараты принимает нерегулярно. В течение последних трёх месяцев было несколько кратковременных (до 10 минут) эпизодов преходящей слепоты на правый глаз. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление 180/100 мм рт. ст., пульс – 110 в минуту, ритм неправильный, ослаблена пульсация на общей сонной артерии справа, но усилена пульсация височной артерии. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, слабость нижней части мимической мускулатуры слева, при высовывании язык отклоняется влево, снижение силы в левой руке до 1-го балла, в ноге до 4-х баллов, оживление сухожильных рефлексов

слева, рефлекс Бабинского слева.
Предварительный диагноз
ЦВБ. ОНМК по ишемическому кардиоэмболическому типу в бассейне правой среднемозговой артерии Фибрилляция предсердий перманентная, тахисистолическая форма Гипертоническая болезнь III ст., 3 степень АГ, риск 4 (очень высокий). ХСН 1 ст., ФК 1
2 балла: Диагноз поставлен верно.
1 балл: Диагноз поставлен не полностью.
0 баллов: Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз
Диагноз установлен на основании клинической картины (наличие очаговой неврологической симптоматики – слабость в левых конечностях), данных анамнеза (фибрилляция предсердий в течение многих лет, нерегулярный прием лекарственных препаратов), данных неврологического осмотра (девиация языка влево, снижение силы в левых конечностях, оживление сухожильных рефлексов и рефлекс Бабинского слева)
2 балла. Диагноз обоснован верно.
1 балл. Диагноз обоснован не полностью.
0 баллов. Диагноз обоснован неверно.
Тактика на момент осмотра и объем первой врачебной помощи
Каптоприл 25 мг под язык. Динамическое наблюдение за состоянием пациента до приезда бригады СМП Экстренная госпитализация в отделение неотложной неврологии
2 балла: План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1 балл: План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
0 баллов: Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
Тактика ведения пациента после выписки из стационара. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор.
Амлодипин + Периндоприл 5+8 мг по 1 таблетке утром (целевое АД – менее 130/80 мм рт. ст.) Бисопролол 10 мг по 1 таблетке утром (целевое ЧСС – менее 110 в минуту) Аторвастатин 40 мг по 1 таблетке вечером Варфарин 2,5 мг по 1 таблетке вечером под контролем МНО (целевое МНО – 2,0-3,0) Цитиколин 1000 мг по 1 саше 2 раза в день Медицинская реабилитация
2 балла. Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
1 балл. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
0 баллов. Ответ неверный
Диспансерное наблюдение пациента
1. _____Достижение целевых показателей (АД - <130/80 мм рт. ст., ЧСС - < 110 в минуту, общий холестерин – < 4,0 ммоль/л, Х-ЛПНП < 1,8 ммоль/л, ТГ - <1,7 ммоль/л, МНО а пациентов с НРС 2,0-3,0) 2. _____Глюкоза, холестерин, Х-ЛПНП, креатинин, ОАК, ОАМ, ЭКГ 1 раз в 6 месяцев 3. _____МНО контроль 1 раз в месяц после достижения целевого уровня 4. _____Консультация врача-терапевта участкового или врача общей практики (семейного врача) 1 раз в 3 месяца и чаще по показаниям 5. _____Консультация врача-невролога 1 раз в 6 месяцев и чаще по показаниям

Показания для направления в бюро МСЭ. Выраженные парезы и параличи конечностей, когнитивные нарушения, резко выраженная афазия, вестибуло-атактический синдром
2 балла. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1 балл. Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0 баллов. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии**:**

Задача 1

Женщина 70 лет обратился на прием к врачу-терапевту участковому в связи с двоением и слабостью в правых конечностях, которые возникли рано утром, при пробуждении. Пять лет назад больная перенесла инфаркт миокарда, после которого отмечаются приступы мерцательной аритмии. Месяц назад был эпизод головокружения и двоения в глазах, симптоматика полностью регрессировала в течение часа. При обследовании: сознание ясное, артериальное давление – 180/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 100-140 в минуту, ритм неправильный. В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, парез всех мимических мышц слева, сходящееся косоглазие, движение левого глазного яблока наружу минимально, движения в правых конечностях отсутствуют, в них повышены сухожильные рефлексы, симптом Бабинского справа.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Обоснуйте диагноз
3. Тактика на момент осмотра
4. Назовите препараты выбора для лечения пациентки после выписки из стационара
5. Принципы диспансерного наблюдения

4. Задания для групповой работы

Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций на основании реальных данных, полученных при работе в поликлинике

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1. Актуальность проблемы острых и хронических нарушений мозгового кровообращения
2. Этиология и патогенез ОНМК
3. Классификация ОНМК (ишемический – атеротромботический и кардиоэмболический подтипы; геморрагический)
4. Факторы риска ОНМК
5. Значение нарушений ритма сердца в патогенезе ОНМК
6. Основные клинические проявления ОНМК
7. Тактика врача первичного звена здравоохранения при впервые выявленном ОНМК
8. Тактика участкового врача после выписки пациента из стационара
9. Принципы диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ОНМК

Реабилитация пациентов, перенесших ОНМК

10. Профилактика ОНМК
11. Хронические нарушения мозгового кровообращения – тактика ведения на амбулаторном этапе

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Болезни системы кровообращения в настоящее время занимают ____место по причинам смертности:

А) 1*
Б) 2
В) 3
Г) 4
Д) 5

2. Ведущим фактором риска по возникновению ОНМК в настоящее время считается:

А) гиперхолестеринемия
Б) гипергликемия
В) артериальная гипертензия*
Г) инфаркт миокарда в анамнезе
Д) гиперурикемия

3. Основными подтипами ишемического ОНМК являются:

А) кардиоэмболический*
Б) сосудистый
В) атеротромботический*
Г) геморрагический

4. При назначении антикоагулянтной терапии пациентам с фибрилляцией предсердий необходимо учитывать:

А) риск по шкале SCORE
Б) риск кровотечений по шкале HAS-BLED*
В) риск инсульта по шкале CHA_2-DS_2-VASc*
Г) уровень СКФ
Д) содержание гемоглобина, эритроцитов

5. К основным группам препаратов, назначаемым пациентам после перенесенного ишемического ОНМК, относятся:

А) статины*
Б) антиагреганты или антикоагулянты*
В) антигипертнезивные препараты*
Г) нейропротекторы*
Д) препараты железа

6. Целевыми уровнями АД и Х-ЛПНП для пациентов после перенесенного ОНМК являются:

А) <140/90, <2.5
Б)<135/90, <1.5
В)<140/90, <1.8
Г) <130/80, < 1.8*
Д) < 120/70, <3.0

7. Пациенты должны быть осмотрены врачом-неврологом после перенесенного ОНМК **в первый год** не реже:

А) 1 раза в месяц
Б) 1 раза в 3 месяца*
В) 1 раза в 6 месяцев
Г) 1 раза в год

8. Препаратами выбора антикоагулянтной для вторичной профилактики кардиоэмболического инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий являются:

А) Ацетилсалициловая кислота
Б) Варфарин*
В) Этамзилат
Г) новые оральные антикоагулянты (Дабигатран, Ривароксабан)*
Д) Гепарин

9. Основные меры первичной профилактики ОНМК у пациентов на участке врача-терапевта участкового:

А) эффективное диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ*
Б) регулярное направление на диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры взрослого населения*
В) достижение целевых показателей АД, ЧСС, липидного спектра, МНО*
Г) регулярное проведение бесед, направленных на коррекцию модифицируемых факторов риска*

10. При хронических нарушениях мозгового кровообращения врачу-терапевту участковому следует прежде всего:

А) назначить сосудистые препараты
Б) достигнуть целевых уровней АД, липидного спектра*
В) направить пациента на консультацию врача-невролога
Г) провести беседу о нормализации режима дня, коррекции выявленных факторов риска*

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС

1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.11. Профилактика, онкоскрининг и ранняя диагностика онкозаболеваний в практике врача терапевта участкового. Работа смотрового кабинета. Диспансеризация определенных групп взрослого населения.

Цель: формирование знаний и умений, необходимых для осуществления ранней диагностики онкозаболеваний в амбулаторных условиях.

Задачи:

1. Формирование онконастороженности
2. Формирование представлений о принципах ранней диагностики онкозаболеваний
3. Закрепление умений по проведению онкологической составляющей врачебного осмотра

Обучающийся должен знать:

- основные принципы и понятия по организации лечебно-профилактической помощи пациентам с ЗНО в амбулаторных условиях.
- особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового при выявлении ЗНО.
- меры профилактики ЗНО и ранней диагностики ЗНО в работе врача-терапевта участкового
- скрининги на ЗНО
- симптомы тревоги и синдромы неопластический, малых признаков

Обучающийся должен уметь:

- выявить симптомы «тревоги», синдром малых признаков,
- применить методы профилактики ЗНО
- применить алгоритмы обследования пациента для раннего выявления ЗНО
- оценить результаты осмотра, обследования пациента
- установить диспансерное наблюдение у пациентов с предраковыми состояниями

Обучающийся должен владеть:

- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания), включающего врачебную составляющею онкологического осмотра

- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- методикой проведения профилактических медицинских осмотров
- методикой диспансерного наблюдения пациентов с предраковыми состояниями

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Этапы оказания онкологической помощи в амбулаторных условиях.
2. Контингенты больных, подлежащие скринингу и диспансерному наблюдению.
3. Применение методики диспансерного наблюдения.
4. Принципы экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности.
5. Профилактика онкозаболеваний.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, пальпация лимфатических узлов, пальпация молочных желез по алгоритму)

Решение тестовых заданий

1. К какой клинической группе относятся больные с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями:
a) Ia
b) Iб
c) IIa
d) III

2. Какое лечение должно проводиться больным, находящимся на учете в IV клинической группе:
a) симптоматическая терапия
b) комплексное противоопухолевое лечение
c) физиотерапевтическое лечение
d) комбинированное противоопухолевое лечение

3. Какое лечение показано больным III клинической группы:
a) лучевая терапия
b) химиотерапия
c) хирургическое лечение
d) противоопухолевое лечение не показано

4. К II клинической группе онкологических больных относятся пациенты:
a) с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями
b) со злокачественными новообразованиями, подлежащие специальному лечению11
c) излеченные от злокачественных новообразований
d) с инкурабельными формами рака

5. В течение какого срока Вы можете обследовать больного с подозрением на наличие рака для исключения или подтверждения диагноза злокачественного новообразования:
a) не более 10 дней
b) не более 1 месяца
c) не более 1 года
d) сроки не имеют значения

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;

- Обоснование диагноза;
- Определите факторы риска;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С КЛИНИЧЕСКОЙ ЗАДАЧЕЙ
К терапевту обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение подмышечных лимфатических узлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфатические узлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см, не спаянные между собой. При физикальном осмотре узловые образования в молочных железах не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфатических узлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желёз не обнаружены.
Алгоритм разбора клинической ситуации:
Поражением аксиллярных лимфатических узлов могут проявляться следующие заболевания: рак молочной железы; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания; рак лёгких; опухоли мягких тканей передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности. Поэтому необходимо провести дополнительные исследования: А. УЗИ молочных желез и регионарных лимфатических узлов. Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины (для исключения меланомы кожи, рака кожи). В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких. Г. Пункцию пораженных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием пунктата. Д. В случае неинформативности пункции — биопсию пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала. Также необходимо направить больную к гинекологу и онкологу.
2 балла: Тактика ведения определена верно.
1 балл: Тактика ведения определена не полностью.
0 баллов: Тактика ведения определена не верно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача1

Пациентка К., 50 лет обратилась к врачу - терапевту участковому с жалобой на появление увеличенного лимфатического узла в правой подмышечной области, доставляющего дискомфорт при движении; болевых ощущений не отмечает. В течение последнего времени отмечает снижение работоспособности, которую мотивирует переутомлением. Ранее за медицинской помощью обращалась редко, диспансеризацию не проходила. **Из анамнеза:** появление увеличенного лимфатического узла отмечает в течение нескольких месяцев, однако к врачу обратилась не сразу, т.к. связывала с «простудой», отсутствием болевых ощущений, надеялась, что «пройдёт само». Хронические заболевания отрицает. Не курит. Наследственность не отягощена. Длительно принимает оральные контрацептивы. **Объективно:** состояние удовлетворительное, кожные покровы физиологической

окраски, чистые. В правой подмышечной области пальпируется плотный, безболезненный пакет увеличенных лимфоузлов размером 2 × 3 см. Кожа над ним не изменена. При аускультации лёгкие и сердце без патологических изменений. ЧСС = Пульс = 75/мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена, селезёнка не пальпируется. Стул и диурез не изменены.

Задача 2

На приѐме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований
по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лѐгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рѐберной дуги. Селезѐнка выступает на 2 см из-под края рѐберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3{,}6\times10^{12}$/л, Нв – 129 г/л, тромбоциты – 200×10^{9} /л, лейкоциты – 39×10^{9}/л, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

1) При диспансеризации у больного обнаружен рак нижней губы, I стадия.

2) Больная обратилась к терапевту с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи. Считает себя больной второй месяц. Лишь после повторных отрицательных данных анализов на дизентерийную флору сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки. Какое простое исследование, проведённое, при первичном обращении больной помогло бы поставить диагноз?

3) У больного 55 лет, 8 месяцев назад около внутреннего угла левого глаза появился безболезненный узел красного цвета, который постепенно увеличивался до размеров 0,5´0,5 см., на поверхности его появились телеангиэктазии. В настоящее время центр новообразования изъязвился, покрыт корочкой. По периферии опухоли образовался плотный валик с характерным жемчужным блеском.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1. Статистика онкологических заболеваний. Состояние онкологической службы в России.
2. Современные представления о механизмах канцерогенеза.
3. Сравнительная оценка факторов, влияющих на заболеваемость раком. Понятие о канцерогенных агентах.
4. Основные критерии оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети (показатель запущенности и одногодичной летальности).
5. Что включает в себя понятие «онкологической настороженности»?

6. Первичная и вторичная профилактика злокачественных новообразований.
7. Пути повышения эффективности методов раннего выявления злокачественных опухолей.
8. Критерии формирования групп повышенного онкологического риска.
9. Роль скрининга в ранней диагностике злокачественной патологии.
10. Организация работы врача-терапевта участкового в поликлинике в плане раннего выявления онкозаболеваний. Роль диспансеризации населения.
11. Принципы диспансерного наблюдения больных со злокачественными новообразованиями, группы диспансерного наблюдения.
12. Преемственность в оказании медицинской помощи онкологическим больным. Роль онкологического диспансера.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания

1. Увеличивается ли заболеваемость раком щитовидной железы
а) нет
б) да

2. Перечислите фоновые заболевания для рака щитовидной железы
а) аутоиммунный тиреоидит
б) узловой зоб
г) аденома щитовидной железы
д) все выше перечисленные

3. Какие методы используются для скрининга рака щитовидной железы
а) пальпация в сочетании с УЗИ
б) пункционно-аспирационная биопсия
в) цитологическое исследование
г) УЗИ с биопсией

4. Кашель при раке легкого обусловлен:

А) прорастанием нервов бронхов
Б) раздражением слизистой бронхов
В) сужением бронха
Г) блокадой лимфооттока

5. Боль при раке легкого обусловлена:

А) смещением средостения
Б) развитием ателектаза
В) сдавлением и прорастанием нервов
Г) плевритом

6. Кровохаркание при раке легкого обусловлено:
А) обтурацией бронха
Б) обширным метастазированием
В) неоперабельной ситуацией
Г) распадом опухоли

7. Одышка при раке легкого может быть обусловлена:
А) обширным ателектазом
Б) сердечно – легочной недостаточностью

В) прорастанием плевры
Г) плевритом

8. Основные пути метастазирования при раке легкого в лимфоузлы
А) надключичные
Б) смежных сегментов легкого
В) средостения
Г) подключичные

9. Предраковые заболевания легких:
А) хроническая пневмония
Б) пневмосклероз
В) гамартома
Г) абсцесс

10. Последовательность по частоте локализации отдаленных метастазов при раке желудка
а) легкие
б) поджелудочная железа
в) головной мозг
г) печень

11. Симптомы раннего рака желудка
а) симптомы заболевания, на фоне которого развился рак
б) боль в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу
в) большая потеря массы тела
г) плохой аппетит

12. Выбрать методы исследования при раке желудка:
1) для первичной диагностики и 2) уточняющей
а) компьютерная томография
в) рентгенологическое исследование
в) лапароскопия
г) гастроскопия
д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости

13. Какая локализация второй опухоли (вне репродуктивной системы) наиболее характерна для рака тела матки:
а) кожа
б) желудок
в) прямая кишка

14. С какими опухолями чаще всего сочетаются опухоли яичников:
а) сигмовидной кишки
б) кожи
в) почки

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.12. Амбулаторное ведение пациентов с анемическим синдромом.
Цель: углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях.
Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «гематология».
2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях при ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемиях, проведению экспертизы нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:

-Основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях.
-Особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового.
-Должностные обязанности врача-терапевта участкового.
-Задачи врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
-Основные принципы оформления медицинской документации на амбулаторном этапе.
-Диагностические возможности поликлиники и их рациональное использование в работе врача-терапевта участкового.
-Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача при решении вопросов экспертизы трудоспособности.
-Этиологию, эпидемиологию, патогенез, клиническую классификацию, клиническую картину заболевания, принципы диагностики и обоснования диагноза, основы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий.

Обучающийся должен уметь:
-применить алгоритм ведения пациента с признаками ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в условиях амбулаторного приемаврачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность**.**

Обучающийся должен владеть:
-методикой амбулаторного приема пациента с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями (проведение осмотра больного ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента с ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями и использования рекомендаций по специфической профилактике обострений заболевания.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями в условиях работы врача-терапевта участкового;
2. Алгоритм ведения пациента с признаками ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемиях врачом-терапевтом участковым**,**
3. Правила формулировки диагноза;
4. Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения заболевания;
5. Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемиях, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
6. Показания к госпитализации;
7. Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;

9. Принципы и методы осуществления профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями врачом-терапевтом участковым.

2. Практическая подготовка.

Амбулаторный прием пациентов с различной патологией**.**

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

Предварительный диагноз;

- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Женщина, 28 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа (фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день), курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет. При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост- 162 см, масса тела - 65кг. ИМТ – 24,08 кг/м2. Кожные покровы и коньюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий анализ крови — эритроциты 3,6 *1012/л, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты 5,2*109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5,V6 отведениях.
Предварительный диагноз.
Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия легкой степени. Полименоррагия.
2 балла Диагноз поставлен верно.
1 баллДиагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена степень анемии; неверно оценена этиология анемии; не указана этиология анемии
0 баллов Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз.
Диагноз хронической постгеморрагической анемии (ХПА) установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа (фенюльсом по

1 таблетке 3 раза в день), курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день); установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз, данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови), данных инструментального обследования: ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5,V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).
2 балла. Диагноз обоснован верно.
1 балл. Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование наличия у пациентки анемии или этиологии анемии. илиОбоснование анемии или этиологии анемии дано неверно
0 баллов. Обоснование этиологии анемии и степени анемии дано неверно. илиДиагноз обоснован полностью неверно.
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная, анемия при хронических заболеваниях, сидероахрестическая, талассемия. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом) для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии, и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче - для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железодефицитной анемии, ФГДС - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика H.pylori; УЗИ органов малого таза, консультация гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.
2 балла План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1 балл. План дополнительного обоснования не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
0 баллов. Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке. Обоснуйте свой выбор.
В соответствии с клиническими рекомендациями по лечению ЖДА могут применяться соли 2- и 3-валентного железа. Препараты ГПК железа предпочтительны из-за лучшей переносимости и хорошего терапевтического эффекта. Назначен препарат FeIII ГПК по 200 мг 1 раз в день после еды на 1,5-2 мес (с целью купирования анемии до нормализации уровня гемоглобина), в последующем по 100мг 1 раз в день (терапия насыщения для заполнения депо до нормализации уровня трансферрина и ферритина). Данной пациентке рекомендована в дальнейшем поддерживающая терапия для сохранения нормального содержания фондов железа по 50-100 мг/сут 7-10 дней в месяц при продолжающихся кровопотерях.
2 балла. Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
1 балл. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.

0 баллов. Ответ неверный
Диспансерное наблюдение пациента.
«Д» наблюдение 1 раз в три месяца. Контроль ОАК. Контроль уровня сывороточного железа 1 раз в 6 мес.
2 балла. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1 балл. Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0 баллов. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больная 16 лет, поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, шум в ушах, кровотечение из десен, носа, матки, кожные кровоизлияния от мелкоточечных до синяков по всему телу. Больна в течение полугода, когда стала отмечать маточные кровотечения по 10-15 дней. Наблюдалась у гинеколога, лечение эффекта не оказало.

Анамнез: ОРВИ 2-3 раза в год, хронический пиелонефрит.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, с множественными высыпаниями на ногах и животе. Синяки различных размеров и свежести по всему телу, кровоизлияния на губах и языке. Кровотечения из десен, носа, матки.

Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 110 ударов в минуту. АД 85/60 мм рт ст. Живот мягкий безболезненный. Размеры печени 10х9х8 см. Размеры селезенки 6х4см (не выступает из-под края реберной дуги).

Общий анализ крови: гемоглобин 50г/л, эр 3,0х1012/л, ЦП 0,65, ретикулоциты 40%, тромбоциты 10х109, СОЭ 18, лейкоцитарная формула: лей 11,0х109/л, п-3%, с-62%, л-24%, м-6%, морфология: нормоцитоз 4:100, микроцитоз+++, гипохромия+++. Длительность кровотечения по Дьюку – 30 минут, свертываемость 5 минут.

ОАМ: 1016, белок 0,033, ле – 1-2, эритроциты – единичные.

Задача 2.

Больной 20 лет, жалобы на слабость, вялость, снижение работоспособности, увеличение живота, постоянную желтушность кожных покровов и склер с детских лет.

В течение последней недели отмечает усиление желтушности, появление мочи темного цвета, повышение температуры до 37,5, боли в животе, тошноту.

Из анамнеза: ОРВИ 1-2 раза в год, неоднократно обследовался в городской инфекционной больнице с подозрением на острый гепатит. Из членов семьи у отца отмечается постоянная иктеричность склер.

Обективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы желтушные, иктеричность склер. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 92, АД90/60. Живот мягкий безболезненный.

Печень 13х11х9см, селезенка +10 см от края ребра, поверхность гладкая, край острый. ОАК: гемоглобин 65г/л, эр 2,2х1012/л, ЦП 0,9, ретикулоциты 260, лей 8х109/л, СОЭ 37мм/час, тромбоциты 270, п5%, с62%, л 28%, м 5%.

Морфология: микросфероцитоз 42%.

Биохимия крови: общий билирубин 65ммоль/л, непрямой 50ммоль/л, АЛТ 1,5, АСТ 1,0.

Задача 3.

Больной 63 лет, жалуется на слабость головокружение, шум в ушах, одышку при ходьбе, «ватность» ног, чувство жжения в языке.

Ухудшение самочувствия отмечает за последние полгода.

В анамнезе: ЯБ ДПК, резекция желудка 10 лет назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные с мягким желтым оттенком. Склеры глаз иктеричны. Язык ярко красный «лакированный». Периферические лимфоузлы не

увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, на верхушке мягкий систолический шум. Пульс 100, АД 110/70. Живот мягкий безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.
ОАК: гемоглобин 56г/л, эр 2,0х1012/л, ЦП 1,3, ретикулоциты 10%, лей 2,5х109/л, лейкоцитарная формула: п5%, с 63%, э 2%, л 25%, м 5%. Морфология нормоцитоз 3:100, макроцитоз +++, анизоцитоз +, пойкилоцитоз +, гиперсегментация нейтрофилов, тельца Жолли в эритроцитах.

Задача 4.

Больная 47 лет, жалобы на слабость, сонливость, головокружение, одышку при физической нагрузке, ломкость ногтей, обильные менструации, желание есть мел.
Последние 3 года наблюдается у гинеколога по поводу миомы матки.
Обективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые, сухие. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке функциональный систолический шум. Пульс 96, АД 110/70, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.
ОАК: Гемоглобин 69г/л, эр 3,1х1012/л, ЦП 0,7, лей 5,3х109/л, СОЭ 5. Тромбоциты 250, с 59%, э 4%, л 36%, м 3%. Морфология клеток: микроцитоз +++, гипохромия +++, анизоцитоз+, пойкилоцитоз +, железо сыворотки крови 4,0 мкмоль/л, ферритин сыворотки крови 30 мкг/л.

Задача 5.

Больной 17 лет, жалуется на появление мелкоточечных кровоизлияний на нижних конечностях, кровоточивость десен, слабость, головокружение.
Болен в течение 3 последних месяцев
Обективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, множественные мелкоточечные кровоизлияния на нижних конечностях, подкожные гематомы разной величины, периферические. л/у и селезенка не увеличены, печень +2см.
ОАК: гемоглобин 73г/л, эр 1,8х1012/л, ЦП 1,2, лей 1,8х109/л, лейкоформула: п 2%, с 28%, л 60%, м 10%, тромбоциты 20х109, ретикулоциты 0,5.

4. Задания для групповой работы

Оцените гемограммы, сделайте заключение

Гемограмма 1.

RBC	1,76	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	50	130-155г/л
Ht	19,4	36-48%
MCV	83,0	80-95fl
MCH	28,4	27-31 пг
MCHC	34,2	30,0-38,0г/л
RDW	14,0	11,5-14,5%

Гемограмма 2А

RBC	4,58	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	76	130-155г/л
Ht	33	36-48%
MCV	60,9	80-95fl
MCH	16,6	27-31 пг
MCHC	27,2	30,0-38,0г/л
RDW	19,0	11,5-14,5%

Гемограмма 2В

RBC	3,47	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	67	130-155г/л

Ht	20.2	36-48%
MCV	74,1	80-95fl
MCH	19,3	27-31 пг
MCHC	26,1	30,0-38,0г/л
RDW	28,1	11,5-14,5%

Гемограмма 2C

RBC	2,5	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	30	130-155г/л
Ht	12.6	36-48%
MCV	50,3	80-95fl
MCH	12,2	27-31 пг
MCHC	24,2	30,0-38,0г/л
RDW	17,4	11,5-14,5%

Гемограмма 2D

RBC	4,58	3,8-5,5×/л
Hb	100	130-155г/л
Ht	36,3	36-48%
MCV	75,5	80-95fl
MCH	22,6	27-31 пг
MCHC	27,2	30,0-38,0г/л
RDW	14,2	11,5-14,5%

Гемограмма 3

RBC	2,45	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	74	130-155г/л
Ht	19,9	36-48%
MCV	81,1	80-95fl
MCH	30,6	27-31 пг
MCHC	37,7	30,0-38,0г/л
RDW	16,6	11,5-14,5%

Гемограмма 4

RBC	1,9	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	60	130-155г/л
Ht	16,5	36-48%
MCV	84,7	80-95fl
MCH	31,6	27-31 пг
MCHC	36,3	30,0-38,0г/л
RDW	14,2	11,5-14,5%

Гемограмма 5

RBC	1,15	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	37	130-155г/л
Ht	12,2	36-48%

MCV	100,0	80-95fl
MCH	32,2	27-31 пг
MCHC	32,2	

Гемограмма 6А

RBC	2,45	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	100	130-155г/л
Ht	22,2	36-48%
MCV	123,7	80-95fl
MCH	40,8	27-31 пг
MCHC	33,0	30,0-38,0г/л
RDW	24,10	11,5-14,5%

Гемограмма 6В

RBC	2,9	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	102	130-155г/л
Ht	33,5	36-48%
MCV	110,0	80-95fl
MCH	35,0	27-31 пг
MCHC	33,0	30,0-38,0г/л
RDW	16,5	11,5-14,5%

Гемограмма 6С

RBC	1,51	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	64	130-155г/л
Ht	17,4	36-48%
MCV	115,0	80-95fl
MCH	41,1	27-31 пг
MCHC	35,4	30,0-38,0г/л
RDW	27,0	11,5-14,5%

Гемограмма 7

RBC	2,12	3,8-5,5×10^{12} /л
Hb	82	130-155г/л
Ht	28,0	36-48%
MCV	121,7	80-95fl
MCH	38,7	27-31 пг
MCHC	31,8	30,0-38,0г/л
RDW	17,7	11,5-14,5%

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля (привести вопросы для самоконтроля*)*

Вопросы по теме:

1. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий в условиях работы врача-терапевта участкового;

2. Алгоритм ведения пациента с признаками ЖДА и В12- фолиеводефицитными анемиями врачом-терапевтом участковым**,**
3. Правила формулировки диагноза;
4. Группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
5. Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
6. Показания к госпитализации;
7. Алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
8. Правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
9. Принципы и методы осуществления профилактики ЖДА и В12- фолиеводефицитных анемий врачом-терапевтом участковым.

3) составить задачу по анемическому синдрому в разных группах пациентов (беременные, пациенты пожилого и старческого возраста, пациенты зрелого возраста с ИБС).

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	**Наименование**	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	**Наименование**	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ

3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.13. Амбулаторное ведение пациентов с мочевым синдромом, ХБП.

Цель: Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с патологией почек в амбулаторных условиях.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «нефрология».
2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с ХБП в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с ХБП в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при обострении ХБП, проведению экспертизы нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:

- принципы скрининга, диагностики и дифференциальной диагностики ХБП в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациента с гломерулонефритомврачом-терапевтом участковым**,**
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- основные подходы к лечению и профилактике (первичной и вторичной) ХБП, принципы нефро- и кардиопротекции;

Обучающийся должен уметь:

- применить алгоритм ведения пациента с признаками поражения почек в условиях амбулаторного приемаврача-терапевта участкового;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска развития и прогрессирования ХБП;
- определить показания для консультации нефролога, госпитализации;
- составить план ведения пациента в амбулаторных условиях;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

Обучающийся должен владеть:

- методикой амбулаторного приема пациента с ХБП (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания;
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента с ХБП в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики ХБП и использования рекомендаций по нефропротекции.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1) Тактика ведения пациентов с ХБП в зависимости от её стадии в условиях работы врача-терапевта участкового;
2) Характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении гломерулонефритов, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
3) Показания к консультации нефролога, госпитализации;
4) Алгоритм экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности;
5) Правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;

2. Практическая подготовка.
Выполнение практических заданий (клинические разборы, , решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр, опрос, интерпретация результатов исследований, ведение документации), по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приёме.

Выполнить тестовые задания:
1. Выберите один правильный ответ.
Показанием к нефробиопсии является
а) почечная колика
б) острый пиелонефрит
в) нефротический синдром *
г) артериальная гипертензия

2. Выберите один правильный ответ.
Причиной снижения диуреза при тяжелом нефротическом синдроме является:
а) острая задержка мочи
б) ограничение питьевого режима
в) гиповолемия *
в) резистентность к диуретикам

3. Выберите один правильный ответ.
Причиной нефротического синдрома может быть
а) острый пиелонефрит
б) мочекаменная болезнь
в) кисты почек
г) амилоидоз почек *

4. Выберите один правильный ответ.
Нефротоксичным антибактериальным препаратом является
а) амоксициллин
б) азитромицин
в) амикацин *
г) цефтриаксон

5. Выберите один правильный ответ.
Признаком снижения азотвыделительной функции почек является повышение в крови уровня
а) глюкозы
б) мочевой кислоты
в) креатинина *
г) холестерина

6. Установите соответствие между видом нефропатии и этиологическими факторами

А. Гломерулонефрит	1. Стрептококк

Б. Вторичный (АА-) амилоидоз	2. ВИЧ
В. Острый тубулоинтерстициальный нефрит	3. Вирусы гепатитов В и С
	4. Лептоспиры
	5. Микобактерия (бацилла Коха)

А – 1, 2, 3. Б – 5. В – 4.

7. Установите соответствие между видом поражения почек и лекарственными средствами, которые могут их вызывать

А. Гломерулонефрит	1. Нестероидные противовоспалительные препараты
Б. Острый тубулоинтерстициальный нефрит	2. Анальгетики
В. Хронический тубулоинтерстициальный нефит	3. Аминогликозиды
Г. Острый канальцевый некроз	4. Д-пеницилламин
	5. Антибиотики пенициллинового ряда

А – 4. Б – 1, 2, 5. В – 1, 2. Г – 3.

8. Установите соответствие между клиническим синдромом и его типичными осложнениями

А. Нефротический синдром	1. Метаболический ацидоз
Б. Остронефритический синдром	2. Анемия
В. Хроническая почечная недостаточность	3. Тромбозы вен или артерий
	4. Гиповолемический шок
	5. Острая левожелудочковая недостаточность

А – 3, 4. Б – 5. В – 1, 2.

9. Установите соответствие между видом нефропатии и лекарственными препаратами для её лечения

А. Острый пиелонефрит	1. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
Б. Диабетический гломерулосклероз	2. Антибиотики
В. Гипертонический нефроангиосклероз	3. Статины
Г. Быстропрогрессирующий гломерулонефрит	4. Глюкокортикостероиды
	5. Цитостатики

А – 2. Б – 1, 3. В – 1, 3. Г – 4, 5.

10. Установите соответствие между типом почечной недостаточности и клиническими признаками:

А. Острая почечная недостаточность	1. Размеры почек увеличены за счет отека паренхимы
Б. Хроническая почечная недостаточность	2. Размеры почек уменьшены
	3. Анемия
	4. Гиперкалиемия
	5. Метаболический ацидоз
	6. Вторичный гиперпаратиреоз

А – 1, 3, 4, 5; Б – 2, 3, 4, 5, 6.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента, экспертиза нетрудоспособности.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму привести задачу с разбором.

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Пациентка, 60 лет обратилась в мае 2017 г. к участковому терапевту с жалобами на отеки голеней и стоп, отёки век по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, повышение цифр АД до 160/100 мм.рт.ст., резкую слабость, снижение работоспособности

Считает себя больной в с 2011 г, когда после перенесенной ангины почувствовала боли в поясничной области. Прошла обследование. Был выставлен диагноз гломерулонефрит.

В последующие годы считала себя здоровой, в поликлинику не обращалась. Периодически отмечались подъёмы АД до 150-160/100 мм.рт.ст., которые сопровождались тошнотой и болями в затылочной области. Назначенные препараты не принимала. Находится на пенсии, подрабатывает в школе гардеробщицей. В течение последнего месяца стала отмечать снижение трудоспособности, появились отёки, часто стало повышаться АД.

При обследовании: состояние средней степени тяжести. Масса тела 75 кг, рост 165 см. Выраженные отёки ног. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая ротоглотки несколько гиперемирована, миндалины гипертрофированы до 1 степени, признаки хронического тонзиллита. Подчелюстные лимфоузлы 1 см. в диаметре, эластичные, безболезненные. Другие группы лимфоузлов не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=пульс=85 в мин. АД=165/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Неврологический статус без патологических изменений. Стул не изменён. Диурез за прошедшие сутки со слов около 700 мл.

Терапевт cito назначил обследование:

ОАК: Эр. – $3{,}3\times10^{12}$ /л, Гемоглобин 90 г/л; лейкоциты $10{,}4\times10^{9}$ /л, СОЭ-26 мм/час.

ОАМ: Белок 4,64 г/л, лейкоциты 1-2 в п/з, цилиндры 1-3 в п/з, эритроциты 10-15 в п/з

Б/х анализ крови: общий белок крови - 49 г/л, альбумин крови - 24 г/л, холестерин - 7, 2 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л., мочевина 21 мкмоль/л., скорость клубочковой фильтрации (по формуле CKD-EPI)39 мл/мин/1,73м^2.

ЭКГ: признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Предварительный диагноз.
Хронический гломерулонефрит, активная фаза. Нефротический синдром. ХБП с 3б, А 3. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 степени, гипертрофия левого желудочка, риск очень высокий. ХСН 1ст. ФК 2. Анемия средней степени тяжести. Избыточная масса тела. Хронический тонзиллит, компенсированная форма.
2 балла: Диагноз поставлен верно.
1 балл: Диагноз поставлен не полностью. Неверно поставлена стадия ХБП, степень тяжести анемии, стадия, степень ГБ, риск. Не выделены и/или не обоснованы клинические синдромы.
0 баллов: Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз.
Диагноз выставлен на основании: - данных анамнеза: перенесённый в прошлом гломерулонефрит, после которого больная на диспансерном учёте не состояла, анализы не сдавала. Т.е. развился хронический гломерулонефрит с прогрессированием ХБП. Активная фаза (обострение) – т.к. в течение последнего месяца резко ухудшилось состояние больной, появились отёки, снизился диурез, отмечено ухудшение течения АГ. - наличие нефротического синдрома (выраженные отеки ног, протеинурия 4,64 г/л, гипоальбуминемия (альбумин крови - 24 г/л), гипопротеинемия (общий белок крови - 49 г/л), гиперхолестеринемия -7,2 ммоль/л). - мочевой синдром (цилиндры 1-3 в п/з, эритроциты 10-15 в п/з). - синдром хронической почечной недостаточности: течение ХБП несколько лет, креатинин 130 мкмоль/л., мочевина 21 мкмоль/л., скорость клубочковой фильтрации 39 мл/мин/1,73м^2 (ХБП 3б стадии). - анемический синдром (Эр. – 3,3×10^{12} /л, Гемоглобин 90 г/л), средней степени. - синдром артериальной гипертензии. (повышение АД до 160/100 – 2 степень) - синдром поражения миокарда: гипертрофия миокарда левого желудочка (признаки ГЛЖ по ЭКГ). - Риск очень высокий, т.к. присутствует ХБП 3б ст., гипертрофия ЛЖ, АГ 2 степени. ХСН 1ст., т.к. гемодинамика не нарушена, 2 ФК - незначительное ограничение физической активности: в покое симптомы отсутствуют, привычная физическая активность сопровождается утомляемостью, одышкой или сердцебиением. - хронический тонзиллит – при осмотре гиперемия и гипертрофия миндалин, признаки хр.тонзиллита.
2 балла: Диагноз обоснован верно.
1 балл: Диагноз обоснован не полностью
0 баллов: Диагноз обоснован неверно.
Проведите дифференциальный диагноз.
Дифференциальный диагноз проводится с миломной болезнью (миеломная почка), гипертоническая нефропатия, амилоидоз почек; острый гломерулонефрит; нефрит при системной красной волчанке; паранеопластический процесс.
2 балла: Дифференциальный диагноз проведён логично, обоснованно.
1 балл: Дифференциальный диагноз проведён не достаточно хорошо (названы не все возможные заболевания)
0 баллов: Дифференциальный диагноз не проведён.
Определите факторы прогрессирования ХБП у больной.
Пожилой возраст, наличие очага хронической инфекции (хронический тонзиллит), артериальная гипертензия, высокая протеинурия, избыточная масса тела
2 балла: Факторы прогрессирования ХБП определены в полном объёме, обоснованы.

1 балл: Факторы приведены не полностью

0 баллов: Факторы не названы.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Следует отметить, что на амбулаторном этапе необходимо заподозрить ГН и **направить пациента в нефрологическое отделение** для проведения нефробиопсии и установления окончательного диагноза ГН. Однако при отсутствии или ограниченной возможности проведения биопсии диагноз ГН устанавливается клинически.

<u>В стационаре</u> проводятся следующие исследования.

Лабораторные обследования:

Контроль ОАК, ОАМ. Суточная протеинурия, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Б/х анализ крови: креатинин, мочевина, СКФ, общий белок, альбумины, протромбин, глюкоза, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, билирубин, липидный спектр (общий ХС, ЛПНП, Триглицериды, ЛПВП), электролиты; С-реактивный белок, фибриноген, коагулограмма. Уровень сывороточного железа, Ферритин сыворотки (т.к. может быть дефицит железа). Кал на скрытую кровь.

<u>Специфические исследования</u>: маркёры вирусных гепатитов В и С (для исключения HBV- и HCV-ассоциированного гломерулонефрита), определение криоглобулинов (исключение криоглобулинемии), АСЛО (т.к. у больной хронический тонзиллит вероятно стрептококковой этиологии); АНЦА (для исключения АНЦА-ассоциированного гломерулонефрита), определение комплемента, ЦИК, IgA, M. G; для исключения аутоиммунных процессов при необходимости можно назначить антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, LE-клетки.

Инструментальные исследования:

СМАД, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭХО-КС (по ЭКГ выявлены признаки ГЛЖ, необходимо уточнить наличие и характер ремоделирования миокарда, систолическую и диастолическую функцию), УЗИ почек, мочевыводящих путей, мочевого пузыря (оценка структуры почек, наличия обструкции мочевых путей, опухолевого поражения. УЗИ брюшной полости (оценка состояния органов брюшной полости в т.ч. и для выявления онкологического процесса). ФГДС, колоноскопия. Нефробиопсия.

Консультации специалистов:

Консультация офтальмолога (исключение ангиопатии сетчатки), ЛОР-врача в плановом порядке, после выписки из стационара (т.к. у больной хронический тонзиллит).

Консультация кардиолога.

Консультация гематолога (анемия, решение вопроса о назначении эритропоэтина).

Гинеколог.

2 балла: План дополнительного обследования составлен полностью верно.

1 балл: План дополнительного обоснования не полностью:

Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.

0 баллов: Не названы три и более дополнительных метода обследования.

или

Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.

или

План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данной больной. Обоснуйте свой выбор. Целевые цифры АД.

Данной пациентке показана экстренная госпитализация в нефрологическое отделение.

Режим, диета, ограничение соли.

В пожилом возрасте имеется высокий риск побочных эффектов стероидной терапии, кроме того с осторожностью стоит назначать высокие дозы глюкокортикоидов и при наличии сердечно-сосудистых заболеваний и выраженной дислипидемии.

Лечение будет зависеть от результатов биопсии, изменений почек по данным УЗИ.

Пример терапии: Преднизолон 0,3 – 0,5 мг/кг и пульс-терапия циклофосфаном 10мг/кг 1 раз в 4 нед

в/в кап (от 6 до 12–14 раз). При достижении полной или частичной ремиссии продолжают лечение в течение не менее шести месяцев с последующим снижением дозы под наблюдением нефролога. Препараты кальция кальцемин адванс +Альфа-кальцедол + гастропротекция (пантопразол). На 3б стадии ХБП резко снижается эффективность тиазидных мочегонных, и растет риск их нежелательных явлений (гиперурикемия, уратный криз)). Для достижения целевых цифр АД (при наличии протеинурии - менее 130/80 мм рт.ст.) назначаются ингибиторы АПФ или сартаны (под контролем электролитов сыворотки крови). **Предпочтение следует отдавать препаратам с преимущественной печеночной элиминацией, что позволяет применять их при нарушении функции почек**. Например, Телмисартан (практически полностью элиминируется печенью). Также надо назначить статины, обладающие гиполипидемическими, противовоспалительными и нефропротективными свойствами. Предпочтительнее всего Флувастатин (практически полностью элиминируется печенью) или Розувастатин (также метаболизируется предпочтительно печенью). Для лечения анемии: назначение препаратов железа (при выявленном дефиците), при нормальных показателях обмена железа применяют рекомбинантный эритропоэтин.
2 балла: Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован
1 балл: Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован. или Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.
0 баллов: Ответ неверный
Диспансерное наблюдение пациента, экспертиза нетрудоспособности
Т.к. данная больная работает (несмотря на пенсионный возраст), ей необходимо оформить листок нетрудоспособности. ВН в среднем 40—45 дней. При неблагоприятном течении заболевания, пациентка должна быть направлена на МСЭ для установления группы инвалидности. При хроническом гломерулонефрите запрещена работа в ночные смены, работа, связанная с переохлаждением, с чрезмерной физической и психической нагрузкой. Больная будет получать поддерживающую терапию под контролем нефролога в течение не менее шести месяцев с последующим снижением дозы. Диспансерное наблюдение осуществляется пожизненно. Осмотр осуществляется **не менее** 1 раза в 3 месяца терапевтом и не менее 1 раза в 6 месяцев нефрологом. Один раз в год - осмотр специалистов: гинеколога, стоматолога, уролога, отоларинголога, офтальмолога. Исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, исследование мочи на альбуминурию, проба по Зимницкому — по показаниям; биохимический анализ крови (креатинин, мочевая кислота, холестерин, триглицериды, глюкоза, натрий, калий, кальций, фосфор, альбумин, расчёт СКФ). УЗИ почек по назначение нефролога. Диспансерное наблюдение АГ осуществляется по алгоритму диспансерного наблюдения при этом заболевании. При отсутствии противопоказаний показана ежегодная вакцинация от гриппа
2 балла: Дальнейшая тактика ведения пациента выбрана верно.
1 балл: Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0 баллов: Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

1. Женщина, 34 года, обратилась к врачу с жалобами на отёки нижних конечностей, лица, слабость, снижение количества выделяемой мочи.

Из анамнеза: в течение 15 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, получает инсулинотерапию.

Наблюдается в Эндокринологическом центре. Периодически нарушает диету, отмечалась гипергликемия до 15 ммоль/л, глюкозурия. Дважды за период наблюдения отмечались эпизоды бактериурии, лейкоцитурии, проводилось лечение уроантисептиками. Год назад выявлена микроальбуминурия. Артериальное давление оставалось в норме.
Ухудшение самочувствия начала отмечать около трёх недель назад, когда отдыхала в Египте, много загорала, появилась пастозность лица и нижних конечностей. Поначалу не придавала этому значение, связывала с «перегревом на солнце». Постепенно отёки нарастали. Отметила снижение выделяемой мочи. После возвращения из туристической поездки сразу обратилась к врачу.
При осмотре состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Выраженные отёки нижних конечностей, крестца, поясничной области, передней брюшной стенки, лица. Кожные покровы несколько бледноваты, чистые. Слизистая ротоглотки не гиперемирована, миндалины не увеличены, чистые. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. АД 130/80. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=Пульс= 84 в мин., шумов нет. Границы сердца не расширены. При пальпации живота болезненности не выявлено, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Стул не нарушен, диурез со слов 500 мл за прошедшие сутки.
Срочно проведены следующие исследования: ОАМ: протеинурия 5 г/л, глюкозурия. Креатинин крови 105 мкмоль/л, глюкоза крови 9,6 ммоль/л. ОАК: Гемоглобин 105г/л, эритроциты $3,5\times10^{12}$ /л, Лейкоциты $5,2\times10^{9}$ /л, СОЭ 10 мм/час. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 87 в минуту. Нормальное положение ЭОС, процессы реполяризации не нарушены.

2. Оцените результаты обследований пациентов:
А) Пациент Д, мужчина, 63 года, вес 80 кг, рост 175см. В течение 25 лет страдаем гипертонической болезнью. Креатинин - 105 мкмоль/л, СКФ – 75мл/мин.
Б) Пациент Л, мужчина, 45 лет, проходит плановое обследование. ОАМ: Удельная плотность мочи 1012 г/л, лейкоциты 1-2 в п/з, эритроциты 15-20 в п/з, белок 0,5 г/л.
В) Пациент К, женщина, 55 лет. Страдает ожирением 2ст, гипертонической болезнью.ОАМ: Удельная плотность мочи 1018 г/л, лейкоциты 0-1-2 в п/з, эритроциты 1-2 в п/з, белок 0,03 г/л, глюкоза ++.

4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля :

Вопросы по теме:
1. Этиология и патогенез хронической болезни почек.
2. Основные жалобы больных с почечной недостаточностью.
3. Особенности анамнеза хронической почечной недостаточностью.
4. Объективное обследование больных с ХБП. Симптомы, выявленные у больных ХБП при общем осмотре, пальпации, перкуссии и аускультации.
5. Лабораторная диагностика ХБП.
6. Классификация ХБП.
7. Осложнения почечной недостаточности.
8. Лечение ХБП.
9. Показания к гемодиализу.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля :

Тестовые задания:

1. Выберите все правильные ответы.

Факторами риска развития и прогрессирования хронической болезни почек являются
а) артериальная гипертензия *
б) сахарный диабет *
в) гиперлипидемия *
г) лекарственная токсичность *

2. Выберите один правильный ответ.

В патогенезе гипертензионного синдрома при остром гломерулонефрите ведущее значение имеет
а) сужение почечных артерий (вазоренальный механизм)
б) гиперсекреция катехоламинов
в) задержка натрия и воды *
г) увеличение уровня кортизола в крови

3. Выберите один правильный ответ.

Основным этиологическим фактором развития острого гломерулонефрита является
а) стафилококк
б) клебсиела
в) b-гемолитический стрептококк группы а *
г) пневмококк

4. Выберите один правильный ответ.

Противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является
а) стеноз почечной артерии *
б) АД более 180/110 мм. hg
в) сердечная недостаточность
г) хронический пиелонефрит

5. Выберите один правильный ответ.

В пожилом возрасте скорость клубочковой фильтрации
а) повышается
б) снижается *
в) не изменяется
г) зависит от пола

6. Выберите все правильные ответы

Немодифицируемыми факторами риска развития ХБП являются
а) наследственность *
б) возраст старше 60 лет *
в) курение
г) артериальная гипертензия

7. Выберите один правильный ответ.

Под ХБП следует понимать наличие любых маркеров, связанных с повреждением почек и персистирующих в течение более _____месяцев
а) трёх *
б) шести
в) двух

г) двеннадцати

8. Выберите все правильные ответы.

Показанием для госпитализации является наличие у пациента
а) ХБП 1с
б) нефротического синдрома *
в) олигурии *
г) гиперхолестеринемии

9. Выберите один правильный ответ.

Пациент со стадией ХБП 3б относится к категории сердечно-сосудистого риска
а) низкого
б) умеренного
в) высокого
г) очень высокого *

Решите клинические задачи:

Задача №1.

Больная С., 27. лет. Жалобы на диффузную головную боль, тошноту, общую слабость, жажду, уменьшение количества мочи до 300 мл за сутки, красный цвет мочи, отечность лица, голеней.
3 недели назад больную стали беспокоить боли в горле, повышение температуры до 38,5°С. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз: катаральная ангина в назначены антибиотики. Через 2 дня температура тела нормализовалась, но больная стала отмечать, уменьшение количества мочи, которая приобрела красный цвет «мясных помоев» и вскоре появились отеки на голенях, лице, 4 дня назад появилась сильная головная боль, тошнота.

Объективно: Состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожа бледная, сухая, язык обложен белым налетом. Отечность лица, пастозность голеней. ЧДД: - 20 в мин., в легких при аускультации - дыхание ослабленное, везикулярное, крепитация в нижних отделах. ЧСС - 90 в мин., АД 160/110 мм. рт. ст. Границы, сердца не расширены, при аускультации сердца – тоны приглушенные, ритмичные, I гон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмоерга отрицателен. Размеры печени по Курлову 9х8х8 см. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

ОАК: эритроциты $3,2x10^{12}$/л, гемоглобин 105 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты $5,0x10^{9}$/л, эозинофилы 1%,палочкоядерные лейкоциты 3%, сегментоядерные лейкоциты 72%, лимфоциты 19%, моноциты 5%, тромбоциты $270,0x10^{9}$/л, СОЭ 25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общий белок сыворотки крови - 50 г/л, альбумины: 40%, глобулины 60%, креатинин 1,7 ммоль, К+ 5,0 ммоль/л, ОАМ: коричневая, мутная, относительная плотность 1012, щелочная

реакция, белок 1,2 г/л, сахар не обнаружен, лейкоциты 6 в п/з, выщелочные
эритроциты 100 в п/з,цилиндры 30 в п/з.

1. Выделите основные симптомы, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести у данного больного, их ожидаемые результаты?
3. Предварительный диагноз.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План ведения пациента. Диспансерное наблюдение.

Задача №2.

Больная К., 25 лет, поступила с жалобами на слабость, утомляемость, умеренные головные боли,

снижение аппетита, тупые ноющие боли в пояснице, субфебрильную температуру, частое болезненное мочеиспускание.
Из анамнеза: считает себя больной с 20 лет, когда после переохлаждения были боли справа в поясничной области, дизурия, помутнение мочи и повышение температуры тела. После стационарного лечения все явления прошли. Ухудшение состояния около одной недели.
Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы сухие, температура тела 37,5°С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Граница сердца расширена влево. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над аортой, ЧСС 80 в1минуту, АД 180/100 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. При глубокой пальпации пальпируется нижний полюс правой почки - край ровный, закругленный, болезненный. Синдром Пастернацкого положительный справа.
Общий анализ крови: эритроциты - $4,3x10^{12}$/л, Нв - 120 г/л, лейкоциты - $9,6x10^{9}$/л, СОЭ - 22 мм/ч.
Биохимический анализ крови: креатинин крови 0,5 ммоль/л.
Общий анализ мочи: удельный вес 1011, белок - 0,033г/л, эритроциты- 2-3 в поле зрения, лейкоциты –40-50 в поле зрения, эпителий плоский - единичный в поле зрения.
Бактериологическое исследование мочи: 170 000 микробных тел в 1 мл.
Анализ мочи по Зимницкому: I- 1010 – 550; II-1009 – 210; III- 1010 – 330; IV-1011 – 280; V- 1011 – 320; VI-1009 – 450; VII-1008 – 380; VIII- 1011 – 340.
Анализ мочи по Нечипоренко: эритроциты - 1000, лейкоциты – 21000.

1. Выделите основные симптомы, объедините их в синдромы, установите их взаимосвязь.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести у данного больного, их ожидаемые результаты?
3. Предварительный диагноз.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План ведения пациента. Диспансерное наблюдение.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС

1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.14. Амбулаторное ведение пациентов с нарушениями углеводного обмена (преддиабет, сахарный диабет, ожирение, метаболическйм синдром), ранняя диагностика, медицинская экспертиза, диспансерное наблюдение, профилактика осложнений.

Цель: Углубление и закрепление знаний по тактике ведения пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в амбулаторных условиях.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию по оказанию помощи пациентам по профилю «эндокринология».
2. Рассмотреть факторы риска, классификацию, методы диагностики и тактику ведения пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в амбулаторных условиях.
3. Изучить показания к госпитализации, методику диспансерного наблюдения пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в амбулаторных условиях.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому пациентам с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом, проведению экспертизы нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:

- принципы диагностики и дифференциальной диагностики сахарного диабета в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом врачом-терапевтом участковым**,**
- правила формулировки диагноза;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов заболевания;
- характеристику и показания/противопоказания к назначению лекарственных средств, используемых в лечении сахарного диабета, ожирения, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- показания к госпитализации;
- алгоритм экспертизы временной нетрудоспособности;
- правила оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях;
- принципы и методы осуществления профилактики сахарного диабета, ожирения, метаболического синдрома врачом-терапевтом участковым.

Обучающийся должен уметь:
- применить алгоритм ведения пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в условиях амбулаторного приемаврачом-терапевтом участковым;
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения;
- определить критерии временной нетрудоспособности, ее длительность;

Обучающийся должен владеть:
- методикой амбулаторного приема пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики сахарного диабета, ожирения, метаболического синдрома.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:
1. Этиология и патогенез сахарного диабета.
2. Классификация сахарного диабета.
3. Лабораторная диагностика сахарного диабета.
4. Диагностические критерии сахарного диабета.
5. Основные синдромы при сахарном диабете.
6. Изменения внутренних органов при сахарном диабете. Синдромы микро- и макроангиопатии.
7. Осложнения сахарного диабета.
8. Лечение сахарного диабета.
9. Методика диспансерного наблюдения и реабилитации.
10. Экспертизу утраты трудоспособности.
11. Профилактику сахарного диабета
12. Санаторно-курортное лечение при сахарном диабете

2. Практическая подготовка.
Амбулаторный приём в поликлинике**.**

3. Решить ситуационные задачи.
1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Определите факторы риска;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Пациент 64 года, обратился к участковому терапевту с жалобами на повышение АД до 180/90, головную боль, чувство сдавления за грудиной при быстрой ходьбе и подъёме на 3 этаж.

Из анамнеза: больной более 20 лет страдает гипертонической болезнью, АД колеблется в пределах 150–180/80–90 мм рт. ст. В течение 10 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, стенокардией напряжения. В возрасте 60 лет пациент перенес инфаркт миокарда. С этого времени состояние пациента оставалось стабильным. К врачу обращался не регулярно, курит (по 1 пачке в день в течение 20 лет). Принимает эналаприл (10 мг/сут), метопролол (50 мг/сут), аспирин (125 мг/сут), симвастатин (20 мг/сут), гидрохлоротиазид (25 мг/сут) и метформин (1000 мг/сут).

Семейный анамнез: отец больного скончался в возрасте 51 года от острого инфаркта миокарда (ОИМ), родной брат перенес операцию шунтирования в возрасте 60 лет, мать и сестра страдают артериальной гипертензией (АГ). У матери сахарный диабет 2 типа. Перенес холецистэктомию (в 45 лет).

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски, чистые. Лимфоузлы не увеличены. Рост 180 см, масса тела 110 кг. ИМТ = 33,95 (ожирение 1 степени по абдоминальному типу). В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС=Пульс=75 в минуту. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон. Отёков нет. Пульсация на аа. dorsalis pedis сохранена. Стул и диурез не нарушены.

Результаты самоконтроля глюкозы в крови, ммоль/л

	Завтрак		**Обед**		**Ужин**		**Перед сном**
Дни недели	**До**	**После**	**До**	**После**	**До**	**После**	
Понедельник	8,1				10,2		8,0
Четверг	7,8	10,3			6,1		
Воскресенье	8,8	9,1	4,5			10,2	

Назначены обследования: ОАК – в норме. ОАМ – глюкозурия 3,2 ммоль/л. Суточная альбуминурия – 65 мг. Креатинин = 117 мкмоль/л. СКФ = 56 мл/мин/1,73м^2, глюкоза - 9,2 ммоль/л, HbA1c = 8,5%, общий холестерин = 5,7 ммоль/л, ЛПНП = 3,7 ммоль/л.

По ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без патологических теней; легочный рисунок умеренно усилен за счет пневмосклероза; корни структурны; диафрагма и синусы четкие; сердце умеренно увеличено влево за счет дуги левого желудочка; аорта уплотнена.

ЭХО-кардиоскопия: признаки гипертрофии левого желудочка; полости не расширены, гипокинезия задне-нижних сегментов ЛЖ; фракция выброса 48%.

Консультация окулиста, заключение: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).

Предварительный диагноз.

- Сахарный диабет 2 типа. целевые значения HbA1c (< 8%)
- Препролиферативная диабетическая ретинопатия OU. Макулопатия (OS>OD).
- ХБП, 3а стадия смешанного генеза, стадия умеренной альбуминурии (А2).
- ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от «дата»). ХСН стадия I, II ФК.
- Гипертоническая болезнь, III стадия, 3 степень, риск 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка;
- Абдоминальное ожирение 1 ст. Дислипидемия;

2 балла: Диагноз поставлен верно.

1 балл: Диагноз поставлен неполностью (часть нозологий упущена или не верно оценены степень АГ, стадии ГБ и ХБП, функциональный класс стенокардии и сердечной недостаточности. Неверно определён целевой уровень гликированного гемоглобина для данного пациента.

0 баллов: Диагноз поставлен неверно**.**

Обоснуйте диагноз.

Больной страдает сахарным диабетом 2 типа в течение 10 лет. Целевые значения гликированного гемоглобина HbA1c < 8%, т.к. пожилой возраст, есть тяжелые макрососудистые осложнения (ИБС, перенесенный инфаркт миокарда) и риск тяжелой гипогликемии (большая продолжительность СД, ХБП С3а).
Диабетические микроангиопатии: препролиферативная диабетическая ретинопатия OU и нефропатия, которая имеет смешанный генез (диабетическая и гипертоническая). С 3а, т.к. СКФ = 56 мл/мин/1,73м2.
Диабетическая макроангиопатия - ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК, т.к. у пациента приступы возникают при быстрой ходьбе, более 1 этажа.
ХСН 1 стадии, т.к. у пациента нет гемодинамических изменений, ФК II, т.к. присутствуют умеренные ограничения физической активности.
В течение 20 лет страдает повышением артериального давления (до 180/110 – 3 степень АГ).
3 стадия, т.к. у больного диагностирована ИБС. Гипертрофия миокарда левого желудочка по данным ЭКГ и ЭХО-КС. Риск 4 (очень высокий), т.к. у пациента имеется ИБС, Сахарный диабет, ХБП 3а.

2 балла. Диагноз обоснован верно.

1 балл. Диагноз обоснован не полностью.

0 баллов. Диагноз обоснован неверно.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

ОАК, ОАМ, суточная альбуминурия. Биохимический анализ крови: глюкоза, HbA1c, белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ), ЭКГ, ЭХО-КС, эндокринолог, офтальмолог, нефролог, кардиолог, невролог по показаниям, рентгенография органов грудной клетки.

2 балла: План дополнительного обследования составлен полностью верно**.**

1 балл: План дополнительного обоснования не полностью:
Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно**.**

0 баллов: Не названы три и более дополнительных метода обследования.
или
Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно.
или
План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

Тактика ведения пациента. Назовите препараты выбора, которые Вы рекомендуете для лечения данного больного. Обоснуйте свой выбор.

Принципы лечения:
- Питание
- Физическая активность
- Сахароснижающие препараты
- Обучение и самоконтроль
- Терапия ИБС, АГ, ХСН.

Т.к. у больного уровень HbA1c = 8,5%, надо достичь менее 8%. Назначим Метформин в дозе 500мг 2 раза в день. КонтрольHbA1c не реже 1 раза в 3 месяца. Эффективным считается темп снижения HbA1c > 0,5 % за 6 мес. наблюдения.
Оптимальной целью антигипертензивной терапии у больных СД считается АД 140/85 мм рт. ст. Оптимальным препаратом является Валсартан, который может применяться при ИБС и СД, ХБП. Валсартан 80мг 1 раз в сутки под контролем АД. Целесообразно назначение селективного бета-блокатора Бисопролол в дозе 5мг 1 раз в сутки под контролем АД и ЧСС. Цель ЧСС < 60 уд/мин. Аспирин в дозе 75 мг/сут вечером во время ужина. Нитраты короткодействующие по требованию.
Целевые уровни холестерина при очень высоком риске < 4,0 ммоль/л, ТГ < 1,7 ммоль/л, ЛПНП < 1,5 ммоль/л. Оптимальным является Розувастатин (особенно при наличии сахарного диабета и ХБП)10 мг 1 раз в сутки. Необходим контроль липидного спектра, АЛТ, АСТ и КФК.

2 балла. Выбраны верные группы препаратов выбор правильно обоснован

1 балл. Выбраны правильные группы препаратов, однако выбор не обоснован.
или
Выбрана только одна группа препаратов, обоснование выбора данной группы верное.

0 баллов. Ответ неверный

Диспансерное наблюдение пациента с сахарным диабетом 2 типа	
Показатель	**Частота обследования**
Самоконтроль гликемии	В дебюте заболевания и при декомпенсации –ежедневно несколько раз В дальнейшем в зависимости от вида сахароснижающей терапии: – на интенсифицированной инсулинотерапии: не менее 4 раз ежедневно; – на пероральной сахароснижающей терапии и/или агонистах рецепторов ГПП-1 и/или базальном инсулине: не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю; – на готовых смесях инсулина: не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю; – на диетотерапии: 1 раз в неделю в разное время суток
HbA1c	1 раз в 3 месяца
Непрерывное мониторирование уровня глюкозы крови (CGM)	По показаниям
Общий анализ крови	1 раз в год
Общий анализ мочи	2 раза в год
Микроальбуминурия	2 раза в год
Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ)	Не менее 1 раза в год (при отсутствии изменений)
Контроль АД	При каждом посещении врача. При наличии артериальной гипертонии – самоконтроль 2-3 раза в день
ЭКГ	1 раз в год
ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии > 2 факторов риска)	1 раз в год
Консультация кардиолога	1 раз в год
Осмотр ног	При каждом посещении врача
Оценка чувствительности стоп	Не реже 1 раза в год, по показаниям – чаще
Проверка техники и осмотр мест инъекций инсулина	Не реже 1 раза в 6 мес.
Осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком)	1 раз в год, по показаниям – чаще
Консультация невролога	По показаниям
Рентгенография грудной клетки	1 раз в год
При появлении признаков хронических осложнений СД, присоединении сопутствующих заболеваний, появлении дополнительных факторов риска вопрос о частоте обследований решается индивидуально.	
2 балла. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.	
1 балл. Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.	
0 баллов. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.	

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Больной, 22 лет, жалуется на сухость во рту, жажду, обильное мочеиспускание (суточный диурез около 6 л), значительное снижение массы тела и снижение работоспособности. Заболевание развилось в течении трех месяцев после перенесённого гриппа Объективно: рост 178 см, вес 62 кг. Телосложение астеническое, кожа сухая, в области спины - поверхностная пиодермия. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы, тоны звучные. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД 116/80 мм.рт.ст. Определяется кровоточивость дёсен. Край печени выступает из - под края рёберной дуги на 3 см, болезненный при пальпации.

Задача 2

Оцените клинические ситуации.

А) Больной 19 лет жалуется на сухость во рту, жажду, повышенный аппетит, слабость. Суточное выделение мочи повышено до 3-х литров. ОАК в норме. ОАМ: относительная плотность 1,032, глюкозы в моче 9 ммоль/л.

Б) Больная 56 лет, рост 160 см, масса 105 кг. Жалоб не предъявляет. Уровень глюкозы крови

натощак 5,1 ммоль/л. Результаты перорального теста на толерантность к глюкозе (ТТГ): уровень глюкозы крови натощак 5,3 ммоль/л, через 2 часа после нагрузки 75 г глюкозы 10 ммоль/л.

В) Больная, 36 лет, страдает сахарным диабетом в течение 18 лет. Все это время получает инсулин. Больная нарушает диету, режим питания. В анамнезе трижды кетоацидоз, частые гипогликемии. С 23 – летнего возраста отмечает появление отеков на лице и ногах, одышку при физической нагрузке. Последние 2 года артериальное давление 180/100 – 190/110 мм рт.ст. Месяц назад появилось ощущение плавающего предмета в правом глазу, ухудшилось зрение. Участились гипогликемии, снизилась потребность в инсулине.

4. Задания для групповой работы

1. Подготовить мини-кейсы клинических ситуаций на основании реальных данных, полученных при работе в поликлинике
2. Разработать проект по формированию ЗОЖ у пациентов с сахарным диабетом, ожирением, метаболическим синдромом

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:
1. Этиология и патогенез сахарного диабета.
2.Классификация сахарного диабета.
3.Лабораторная диагностика сахарного диабета.
4.Диагностические критерии сахарного диабета.
5. Основные синдромы при сахарном диабете.
6. Изменения внутренних органов при сахарном диабете. Синдромы микро- и макроангиопатии.
7.Осложнения сахарного диабета.
8. Лечение сахарного диабета.
9. Методика диспансерного наблюдения и реабилитации.
10.Экспертизу утраты трудоспособности.
11. Профилактику сахарного диабета
12. Санаторно-курортное лечение при сахарном диабете**.**

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания:
1. При недостаточности инсулина наблюдается:
а) гипергликемия
б) усиление синтеза гликогена
в) уменьшение синтеза гликогена
г) увеличение образования кетоновых тел
д) уменьшение образование кетоновых тел
Варианты ответов : 1) а, б, д; 2) а, б, г; 3) а, в, г; 4) б, в, г; 5) б, г.

2. При сахарном диабете 1 типа имеются все признаки, кроме:
1) снижение утилизации глюкозы
2) снижение липолиза
3) повышения катаболизма белков
4) все выше перечисленное верно.
5) все выше перечисленное неверно.

3. У здоровых лиц при проведении пробы толерантности к глюкозе
уровень глюкозы приходит к норме через:
1) 30 минут
2) 1 час
3) 2 часа
4) 3 час
5) не приходит к норме

4. Гипогликемическая кома клинически проявляется всеми перечисленными признаками, кроме:
1) бледности и влажности кожных покровов
2) повышение тонуса глазных яблок
3) снижения артериального давления
4) брадипноэ

5. Тест «Верно-неверно». Выберите абсолютно неверный ответ.
Кетоацидотическая кома клинически проявляется:
а) сухость кожных покровов
б) повышенного тонуса мышц, судорог
в) понижения тонуса глазных яблок
г) брадикардия
д) появляется запах ацетона

6. Увеличение размеров печени у больных сахарным диабетом является результатом:
а) жирового гепатоза
б) гепатита
в) цирроза
г) холецистита
д)желчно-каменной болезни

7. Длительная гипогликемия приводит к необратимым повреждениям прежде всего
а) миокарда
б) ПНС
в) ЦНС
г) гепатоцитов
д) поперечно-полосатой мускулатуры

8. Для синдрома диабетической нефропатии характерны все признаки кроме:
а) нефротического синдрома,
б) артериальной гипертензии,
в) микроальбуминурии
г) протеинурия,
д) повышения скорости клубочковой фильтрации

Ответы к тестовым заданиям: 1- 3; 2- 1; 3- 3; 4- 3; 5- 2; 6- 1; 7- 3; 8- 5.

Решение ситуационных задач

Задача №1.
Больная П. 62 года, жалуется на сухость во рту, жажду, желание есть сладости, головные боли, одышку при ходьбе в обычном темпе.
Из анамнеза: избыточный вес более 20 лет. Больная 2 года отмечает одышку при ходьбе в обычном темпе. В течение 6 месяцев отмечает зуд кожи. В течение последнего месяца появились жалобы на

сухость во рту, жажду, головные боли, выраженную слабость, с которыми больная обратилась к врачу. При исследовании обнаружен сахар крови натощак 8,4 ммоль/л. Предпочитает высококалорийную пищу. У матери сахарный диабет 2 типа
Объективно: состояние относительно удовлетворительное, рост 160, вес 100 кг, объем талии (ОТ) 110 см, объем бедер (ОБ) 115 см. Кожа сухая, на ногах видны следы расчесов. На крыльях носа и щеках определяются ксантелазмы. Дыхание жесткое, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. Левая граница сердца по левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 84 в мин., АД 180/100 мм рт ст. Печень 10-8-7 см. Отеков нет.
Лабораторные исследования: сахар крови натощак 10 ммоль/л, с-пептид-0,6 пмоль/л, Креатинин крови 0,09ммоль/л.
HbA1c- гликированный гемоглобин 11%, фруктозамин 3,45 ммоль/л.
Сахар мочи – 1,5%, ацетон крови и мочи – не обнаружен.
Общий холестерин 7,4 ммоль/л, триглицериды 3,7 ммоль/л.

1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

Задача №2.
Больной К., 19 лет. Обратился к участковому терапевту с жалобами на жажду, тошноту, отсутствие аппетита, похудание на 5 кг, сухость во рту, полиурию, общую слабость.
Из анамнеза: полгода назад перенес эпидемический паротит.
Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания, гиперемия щек, сухость кожных покровов. Тоны сердца приглушены, ЧСС 98 в мин. АД 120/80 мм рт. ст. Печень 11 - 10 - 9 см.
Анализ крови на сахар: 18,5 ммоль/л. Содержание С-пептида –0,2 пмоль/л.
Анализ мочи: сахар в моче: 4%, удельный вес 1028, ацетон в моче +++.

1. Выделить синдромы, объяснить их патогенез.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Тактика ведения. Лечение.
5. Прогноз, диспансерное наблюдение, МСЭ.

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.15. Ведение пациентов с кислотозависимыми заболеваниями, с функциональной патологией в практике врача терапевта участкового. Диспансерное наблюдение пациентов с патологией ЖКТ.
Цель: закрепление знаний и умений студентов по тактике ведения пациентов с кислотозависимыми заболеваниями в практике врача-терапевта участкового
Задачи:

1. Изучить этапы диагностического поиска пациентов с патологией ЖКТ.
2. Обучить проведению дифференциальной диагностики и выбору рациональной терапии.
3. Обучить проведению дифференциальной диагностики и выбору рациональной терапии.
4. Обучить оказанию помощи в амбулаторных условиях, на дому при кислотозависимых заболеваниях, проведению экспертизы нетрудоспособности.

Обучающийся должен знать:
- основные этапы этиопатогенеза, клинику, алгоритм, методы диагностики и принципы лечения кислотозависимых заболеваний;
- проведение профилактики кислотозависимых заболеваний.
-методику проведения сбора жалоб, анамнеза и общего осмотра больных с язвенной болезнью желудка и ДПК.
- основные методы исследования заболеваний органов пищеварения
-основные синдромы при язвенной болезнью желудка и ДПК.
-принципы дифференциальной диагностики заболеваний органов пищеварения.
- алгоритмы лечения заболеваний органов пищеварения и приципы лекарственной терапии
- неотложную медицинскую помощь больным на догоспитальном этапе;
-санаторно – курортное лечение больных с язвенной болезнью желудка и ДПК.
-проведение диспансерного наблюдения и реабилитации;

Обучающийся должен уметь:

-В ограниченное время качественно провести осмотр гастроэнтерологического пациента и выявить основные объективные данные, подтверждающие диагноз, провести дифференциальный диагноз, выявить факторы риска;
-Определить минимум диагностических и инструментальных исследований.необходимых для подтверждения диагноза;
-Назначить лечение. Выписать рецепты (с учетом социальных прав на льготные лекарства) на обычные лекарства, наркотические и приравненные к ним средства;
-Определить показания для госпитализации больных гастроэнтерологического профиля и реализовать госпитализацию в экстренном и плановом порядке;
-Правильно оформить документы по экспертизе временной нетрудоспособности;
-Своевременно выявить показания к трудоустройству и правильно его реализовать;
-Дать пациенту рекомендации по первичной профилактике, здоровому образу жизни с учетом состояния его здоровья.

Обучающийся должен владеть:
- методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента в амбулаторных условиях;
- методикой профилактики кислотозависимых заболеваний.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия:
1. Клиника язвенной болезни, зависимость ее о локализации язвы.
2. Диагностика (лабораторная, рентгенологическая, эндоскопическая).
3. Дифференциальный диагноз ЯБ (рак желудка, симптоматические язвы).
4. Осложнения язвенной болезни: перфорация, кровотечения, пенетрация, стеноз привратника или ДПК, перигастрит, перидуоденит.
5. Принципы диетической и медикаментозной терапии ЯБ желудка и ДПК. Селективные и местнодействующие препараты в лечении ЯБ.
6. Противорецидивная терапия.
7. Показания к хирургическому лечению.

2. Практическая подготовка.
Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (сбор жалоб, осмотр, оформление документации), по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приёме.

Решение тестовых заданий: .
1). Для язв малой кривизны желудка характерны боли:
а) возникающие сразу после еды
б) возникающие через 15-60 минут после еды
в) поздние (через 2 часа после еды)
г) нет четкого ритма

2). Нет строгих показаний к эрадикации H. PYLORI у больных:
а) ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения
б) ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки в период ремиссии
в) хроническим холециститом
г) атрофическим гастритом

3). При хроническом гастрите ведущим является симптом:
а) «голодная боль»
б) диарея
в) запоры
г) желудочная диспепсия

4). Возраст, при котором чаще встречается хронический гастрит с выраженной секреторной недостаточностью:
а) юношеский
б) средний
в) молодой
г) пожилой

5). Метод, позволяющий наиболее достоверно верифицировать диагноз хронического гастрита:
а) исследование желудочной секреции
б) фиброгастроскопия с биопсией
в) R-скопия желудка
г) УЗИ

6). Не является средством воздействия на H. PYLORI:
а) метронидазол
б) альмагель
в) ампициллин
г) де-нол

7). В дифференциальной диагностике хронического гастрита и рака желудка наиболее достоверным являЕТСЯ:
а) R-скопия желудка
б) исследование желудочной секреции
в) гастроскопия
г) цитологическое исследование промывных вод желудка

8). Ведущий симптом ЯБ двенадцатиперстной кишки в период обострения
а) боль после еды
б) голодная боль
в) тошнота
г) отрыжка воздухом

9). Рвота при ЯБ двенадцатиперстной кишки:
а) приносит облегчение
б) не приносит облегчения

10). Достоверный рентгенологический признак обострения язвенной болезни:
а)симптом «ниши»
б) деформация 12-ти перстной кишки
в) спазм привратника

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач:
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;

- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Больной 35 лет, директор фирмы, жалуется на сильные боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после еды, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение, раздражительность, быструю утомляемость. Аппетит сохранен, но из-за болей боится принимать пищу. Болен около месяца. Наследственность по язвенной болезни отягощена: у отца и брата язва желудка. Много курит, питается нерегулярно из-за частых командировок. При осмотре: нормостенник. АД 110 и 60 мм Hg. ЧСС 70 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена. Клинический анализ крови: эритроциты- 4,6х10/12/л., гемоглобин- 150 г/л., СОЭ- 5 мм/час, лейкоциты – 4,0х10/9/л. ФГДС: в средней трети тела желудка по большой кривизне обнаружена язва 0,8 см в диаметре, дно покрыто фибрином. Выявлен H. Pylori.
Предварительный диагноз.
1. Язвенная болезнь. Язва тела желудка (ассоциированная с H. pylori.), впервые выявленная
2 балла: Диагноз поставлен верно.
1 балл: Диагноз поставлен не точно. Не определена степень тяжести заболевания, не распознана сопутствующая патология.
0 баллов: Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз. Назовите факторы риска.
Основной диагноз поставлен на основании характерной клинической картины и данных ФГДС. Факторы риска – наследственность, стрессы, неправильное питание, курение.
2 балла: Диагноз обоснован верно. Выявлены факторы риска.
1 балл: Диагноз обоснован не полностью.
0 баллов: Диагноз обоснован неверно.
Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента в амбулаторных условиях.
ОАК, ОАМ, копрограмма. Биохимич.анализ крови. ФГДС, УЗИ брюшной полости.
2 балла: План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1 балл: Дополнительные обоснования назначены не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
0 баллов: Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
Тактика ведения пациента. Показания к госпитализации.
Больному необходима госпитализация. Эрадикационная терапия: Рабепразол 20 мг х 2 раза в день + Кларитромицин 500 мг х 2 раза в день + Амоксициллин 1000 мг х 2 раза в день. Курс лечения - 10 дней
2 балла: Тактика ведения грамотная, обоснованная.
1 балл: План ведения сформулирован не полностью. Не отмечены показания для госпитализации

0 баллов: Ответ неверный
ЭВН. Диспансерное наблюдение пациента.
Больной временно нетрудоспособен, лечение в условиях стационара. Продолжительность ВН 20-30 дней. После окончания курса эрадикационной терапии продолжить прием одного из антисекреторных препаратов. Продолжительность лечения определяется результатами эндоскопического контроля, который проводится с 2-х недельным интервалом (ч/з 2, 4, 6, 8 недель) контроль эффективности эрадикации НР не раньше 4-х недель после отмены препаратов. Наблюдение гастроэнтеролога (терапевта) после купирования обострения — 1 раз в месяц, затем 1 раз в 3-6 месяцев. Проводится активное противорецидивное лечение весной и осенью. Санаторно-курортное лечение показано только в стадии стойкой ремиссии в условиях Ессентуков, Пятигорска, Железноводска, Старой Руссы. Снятие с учета производится не ранее чем через 3 года при отсутствии обострений.
2 балла. Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
1 балл. Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
0 баллов. Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 1.

Больная М., 35 лет, учитель школы. Обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту с жалобами на изжогу, отрыжку, болезненное и затрудненное прохождение пищи, боли в эпигастральной области, снижение работоспособности и слабость.

Перечисленные жалобы возникают чаще после обильного приема пищи, при наклонах и в горизонтальном положении, прекращаются при приеме маалокса (антацида) или после глотка воды.

Больной проведено эндоскопическое исследование; обнаружено: гиперемия и рыхлость слизистой оболочки нижней трети пищевода, наличие экссудата и желудочного содержимого в пищеводе. По другим органам без патологии.

Задача № 2

В связи с внезапным возникновением головокружения мужчина 65 лет обратился в поликлинику. Периодически больной отмечает боли в эпигастральной области, изжогу. Курит 2 пачки в день. В последние 2 дня неоднократно отмечает чёрный жидкий стул. Несколько лет назад при обследовании находили язву желудка. При объективном обследовании: Кожа и слизистые оболочки бледные. Над лёгкими везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс – 110уд. в мин., пульс ослабленного наполнения. Живот несколько напряжен в области эпигастрия, там же отмечается болезненность. Печень и селезёнка не увеличены. В анализе крови: эритроциты - $2.9*10^{12}$л, нв - 90 г/л, лейкоциты - $7,2*10^{9}$л, - н – 4%, с – 68%, л – 22%, м – 6%, СОЭ - 20 мм/час.

4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:
1. Современная эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний;
2. Этапы оказания гастроэнтерологической помощи в амбулаторных условиях:
3. Особенности работы врача - гастроэнтеролога в поликлинике и преемственность работы с участковым врачом;
4. Использование внестационарных технологий лечения у гастроэнтерологического контингента больных.
5. ГЭРБ. Тактика ведения в поликлинике. МСЭ.Диспансеризация. Профилактика:
6. ЯБ. Стандарт первичного обследования. Цель и методика лечения. Диспансеризация. Профилактика;
7. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных гастроэнтерологического профиля;
8. Показания к экстренной и плановой госпитализации гастроэнтерологического контингента больных;
9. Особенности течения ГЭРБ, язвенной болезни желудка у подростков, в пожилом и старческом возрасте.
10. Санаторно-курортное лечение. Сроки временной нетрудоспособности, критерии ее длительности. Трудоустройство. Меры профилактики.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания:
1). На развитие пенетрации при язвенной болезни указывает симптом:
а) усиление голодных болей
б) ночная боль
в) изжога
г) исчезновение цикличности течения ЯБ двенадцатиперстной кишки

2). Заболевание, с которым наиболее часто проводят дифференциальный диагноз при обострении ЯБ с локализацией в кардиальном отделе:
а) хронический холецистит
б) стенокардия
в) пневмония
г) плеврит

3). Синдром Золлингера-Эллисона обусловлен:
а) гиперплазией обкладочных клеток
б) опухолью гастринпродуцирующих клеток
в) опухолью инсулинпродуцирующих клеток

4). Причиной симптоматических язв желудка может быть:
а) прием противовоспалительных препаратов
б) стресс
в) ХНЗЛ
г) все вышеперечисленные причины
д) ни одна из перечисленных причин

5). У больного хроническим атрофическим гастритом вероятность развития рака желудка:
а) высокая;
б) низкая

6). Определите возможную локализацию источника кровотечения: рвота появилась внезапно, рвотные массы цвета «кофейной гущи», реакция рвотных масс кислая:

а)пищевод;
б) желудок;
в) 12-перстная кишка;
г) все вышеперечисленные.

7). Для синдрома Золлингера – Эллисона характерно:
а)множественные язвы желудочно-кишечного тракта;
б)повышение секреторной функции желудка;
в)наличие гастроинпродуцирующей опухоли, происходящей из клеток поджелудочной железы;

8). Укажите наиболее распространенные «компоненты» эрадикационной терапии при обнаружении НР:
а) де-нол;
б) кларитромицин;
в) амоксициллин;
г) рабепразол;
д) все выщеперечисленные.

9). Канцерогенные свойства H. Pylory (способность вызывать карциному и лимфому желудка) в настоящее время:
а) доказаны;
б) не доказаны.

10). Какой препарат способен наиболее стойко снижать pH желудочного сока?
а) дротаверин;
б) альмагель;
в) эзомепразол

Решите клинические задачи:
Задача 1:
Больная Н., 45 лет, инженер. Страдает полиостеоартрозом, в связи с этим, длительно и часто применяла НПВП (диклофенак, нимесулид). Курит в течение десяти лет. В последние полгода после приема НПВ-препаратов стала жаловаться на боли в эпигастральной области, отрыжку после приема пищи, ощущение кома в горле при глотании, запоры, слабость.
При проведении комплексного обследования патологии не выявлено. Однако, при фиброгастроскопии – слизистая нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка гиперимирована, отечна, с воспалительным экссудатом.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика ведения. Решите вопрос о трудоспособности больного.
3. Диспансерное наблюдение. Вторичная профилактика.

Задача 2:
Больная М., 35 лет, учитель школы. Обратилась в поликлинику к участковому врачу-терапевту с жалобами на издогу, отрыжку, болезненное и затрудненное прохождение пищи, боли в эпигастральной области, снижение работоспособности и слабость.
Перечисленные жалобы возникают чаще после обильного приема пищи, при наклонах и в горизонтальном положении, прекращаются при приеме маалокса (антацида) или после глотка воды.
Больной проведено эндоскопическое исследование; обнаружено: гиперемия и рыхлость слизистой оболочки нижней трети пищевода, наличие экссудата и желудочного содержимого в пищеводе. По другим органам без патологии.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика ведения. Решите вопрос о трудоспособности больного.

3. Диспансерное наблюдение. Профилактика

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.16. Диспансерное наблюдение пациентов с патологией печени и поджелудочной железы в амбулаторной практике врача терапевта участкового.
Цель: углубление и закреплениезнаний и умений, направленных на оказание помощи пациентам с заболеваниями печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в практике врача терапевта участкового
Задачи:

1. Обучение студентов симптомологии и синдромологии при заболеваниях

гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы;

2. умение выработать оптимальную схему диагностического поиска, плана лечения пациентов с заболеваниями кишечника на догоспитальном этапе;
3. Ознакомить с методикой диспансерного наблюдения этих пациентов;
4. Сформировать практические навыки экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности;
5. Научить оценке контроля качества оказания лечебной и профилактической помощи;
6. Научить составлению рекомендаций по первичной и вторичной профилактике;
7. Углубить знания по экспертизе временной и стойкой утраты трудоспособности;
8. Определять показания к санаторно-курортному лечению.

Обучающийся должен знать:

-Эпидемиологию, этиологию, патогенез заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.

-Современную классификацию заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.

- Клинические, лабораторные и инструментальные признаки при заболеваниях гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.

- Современные методы лечения и профилактики при заболеваниях гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы

- Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности

- Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению

Обучающийся должен уметь:

- Выявить и правильно оценить симптомы заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы, интерпретировать результаты инструментального обследования, определить лечебную тактику;

- Оказать неотложную помощь на догоспиатльном этапе таким пациентам;

- Определить факт временной нетрудоспособности, критерии выздоровления и восстановления трудоспособности;

- Определить показания к установлению группы инвалидности и составить индивидуальную программу реабилитации;

- Оформить соответствующую документацию по экспертизе трудоспособности;

- Организовать диспансерное наблюдение за пациентами.

Обучающийся должен владеть:

-методикой амбулаторного приема пациента (проведение осмотра больного, анализ данных анамнеза, выявление основных объективных данных, подтверждающих диагноз заболевания);

- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;

- навыками проведения экспертизы нетрудоспособности;

- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;

- методикой составления индивидуальной программы лечения пациента в амбулаторных условиях;

- методикой профилактики заболеваний гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Дать определение хроническому холециститу, желчекаменной болезни, постхолецистэктомическому синдрому (ПХЭС).
2. Укажите основные этиологические факторы хронического холецистита.
3. Укажите основные звенья патогенеза хронического холецистита, желчекаменной болезни.
4. Перечислите ведущие симптомы хронического холецистита.
5. Методика постановки диагноза, дифференциального диагноза, осложнений при

холецистите, ЖКБ, ПХЭС.

6. В чем заключается первичная профилактика заболеваний данной группы? Выделить факторы риска.

7. Определите основные принципы амбулаторного и хирургического лечения холецистита, ЖКБ, ПХЭС.

8. Перечислите показания к выдаче листа нетрудоспособности и сроки нетрудоспособности при обострении хронического холецистита, ЖКБ, ПХЭС.

9. Как осуществляется диспансеризация больных данной группы заболеваний.

10. В чем заключается рациональное трудоустройство больных?

11. Показания к санаторно-курортному лечению пациентов с хроническим холециститом, ЖКБ, ПХЭС.

12. Клиника острого и хронического панкреатита.

13. Критерии диагноза;

14. Лечение панкреатита и его осложнений.

15. Диспансерное наблюдение больных с заболеваниями гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.

16. Экспертиза трудоспособности при заболеваниях гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы.

2. Практическая подготовка.

Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр, обследование, заполнение документации), по алгоритму под контролем преподавателя на амбулаторном приёме.

Решение тестовых заданий:

1. Выберите все правильные ответы.

Особенностью сахарного диабета, развившегося на фоне хронического панкреатита являются:

а) частые гипогликемии на фоне введения инсулина; #
б) склонность к возникновению кетоацидоза;
в) редкое и позднее возникновение ангиопатий; #
г) необходимость больших доз инсулина для коррекции

2. Выберите один правильный ответ.

Наиболее информативным методом диагностики онкопатологии поджелудочной железы является:

а) рентгенологический;
б) ультразвуковой;
в) биохимический;
г) компьютерная томография. *

3. Выберите один правильный ответ.

Для диагностики синдрома мальабсорбции при хронической диарее более информативно

а) копрологическое исследование*
б) ректороманоскопия
в) биохимическое исследование крови
г) рентгенологические данные

4. Выберите один правильный ответ.

Секрецию панкреатического сока наиболее активно стимулируют:

а) соматостатин
б) секретин#

в) гастрин
г) холецистокинин #

5. Выберите один правильный ответ.

Характерным клиническим признаком хронического панкреатита является:

а) развитие сахарного диабета
б) снижение функции внешней секреции *
в) повышение билирубина
г) повышение активности аминотрансфераз

6. Выберите все правильные ответы.

Больному хроническим панкреатитом с внешнесекреторной недостаточностью для лечения показаны:

а) ферментные препараты#
б) антациды
в) гепатопротекторы
г) аглютеновая диета #

7. Выберите один правильный ответ.

При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

а) синдроме раздраженной кишки *
б) ахлоргидрии
в) истерии
г) гранулематозном колите

8. Выберите один правильный ответ.

Стеаторея характерна для:
б) хронического панкреатита*
в) болезни Крона
г) ишемического колита
д) синдрома раздраженной кишки

9. Выберите один правильный ответ.

Основным местом всасывания витамина B_{12} является:

а) желудок
б) ДПК
в) проксимальный отдел тощей кишки
г) подвздошная кишка, дистальный отдел*

10. Выберите один правильный ответ.

При наличии диареи и отсутствии синдрома мальабсорбции можно думать о:

а) синдроме раздраженной кишки*
б) ахлоргидрии
в) хроническом панкреатите
г) глютеновой энтеропатии

3. Решить ситуационные задачи:

1) Алгоритм разбора задач:
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;

- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента.
- Диспансерное наблюдение пациента.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму привести задачу с разбором

ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Мужчина 50 лет, водитель, обратился в поликлинику самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – приѐм острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приѐма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приѐма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налѐтом. В лѐгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рѐберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезѐнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные. Общий анализ крови: лейкоциты - $9{,}6\times10^9$/л, СОЭ – 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала– стеаторея, креаторея, амилорея. УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счѐт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался.
Предварительный диагноз.
Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.
2 балла: Диагноз поставлен верно.
1 балл: Диагноз поставлен не точно. Не определена степень тяжести заболевания, не распознана сопутствующая патология.
0 баллов: Диагноз поставлен неверно.
Обоснуйте диагноз.
Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в

спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приѐм острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приѐма «Ношпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×10⁹/л, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея). Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рѐберной дуги, размер по Курлову 10×9×8 см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями). Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.
2 балла: Диагноз обоснован верно.
1 балл: Диагноз обоснован не полностью.
0 баллов: Диагноз обоснован неверно.
Тактика ведения пациента. Показания к госпитализации.
Больного необходимо госпитализировать. Дополнительно рекомендуется проведение биохимического анализа крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, билирубин, ГГТП, щелочная фосфатаза.Онкомаркеры - РЭА, альфа- фетопротеин (исключение гепатоцеллюлярной карциномы) Копрограмма, анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Консультация врача-хирурга. Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет). КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас). ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки)
2 балла: План дополнительного обследования составлен полностью верно.
1 балл: Дополнительные обоснования назначены не полностью: Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
0 баллов: Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
2 балла: Тактика ведения грамотная, обоснованная.
1 балл: План ведения сформулирован не полностью. Не отмечены показания для госпитализации
0 баллов: Ответ неверный
Проведите дифференциальный диагноз
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - свойственны язвенный анамнез, чередование светлых промежутков с периодами обострения, отсутствие поносов, сезонность боли, связь боли с приѐмом пищи, «голодные» боли. Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически -

наличием ниши, при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта. Дисфункция сфинктера Одди - характеризуется болью тупого характера в правомподреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правомподреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. В биохимических пробах печени наблюдается увеличение содержания холестерина, β-липопротеинов, ЩФ. Характерные изменения желчного пузыря на УЗИ (утолщение и уплотнение стенок, увеличение размеров).
2 балла. Дифференциальный диагноз проведён в полном объёме
1 балл. Дифференциальный диагноз проведёт лишь с одним заболеванием
0 баллов. Дифференциальный диагноз не проведен.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

Задача 1.

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объѐме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звѐздочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объѐме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня рѐберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Вопросы к задаче:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения пациента.

Задача 2

Женщина 46 лет, кондитер, обратилась на прием с жалобами на боли в верхней половине живота, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, учащение стула до 3-4 раз в сутки. Каловые массы неоформленные, большого объема, с неприятным запахом, плохо смывающиеся.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые с желтушным оттенком. На коже груди и живота «красные капельки» не исчезающие при надавливании. Язык обложен желтым налетом, влажный, живот умеренно вздут, болезнен в левой верхней половине живота и подложечной области.

Вопросы к задаче:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего ведения пациента.

4. Задания для групповой работы

Деловая игра «Лови ошибку». Группа делится на две подгруппы. Каждой подгруппе выдается группе несколько утверждений. Одно или несколько из них — неверны. Нужно найти и доказать ошибочность. Группа выполняет задание вместе, спикер группы представляет решение на всеобщее обсуждение. Выслушав спикера каждой группы выбирается верное решение.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций

и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:

1. Современная эпидемиология гастроэнтерологических заболеваний.
2. Этапы оказания гастроэнтерологической помощи в амбулаторных условиях.
3. Особенности работы врача-гастроэнтеролога в поликлинике и преемственность работы с участковым врачом.
4. Острый и хронический гепатит. Первичное обследование. Обязанности врача и пациента. Диспансерное наблюдение. МСЭ.
5. Желчно-каменная болезнь; болезни, возникающая после холецистэктомии. Диспансерное наблюдение. Показания к оперативному лечению. МСЭ. Профилактика осложнений.
6. Хронический панкреатит. Первичные обследования. Обязанности врача и пациента. Диспансеризация. МСЭ.
7. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению больных гастроэнтерологического профиля.
8. Показания к экстренной и плановой госпитализации гастроэнтерологического контингента больных.
9. Особенности течения заболеваний ЖКТ у подростков, в пожилом и старческом возрасте.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания:

1. Сочетание уробилиногенурииисбилирубинуриейхарактернодля:
А) надпеченочной желтухи;
Б) надпеченочной (гемолитической) желтухи;
В) печеночной желтухи;
Г) застойной почки;
Д) инфаркта почки.
Ответ: (В)

2. Выраженнаябилирубинурияхарактернадля:
А) подпеченочной желтухи;
Б) надпеченочной(гемолитической) желтухи;
В) почечно-каменной болезни;
Г) застойной почки;
Д) хроническогонефрита.
Ответ: (А)

3. Транзиторнаялейкопенияневозникаетпри:
1. лучевоговоздействиистерапевтической целью;
2. длительномприемелекарственных средств;
3. алиментарной недостаточностью;
4. значительнойфизическойнагрузке.

А) если правильныответы 1,2 и 3
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) еслиправильныответы 1, 2, 3и 4.
Ответ: (Г)

4. Внутривеннаяхолецистографияявляетсяинформативнымметодомдиагностики:

1. расширенияобщегожелчногопротока;
2. хроническогоактивногогепатита;
3. хроническогокалькулезногохолецистита;
4. хронического панкреатита.

А) еслиправильныответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) еслиправильныответы 1, 2, 3и 4.
Ответ: (Г)
5. Наиболееинформативнымметодомвыявленияобъемных процессов вподжелудочной железе является:
А.) рентгенологическое исследование желудка и кишечника с бариевой взвесью;
Б) релаксационнаядуоденография;
В) внутривенная холеграфия;
Г) ретроградная панкреатохолангиография;
Д) компьютернаятомография.
Ответ: (В)

6. Приподозрении нарак головкиподжелудочнойжелезыспрорастаниемобщегожелчногопротокаилинаопухольбольшогодуоденальногососочка(фатеровасоска) диагностически значимыми методиками могутбыть:
1. внутривенная холеграфия;
2. компьютерная томография;
3. ретроградная эндоскопическая; панкреатохолангиография;
4. транспариетальная холангиография.

А) еслиправильныответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) еслиправильныответы 1, 2, 3и 4.
Ответ: (Д)

7. Наследственнаяпредрасположенностьотмечаетсяприследующихгастроэнтерологическихзаболеваниях:
1. язвеннойболезни;
2. панкреатите;
3. калькулезномхолецистите;
4. хронический гастрит.

А) еслиправильныответы 1, 2и 3;
Б) если правильныответы 1 и 3;
В) еслиправильныответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) еслиправильныответы 1, 2, 3и 4.
Ответ: (Б)

8. Кнаследственнымформамдоброкачественныхгипербилирубинемийотносят:
1. синдром Криглера-Найяра(Наджара);
2. синдром Ротора;
3. Синдром Дубина(Дабина)-Джонсона
4. постгепатитную гипербилирубинемию Калька.

А) еслиправильныответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) еслиправильныответы 1, 2, 3и 4.
Ответ: (А)

9. Желчныйпузырь сокращаетсяподвлиянием:
А) гастрина;
Б)панкреатическогосока;
В) холецистокинина
Г) секретина;
Д) соляной кислоты.
Ответ: (Б)

10. Иммунныемеханизмыиграютрольвпатогенезе:
1. первичногобилиарногоциррозапечени;
2. неспецифическогоязвенногоколита;
3. глютеновой болезни;
4. хроническогогастрита.

А) еслиправильныответы 1, 2 и 3;
Б) если правильны ответы 1 и 3;
В) если правильны ответы 2 и 4;
Г) если правильный ответ 4;
Д) еслиправильныответы 1, 2, 3и 4.
Ответ: (А)

Решите клинические задачи:
Задача 1
При проведении профосмотра у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак - 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ): удельный вес - 1015, жѐлтая, прозрачная, белок - 0,15 г/л, сахар ++++, эритроциты - 1-2 в п/зр, лейкоциты - 3-5 в п/зр, эпителий плоский - 3-5 в поле зрения.
На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 - 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать - 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец - умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает.
Вредные привычки отрицает.
Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 72 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рѐберной дуги.
Селезѐнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.
Физиологические отправления в норме.
Вопросы к задаче:
1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Консультации каких специалистов необходимы данной пациентке?
4. План дальнейшего ведения. Диспансерное наблюдение.
Задача 2

Больной 40 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на выраженные боли в левой половине живота, эпигастральной области, иррадиирующие в левую руку, ключицу, кашицеобразный стул.
Боли возникают после приема жирной, жареной пищи, через 30 минут после еды. Подобные боли появились 4 года назад. Обострения 3-4 раза в год.
К врачам не обращался, лечился самостоятельно.
Вопросы к задаче:
1. Предположительный диагноз?
2. Какие другие методы инструментального и лабораторного обследования необхо-димы данному пациенту?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Рекомендации по диете?
5. План дальнейшего ведения. Диспансерное наблюдение

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ

3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.17. Амбулаторное ведение пациентов с суставным синдромом и болями в спине. Алгоритм дифференциальной диагностики первичного пациента. Нежелательные явления терапии НПВП, их профилактика. Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности.

Цель: закрепление знаний по тактике ведения пациентов с суставным синдромом в практике врача-терапевта участкового.

Задачи:

1. Изучить вопросы оказания медицинской помощи больным с заболеваниями суставов на приеме в поликлинике и на дому.
2. Определить роль и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний суставов.
3. Рациональное ведение пациентов с заболеваниями суставов и коморбидной патологией – периодичность осмотров, объем обследования, принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии, ЛФК, лечебное питание, рациональное трудоустройство, экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, отбор на санаторно-курортное лечение.
4. Определить причину временной и стойкой утраты трудоспособности.
5. Высокотехнологические методы лечения заболеваний суставов, показания.
6. Углубить знания по проведению профилактики заболеваний суставов у пациентов с метаболическим синдромом.

Обучающийся должен знать: распространенность, этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, общие и частные рекомендации по ведению больных с заболеваниями суставов и коморбидной патологией в амбулаторных условиях.

Обучающийся должен уметь: выявить и идентифицировать основные критерии диагностики заболеваний суставов, определению показаний для госпитализации больных. Сформулировать алгоритм ведения, принципы лечения, экспертизы утраты трудоспособности пациентов с заболеваниями суставов и коморбидной патологией.

Обучающийся должен владеть: навыками обнаружения и идентификации основных синдромов при заболеваниях опорно-двигательного аппарата на амбулаторном приеме, оказания квалифицированной медицинской помощи больным с заболеваниями суставов на приеме в поликлинике, и на дому; лечения, навыками установления показания для госпитализации; показания к проведению хирургического лечения

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Определение остеоартрита (ОА).Классификация по МКБ-10; клиническая классификация.
2. Факторы риска развития заболевания: генетические, приобретенные, внешнесредовые.
3. Анатомические изменения хряща и околосуставных тканей при ОА.Гистологические изменения в хряще при ОА.
4. Биомеханические нарушения в суставах при ОА.Патогенетические основы развития

болевого синдрома в суставах при ОА.
5. Характер жалоб больного при ОА.
6. Физикальные признаки синовита, остеоартроза.
7. Методы инструментальной диагностики ОА.Рентгенологические признаки и стадии ОА.
8. Изменения в клиническом анализе крови при реактивном синовите.Физические свойства и клеточный состав синовиальной жидкости при ОА.
9. Диагностические критерии коксартроза и гонартроза.
10. Клинические признаки ОА суставов кисти.
11. Принципы лечения ОА.
12. Немедикаментозные методы лечения: снижение массы тела, разгрузка пораженных суставов.
13. Медикаментозное лечение: симптоматические (симптом-модифицирующие, болезнь-модифицирующие) средства.
14. Течение, профилактика ОА.

2. Практическая подготовка.
Выполнение практических заданий (клинические разборы, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий, отработка практических навыков (осмотр пациента), по алгоритму под контролем преподавателя и т.п.

Решение тестовых заданий:
1. Факторами риска остеоартроза являются
1) низкая масса тела
2) ожирение
3) инфекция
4) переломы костей в анамнезе
5) стресс

2. Для остеоартроза характерны рентгенологические изменения
1) множественные эрозии суставных поверхностей
2) остеофитоз
3) остеопороз
4) подвывихи суставов
5) остеомаляция

3. Артрозу дистальных межфаланговых суставов в отличие от артроза другой локализации присущ рентгенологический признак
1) костные разрастания
2) сужение суставной щели
3) расширение суставных поверхностей
4) «суставные мыши»
5) узурация суставных поверхностей

4. Для остеоартроза без синовитов характерны лабораторные показатели
1) анемия
2) лейкоцитоз
3) лейкопения
4) тромбоцитопения
5) нормальные показатели крови

5. Выберите клинические признаки, наиболее характерные для ОА
1) скованность в пораженном суставе более 60 минут

2) боль в суставе механического характера
3) нет ограничения объема движения в суставе
4) ревматические узелки
5) лихорадка с ознобами

6. Узелки Бушара локализуются
1) в области дистальных межфаланговых суставов
2) в области проксимальных межфаланговых суставов
3) в области локтевых суставов
4) в области коленных суставов
5) в области суставов стоп

7. В каком случае при остеоартрозе показаны внутрисуставные инъекции длительно действующих кортикостероидов
1) при наличии выпота в суставе
2) показаны в качестве базисной терапии остеоартроза
3) при крепитации в суставе
4) при наличии выраженной деформации сустава
5) при ограничении объема движения в суставе

8. Какие из перечисленных ниже препаратов относятся к группе хондропротекторов
1) ибупрофен
2) диклофенак
3) хондроитина сульфат
4) метотрексат
5) дипроспан

9. какой НПВП предпочтительней использовать для купирования боли при остеоартрозе при язвенном анамнезе
1) НПВП селективного действия
2) НПВП не селективного действия
3) НПВП не используются для купирования боли при остеоартрозе
4) используются только местные средства
5) диклофенак

10. Наиболее частые осложнения со стороны ЖКТ при длительном использовании НПВП
1) не бывает осложнений со стороны ЖКТ при использовании НПВП
2) НПВП-гастропатии
3) желтуха
4) диарея
5) ЖКБ

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач
- Предварительный диагноз;
- Обоснование диагноза;
- Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента;
- Тактика ведения пациента в амбулаторных условиях.
Экспертиза временной и стойкой утраты трудоспособности
- Диспансерное наблюдение пациента. Профилактика

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Б., 79 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли вI плюснефаланговых суставах, дистальных и проксимальныхмежфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника принезначительной физическойнагрузке,вночныечасы,утреннююскованностьв течение 30мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений.

Изанамнезазаболевания:втечение25летотмечаетумеренныеболив обоихIплюснефаланговыхсуставахпоследлительнойфизическойнагрузки, утреннюю скованность. Около 10 лет беспокоят периодические болив поясничном отделе позвоночника, проксимальных межфаланговыхсуставахкистей. 1-2 раза в год отмечает усиление болей, сопровождающеесягиперемией суставов. В течение последнего месяца усилились боли в суставах кистей, втом числе ночные, уменьшился объем движений, увеличиласьдлительность скованности.

Из истории жизни: живет в деревне, в доме с печным отоплением;более 50 лет работаладояркой.

Объективно:

Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отѐков нет.При пальпации – болезненность поперечных отростков I-IV поясничныхпозвонков. Плотное утолщение II-V проксимальных межфаланговых суставов кистейс обеих сторон, припухлость периартикулярных тканей. Кожные покровы надII- III проксимальными межфаланговыми суставами справагиперемированы, повышение местной температуры, определяются костные разрастания,объем активных движений ограничен. I плюснефаланговые суставы увеличеныв объеме, кожа над ними не изменена, hallux valgus, при пальпации– болезненность. По внутренним органам – безпатологии.

Данные дополнительных методовисследования:

1. ОАК:Hb-130г/л,эр.-4,2×10^{12}/л,ЦП-1,0,лейк.-8,3×10^{9}/л,э-4%,п/я-6%, с/я - 51%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час.

2. Креатинин - 0,012 ммоль/л, АСТ - 0,13 ммоль/л, АЛТ - 0,16ммоль/л, холестерин - 8,3 ммоль/л, общий белок - 82 г/л.

3. На рентгенограмме коленных суставов, кистей с захватомлучезапястных суставов:сужениесуставныхщелей,субхондральныйсклероз,краевыеостеофиты, субхондральныекисты.

Задания

1) Установить предварительный клинический диагноз.
2) Обосновать диагноз.
3) Составить и обосновать план дополнительного обследования пациента.
4) Определить тактику ведения пациента.
5) Составить план диспансерного наблюдения пациента.

Последовательность действий студента

Этап 1. Внимательное прочтение условий ситуационной задачи, уяснение содержания вопроса или задания, приведенного в конце задачи. Процесс прочтения может длиться по-разному, однако на этом этапе не стоит торопиться, а постараться вникнуть во все детали изучаемой ситуации.

Этап 2. Краткое формулирование предварительного диагноза с обоснованием по данным, изложенным в задаче.

По условию задачи было установлено, что пациентка длительно страдает суставным синдромом. На основании данных задачи, жалоб, данных объективного осмотра, дополнительных методов исследования были выделены следующие синдромы:

Суставнойсиндром по типу артроза (жалобы на выраженные боли вмелких суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника принезначительной физическойнагрузке,вночныечасы,утреннююскованностьв течение 30мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений. При пальпации – болезненность поперечных отростков I-IV поясничныхпозвонков. Плотное утолщение II-V проксимальных межфаланговых суставов кистейс обеих сторон, припухлость периартикулярных тканей. Кожные покровы надII- III проксимальными межфаланговыми суставами справагиперемированы, повышение местной температуры, определяются костные разрастания,объем активных движений ограничен).

Таким образом сформулирован предварительный клинический диагноз:
Полиостеоартрозпервичныйспоражениеммелких(проксимальныхмежфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых суставов),суставов позвоночника. Синовит проксимальных межфаланговых суставов. НФС 2.
Необходимым действием является в ограниченное время провести осмотр больного в условиях поликлиники, составить план дополнительного обследования, интерпретировать полученные результаты, составить план лечебных и профилактических мероприятий, определить условия для направления на МСЭ.

Этап 3. Отбор теоретических положений данного раздела, которые будут использованы студентом для решения.
Из основного раздела может понадобиться материал по сбору информации о пациенте, лечебно-диагностических возможностях обследования и лечения пациентов с заболеваниями суставов в условиях поликлиники. Принципы подбора медикаментозной терапии. Временная нетрудоспособность ее причины, критерии длительности в зависимости от стадии. Критерии восстановления трудоспособности.

Этап 4. Из других разделов может понадобиться материал по дифференциальной диагностики со вторичными заболеваниями сутавов. Для этого необходимо знать алгоритм дополнительного обследования, определять показания для УЗИ исследования суставов, МРТ суставов. Уметь проводить дифференциальную диагностику поражения суставов -исключение вторичного поражения суставов, дифференцировка хронического посттравматического поражения суставных поверхностей.

Этап 5. Осуществление алгоритма дополнительного обследования пациента, тактики ведения, диспансерного наблюдения применительно к условиям описанной ситуации.
Алгоритм обследование данного пациента.
Пациенту рекомендовано: лабораторное дообследование- развернутый ОАК с лейкоцитарной формулой. Биохимический анализ крови: электролиты, СКФ, креатинин, общий белок, СРБ, мочевая кислота, фибриноген, липидный спектр.
Инструментальная диагностика: УЗИ суставов кистей, ЭКГ.

Этап 6. Формулировка наиболее оптимального, по мнению студента, варианта решения данной задачи. Необходимо пояснить причины выбора данного варианта, чем он отличается от других возможных для осуществления вариантов. Данный этап крайне важен, так как направлен на развитие у будущего врача первичного звена умений обоснованно представлять и отстаивать свою точку зрения.

Пациентка взята на Д-учет с целью наблюдения и лечения в амбулаторных условиях в терапевтическом отделении. Прогноз трудовой сомнительный, в ЛН не нуждается. Необходимо продолжить лечение и наблюдение в следующем объеме: основные направления терапии- хондропротекторы, НПВС по потребности с оценкой риска желудочно-кишечных кровотечений, ЛФК, локальная терапия. Состояние усугубляются проявлением защитной реакции в связи с болевым синдромом ирезультат развивающихся мышечных контрактур. Значительноеограничение подвижности – следствие суставных девиаций, деформаций анкилозов. Факторами риска послужили- избыточная масса тела, тяжелый физический труд в течениежизни.

Тактика ведения пациента.
По тяжести состояния рекомендовано амбулаторное лечение с целью купирования обострения суставного синдрома.

Лечение остеоартроза: хондропротекторы, НПВС, физиотерапия, ЛФК.

На этапе диспансерного наблюдения:

Пациенту «Д» наблюдение 1 раз в 6 мес, затем 1 раз в год и при ухудшении.
Через 6 месяцев регулярной терапии (хондроитин сульфат 250 мг по 1 таб 3 раза в в день в течение 3 мес, нимесулид 100 мг по потребности, физиотерапия). Контроль лабораторных показателей: ОАК, ОАМ, БХ анализ крови- СКФ, креатинин, электролиты, СРБ, АСТ, АЛТ, липидный спектр. Немедикаментозные методы профилактики прогрессирования- снижение массы тела. Осмотр специалистами- хирург.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача №1

После длительной ходьбы у больного 47 лет с избыточным весом тела появились боли в коленных суставах, боли носят постоянный характер, усиливающиеся при нагрузке. Коленные суставы отечны, горячие наощупь, гиперемии нет. Температура тела нормальная, показатели крови не изменены. На рентгенограмме коленных суставов подхрящевой остеосклероз, межсуставная щель сужена умеренно.

1) Ваш диагноз?
2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3) Назовите факторы риска остеоартроза у пациента.
4) Как купировать явления синовита?
5) Базисная терапия остеоартроза?

Задача №2

Больную 62 лет последние 2 года беспокоят боли в коленных суставах, больше в правом, возникающие при ходьбе, усиливающиеся при спуске по лестнице. При осмотре правый коленный сустав несколько увеличен в размере за счет выпота. Кожа над ним теплее, чем над левым суставом.

1) Поставьте диагноз.
2) Назначьте дополнительные исследования
3) Какая боль характерна для остеоартроза.
4) Какие изменения можно ожидать на рентенограмме.
5) Выпишите рецепт на целекоксиб

Задача №3

Больная 68 лет жалуется на боли преимущественно в межфаланговых суставах рук, коленных, особенно при изменении атмосферного давления и после нагрузки, периодически бывает небольшая припухлость этих суставов. Заболела 10 лет назад, температура всегда была нормальная. У матери болели суставы в пожилом возрасте. Объективно: тучная женщина. Межфаланговые суставы рук деформированы за счет костных образований, болезненны при движении. Хруст при движении в коленных суставах, по медиальной поверхности левого коленного сустава -гиперемия и болезненность при пальпации. Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, выраженные остеофиты. Анализ крови: Л- 6,2*10/л, СОЭ 12 мм/ч, СРБ +, РФ отр.

1) Ваш диагноз?
2) Как называются описанные изменения в межфаланговых суставах кистей?
3) С чем следует провести дифференциальный диагноз?
4) Факторы риска заболевания у данной больной?
5) Выпишите рецепт на мелоксикам.

4. Задания для групповой работы

Ролевая игра, пациентка на приёме, врач-терапевт участковый, врач-рентгенолог, врач-ревматолог.

Больная 53 лет жалуется на боли в дистальных межфаланговых суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре: плотные, симметричные, узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. При рентгенографии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

Вопросы по теме:
1. Клинические проявления ОА в пожилом возрасте.
2. Перечислить болезнь-модифицирующие препараты длительного действия для ОА.
3. Показания к оперативному лечению больных ОА.
4. Первичная и вторичная профилактика ОА.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания
Выберите один вариант ответа:
1. При остеоартрозе наиболее частопоражаются суставы
А) коленные
Б) лучезапястные
В) челюстно-лицевые
Г) пястно-фаланговые

2. В этиологии первичного остеоартроза важное значениеимеет
А) генетический фактор
Б) реактивный артрит в анамнезе
В) гиперурикемия
Г) травмасустава

3. Узелки БУШАРА являются проявлениемостеоартроза
А) проксимальных межфаланговых суставов кисти
Б) дистальных межфаланговых суставов кисти
В) первого плюснефалангового сустава
Г) локтевого сустава

4. При лечении пациента первичным остеоартрозом из нижеперечисленных препаратов следуетиспользовать
А) хондроитинсульфат
Б) аллопуринол
В) колхицин
Г) Д-пенициламин

5. К препаратам замедленного модифицирующего действия в лечении остеоартроза относят
А) хондропротекторы
Б) глюкокортикостероиды
В) нестероидные противовоспалительные препараты
Г) цитостатики

6. Для остеоартроза не характерно
А) скованность в движениях утром в течение 120 минут
Б) деформация суставов
В) механический тип болей
Г) ограничение подвижности суставов

7. Рентгенологическими признаками остеоартроза являются
А) сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, остеофиты,

кистовидные просветления в эпифизах
Б) сужение суставной щели, субхондральный остеопороз, эрозии, узуры
В) кисты в эпифизах
Г) сужение суставной щели и хондрокальциноз

8. Для рентгенологической картины остеоартроза характерно
А) остеофитоз
Б) множественные эрозии суставных поверхностей
В) остеопороз
Г) симптом «пробойника»

9. Характерные рентгенологические признаки остеоартроза
А) субхондральный склероз и остеофиты
Б) эрозии
В) кистовидные просветления
Г) остеолиз

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента
2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ

3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Тема 2.18. Ведение женщин детородного возраста и беременных в условиях работы врача первичного звена. Выявление экстрагенитальной патологии.

Цель: закрепить знания и умения по тактике ведения женщин детородного возраста и беременных женщин в работе врача-терапевта участкового.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую документацию, принципы организации оказания медицинской помощи беременным женщинам и пациенткам с экстрагенитальной патологией в РФ и задачи врача-терапевта участкового.
2. Обсудить структуру, факторы риска, методы диагностики и тактику ведения женщин детородного возраста при экстрагенитальной патологии (ХНИЗ, артериальная гипертензия, преэклампсия, пороками сердца, анемия, поражением почек, печени, алкоголизм, курение, инфекционная патология) в амбулаторных условиях.
3. Обучить принципам оказания помощи (профилактика, формирование ЗОЖ, ранняя диагностика, организация лечения, показания для госпитализации) в амбулаторных условиях.

Обучающийся должен знать:

- принципы организации оказания медицинской помощи беременным женщинам и пациенткам с экстрагенитальной патологией в РФ
- задачи врача-терапевта участкового при оказании медицинской помощи беременным женщинам и пациенткам с экстрагенитальной патологией
- принципы диагностики экстрагенитальной патологии и факторов риска ее развития у женщин фертильного возраста в условиях работы врача-терапевта участкового;
- алгоритм ведения женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом участковым в рамках диспансерного наблюдения**,**
- принципы ведения беременных женщин врачом терапевтом участковым;
- группы риска и факторы риска неблагоприятного течения и исходов
- характеристику и показания/противопоказания в рамках дифференцированного подхода к лечению артериальной гипертензии у пациенток, относящихся к «особым категориям» и с различной сопутствующей патологией, врачом-терапевтом участковым в амбулаторных условиях;
- алгоритм оказания неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях (преэклампсия, эклампсия);
- принципы и методы осуществления профилактики экстрагенитальной патологии и факторов риска ее развития у женщин фертильного возраста врачом-терапевтом участковым.

Обучающийся должен уметь:

- применить алгоритм ведения женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом участковым;
- использовать принципы ведения беременных женщин врачом терапевтом участковым
- провести дифференциальный диагноз;
- выявить факторы риска;
- определить показания для госпитализации;
- составить план лечения, диспансерного наблюдения;
- применить алгоритм неотложной помощи при ургентных состояниях в амбулаторных условиях

(преэклампсия, эклампсия);
- использовать принципы и методы профилактики экстрагенитальной патологии и факторов риска ее развития у женщин фертильного возраста.

Обучающийся должен владеть: (навыки,которые должен освоить студент на данном занятии)
- методикой амбулаторного приема пациентов;
- навыками профессионального врачебного поведения и эффективного общения;
- навыками краткого профилактического консультирования;
- навыками оформления медицинской документации: амбулаторная карта, ЛВН, выписка рецептов на ЛС;
- методикой составления индивидуальной программы обследования и лечения пациентов с экстрагенитальной патологией;
- методикой составления индивидуальной программы профилактики
- методикой проведения дородового патронажа
- навыками использования клинических рекомендаций и протоколов для составления плана лечения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Характеристика состояния репродуктивного здоровья женщин
2. Охрана здоровья матери и ребенка, вопросы семьи и репродуктивного здоровья в законодательстве рф
3. Принципы диспансерного наблюдения женщин фертильного возраста с экстрагенитальной патологией
4. Особенности распространенности факторов риска хниз среди женской популяции
5. Последствия избыточного веса и ожирения беременных для новорожденных и для женщин
6. Эпидемиология гипертензионных расстройств при беременности
7. Классификация гипертензионных расстройств у беременных
8. Адаптационные изменения, происходящие в организме женщины, при физиологически протекающей беременности
9. Оценка риска венозных тромбоэмболий при физиологически протекающей беременности
10. Профилактика преэклампсии у беременных
11. Планирование беременности пациентам с аг и другой экстрагенитальной патологией
12. Принципы лечения аг у беременных
13. Принципы лечения анемии у беременных

***2.* Практическая подготовка.**
- оформить запись дородового патронажа в учебной медицинской амбулаторной карте
- оформить рекомендации по формированию ЗОЖ и сценарий краткого профилактического консультирования пациенткам фертильного возраста при выявлении факторов риска ХНИЗ (курения, ожирения, гиперхолестеринемии, АД, нарушений углеводного обмена)
- подготовить рекомендации по образу жизни и питанию беременной пациентке с анемией

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач
- Сформулируйте диагноз;
- Определите объем необходимых исследований для постановки правильного диагноза
- Определите тактику лечения;
- Определите критерии эффективности лечения
- Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

2) Пример задачи с разбором по алгоритму.

Ознакомьтесь с ситуацией и дайте развернутые ответы на вопросы
У беременной со сроком 30 недель при очередном обследовании выявлены изменения в анализе крови: Hb - 105г/л, эритроциты 3×10^{12} /л, в мазке крови преобладают микроциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз.
Сформулируйте диагноз в данной клинической ситуации.
Беременность,III триместр, срок 30 недель. Железодефицитная анемия легкой степени тяжести.
2 балла:Ответ соответствует эталону
1 балл: Диагноз сформулирован правильно, неправильно определена степень тяжести
0 баллов: Диагноз сформулирован неправильно
Определите объем необходимых исследований для постановки правильного диагноза
В ОАК , выполненном на автоматическом гематологическом анализаторе: снижаются средний объем эритроцита (mean corpuscular volume — MCV) (менее 80 фл), среднее содержание Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin — MCH) (менее 26 пг), средняя концентрация Hb в эритроците (mean corpuscular hemoglobin concentration — MCHC) (менее 320 г/л), повышается степень анизоцитоза эритроцитов (redbloodcelldistributionwidth — RDW) (более 14%). В биохимическом анализе крови ориентируются на снижение концентрации сывороточного железа — СЖ (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки — ОЖСС (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферрина железом — НТЖ (менее 17%), снижение концентрации сывороточного ферритина — СФ (менее 30 нг /мл или мкг/л). В последние годы появилась возможность определения растворимых трансферриновых рецепторов (рТФР), концентрация которых в условиях дефицита железа увеличивается (более 2,9 мкг/мл).
2 балла: Перечислены все исследования
1 балл: Перечислил не менее 50% исследования
0 баллов: Перечислил менее 50% исследований
Определите тактику лечения заболевания
Наряду с рекомендацией по питанию (употребление в пищу красного мяса) назначено лечение препаратами железа двух или трехвалентными. Предпочтение отдается препаратам трехвалентного железа. Препараты назначены в полной терапевтической дозировке (200-300мг), указана достаточная длительность курса лечения - минимум 3 мес.
2 балла: Ответ в целом соответствует эталону
1 балл: Лечение ЖДА назначено, не отражено предпочтение препаратам трехвалентного железа, не определена или неправильно определена минимальная длительность курса лечения при анемии легкой степени.
0 баллов: Не назначены препараты железа, рекомендована коррекция диеты.
Критериями эффективности лечения ЖДА препаратами железа

• ретикулоцитарная реакция: на 7−10-й день от начала лечения препаратами железа количество ретикулоцитов повышается (обычно на 2–3% или 20 –30‰) по сравнению с их количеством до начала лечения; • повышение концентрации Hb к концу 4 нед. лечения препаратами железа на 10 г/л и гематокрита на 3% по отношению к изначальным значениям до лечения; • исчезновение клинических проявлений заболевания через 1 −1,5 мес. от начала лечения препаратами железа; • преодоление тканевой сидеропении и восполнение железа в депо через 3 −6 мес. от начала лечения (в зависимости от степени тяжести анемии), что контролируется по нормализации концентрации СФ (более 30 мкг/л)
2 балла: Ответ соответствует эталону
1 балл: Правильно определил не менее 50% критериев эффективности лечения ЖДА
0 баллов: Правильно определил менее 50% критериев эффективности лечения ЖДА
Проведите экспертизу временной нетрудоспособности
При анемии легкой степени пациенты трудоспособны.
2 балла: Ответ соответствует эталону
1 балл: Определена временная нетрудоспособность в связи с беременностью
0 баллов: Определена временная нетрудоспособность в связи с заболеванием

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Женщина 29 лет находится в бессознательном состоянии. Со слов родственников был приступ судорог. АД 180/100 мм ртутного столба, пульс 100 ударов в минуту, число дыхательных движений 30 в 1 минуту, выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Беременность 32 недели.В анамнезе: хронический гломерулонефрит; гипертоническая болезнь; до прибытия бригады скорой помощи принимала гипотензивные средства и транквилизаторы.

Задача 2

Женщина 39 лет, работает бухгалтером, АГ 1 степени, Iстадии, риск 2, получает ингибитор АПФ, целевой уровень АД достигнут, планирует беременность. Наследственность не отягощена. Среди выявленных факторов риска: ожирение 1 ст, нерациональное питание, избыточное потребление соли, низкая физическая активность. Установите группу здоровья. Составьте план ведения и рекомендации по ЗОЖ

.**Задача 3**

Пациентка П. 25 лет, 20 недель беременности, жалобы на частые, болезненные мочеиспускания. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ). При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°С, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отѐков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм правильный. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный.

4. Задания для групповой работы

Составление мини-кейсов, разбор клинической ситуации «На приеме пациентка, по итогам прохождения профилактического медицинского осмотра/диспансеризации выявлены факторы риска….».

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с рекомендуемой учебной и научной литературой.
2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы по теме:
1. Этиология и патогенез гестационной артериальной гипертензии.
2. Классификация артериальной гипертензии у беременных.
3. Диагностические критерии гестационной артериальной гипертензии и тактика ведения
4. Осложнения артериальной гипертензии у беременных и неотложная помощь.
5. Беременность и инфекционные заболевания: особенности ведения. (ОРВИ, грипп, ВИЧ, гепатиты)
6. Беременность и заболевания крови (анемии различного генеза, наследственные нарушения системы гемостаза): особенности ведения.
7. Эндокринная патология и беременность (сахарный диабет, гипо - и гипертиреоз): особенности ведения.
8. Беременность и заболевания органов мочевыделения (бессимптомная бактериурия, цистит и пиелонефрит): особенности ведения.
9. Беременность и заболевания органов дыхания бронхиальная астма, туберкулез легких): особенности ведения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания:

1) В 3 триместре беременности не рекомендуется сон на спине потому, что:

а) Возможно сдавление петель пуповины, если плацента расположена по задней стенке матки
б) Уменьшается венозный возврат к сердцу*
в) Предрасполагает к западению языка и асфиксии
г) Способствует возникновению радикулярных болей
д) Ограничивает свободу движений плода в наибольшей степени

2) В оценке состояния дыхательной системы у беременных с бронхиальной астмой вне обострения наиболее информативно:

а) Уплотнение стенок бронхов среднего калибра при магнитно-резонансной томографии грудной клетки
б) Рассеянные сухие хрипы при аускультации
в) Регистрация снижения максимальной скорости выдоха и объема форсированного выдоха при динамической спирографии*
г) Вязкая слизь в бронхах при бронхоскопии
д) Эозинофилия в периферической крови

3) На благоприятный прогноз заболеваний печени у беременных можно рассчитывать при:

а) Холестазе беременных *
б) Остром гепатите Е
в) Острой жировой дистрофии печени
г) HELLP синдроме
д) Билиарном циррозе

4) Понятие «планирование семьи» включает:

а) Профилактику нежелательной беременности*
б) Регулирование интервалов между беременностями*
в) Консультирование и обследование женщин с бесплодием*

г) Своевременное до 12 нед. направление на аборт

5) Спаечный процесс в полости малого таза развиваются при:

а) Хламидиозе*
б) Гарднереллезе
в) Гонорее*
г) Генитальном герпесе

6) Инфицирование ВПЧ может привести к следующим заболеваниям**:**

а) Дисплазии шейки матки*
б) Бовеноидному папулезу*
в) Остроконечным кондиломам*
г) Раку влагалища*

7) К возникновению мастопатии предрасполагают:

а) Раннее наступление менархе*
б) Отсутствие родов*
в) Ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертония*
г) Неоднократное выполнение медицинских абортов*

Рекомендуемая литература:

Основная литература

№ п/п	**Наименование**	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Сторожаков Е.И., Чукаева И.И., Александров А.А.	Москва, ГЭОТАР, 2012г	99	ЭБС Консультант студента
2.	Внутренние болезни: учебник в 2-х т.	Мухин Н.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.	80	ЭБС Консультант студента

Дополнительная литература

№ п/п	**Наименование**	**Автор(ы)**	**Год, место издания**	**Кол-во экземпляров в библиотеке**	**Наличие в ЭБС**
1	Поликлиническая терапия: учебник для ВУЗов	Давыдкина И.Л., Щукина Ю.В.	Москва, ГЭОТАР, 2016г	15	ЭБС Консультант студента

2	Методические указания по оформлению медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Учебно-методическое пособие.	Старкова Е.В.	Киров, 2018	92	ЭБС Кировского ГМУ
3	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие	Старкова Е.В.	Киров, 2018	90	ЭБС Кировского ГМУ

Дополнения и изменения в Приложение А к рабочей программе учебной дисциплины

«Поликлиническая терапия»

Специальность 31.05.01. Лечебное дело (3++)

Профиль – Лечебное дело

Форма обучения - очная

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Авторы: зав. кафедрой , д.м.н. Григорович М.С., доцент, к.м.н. Вычугжанина Е.Ю.

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

Раздел 1. Основы поликлинической терапии
Тема 1.1: Организация деятельности поликлиники и врача терапевта участкового и его взаимодействие с другими подразделениями поликлиники.
Цель:
формирование и закрепление знаний по вопросам организации работы врача терапевта участкового.
Задачи:

1) Изучить основные принципы организации лечебно-профилактической помощи населению в амбулаторных условиях,
2) Ознакомить с должностными обязанностями врача-терапевта участкового,
3) Изучить особенности организации и объем работы врача-терапевта участкового
4) Ознакомить с перечнем документации врача-терапевта участкового по оформлению медицинской документации на амбулаторном этапе.
5) Освоение алгоритма и первичного приема пациентов в амбулаторных условиях.
6) Освоение алгоритма диспансеризации и диспансерного наблюдения.

Обучающийся должен знать:
- основные направления деятельности врача-терапевта участкового и нормативные документы в работе врача-терапевта участкового,
- основные характеристики терапевтического участка и показатели деятельности на терапевтическом участке,
- перечень основной медицинской документации на терапевтическом участке
- алгоритм работы врача с пациентом в амбулаторно-поликлинических условиях;
- алгоритм постановки окончательного диагноза,
- алгоритм и первичного приема пациентов в амбулаторных условиях,
- алгоритм диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- принципы преемственности врача-терапевта участкового с другими подразделениями поликлиники и стационарами.

Обучающийся должен уметь:
- анализировать основные показатели здоровья населения на терапевтическом участке
- применить алгоритм работы врача с пациентом в амбулаторно-поликлинических условиях;
- применить алгоритм постановки окончательного диагноза,
- применить алгоритм и первичного приема пациентов в амбулаторных условиях,
- применить алгоритма диспансеризации и диспансерного наблюдения;
-определить показания для направления пациентов на госпитализацию и к другим специалистам
- заполнять амбулаторную карту.

Обучающийся должен владеть:
- методикой анализа основных показателей здоровья населения на терапевтическом участке
- методикой амбулаторного приема пациентов;
- методикой постановки окончательного диагноза,
- методикой проведения диспансеризации и диспансерного наблюдения;
- методикой работы с медицинской документацией амбулаторного пациента и учетно-отчетной

документацией.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. Ответить на вопросы по теме занятия
1. Структура поликлиники; функции основных структурных подразделений поликлиники.
2. Функциональные обязанности и права врача-терапевта участкового поликлиники.
3. Основные разделы работы врача-терапевта участкового.
4. Лечебно-диагностическая работа врача-терапевта участкового.
5. Организация медицинской помощи на дому.
6. Порядок направления пациентов на параклинические исследования, на госпитализацию в стационар, на консультацию в диагностический центр, специалистам.
7. Учетно-отчетная документация участкового врача-терапевта и правила ее оформления. Основные критерии оценки работы врача-терапевта участкового.
8. Основные направления реабилитационной работы врача-терапевта участкового. Основные направления профилактической работы.
9. Понятие о диспансеризации как основном методе профилактической работы.
10. Профилактические осмотры населения, их виды.
11. Преемственность в работе участкового терапевта с врачами специалистами, врачами стационара и скорой помощи.
12. Сущность понятий: экспертиза, трудоспособность, нетрудоспособность.

2.Практическая подготовка.
Выполнение практических заданий (клинические разборы амбулаторных пациентов, заполнение первичной медицинской документации под контролем преподавателя, чтение рентгенограмм, решение ситуационных задач, тестовых заданий).

Тестовые задания
1. Профилактическая работа врача-терапевта участкового заключается в организации:
а) дневных стационаров
б) диспансеризации населения
в) терапевтической помощи на дому
г) реабилитационной работы

2. В настоящее время в российской федерации принята модель фининсирования здравоохранения:
а) бюджетная
б) страховая
в) частная
г) смешанная

3. Профилактические медицинские осмотры являются основой:
а) паллиативной помощи
б) профилактической работы
в) реабилитационной работы
г) экспертизы трудоспособности

4. Поликлиники оказывают населению помощь:
а) социальную
б) санитарную
в) амбулаторную
г) стационарную

5.В структуре заболеваемости хниз наибольший удельный вес составляют заболевания:
а) профессиональные

б) инфекционные
в) злокачественные новообразования
г) сердечно – сосудистые

6. В обязанности врача-терапевта участкового входит все, кроме
а) оказание медицинской помощи
б) направление на санаторно-курортное лечение
в) определение группы инвалидности
г) выдача больничного листа

7. Нормативное количество населения на терапевтическом участке
а) 1200 человек
б) 1700 человек
в) 2500 человек
г) 5000 человек

8. В функциональные обязанности регистратуры поликлиники входит
а) оказание неотложной помощи
б) выдача направлений на обследование
в) оформление документов по диспансеризации
г) распределение потока пациентов

Ответы на тестовые задания:
1 – б, 2. – б, 3 – б, 4 – в, 5 – г, 6 – в, 7 – б, 8 – г.

3. Решить ситуационные задачи
1) Алгоритм разбора задач
-Выявление симптомов объединение их в комплексы – синдромы и формирование порядка в синдромах.
-Постановка клинического диагноза.
-Дополнительное обследование и консультации специалистов при необходимости.
-Алгоритм ведения пациента в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами оказания медицинской помощи.
-Определение факта нетрудоспособности по медицинскому, трудовому, социальному критериям, оценка прогнозов и их сопоставление. Ответ на вопрос – может ли больной по состоянию здоровья выполнять объем своих профессиональных обязанностей, а так же лечить - где, когда и как.
-Заполнение врачебной документации (амбулаторной карты, направления, рецепты, листка ВН и др.).
-Диспансерное наблюдение.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму
Пациент К. 55 лет вызвал на дом врача – терапевта участкового.
Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.
Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление.
В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет.
Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл.
Сегодня утром на фоне сильного психо-эмоционального стресса отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.
Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м^2.
Окружность талии (ОТ) - 106 см. Лицо гиперемировано. В лѐгких дыхание жѐсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих

руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рѐберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отѐков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ (сделано несколько дней назад): ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
2. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
3. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
4. Алгоритм ведения пациента в соответствии клиническими рекомендациями
5. Определение факта нетрудоспособности по медицинскому, трудовому, социальному критериям, оценка прогнозов и их сопоставление. Может ли больной по состоянию здоровья выполнять объем своих профессиональных обязанностей, а так же лечить - где, когда и как.
6. Заполнение врачебной документации (амбулаторной карты, направления, рецепты, листка ВН и др.).
7. Диспансерное наблюдение.

Эталон решения задачи:

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, Риск 4. Гипертрофия левого желудочка. Неосложнѐнный гипертонический криз. Ожирение 1 степени.

Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней – гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приѐма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени.

Неосложнѐнный гипертонический криз - быстрое повышения АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней.

Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ.

2. Вызвать Скорую медицинскую помощь. Лечение больного с неосложнѐнным ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнѐнном ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложнѐнном гипертоническом кризе (ГК) возможно, как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики).

Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Моксонидин, Каптоприл, Фуросемид, Клонидин, Нифедипин, Метопролол, Пропранолол.

3. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса – для определения атеросклеротического поражения артерий.

Лабораторные исследования: общий анализ крови – оценка общего статуса; общий анализ мочи – оценка поражения почек; креатинин крови для расчѐта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак – исключить СД; липидограмма – определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ – оценка поражения почек.

Инструментальное исследование: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отѐк соска зрительного нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) – оценка поражения

артерий и аорты.
При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.
4. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболическог синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначаю больным с высоким или очень высоким риском ССО. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия. Это позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой – минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению.
Пациентам с АД≥160/100 мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15–20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.
5. Пациент является временно нетрудоспособным.
6. Заполяется амбулаторная карта, направления на исследования, рецепты, листок нетрудоспособности.
7. Устанавливается пожизненное диспансерное наблюдение с частотой осмотров не реже 2 раз в год.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача 1

Пациентка А, 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 ºС. Больна в течение 3 дней.
Объективно: слизистая оболочка нѐбных миндалин и передних нѐбных дужек гиперемирована. Нѐбные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налѐтом беловатого цвета, легко снимающимся, налѐт растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована.
В анализе крови: лейкоциты - $13,5\times10^9$/л, эритроциты - $3,9\times10^{12}$/л, гемоглобин - 121г/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 62%, лимфоциты - 26%, моноциты - 2%, эозинофилы - 2%, СОЭ - 25 мм/час.

Задача 2

Пациент П. 60 лет, водитель. В понедельник вечером шѐл с автостоянки домой, когдаотметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.
Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.
При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м^2 . Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 1×9×8 см. Периферических отѐков нет.

4. Задания для групповой работы

Вариант задания - ролевая игра: визит пациента в поликлинику.
В поликлинику обратился пациент 48 лет с диагнозом острая пневмония.

Предлагается распределение ролей: пациент, медицинский регистратор, врач-терапевт участковый, зав.отделением. Необходимо проиграть маршрут пациента, заполнить необходимую медицинскую документацию.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

Вопросы по теме:

1. Каков порядок организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу?
2. Охарактеризуйте особенности организации деятельности врача- терапевта участкового?
3. Перечислите критерии эффективности деятельности врача- терапевта участкового
4. Перечислите первичную документацию в поликлинике
5. Правила заполнения первичной документации в поликлинике.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля.

Задание №1.

I. В поликлинику обратился пациент 48 лет, диагноз: острая пневмония.

Когда болезнь будет доступна регистрации?

1) при подаче больничного листка
2) при обращении за медицинской помощью
3) в случае смерти
4) при госпитализации больного
5) при направлении на ВК, МСЭ

Задача№2.

В городе Н. планируется открыть новую поликлинику для определения числа врачебных должностей для оказания амбулаторной помощи населению необходимо знание нормативов, к которым относятся:

1) штатные нормативы
2) численность населения
3) функциональные обязанности врача
4) возрастной состав населения
5) число посещений на одного врача в год.

Задача №3.

В городскую поликлинику 20 марта в 10 утра обратилась пациент, 30 лет, проживающая в районе обслуживания поликлиники. Был выставлен диагноз «Острый энтероколит ». Какие документы должен заполнить врач.

1) амбулаторную карту
2) талон амбулаторного пациента
3) экстренное извещение о профессиональном отравлении
4) экстренное извещение об инфекционном заболевании

Задача №4.

В городскую поликлинику обратился пациент, 45 лет, проживающий вне района обслуживания поликлиники. При себе он имел медицинский полис и паспорт, в приеме врач ему отказал. Прав ли был врач?

1) да
2) нет

Рекомендуемая литература:

Основная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Под ред. О.Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023	250	ЭБС Консультант студента
2	Методическое пособие по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (covid-19) Версия 1 (13.04.2022)	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю, Камкин Е.Г., Ипатов П.В., Раковская Ю.С.	2022, ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/07/mr_pmo-i-d.pdf дата обращения 26.09.2025
3.	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском»	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В.	2024г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/dn-2-2.pdf дата обращения 24.09.2025
4.	Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Фисенко В.С	2022г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/metodicheskie-rekomendaczii-po-organizaczii-prioritizaczii-dn-iyul-avgust-2022-1.pdf дата обращения 24.09.2025

Дополнительная:

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие 2-е издание, переработанное и дополненное	Старкова Е.В.	Киров, 2024	90	ЭБС Кировского ГМУ
2	Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования	Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н.,Драпкина О.М.	2023г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/uchebnoe-posobie-metodicheskie-rekomendaczii-po-

					podgotovke-vrachej-k-provedeniyu-kratkog.pdf дата обращения 11.09.2025
3	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В	2023г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/dn_ibs.pdf дата обращения 24.09.2025
4	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В	2023г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_-hsn.pdf дата обращения 24.09.2025
5	Методические рекомендации «Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение пациентов с преддиабетом в условиях первичной медико-санитарной помощи	Шестакова М.В., Драпкина О.М., Бакулин И.Г	2021г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_prediabet-2025.pdf дата обращения 24.09.2025
6	Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 2 типа врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В., Лавренова Е.А., Ипатов П.В., Кононенко И.В., Куняева Т.А., Ливзан М.А., Друк И.В., Свищева А.А., Сухарева О.Ю., Шепель Р.Н., Ямашкина Е.И.	Первичная медико-санитарная помощь.;2(2) 2025., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_bolezni-pishhevoda_dlya-rassylki.pdf дата обращения 11.09.2025
7	Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.	Первичная медико-санитарная помощь 2024;1(2):1-30	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_bolezni-pishhevoda_dlya-rassylki.pdf дата обращения 11.09.2025

8	Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Ипатов П.В., Мамутова Э.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.	Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):1-35.	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_yab.pdf дата обращения 11.09.2025
9	Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здраво-охранения. Методические рекомендации.	Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Дроздова Л. Ю., Жаркова М. С., Ипатов П. В., Калинина А. М., Люсина Е. О., Маевская М. В., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Шептулина А.Ф.	Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):00	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/mr_po_dn_paczientov_s_aczp_vrachom-terapevtom.pdf дата обращения 11.09.2025
10	Основы телемедицины: учебное пособие	В. И. Купаев, И. А. Крылова, А. Л. Слободянюк [и др.].	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 216 с.	16	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970487402.html (дата обращения: 13.02.2025) дата обращения 13.09.2025

Тема 1.2: Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры в рамках новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Диспансерное наблюдение пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Цель:

формирование знаний и умений обучающихся к осуществлению работы с пациентом в рамках профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, диспансерного наблюдения.

Задачи:

1. сформировать понятие о диспансерном методе, как основном методе профилактической работы врача терапевта участкового
2. ознакомить с основной нормативной и учетно-отчетной документацией по проведению профмедосмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения
3. изучить цель и содержание профилактического медицинского осмотра, диспансерзации
4. изучить цель и содержание работы в рамках диспансерного наблюдения пациентов
5. закрепить навыки выявления факторов риска ХНИЗ
6. отработать этапы врачебного приема и краткого профилактического консультирования пациента в рамках профмедосмотра и диспансерного наблюдения с использованием навыков soft skills.
7. ознакомить с методикой взятия на диспансерный учет и проведения диспансеризации среди различных контингентов населения
8. углубитьзнания по основным лечебно-оздоровительным, реабилитационным мероприятиям, проводимым диспансерным больным.

Обучающийся должен знать:
- основные нормативно-правовые акты по медицинской профилактике
- определение группы ХНИЗ, основные тенденции заболеваемости и смертности населения
- факторы риска ХНИЗ и критерии диагностики факторов риска
- основные виды скрининга ХНИЗ
- цели, задачи и виды медицинской профилактики
- организационные аспекты и цели проведения и содержание профмедосмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения
- принципы работы центра здоровья, отделения профилактики
- группы здоровья и группы диспансерного наблюдения
- принципы краткого профилактического консультирования и группового консультирования

Обучающийся должен уметь:
- определить критерии факторов риска развития ХНИЗ
- дать определение понятий «ХНИЗ, профмедосмотр, диспансеризация, диспансерное наблюдение»
- использовать в работе нормативно-правовую базу по медицинской профилактике
- применить алгоритм краткого профилактического консультирования и использовать навыки soft skills в коммуникации с пациентом
- определить содержание профмедосмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения
- оценить группы здоровья и группы диспансерного наблюдения
- выбрать методику оценки сердечно-сосудистого риска
- установить целевые уровни факторов риска и способы их коррекции

Обучающийся должен владеть:
- методикой обследование пациента в рамках профмедосмотра, диспансеризации, диспансерного наблюдения
- методикой интерпретации данных анамнеза, опросников, скрининга, оценки ССР, объективного осмотра и лабораторно-инструментальных исследований, полученных в рамках профмедосмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения
- методикой краткого профилактического консультирования с использованием навыков soft skills в коммуникации с пациентом
- методикой установления группы здоровья, диспансерного наблюдения и взятия на диспансерное наблюдение

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1.Ответить на вопросы по теме занятия

1. определение понятия «ХНИЗ», классификация факторов риска ХНИЗ, критерии факторов риска ХНИЗ
2. виды и стратегии медицинской профилактики
3. структура онкологической составляющей врачебного осмотра,- скрининги на злокачественные новообразования
4. задачи и обязанности врача-терапевта участкового по проведению профмедосмотров, диспансеризации
5. перечень заболеваний, требующих постановки пациента на диспансерный учет
6. основные задачи отделения медицинской профилактики
7. инструктаж, заполнение первичной учетной документации и выполнение доврачебных медицинских исследований граждан, прибывших на диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр
8. особенности оказания медицинской помощи по коррекции факторов риска ХНИЗ на индивидуальном и групповом уровнях, в том числе оказание помощи при отказе от курения (граждан II и III группы здоровья)
9. особенности обучения населения вопросам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях,
10. Особенности ведения учетно-отчетной документации, в том числе контроль, учет и анализ результатов ежегодной диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населения;
11. Правила организации деятельности центра здоровья для взрослых. Основные задачи центра здоровья. Структурные особенности центра здоровья.

2. Практическая подготовка
Амбулаторный прием, заполнение карты учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров) под контролем преподавателя.

3. Решение тестовых заданий:
Выберите один правильный ответ
1.Учетным документом для регистрации пациента, взятого на диспансерное наблюдение, является:
а) карта ежегодной диспансеризации
б) контрольная карта диспансерного наблюдения *
в) статистический талон
г) амбулаторная карта

2. Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция:
а) факторов риска *
б) здорового образа жизни
в) борьбы с вредными привычками
г) индивидуальной профилактики

3. .По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения формируются_____группы здоровья:
а) 4
б) 3 *
в) 2
г) 1

4. Краткое профилактическое консультирование по итогам 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения проводит:
а) врач отделения медицинской профилактики
б) врач-терапевт участковый *
в) врач дневного стационара
г) врач-кардиолог поликлиники

5. Краткое профилактическое консультирование занимает ___ минут
а) 60
б) 30
в) 10
г) 3- 5 *

Установите соответствие.
6. Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее
1) «высокому риску»
2) «очень высокому риску»
А) от 5% до 10%
Б) менее 5%
В) 10% и более
Г) менее 1%

Эталон ответа 1- А), 2 – В)

7. Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ

в ближайшие 10 лет, соответствующее:
1) «умеренному риску»
2) «низкому риску»
А) менее 1%
Б) 10% и более
В) от 1% до 5%
Г) 5% и более

Эталон ответа 1 – В), 2 – А)

3.Решить ситуационные задачи
1).Алгоритм разбора задач
1. Оцените анкету и перечислите факторы риска, выявленные у пациентки
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск
4. Установите группу здоровья пациентки, целевые уровни модифицируемых факторов риска
5. Определите тактику дальнейшего ведения данной пациентки
6. Проведите краткое профилактическое консультирование, используя навыки soft skills в коммуникации с пациентом в виде ролевой игры.

2)Пример задачи с разбором по алгоритму
Гражданин А-в, 51 года, работает инженером. Приглашен в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации определенных групп взрослого населения. В кабинете доврачебного приёма заполнил анкету по диспансеризации (см.анкету), проведена антропометрия: масса тела 70 кг, рост 182см. При регистрации ЭКГ патологии не выявлено.
При осмотре врачом – терапевтом участковым в рамках 1 этапа - жалоб активно не предъявляет. Из анамнеза - выезжает в командировки ежемесячно, работа напряженная, нервная. Находится на диспансерном наблюдении по поводу ХОБЛ, ингаляторами не пользуется, врача посещает нерегулярно
Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. АД 140/80 мм.рт.ст. ЧСС 65 уд. в мин. ЧД 22 в мин. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы по всем легочным полям. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена.
Лабораторные исследования: общий холестерин – 7,0 ммоль/л, глюкоза крови – 4,2 ммоль/л.
Вопросы:
1. Оцените анкету и выделите факторы риска.
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величи-ной риска, если бы пациент не курил.
4. Установите группу здоровья, группу диспансерного наблюдения, целевые уровни модифицируемых факторов риска.
5. Определите алгоритм краткого профилактического консультирования и тактику дальнейшего ведения данного пациента
6. Проведите краткое профилактическое консультирование, используя навыки soft skills в коммуникации с пациентом в виде ролевой игры.

Анкета к задаче
Анкета для граждан <u>в возрасте до 75 лет</u> на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе безназначения врача.

Дата обследования (день, месяц, год):

Ф.И.О.: А-в		Пол: м	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 51	
Поликлиника №1		Врач/фельдшер:	
1	**Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	**Нет**
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	**Нет**
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	**Нет**
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	**Да**	Нет
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	**Нет**
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	**Нет**
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	Да	**Нет**
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	**Нет**
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	**Нет**
	Если «Да», то какое?		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	**Нет**
2	**Был ли у Вас инфаркт миокарда?**	Да	**Нет**
3	**Был ли у Вас инсульт?**	Да	**Нет**
4	**Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваших близких родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)?	Да	**Нет**
5	**Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	**Да**	Нет
6	**Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?**	Да	**Нет**
7	**Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?** (нужное подчеркнуть)		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
8	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или**	Да	**Нет**

	удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?				
9	**Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**		Да		**Нет**
10	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**		**Да**		Нет
11	**Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**		**Да**		Нет
12	**Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?**		Да		**Нет**
13	**Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**		Да		**Нет**
14	**Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?		Да		**Нет**
15	**Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**		Да		**Нет**
16	**Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?		Да		**Нет**
17	**Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**		Да		**Нет**
18	**Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**		Да		**Нет**
19	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)		**Да**		Нет
20	**Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** Сигарет __20_____ в день				
21	**Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?**		**До 30 минут**		30 минут и более
22	**Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей** (не считая картофеля)?		Да		**Нет**
23	**Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**		Да		**Нет**
24	**Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?**		Да		**Нет**
25	**Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**				
	Никогда (0 баллов)	**Раз в месяц и реже (1 балл)**	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
26	**Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива				
	1-2 порции (0 баллов)	**3-4 порции (1 балл)**	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)
27	**Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				

	Никогда (0 баллов)	**Раз в месяц и реже (1 балл)**	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна 3 балла					

Эталон решения задачи

1	Оцените анкету и выделите факторы риска.
-	Отягощенная наследственность по онкопатологии, вероятность ТИА/ОНМК, курение, низкая физическая активность, нерациональное питание, гиперхолестеринемия.
2	Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
-	Определение абсолютного сердечно-сосудистого риска, краткое профилактическое консультирование, ФЛГ, кровь на ПСА, исследование кала на скрытую кровь.
3	Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной риска, если бы пациент не курил
-	Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск – 6% (высокий), если бы не курил – 3% (средний)
4	Установите группу состояния здоровья и группу диспансерного наблюдения. Целевые уровни модифицируемых факторов риска
-	Группа состояния здоровья и группу диспансерного наблюдения – 3А у участкового терапевта, пульмонолога; коррекция факторов риска в кабинете/отделении медицинской профилактики, Центре здоровья. Целевые уровни модифицируемых факторов риска – не курить, уровень общего холестерина <4,5ммоль/л, холестерина низкой плотности <2,5 ммоль/л, рациональное питание, регулярная умеренная физическая активность.
5	Определите алгоритм проведения краткого профилактического консультирования и тактику дальнейшего ведения данного пациента.
	Краткое профилактическое консультирование проводится на завершающем 1 этап диспансеризации приеме врача-терапевта. Продолжительность 3-5 минут. Проводится адресное информирование пациента об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, содействие мотивированию пациента, обучение практическим навыкам (здорового питания, рационального распределения физической активности, отказа от вредных для здоровья поведенческих привычек и т.п.) Пациента направляют на второй этап диспансеризации, консультация невролога (вероятность ТИА/ОНМК) , углубленное профилактическое консультирование. После диспансеризации: ФГДС, диспансерное наблюдение по поводу ХОБЛ, направление в школу здоровья по ХОБЛ, установление целевых уровней отдельных показателей и ознакомление пациента с ними, коррекция лечения (если требуется) и назначение даты следующей явки.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

Задача1

Пациентка Н-ва, 54 года. Приглашена на диспансеризацию определенных групп взрослого населения. Заполнила анкету по диспансеризации (см. анкету).

Жалобы на кашель по утрам.

С 48 лет состоит на диспансерном учете у терапевта и эндокринолога по поводу сахарного диабета 2 типа. Сахароснижающие препараты принимает нерегулярно.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Масса тела 100 кг, рост 162см. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 75 уд. в мин. ЧД 18 в мин. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена.

Лабораторные исследования: общий холестерин – 9,0 ммоль/л, глюкоза крови – 10,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Оцените анкету и выделите факторы риска.
2. Дополните перечень исследований, необходимых в рамках первого этапа диспансеризации

определенных групп взрослого населения.
3. Оцените суммарный сердечно-сосудистый риск, сравните его с величиной риска, если бы пациентка не курила.
4. Установите группу здоровья, группу диспансерного наблюдения, целевые уровни модифицируемых факторов риска.
5. Определите алгоритм краткого профилактического консультирования и тактику дальнейшего ведения данной пациентки**,** используя навыки soft skills в коммуникации с пациентом в виде ролевой игры.

Анкета к задаче
Анкета для граждан <u>в возрасте до 75 лет</u> на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществе без назначения врача.

Дата обследования (день, месяц, год):			
Ф.И.О.: Н-а		Пол: ж	
Дата рождения (день, месяц, год):		Полных лет: 54	
Поликлиника № 1		Врач/фельдшер:	
1	**Говорил ли Вам врач когда-либо, что у Вас имеется**		
	1.1.гипертоническая болезнь (повышенное артериальное давление)?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения давления?	Да	**Нет**
	1.2.ишемическая болезнь сердца (стенокардия)?	Да	**Нет**
	1.3.цереброваскулярное заболевание (заболевание сосудов головного мозга)?	Да	**Нет**
	1.4.хроническое заболевание бронхов или легких (хронический бронхит, эмфизема, бронхиальная астма)?	Да	**Нет**
	1.5. туберкулез (легких или иных локализаций)?	Да	**Нет**
	1.6.сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня сахара?	Да	**Нет**
	1.7.заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь)?	**Да**	Нет
	1.8. хроническое заболевание почек?	Да	**Нет**
	1.9. злокачественное новообразование?	Да	**Нет**
	Если «Да», то какое?		
	1.10. повышенный уровень холестерина?	Да	**Нет**
	Если «Да», то принимаете ли Вы препараты для снижения уровня холестерина?	Да	**Нет**
2	**Был ли у Вас инфаркт миокарда?**	Да	**Нет**
3	**Был ли у Вас инсульт?**	Да	**Нет**
4	**Был ли инфаркт миокарда или инсульт у Ваш их близких родственников** в **молодом или среднем возрасте (до 65 лет** у матери или родных сестер или **до 55 лет** у отца или родных братьев)?	Да	**Нет**

5	**Были ли у Ваших близких родственников в молодом или среднем возрасте злокачественные новообразования** (желудка, кишечника, толстой или прямой кишки, полипоз желудка, кишечника, предстательной железы, молочной железы, матки, опухоли других локализаций) или семейный аденоматоз диффузный полипоз) толстой кишки? (нужное подчеркнуть)	Да	**Нет**
6	**Возникает ли у Вас, когда поднимаетесь по лестнице, идете в гору или спешите, или при выходе из теплого помещения на холодный воздух, боль или ощущение давления, жжения или тяжести за грудиной или в левой половине грудной клетки, с распространением в левую руку?**	Да	**Нет**
7	**Если Вы останавливаетесь, исчезает ли эта боль (ощущения) в течение 10 минут?** (нужное подчеркнуть)		
	Да, исчезает самостоятельно	Да, исчезает после приема нитроглицерина	Нет
8	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапная кратковременная слабость или неловкость при движении в одной руке (ноге) либо руке и ноге одновременно так, что Вы не могли взять или удержать предмет, встать со стула, пройтись по комнате?**	Да	**Нет**
9	**Возникало ли у Вас когда-либо внезапное без явных причин кратковременное онемение в одной руке, ноге или половине лица, губы или языка?**	Да	**Нет**
10	**Возникала ли у Вас когда-либо внезапно кратковременная потеря зрения на один глаз?**	**Да**	Нет
11	**Бывают ли у Вас ежегодно периоды ежедневного кашля с отделением мокроты на протяжении примерно 3-х месяцев в году?**	**Да**	Нет
12	**Бывают ли у Вас свистящие «хрипы» или «свисты» в грудной клетке с чувством затруднения дыхания или без?**	**Да**	Нет
13	**Бывало ли у Вас когда-либо кровохарканье?**	Да	**Нет**
14	**Беспокоят ли Вас боли в области верхней части живота** (в области желудка), отрыжка, тошнота, рвота, ухудшение или отсутствие аппетита?	Да	**Нет**
15	**Бывает ли у Вас неоформленный (полужидкий) черный или дегтеобразный стул?**	Да	**Нет**
16	**Похудели ли Вы за последнее время без видимых причин** (т.е. без соблюдения диеты или увеличения физической активности и пр.)?	Да	**Нет**
17	**Бывает ли у Вас боль в области заднепроходного отверстия?**	**Да**	Нет
18	**Бывают ли у Вас кровяные выделения с калом?**	**Да**	Нет
19	**Курите ли Вы?** (курение одной и более сигарет в день)	**Да**	Нет
20	**Если Вы курите, то сколько в среднем сигарет в день выкуриваете?** Сигарет 15-18 в день		

21	**Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в умеренном или быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)?**		**До 30 минут**		30 минут и более
22	**Употребляете ли Вы ежедневно около 400 граммов (или 4-5 порций) фруктов и овощей** (не считая картофеля)?		Да		**Нет**
23	**Имеете ли Вы привычку подсаливать приготовленную пищу, не пробуя ее?**		Да		**Нет**
24	**Принимали ли Вы за последний год психотропные или наркотические вещества без назначения врача?**		Да		**Нет**
25	**Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?**				
	Никогда (0 баллов)	Раз в месяц и реже (1 балл)	**2-4 раза в месяц (2 балла)**	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
26	**Какое количество алкогольных напитков (сколько порций) вы выпиваете обычно за один раз?** 1 порция равна ИЛИ 30 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 100 мл сухого вина ИЛИ 300 мл пива				
	1-2 порции (0 баллов)	3-4 порции (1 балл)	5-6 порций (2 балла)	7-9 порций (3 балла)	≥ 10 порций (4 балла)
27	**Как часто Вы употребляете за один раз 6 или более порций?** 6 порций равны ИЛИ 180 мл крепкого алкоголя (водки) ИЛИ 600 мл сухого вина ИЛИ 1,8 л пива				
	Никогда (0 баллов)	**Раз в месяц и реже (1 балл)**	2-4 раза в месяц (2 балла)	2-3 раза в неделю (3 балла)	≥ 4 раз в неделю (4 балла)
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ в ответах на вопросы №№ 25-27 равна_____3_____ балла					

4. Задания для групповой работы

Ролевая игра «Визит пациента в поликлинику для проведения диспансеризации. Студенты делятся на группы врач – пациент. В процессе игры совершенствуются коммуникативные навыки, работа с возражениями, проведение краткого профилактического консультирования.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

Вопросы: по теме:

1. Общие принципы профилактики и укрепления здоровья.
2. Проведение обследования пациентов для оценки здоровья, питания и физической активности.
3. Особенности первичной, вторичной и третичной профилактики в работе врача терапевта участкового.
4. Применение этических подходов при проведении профилактических мероприятий.
5. Консультирование пациентов по изменению образа жизни и укреплению здоровья.
6. Составление рекомендаций по устранению вредных привычек, вопросам питания и физической активности, профилактике острых и хронических заболеваний.
7. Организация процесса обучения пациентов.
8. Цели и задачи диспансеризации населения
9. Понятие, принципы и задачи диспансерного наблюдения лиц с ХНИЗ и пациентов с высоким риском их развития

3.Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Тестовые задания

1. Согласно приказу Министерства здравоохранения РФ “Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения” диспансеризация проводится в ____ этапа
а) три
б) пять
в) два *
г) четыре

2. Установите соответствие.
1) первый этап диспансеризации включает:
2) второй этап диспансеризации при наличии показаний включает:
А) скрининговые исследования на ХНИЗ
Б) оценку сердечно-сосудистого риска
В) консультации узких специалистов
Г) спирометрия
Эталон ответа:1 – А) Б), 2 – В) Г)

3. Установите соответствие.
По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения
1) I группа здоровья
2) II группа здоровья
А) пациенты, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания и факторы риска их развития
Б) пациенты, имеющие низкий или средний сердечно-сосудистый риск
В) пациенты, имеющие высокий или очень высокий сердечно-сосудистый риск
Г) пациенты с ожирением и (или) гиперхолестеринемией (8 ммоль/л и более)

Эталон ответа:1 – А), Б),2 – В), Г)

Выберите один правильный ответ
4.С позиции доказательной медицины наиболее широко применяются гиполипидемические препараты
а) никотиновой кислоты
б) статины *
в) фибраты
д) секвестранты желчных кислот

5. Установите соответствие.
Целевой уровень ХС-ЛНП у лиц
1) с высоким суммарным кардиоваскулярным риском
2) умеренным суммарным кардиоваскулярным риском
А) <3,5 ммоль/л
Б) <3,0 ммоль/л
В) <2,5 ммоль/л
Г) <1,8 ммоль/л
Д) <1,5 ммоль/л

Эталон ответа:1 – В), 2 – Б)

Выберите один правильный ответ
6.Целевой уровень ХС-ЛНП у больных ИБС
а) <3,0 ммоль/л

б) <2,5 ммоль/л
в) <1,8 ммоль/л
г) <1,5 ммоль/л*

7.Сочетание артериальной гипертонии 180/110 мм рт.ст. и сахарного диабета позволяет отнести пациента к группе риска:
а) низкого
б) умеренного
в) высокого
г) очень высокого *

8. Какой гиполипидемический препарат следует рекомендовать пациенту с артериальной гипертензией 2 стадии, 2 степени, риск высокий, с липидным профилем ОХС –7,3 ммоль/л, ХС-ЛНП 4,9 ммоль/л):
а) холестирамин
б) розувастатин *
в) омега-3 жирные кислоты
г) эзетимиб

9. Рацион считается сбалансированным, если
а) белками обеспечивается 10-15%, жирами – 20-30%, а углеводами – 55-70% калорийности.
б) белками обеспечивается 20-25%, жирами – 20-30%, а углеводами – 45-60% калорийности*
в) белками обеспечивается 10-15%, жирами – 40-45%, а углеводами – 50-60% калорийности.
г) белками обеспечивается 5 -10 %, жирами – 20 – 25 %, а углеводами –50 - 70% калорийности.

10. Потребление простых углеводов должно составлять менее:
а) 30% от калорийности
б) 20% от калорийности
в) 10% от калорийности *
г) 50% от калорийности

Выберите все правильные ответы.
11. Избыточная масса тела и ожирение увеличивают риск развития:
а) артериальной гипертензии *
б) ишемической болезни сердца *
в) инсулинорезистентности *
г) бронхиальной астмы

Рекомендуемая литература:
Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Поликлиническая терапия: учебник	Под ред. О.Ю. Кузнецова, Е. В. Фролова	Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023	250	ЭБС Консультант студента
2	Методическое пособие по проведению профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации для	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю, Камкин Е.Г., Ипатов П.В., Раковская Ю.С.	2022, ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/07/mr_pmo-i-d.pdf дата обращения 26.09.2025

	граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (covid-19) Версия 1 (13.04.2022)				
2	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение лиц второй группы здоровья с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском»	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В.	2024г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/dn-2-2.pdf дата обращения 24.09.2025
3	Методические рекомендации по организации приоритизации пациентов в рамках диспансерного наблюдения	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Фисенко В.С	2022г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/metodicheskie-rekomendaczii-po-organizaczii-prioritizaczii-dn-iyul-avgust-2022-1.pdf дата обращения 24.09.2025

Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Методические указания по оформлению направления на медико-социальную экспертизу. Учебно-методическое пособие 2-е издание, переработанное и дополненное	Старкова Е.В.	Киров, 2024	90	ЭБС Кировского ГМУ
2	Методические рекомендации по подготовке врачей к проведению краткого профилактического консультирования	Астанина С.Ю., Калинина А.М., Шепель Р.Н.,Драпкина О.М.	2023г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/08/uchebnoe-posobie-metodicheskie-rekomendaczii-po-podgotovke-vrachej-k-provedeniyu-kratkog.pdf дата обращения 11.09.2025
3	Методические рекомендации «Диспансерное наблюдение больных стабильной ишемической болезнью сердца врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»	Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В	2023г, г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/dn_ibs.pdf дата обращения 24.09.2025
4	Методические	Драпкина О.М.,	2023г.,	0	https://gnicpm.ru/

	рекомендации «Диспансерное наблюдение больных с хронической сердечной недостаточностью врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения»	Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В	г.Москва		wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_-hsn.pdf дата обращения 24.09.2025
5	Методические рекомендации «Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение пациентов с преддиабетом в условиях первичной медико-санитарной помощи	Шестакова М.В., Драпкина О.М., Бакулин И.Г	2021г., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_prediabet-2025.pdf дата обращения 24.09.2025
6	Диспансерное наблюдение пациентов с сахарным диабетом 2 типа врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Мокрышева Н.Г., Шестакова М.В., Лавренова Е.А., Ипатов П.В., Кононенко И.В., Куняева Т.А., Ливзан М.А., Друк И.В., Свищева А.А., Сухарева О.Ю., Шепель Р.Н., Ямашкина Е.И.	Первичная медико-санитарная помощь.;2(2) 2025., г.Москва	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_bolezni-pishhevoda_dlya-rassylki.pdf дата обращения 11.09.2025
7	Диспансерное наблюдение пациентов с болезнями пищевода врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения: эзофагит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, пищевод Барретта, ахалазия кардии. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Дроздова Л.Ю., Ипатов П.В., Калинина А.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.	Первичная медико-санитарная помощь 2024;1(2):1-30	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_bolezni-pishhevoda_dlya-rassylki.pdf дата обращения 11.09.2025
8	Диспансерное наблюдение пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.	Драпкина О.М., Ивашкин В.Т., Маев И.В., Ливзан М.А., Абдулганиева Д.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Гаус О.В., Ипатов П.В., Мамутова Э.М., Савченко Е.Д., Сененко А.Ш., Шептулина А.Ф., Шепель Р.Н.	Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(2):1-35.	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2024/03/mr_dn_yab.pdf дата обращения 11.09.2025
9	Диспансерное наблюдение пациентов с алкогольным циррозом печени врачом-терапевтом в первичном звене здравоохранения. Методические рекомендации.	Драпкина О. М., Ивашкин В. Т., Маев И. В., Ливзан М. А., Дроздова Л. Ю., Жаркова М. С., Ипатов П. В., Калинина А. М., Люсина Е. О.,	Первичная медико-санитарная помощь. 2025;2(1):00	0	https://gnicpm.ru/wp-content/uploads/2021/08/mr_po_dn_paczientov_s_aczp_vrachom-terapevtom.pdf дата обращения

		Маевская М. В., Свищева А. А., Шепель Р. Н., Шептулина А.Ф.			11.09.2025
10	Основы телемедицины: учебное пособие	В. И. Купаев, И. А. Крылова, А. Л. Слободянюк [и др.].	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 216 с.	16	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970487402.html (дата обращения: 13.02.2025) дата обращения 13.09.2025

Дополнения и изменения в приложении А к рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры “11” сентября 2025 г. Протокол № 1а

Зав. кафедрой М.С. Григорович

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:

Проректор по учебной работе М.П. Разин

18 сентября 2025 г., протокол № 1

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра семейной медицины и поликлинической терапии

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

«Поликлиническая терапия»

Специальность 31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль) ОПОП – Лечебное дело
Форма обучения очная

1. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно/ не зачтено	Удовлетворительно/зачтено	Хорошо/ зачтено	Отлично/ зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий						
ИД УК 1.1 Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними						
Знать	Не знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	Не в полном объеме знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода, допускает существенные ошибки	Знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода. допускает ошибки	Знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)

Уметь	Не умеет выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	Частично освоено умение выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	Правильно умеет выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения, допускает ошибки	Самостоятельно выявляет проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществляет поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производит анализ явлений и обрабатывает полученные результаты, определяет в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагает способы их решения	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Владеть	Не владеет технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	Не полностью владеет технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	Способен использовать технологии выхода из проблемных ситуаций, навыки выработки стратегии действий, навыки критического анализа.	Владеет технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ИД УК 1.2. Находит и критически анализирует информацию, необходимую для решения задачи						

Знать	Не знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	Не в полном объеме знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода, допускает существенные ошибки	Знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода. допускает ошибки	Знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Уметь	Не умеет выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	Частично освоено умение выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	Правильно умеет выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения, допускает ошибки	Самостоятельно выявляет проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществляет поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производит анализ явлений и обрабатывает полученные результаты, определяет в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагает способы их решения	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Владеть	Не владеет технологиями	Не полностью владеет	Способен использовать	Владеет технологиями	Тестовые	Тестовые задания, прием

	выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	технологии выхода из проблемных ситуаций, навыки выработки стратегии действий, навыки критического анализа.	выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	задания, устный опрос.	практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ИД УК 1.3. Разрабатывает и содержательно аргументирует стратегию решения проблемной ситуации на основе системного и междисциплинарных подходов.						
Знать	Не знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	Не в полном объеме знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода, допускает существенные ошибки	Знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода. допускает ошибки	Знает основные методы критического анализа; методологию системного подхода.	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Уметь	Не умеет выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты, определять в	Частично освоено умение выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и	Правильно умеет выявлять проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществлять поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производить анализ явлений и обрабатывать	Самостоятельно выявляет проблемные ситуации, используя методы анализа, синтеза и абстрактного мышления, осуществляет поиск решений проблемных ситуаций на основе действий, эксперимента и опыта, производит анализ явлений и обрабатывает	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)

	рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	обрабатывать полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения	полученные результаты, определять в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагать способы их решения, допускает ошибки	полученные результаты, определяет в рамках выбранного алгоритма вопросы (задачи), подлежащие дальнейшей разработке и предлагает способы их решения		
Владеть	Не владеет технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	Не полностью владеет технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	Способен использовать технологии выхода из проблемных ситуаций, навыки выработки стратегии действий, навыки критического анализа.	Владеет технологиями выхода из проблемных ситуаций, навыками выработки стратегии действий, навыками критического анализа.	Тестовые задания, устный опрос.	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ПК-1 Способен осуществлять мероприятия по предупреждению возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий						
ИД ПК 1.1. Организует и проводит иммунопрофилактику инфекционных заболеваний у взрослого населения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи						
Знать	Фрагментарные знания принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий; принциов организации защиты населения	Общие, но не структурированные знания принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических	Сформированные систематические знания принципов предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с

	в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситу	мероприятий; принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситу	принципов организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, правил оказания медицинской помощи при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситу		вариантами ответов)
Уметь	Частично освоенное умение проводить профилактические и противоэпидеми ческие мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить профилактические и противоэпидеми ческие мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить профилактические и противоэпидеми ческие мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	Сформированное умение проводить профилактические и противоэпидеми ческие мероприятия; организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки; оказывать медицинскую помощь при стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Владеть	Фрагментарное применение навыков оценки медикотактической обстановки в очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового	В целом успешное, но не систематическое применение навыков оценки медикотактической обстановки в очагах	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков оценки медикотактической обстановки в	Успешное и систематическое применение навыков оценки медикотактической обстановки в очагах чрезвычайных	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП,

	поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.	чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.	очагах чрезвычайных ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.	ситуаций и очагах массового поражения; методикой проведения основных мероприятий по защите пациентов от поражающих факторов чрезвычайных ситуаций; навыками организации и проведения основных мероприятий по санитарной и специальной обработке.		клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ИД ПК 1.2. Определяет медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту						
Знать	Фрагментарные знания медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	Общие, но не структурированные знания медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	Сформированные систематические знания медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Уметь	Частично освоенное умение проводить ограничительные мероприятия (карантин) и направлять к врачу-специалисту	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить ограничительные мероприятия (карантин) и направлять к	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проводить ограничительные мероприятия (карантин) и направлять к	Сформированное умение проводить проводить ограничительные мероприятия (карантин) и направлять к врачу-специалисту	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические

		врачу-специалисту	врачу-специалисту			кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Владеть	Фрагментарное применение навыков определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	В целом успешное, но не систематическое применение навыков определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	Успешное и систематическое применение навыков определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ИД ПК 1.3. Назначает профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний						
Знать	Фрагментарные знания объема профилактических мероприятий, показанных пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Общие, но не структурированные знания объема профилактических мероприятий, показанных пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания объема профилактических мероприятий, показанных пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально	Сформированные систематические знания объема профилактических мероприятий, показанных пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)

			значимых заболеваний			
Уметь	Частично освоенное умение назначать профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение назначать профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение назначать профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Сформированное умение назначать профилактические мероприятия пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Владеть	Фрагментарное применение навыков назначения профилактических мероприятий пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	В целом успешное, но не систематическое применение навыков назначения профилактических мероприятий пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков назначения профилактических мероприятий пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Успешное и систематическое применение навыков назначения профилактических мероприятий пациентам (включая иммунопрофилактику) с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний	Тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ПК-2. Способен проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за взрослыми						
ИД ПК 2.1. Проводит медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами						

Знать	Фрагментарные знания нормативных документов, регулирующих проведение профилактических медосмотров, диспансеризации населения и диспансерного наблюдения за хроническими больными; правил проведения и требований к объему мероприятий при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Общие, но не структурированные знания нормативных документов, регулирующих проведение профилактических медосмотров, диспансеризации населения и диспансерного наблюдения за хроническими больными; правил проведения и требований к объему мероприятий при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в знании нормативных документов, регулирующих проведение профилактических медосмотров, диспансеризации населения и диспансерного наблюдения за хроническими больными; правил проведения и требований к объему мероприятий при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Сформированные систематические знания нормативных документов, регулирующих проведение профилактических медосмотров, диспансеризации населения и диспансерного наблюдения за хроническими больными; правил проведения и требований к объему мероприятий при проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Уметь	Частично освоенное умение организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными.	Сформированное умение организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными.	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)

Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	Успешное и систематическое применение навыков проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ИД ПК 2.2. Проводит диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития						
Знать	Фрагментарные знания теоретических основ диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Общие, но не структурированные знания теоретических основ диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в знании теоретических основ диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Сформированные систематические знания теоретических основ диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Уметь	Частично освоенное умение проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить диспансеризацию взрослого населения с целью	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего	Сформированное умение проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП,

	заболеваний, основных факторов риска их развития	раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития		клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	Успешное и систематическое применение навыков проведения диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ИД ПК 2.3. Проводит диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском						
Знать	Фрагментарные знания теоретических основ диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Общие, но не структурированные знания теоретических основ диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в знании теоретических основ диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Сформированные систематические знания теоретических основ диспансерного наблюдения пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)

Уметь	Частично освоенное умение проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Сформированное умение проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения диспансерного наблюдени пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения диспансерного наблюдени пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы проведение диспансерного наблюдени пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	Успешное и систематическое применение навыков проведения диспансерного наблюдени пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском	тестовые задания	Тестовые задания, прием практических навыков-собеседование по МКАП, клинические кейсы (задача, включающая вопросы с вариантами ответов)
ПК-3 Способен вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала						
ИД ПК 3.1 Оформляет медицинскую документацию, в том числе в электронном виде						
Знать	Фрагментарные знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую	Общие, но не структурированные знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях,	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в знании правил оформления медицинской документации в медицинских	Сформированные систематические знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях,	Тестовые задания	Тестовые задания

	помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»		
Уметь	Частично освоенное умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить анализ медико-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении проводить анализ медико-	Сформированное умение проводить анализ медико-статистических показателей	тестовые задания	тестовые задания

	оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие	статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие	статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие	заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и		

	здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки		
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля	Успешное и систематическое применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности	тестовые задания	тестовые задания

	должностных обязанностей	безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей		
ИД ПК 3.2. Проводит анализ данных паспорта врачебного участка, медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения						
Знать	Фрагментарные знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в	Общие, но не структурированные знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в знании правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому	Сформированные систематические знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове	Тестовые задания	Тестовые задания

	информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»		
Уметь	Частично освоенное умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной	Сформированное умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и	тестовые задания	тестовые задания

	Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки		
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости,	Успешное и систематическое применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности	тестовые задания	тестовые задания

	документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей		
ИД ПК 3.3. Контролирует выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками						
Знать	Фрагментарные знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и	Общие, но не структурированные знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы в знании правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей	Сформированные систематические знания правил оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Контроля выполнения должностных обязанностей медицинской	Тестовые задания	Тестовые задания

	иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»	сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками. Организации медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника. Правил работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»		
Уметь	Частично освоенное умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы в умении проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую	Сформированное умение проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения; заполнять медицинскую документацию, в том числе в	тестовые задания	тестовые задания

	участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности,	документацию, в том числе в электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие	электронном виде; контролировать выполнение должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками; использовать в профессиональной деятельности информационные системы и информационно телекоммуникационную сеть «Интернет»; законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья, нормативно-правовые акты и иные документы, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинских работников; медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье		

		характеризующие здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	здоровье прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки	прикрепленного населения, порядок их вычисления и оценки		
Владеть	Фрагментарное применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	В целом успешное, но не систематическое применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	Успешное и систематическое применение навыков проведения анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности; ведения медицинской документации, в том числе в электронном виде; контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работникам; обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей	тестовые задания	тестовые задания

2. Типовые контрольные задания и иные материалы

2.1. Примерный комплект типовых заданий для оценки сформированности компетенций, критерии оценки

Код компетенции	*Комплект заданий для оценки сформированности компетенций*
УК-1	**Примерные вопросы к экзамену** **(с № 39 по № 48 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Внебольничная пневмония. Дифференциальная диагностика на амбулаторном этапе. Критерии тяжести. 2. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с фибрилляцией предсердий в практике врача – терапевта участкового. 3. Алгоритм скрининга и диагностики артериальной гипертензии в практике врача – терапевта участкового. Гипертензия “белого халата” и маскированная гипертензия. 4. Концепция хронической болезни почек в работе врача – терапевта участкового. Факторы риска развития ХБП. Кардио-ренальный континуум. Организация диспансерного наблюдения пациентов с ХБП и риском её развития. 5. Организация проведения диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов, перенесших ОНМК в практике врача – терапевта участкового. 6. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при анафилактическом шоке. 7. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при отеке легких. 8. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при затянувшемся приступе бронхиальной астмы. 9. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при развитии острого коронарного синдрома. 10. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе. **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **(с № 4 по № 17 , с № 20 по № 22 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1) Грипп. Диагностика. Лечение. Осложнения. Критерии тяжести. Показания для госпитализации. Профилактика. 2) Алгоритм ведения пациентов с острыми респираторными инфекциями врачом – терапевтом участковым. Критерии тяжести, показания к госпитализации. 3) Острые тонзиллофарингиты. Дифференциальная диагностика. Лечение в амбулаторных условиях. Осложнения. Диспансерное наблюдение. Профилактика. 4) Острый бронхит. Диагностика, лечение в амбулаторных условиях. Экспертиза временной нетрудоспособности. 5) Алгоритм диагностики, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с бронхиальной астмой. Особенности профилактического консультирования. 6) Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при затянувшемся приступе бронхиальной астмы. 7) Алгоритм диагностики, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с ХОБЛ. Особенности профилактического консультирования. 8) Внебольничная пневмония: алгоритм диагностики и ведения пациентов врачом – терапевтом участковым. Критерии тяжести заболевания, показания для госпитализации. Экспертиза трудоспособности. Диспансерное наблюдение. 9) Гипертоническая болезнь. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения. 10) Тактика ведения врачом – терапевтом участковым пациента с впервые выявленным повышением артериального давления. 11) Алгоритм скрининга и диагностики артериальной гипертензии в практике врача – терапевта участкового. Гипертензия “белого халата” и маскированная гипертензия. 12) Артериальная гипертензия у беременных: тактика врача – терапевта участкового. 13) Особенности ведения пациентов с коморбидной патологией ХОБЛ и АГ врачом – терапевтом участковым. 14) Алгоритм диспансерного наблюдения врачом – терапевтом участковым пациентов с ИБС: стенокардией напряжения. Показания к госпитализации. Экспертиза трудоспособности. 15) Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с ХСН в

	практике врача – терапевта участкового. 16) Острый коронарный синдром. Диагностика. Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе. 17) Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе.
	Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации ***1 уровень:*** Показанием к нефробиопсии является а) почечная колика б) острый пиелонефрит в) нефротический синдром* г) артериальная гипертензия Причиной снижения диуреза при тяжелом нефротическом синдроме является: а) острая задержка мочи б) ограничение питьевого режима в) гиповолемия * в) резистентность к диуретикам Причиной нефротического синдрома может быть а) острый пиелонефрит б) мочекаменная болезнь в) кисты почек г) амилоидоз почек * Нефротоксичным антибактериальным препаратом является а) амоксициллин б) азитромицин в) амикацин * г) цефтриаксон Признаком снижения азотвыделительной функции почек является повышение в крови уровня а) глюкозы б) мочевой кислоты в) креатинина * г) холестерина ***2 уровень:*** Целевой уровень ХС-ЛНП у лиц 1) с высоким суммарным кардиоваскулярным риском 2) умеренным суммарным кардиоваскулярным риском А) <3,5 ммоль/л Б) <3,0 ммоль/л В) <2,5 ммоль/л Г) <1,8 ммоль/л Д) <1,5 ммоль/л 1 – В), 2 – Б) Найдите соответствие между вероятными возбудителями и условиями возникновения внебольничной пневмонии, развившейся на фоне 1) ХОБЛ 2) гриппа 3) бронхоэктазов 4) алкоголизма А) Haemophilusinflunzae, Pseudomonasaeruginosa Б) Streptococcuspneumoniae, Staphylococcusaureus В) Pseudomonasaeruginosa, Staphylococcusaureus Г) Klebsielapneumoniae, анаэробы

3 уровень:

Пациентка М, 62 года, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижение памяти, изменения вкуса, постоянное повышение температуры тела до 37 ºС. В течение последних 3 месяцев похудела на 15 кг, что связывает со снижением аппетита. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 90/мин. Пульс симметричные на обеих лучевых артериях, ритмичный, нормального наполнения и напряжения, частота 90/мин. АД 105/70 мм.рт.ст. Живот пальпаторно мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с двух сторон. Температура тела 37,1 ºС.

ОАК: Hb 72 г/л; эр 3,1 * 10^{12}/л; MCV 68 fl; MCH 16 пкг; MCHC 20 г/дл; лей 5,0 * 10^{9}/л; тр 190 * 10^{9}/л, СОЭ 38 мм/ч.

1) Наиболее вероятным диагнозом будет:
а) апластическая анемия;
б) гемолитическая анемия;
в) железодефицитная анемия; *
г) В12-дефицитная анемия.

2) У данной пациентки тяжесть анемии соответствует:
а) лёгкой степени;
б) средней степени;*
в) тяжелой степени;
г) средней степени по уровню гемоглобина и лёгкой степени по уровню эритроцитов

3) Для лечения следует назначить:
а) цианокобаламин;
б) эритроцитарную массу;
в) препараты железа;
г) пересадку костного мозга;

Примерные ситуационные задачи

1. Мужчина 50 лет, водитель, обратился в поликлинику самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

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

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

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты - 9,6×10^{9}/л, СОЭ – 16 мм/ч.
Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счѐтгипо- и гиперэхогенных очагов,

	немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. От ФГДС больной отказался. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование. 3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. 4. Назначьте необходимую терапию в данном случае. 5. ЭВН. 6. Диспансерное наблюдение пациента. 2. Пациентка, 60 лет обратилась в мае 2017 г. к участковому терапевту с жалобами на отеки голеней и стоп, отёки век по утрам, уменьшение количества выделяемой мочи, повышение цифр АД до 160/100 мм.рт.ст., резкую слабость, снижение работоспособности Считает себя больной в с 2011 г, когда после перенесенной ангины почувствовала боли в поясничной области. Прошла обследование. Был выставлен диагноз гломерулонефрит. В последующие годы считала себя здоровой, в поликлинику не обращалась. Периодически отмечались подъёмы АД до 150-160/100 мм.рт.ст., которые сопровождались тошнотой и болями в затылочной области. Назначенные препараты не принимала. Находится на пенсии, подрабатывает в школе гардеробщицей. В течение последнего месяца стала отмечать снижение трудоспособности, появились отёки, часто стало повышаться АД. При обследовании: состояние средней степени тяжести. Масса тела 75 кг, рост 165 см. Выраженные отёки ног. Кожные покровы бледные, чистые. Слизистая ротоглотки несколько гиперемирована, миндалины гипертрофированы до 1 степени, признаки хронического тонзиллита. Подчелюстные лимфоузлы 1 см. в диаметре, эластичные, безболезненные. Другие группы лимфоузлов не увеличены. В лёгких везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=пульс=85 в мин. АД=165/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Неврологический статус без патологических изменений. Стул не изменён. Диурез за прошедшие сутки со слов около 700 мл. Терапевт cito назначил обследование: **ОАК**: Эр. – $3{,}3\times10^{12}$/л, Гемоглобин 90 г/л; лейкоциты $10{,}4\times10^{9}$/л, СОЭ-26 мм/час. **ОАМ**: Белок 4,64 г/л, лейкоциты 1-2 в п/з, цилиндры 1-3 в п/з, эритроциты 10-15 в п/з **Б/х анализ крови**: общий белок крови - 49 г/л, альбумин крови - 24 г/л, холестерин - 7, 2 ммоль/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, креатинин 130 мкмоль/л., мочевина 21 мкмоль/л., скорость клубочковой фильтрации (по формуле CKD-EPI)39 мл/мин/1,73м^2. **ЭКГ:** признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование. 3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. 4. Назначьте необходимую терапию в данном случае. 5. ЭВН. 6. Диспансерное наблюдение пациента.
	Примерный перечень практических навыков Формулировка диагноза в соответствии с современной классификацией. Назначение необходимого спектра лабораторных и инструментальных исследований. Оценка результатов исследований. Определение показаний для госпитализации пациента.
ПК-1	**Примерные вопросы к экзамену** **(с № 18 по № 20, с № 33 по № 38 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Организация оказания паллиативной помощи в Российской Федерации. 2. Девять контролируемых симптомов при оказании амбулаторной паллиативной помощи в практике врача – терапевта участкового. 3. Организация иммунопрофилактики в работе врача – терапевта участкового. Тактика при выявлении постпрививочных реакций и осложнений.

4. Тактика врача – терапевта участкового при подозрении или выявлении инфекционного заболевания.

5. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг. Роль врача – терапевта участкового.

6. Оказание помощи пациентам, требующим обезболивания, в работе врача – терапевта участкового.

7. Методы скрининга онкозаболеваний в условиях поликлиники.

8. Санаторно-курортное лечение. Общие противопоказания.

9. Санаторно-курортное лечение пациентов с сердечно -сосудистыми заболеваниями. Показания и противопоказания к санаторному лечению.

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля
(с № 18 по № 19 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))

1) Алгоритм реабилитации, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом. Роль врача – терапевта участкового.

2) Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с ИБС, перенесших хирургические и эндоваскулярные вмешательства на сердце и его сосудах.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

Факторами риска остеоартрита являются
а) избыточный вес*
б) травмы*
в) возраст старше 50 лет*
г) переохлаждение

Рекомендации, который должны быть даны всем лицам старше 60 лет, включают правила
а) приема лекарств*
б) физической активности и питания*
в) безопасного быта*
г) когнитивного тренинга*

Факторами риска остеоартрита являются
а) избыточный вес*
б) травмы*
в) возраст старше 50 лет*
г) переохлаждение

Вторичная профилактика включает проведение мероприятий, направленных на
а) раннее выявление заболеваний*
б) реабилитацию больных
в) предупреждение возникновения заболеваний и травм
г) устранение факторов риска их развития

Скрининг онкологических заболеваний проводится
а) среди всего населения*
б) среди населения старше 60 лет
в) у лиц, ранее переболевших онкозаболеванием
г) среди контингента, работающего на «вредных» производствах

2 уровень:

Целевой уровень ХС-ЛНП у лиц
1) с высоким суммарным кардиоваскулярным риском
2) умеренным суммарным кардиоваскулярным риском
А) <3,5 ммоль/л
Б) <3,0 ммоль/л
В) <2,5 ммоль/л
Г) <1,8 ммоль/л
Д) <1,5 ммоль/л

Установите соответствие.

1) первый этап диспансеризации включает:

2) второй этап диспансеризации при наличии показаний включает:

А) скрининговые исследования на ХНИЗ

Б) оценку сердечно-сосудистого риска

В) консультации узких специалистов

Г) спирометрия

1 – А) Б)

2 – В) Г)

3 уровень:

Пациентка 23г. обратилась с жалобами на припухлость в области шеи спереди, раздражительность, плаксивость, утомляемость, сердцебиение, головные боли, похудание. При поступлении капризна, эмоционально неустойчива. Отмечаются общий гипергидроз, красный дермографизм. Щитовидная железа 2 степени, экзофтальм, стойкая тахикардия.

1. Сформулируйте предварительный диагноз:

а) эндемический зоб

б) диффузный токсический зоб*

в) подострый тиреоидит

г) гипотиреоз

2. Какие лабораторные исследования гормонального статуса позволят подтвердить диагноз

а) АКТГ, кортизол

б) ФСГ и прогестерон

в) ТТГ и тироксин*

г) ЛГ и эстрадиол

3. Выберите терапию данного заболевания:

а) седативная

б) дезинтоксикационная

в) общеукрепляющая

г) тиреостатическая*

Примерные ситуационные задачи

Больная А.Н., 78 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на слабость, головокружение, носовые кровотечения, геморрагии на коже ног, живота; периодические боли в области сердца колющего характера, сердцебиение, одышку при ходьбе, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: известно, что в течение полугода у больной отмечались довольно частые носовые кровотечения, появились кровоизлияния на коже нижних конечностей после незначительных травм. Последнее ухудшение состояния связать ни с чем не может. Носовые кровотечения возникают спонтанно.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,2С. Кожа бледная. На коже бёдер, живота – крупные кровоизлияния в виде пятен различной величины и формы, имеющих различную окраску – багрово-красную, синюю, зелёную, жёлтую.

В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. При аускультации тоны сердца тихие, ритм правильный. Систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 70 в минуту. АД 110 и 60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края рёбёрной дуги. Размеры печени по Курлову 9*8*7 см. Пальпируется нижний полюс селезенки.

Общий анализ крови: Эр.- 2,1*10^{12}/л; Hb-70г/л; ЦП-1,0; ретикулоциты-2%; Le.- 2,5*10^{9}/л, лейкоформула: п/я-1%, с/я-52%, л-40%, м-7%; Тг.-50*10^{6}/л. СОЭ-47 мм/час.

ЭКГ: Ритм синусовый (ЧСС 70 в минуту). Предвозбуждение желудочков (WPW). Укорочение интервала P – R в сочетании с волной Δ, расширение комплекса QRS, распространенные изменения ST-T.

	Вопросы: 1. Оценить состояние пациента 2. Интерпретировать данные исследований 3. Выявить признаки старческой астении 4. Сформулировать диагноз 5. Тактика ведения пациента Рабочий 32 г., обратился с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39,1ºС, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошноту, слабость, анорексию. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной. За 2 дня до заболевания навещал сестру, у которая ухаживала за больным ребёнком. При объективном осмотре выявлены гиперемия лица, инъекция сосудов склер, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. В легких - жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 102 уд. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование. 3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. 4. Назначьте необходимую терапию в данном случае. 5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.
	Примерный перечень практических навыков Сбор жалоб и анамнеза. Осмотр пациента, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение пульса, АД, частоты дыхания, пульсоксиметрия.
ПК-2	**Примерные вопросы к экзамену** **(с №13 по №17, с № 22 по № 23(полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1) Основные принципы, цели и задачи профилактической помощи населению. Организация деятельности отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых. 2) Порядок проведения и цели диспансеризации определенных групп взрослого населения. Задачи участкового врача при проведении диспансеризации. 3) Порядок организации и алгоритм проведения краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения. 4) Формы профилактического консультирования, показания к ним и порядок организации. Профилактическое консультирование в работе врача-терапевта участкового. 5) Порядок организации и алгоритм проведения группового профилактического консультирования. Организация школ здоровья. 6) Коморбидность и сердечно-сосудистый континуум, концепция факторов риска 7) Группы диспансерного наблюдения. Диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ. Дистанционное диспансерное наблюдение. **Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля** **(с №1 по №3 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1) Коморбидность и сердечно-сосудистый континуум, концепция факторов риска. 2) Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Функции врача – терапевта участкового. 3) Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

1. Выберите один правильный ответ.
Учетным документом для регистрации пациента, взятого на диспансерное наблюдение, является:
а) карта ежегодной диспансеризации
б) контрольная карта диспансерного наблюдения *
в) статистический талон
г) амбулаторная карта

2. Выберите один правильный ответ.
Научной основой профилактики хронических неинфекционных заболеваний является концепция:
а) факторов риска *
б) здорового образа жизни
в) борьбы с вредными привычками
г) индивидуальной профилактики

3. Выберите один правильный ответ.
По результатам диспансеризации определенных групп взрослого населения формируются_____группы здоровья:
а) 4
б) 3 *
в) 2
г) 1

4. Выберите один правильный ответ.
Краткое профилактическое консультирование по итогам 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения проводит:
а) врач отделения медицинской профилактики
б) врач-терапевт участковый *
в) врач дневного стационара
г) врач-кардиолог поликлиники

5. Выберите один правильный ответ.
Критерием эффективности диспансеризации взрослого населения является:
а) увеличение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития
б) снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию *
в) уменьшение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и увеличение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья
г) увеличение охвата населения профилактическими прививками

2 уровень:

1. Найдите соответствие между категорией сердечно-сосудистого риска по шкале Score и его значением:

Категория риска	Значение
1) «высокий риск» по шкале score	А) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 5% до 10%
2) «очень высокий риск» по шкале score	Б) риск всех случаев ССЗ (несмертельных и смертельных) в ближайшие 10 лет 10% и более
3) «умеренный риск» по шкале score	В) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 5 лет менее 1%
4) «низкий риск» по шкале score	Г) риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет от 1% до 5%

1-А), 2-Б), 3- Г), 4-В)

2. Установите соответствие.
Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее
1) «высокому риску»
2) «очень высокому риску»
А) от 5% до 10%
Б) менее 5%
В) 10% и более
Г) менее 1%
1- А), 2 – В)

3 уровень:

1. Решите задачу.

Больной Л., 29 лет, работает учителем. Обратился к терапевту с жалобами на кашель с желтоватой мокротой, слабость, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, одышку при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния началось к вечеру после работы в холодную погоду на открытой площадке 2 дня назад.

Объективно: Состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы обычной окраски, сухие. Слизистая ротоглотки не гиперемирована. Температура тела 37,4°. Перкуторно легочный звук, зон притуплений нет. Аускультативно дыхание жесткое, крепитация ниже угла лопатки справа. ЧД 24 в мин. Sat O2 -91%. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 88 в минуту. Тоны сердца не изменены, ритмичные. Пальпация живота без особенностей.

1) Укажите наиболее вероятный диагноз
а) периферический рак лёгкого
б) внебольничная пневмония *
в) острый бронхит
г) экссудативный плеврит
2) Является ли пациент временно нетрудоспособным?
а) да *
б) нет
3) имеются ли показания для стационарного лечения?
а) да *
б) нет

Примерные ситуационные задачи

1. Больной 35 лет, директор фирмы, жалуется на сильные боли в эпигастрии, возникающие через 15-20 минут после еды, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение, раздражительность, быструю утомляемость. Аппетит сохранен, но из-за болей боится принимать пищу. Болен около месяца. Наследственность по язвенной болезни отягощена: у отца и брата язва желудка. Много курит, питается нерегулярно из-за частых командировок.

При осмотре: нормостенник. АД 110 и 60 мм Hg. ЧСС 70 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена.
Клинический анализ крови: эритроциты- 4,6х10/12/л., гемоглобин- 150 г/л., СОЭ- 5 мм/час, лейкоциты – 4,0х10/9/л. ФГДС: в средней трети тела желудка по большой кривизне обнаружена язва 0,8 см в диаметре, дно покрыто фибрином. Выявлен H. Pylori.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.
6. Диспансерное наблюдение пациента.

2. Больная С., 27. лет. Жалобы на диффузную головную боль, тошноту, общую слабость, жажду, уменьшение количества мочи до 300 мл за сутки, красный цвет мочи, отечность лица, голеней.

3 недели назад больную стали беспокоить боли в горле, повышение температуры до 38,5°С. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз: катаральная ангина в назначены антибиотики. Через 2 дня температура тела нормализовалась, но больная стала отмечать, уменьшение количества мочи, которая

	приобрела красный цвет «мясных помоев» и вскоре появились отеки на голенях, лице, 4 дня назад появилась сильная головная боль, тошнота. Объективно: Состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожа бледная, сухая, язык обложен белым налетом. Отечность лица, пастозность голеней. ЧДД: - 20 в мин., в легких при аускультации - дыхание ослабленное, везикулярное, крепитация в нижних отделах. ЧСС - 90 в мин., АД 160/110 мм. рт. ст. Границы, сердца не расширены, при аускультации сердца – тоны приглушенные, ритмичные, I гон ослаблен, акцент 2-го тона над аортой, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, симптом Щеткина-Блюмоерга отрицателен. Размеры печени по Курлову 9х8х8 см. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон. ОАК: эритроциты $3,2x10^{12}$/л, гемоглобин 105 г/л, цветовой показатель 0,9, лейкоциты $5,0x10^{9}$/л, эозинофилы 1%,палочкоядерные лейкоциты 3%, сегментоядерные лейкоциты 72%, лимфоциты 19%, моноциты 5%, тромбоциты $270,0x10^{9}$/л, СОЭ 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: Общий белок сыворотки крови - 50 г/л, альбумины: 40%, глобулины 60%, креатинин 1,7 ммоль, К+ 5,0 ммоль/л, ОАМ: коричневая, мутная, относительная плотность 1012, щелочная реакция, белок 1,2 г/л, сахар не обнаружен, лейкоциты 6 в п/з, выщелочные эритроциты 100 в п/з,цилиндры 30 в п/з. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование. 3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. 4. Назначьте необходимую терапию в данном случае. 5. ЭВН. 6. Диспансерное наблюдение пациента. **Примерный перечень практических навыков** Составление плана динамического наблюдения и реабилитации (при наличии показаний).
ПК-3	**Примерные вопросы к экзамену** **(с № 1 по № 12, № 21, с №24 по № 32 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))** 1. Основы федерального законодательства о правах и обязанностях пациентов и врачей медицинской организации. 2. Организация первичной медико-санитарной помощи в Российской федерации. Роль и задачи участковой службы. 3. Организационная структура городской поликлиники. Работа регистратуры. Электронная регистратура. 4. Отделение профилактики поликлиники. Кабинет доврачебного приема. 5. Организация рабочего места и приема пациентов в поликлинике врачом – терапевтом участковым. 6. Основная документация врача – терапевта участкового. Правила ведения медицинской учетной документации. 7. Паспорт врачебного участка. 8. Основные показатели качества работы и критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового. 9. Организация помощи больным на дому. Распределение больных на группы для организации помощи на дому. Возможности телемедицины. 10. Стационар замещающие технологии в практике врача – терапевта участкового. 11. Стационар на дому. Показания и условия организации стационара на дому. 12. Показания для плановой и экстренной госпитализации основного терапевтического контингента больных. Порядок направления больных на госпитализацию. 13. Констатация смерти в практике врача – терапевта участкового. Оформление документации. 14. Критерии разграничения временной и стойкой утраты трудоспособности, особенности ведения документации. 15. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. Обязанности лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.

16. Порядок выдачи листка нетрудоспособности в практике врача – терапевта участкового. Электронный листок нетрудоспособности. Правила оформления медицинской документации.

17. Обязанности лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.

18. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за взрослым больным членом семьи.

19. Обоснования направления пациентов на врачебную комиссию, правила оформления эпикриза на ВК.

20. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности, функции МСЭ, вопросы реабилитации инвалидов.

21. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на МСЭ.

22. Алгоритм и содержание диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ врачом – терапевтом участковым. Основные регламентирующие документы.

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля
(с № 23 по № 24 (полный перечень вопросов – см. п. 2.2))

1) Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
2) Констатация смерти в практике врача – терапевта участкового. Оформление документации.

Тестовые задания (разноуровневые) для текущего контроля и промежуточной аттестации

1 уровень:

Одному из родителей по уходу за больным ребенком до 3 лет с острым заболеванием в амбулаторных условиях выдается:

а) справка произвольной формы до выздоровления ребенка
б) листок нетрудоспособности на весь период заболевания *
в) листок нетрудоспособности до 7 дней
г) листок нетрудоспособности до 15 дней

Функциями листка нетрудоспособности являются:

а) юридическая *
б) контрольная
в) статистическая *
г) финансовая *

Право на выдачу листков нетрудоспособности имеет:

а) частнопрактикующий врач при наличии соответствующей лицензии *
б) врач – трансфузиолог станции переливания крови
в) врач – вирусолог лаборатории
г) врач-эпидемиолог Центра гигиены и эпидемиологии

Право на выдачу листков нетрудоспособности (справок) имеют:

а) врачи клиник НИИ протезирования и ортопедии *
б) врачи приемных отделений больниц
в) лечащие врачи медицинских организаций *
г) врачи станций скорой медицинской помощи
д) участковые врачи-терапевты *

Документом, удостоверяющим временную нетрудоспособность работающего гражданина, является:

а) справка формы 095/у
б) листок нетрудоспособности *
в) справка формы 030/у
г) справка формы 072/у

2 уровень:

Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее

1) «высокому риску»
2) «очень высокому риску»

А) от 5% до 10%
Б) менее 5%

В) 10% и более
Г) менее 1%
1- А), 2 – В)

Выберите значение по шкале SCORE, характеризующее абсолютный риск смерти от осложнений ССЗ в ближайшие 10 лет, соответствующее:
1) «умеренному риску»
2) «низкому риску»
А) менее 1%
Б) 10% и более
В) от 1% до 5%
Г) 5% и более

3 уровень:

У студентки 20 лет через 2 недели после перенесенной ангины появились кардиалгии, сердцебиение, одышка при выполнении повседневных бытовых нагрузок, нарастающая слабость, субфебрилитет. При объективном исследовании - цианоз губ, расширение границ относительной тупости сердца, ослабление тонов сердца, I тон на верхушке глухой, систолический шум на верхушке, акцент П тона над легочной артерией. На ЭКГ – атриовентрикулярная блокада I степени, диффузное нарушение реполяризации. В клиническом анализе крови - ускорение СОЭ до 30 мм/ч, умеренный лейкоцитоз.

1. Вероятный клинический диагноз:
А) кардиомиопатия
Б) стенокардия
В) миокардит *

2. Экспертиза трудоспособности:
А) трудоспособна
Б) нетрудоспособна, выдать справку формы N 095/у *
В) нетрудоспособна, выдать листок нетрудоспособности

3. Имеются ли в настоящее время показания к госпитализации?
А) да *
Б) нет

Примерные ситуационные задачи

Рабочий 32 г., обратился с жалобами на озноб, повышение температуры тела до 39,1ºС, сильную головную боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошноту, слабость, анорексию. К концу 1-го дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

За 2 дня до заболевания навещал сестру, у которая ухаживала за больным ребёнком.

При объективном осмотре выявлены гиперемия лица, инъекция сосудов склер, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. В легких - жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 102 уд. в мин., ритмичный. АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительное обследование.
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания.
4. Назначьте необходимую терапию в данном случае.
5. ЭВН. Укажите правила выписки больного.

Больной К., 60 лет, пенсионер. Ранее работал слесарем. Обратился к участковому терапевту. Беспокоят головные боли, одышка в покое, кашель со слизисто - гнойной мокротой, отеки на ногах, давящие боли за грудиной при незначительной физической нагрузке (подъем на 2-ой этаж).

Считает себя больным более 20 лет, когда заметил появление кашля со слизистой мокротой в зимнее время. Периодически мокрота становилась гнойной, одновременно отмечал появление слабости. Подобные эпизоды проходили либо самостоятельно, либо после лечения у терапевта в поликлинике по месту жительства. Около 10 лет назад появилась одышка при физической нагрузке и

	усиление кашля и одышки во время обострения заболевания. Два последних года отмечает появление давящих болей за грудиной, характер, условия возникновения и купирования которых за последнее время не изменились. За последний год наблюдает появление отечности ног, больше к вечеру. В настоящее время температура – 37,8. В армии служил в танковых войсках. Алкоголем не злоупотреблял. Курит с семнадцатилетнего возраста по 1 пачке сигарет в день. Профессиональных вредностей не было. Лекарственная непереносимость: при применении пенициллина возникала крапивница. Объективно: состояние больного средней тяжести, гиперстеник, кожные покровы и видимые слизистые цианотичны, акроцианоз, шейные вены -набухшие. Грудная клетка цилиндрической формы. ЧДД 22/мин. Перкуторный тон ясный легочный. При аускультации - ослабленное, жесткое дыхание, сухие хрипы разного тембра, меняющиеся по локализации и интенсивности после покашливания. Верхушечный толчок в 5 межреберье по левой СКЛ, удовлетворительных характеристик. Определяется эпигастральная пульсация. Тоны сердца: ослабление 1 тона на мечевидном отростке грудины, акцент 2 тона во 2 межреберье слева, систолический шум на мечевидном отростке, ЧСС 90 / мин., ритм правильный. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 2,5 см кнаружи от правого края грудины, левая - по левой СКЛ в 5 межреберье, верхняя - верхний край 3 ребра. АД 140/90 мм рт.ст. Живот округлой формы, печень + 4 см из-под края реберной дуги, по Курлову 1 2 - 1 0 - 8 см. Отеки на ногах до средней трети голени, холодные неподвижные. Лабораторно: общий анализ крови: эр. - $6x10^{12}$/л, Нв - 200 г/л, Ht - 55%, лейк. - 8,0 $x10^{9}$/л, СОЭ 25 мм/ч. **Вопросы:** 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Определите показания к госпитализации. Назначьте дополнительноеобследование. 3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания. 4. Назначьте необходимую терапию в данном случае. 5. ЭВН. Укажите правила выписки больного. 6. Диспансерное наблюдение пациента.
	Примерный перечень практических навыков Заполнение необходимой медицинской документации (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях; контрольная карта диспансерного наблюдения; санаторно-курортная карта; карта учета диспансеризации; направление на МСЭ, листок нетрудоспособности; рецепт).

Критерии оценки экзаменационного собеседования, устного опроса, собеседования текущего контроля:

Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

Критерии оценки тестовых заданий:

«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Критерии оценки ситуационных задач*:*

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

Критерии оценки практических навыков:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Критерии оценки по написанию учебной МКАП:

«отлично» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, логично, использована современная медицинская терминология. Правильно собран анамнез с соблюдением этических и деонтологических норм, проведен физикальный осмотр, клиническое обследование, проанализированы результаты современных лабораторно-инструментальных исследований и выделены патологические симптомы и синдромы заболевания, сформулирован клинический диагноз с учетом МКБ, назначены патогенетически оправданные методы диагностики, проведен дифференциальный диагноз с инфекционной и неинфекционной патологией, интерпретированы методы

специфической диагностики, осуществлен алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии, профилактических мероприятий. Студент свободно и аргументировано анализирует научно-медицинскую информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических аспектов. Назначено адекватное этиотропное, патогенетическое и симптоматическое лечение.

«хорошо» - работа полностью соответствует правилам оформления истории болезни с использованием базовых технологий преобразования информации. Написана грамотно, литературным языком, использована современная медицинская терминология. Допущены недочеты при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализа состояния, выделении клинических синдромов, формулировке клинического диагноза, проведении дифференциального диагноза, назначении патогенетически оправданных методов диагностики и алгоритма выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии. Студент анализирует информацию, использует полученные знания при интерпретации теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов.

«удовлетворительно» - работа не полностью соответствует правилам оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, при сборе анамнеза, проведении физикального обследования, анализе состояния, выделении синдромов. Имеются неточности при формулировке клинического диагноза, выделении основной и сопутствующей патологии, назначении методов диагностики и лечения. Не сделано заключение по дифференциальному диагнозу и оценке лабораторных данных.

«неудовлетворительно» - история болезни не соответствует правилам оформления. Допущены существенные ошибки в сборе анамнеза, проведении физикального обследования, выделении синдромов и формулировке диагноза, составлении плана обследования и лечения, неправильно интерпретированы лабораторные данные и проведен дифференциальный диагноз. Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного или работа написана не по курируемому больному.

2.2. Примерные вопросы к экзамену

1. Основы федерального законодательства о правах и обязанностях пациентов и врачей медицинской организации.
2. Организация первичной медико-санитарной помощи в Российской федерации. Роль и задачи участковой службы.
3. Организационная структура городской поликлиники. Работа регистратуры. Электронная регистратура.
4. Отделение профилактики поликлиники. Кабинет доврачебного приема.
5. Организация рабочего места и приема пациентов в поликлинике врачом – терапевтом участковым.
6. Основная документация врача – терапевта участкового. Правила ведения медицинской учетной документации.
7. Паспорт врачебного участка.
8. Основные показатели качества работы и критерии оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового.
9. Организация помощи больным на дому. Распределение больных на группы для организации помощи на дому. Возможности телемедицины.
10. Стационар замещающие технологии в практике врача – терапевта участкового.
11. Стационар на дому. Показания и условия организации стационара на дому.
12. Показания для плановой и экстренной госпитализации основного терапевтического контингента больных. Порядок направления больных на госпитализацию.
13. Основные принципы, цели и задачи профилактической помощи населению. Организация деятельности отделения (кабинета) медицинской профилактики для взрослых.
14. Порядок проведения и цели диспансеризации определенных групп взрослого населения. Задачи участкового врача при проведении диспансеризации.

15. Порядок организации и алгоритм проведения краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения.
16. Формы профилактического консультирования, показания к ним и порядок организации. Профилактическое консультирование в работе врача-терапевта участкового.
17. Порядок организации и алгоритм проведения группового профилактического консультирования. Организация школ здоровья.
18. Организация оказания паллиативной помощи в Российской Федерации.
19. Девять контролируемых симптомов при оказании амбулаторной паллиативной помощи в практике врача – терапевта участкового.
20. Оказание помощи пациентам, требующим обезболивания, в работе врача – терапевта участкового.
21. Констатация смерти в практике врача – терапевта участкового. Оформление документации.
22. Коморбидность и сердечно-сосудистый континуум, концепция факторов риска.
23. Группы диспансерного наблюдения. Диспансерное наблюдение пациентов с ХНИЗ. Дистанционное диспансерное наблюдение.
24. Критерии разграничения временной и стойкой утраты трудоспособности, особенности ведения документации.
25. Организация экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях. Обязанности лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
26. Порядок выдачи листка нетрудоспособности в практике врача – терапевта участкового. Электронный листок нетрудоспособности. Правила оформления медицинской документации.
27. Обязанности лечащего врача при проведении экспертизы временной нетрудоспособности.
28. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за взрослым больным членом семьи.
29. Обоснования направления пациентов на врачебную комиссию, правила оформления эпикриза на ВК.
30. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности, функции МСЭ, вопросы реабилитации инвалидов.
31. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при направлении граждан на МСЭ.
32. Алгоритм и содержание диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ врачом – терапевтом участковым. Основные регламентирующие документы.
33. Организация иммунопрофилактики в работе врача – терапевта участкового. Тактика при выявлении постпрививочных реакций и осложнений.
34. Тактика врача – терапевта участкового при подозрении или выявлении инфекционного заболевания.
35. Порядок оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг. Роль врача – терапевта участкового.
36. Методы скрининга онкозаболеваний в условиях поликлиники.
37. Санаторно-курортное лечение. Общие противопоказания.
38. Санаторно-курортное лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Показания и противопоказания к санаторному лечению.
39. Внебольничная пневмония. Дифференциальная диагностика на амбулаторном этапе. Критерии тяжести.
40. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с фибрилляцией предсердий в практике врача – терапевта участкового.
41. Алгоритм скрининга и диагностики артериальной гипертензии в практике врача – терапевта участкового. Гипертензия “белого халата” и маскированная гипертензия.

42. Концепция хронической болезни почек в работе врача – терапевта участкового. Факторы риска развития ХБП. Кардио-ренальный континуум. Организация диспансерного наблюдения пациентов с ХБП и риском её развития.
43. Организация проведения диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов, перенесших ОНМК в практике врача – терапевта участкового.
44. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при анафилактическом шоке.
45. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при отеке легких.
46. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при затянувшемся приступе бронхиальной астмы.
47. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при развитии острого коронарного синдрома.
48. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе.

Примерные вопросы к устному опросу, собеседованию текущего контроля

1. Коморбидность и сердечно-сосудистый континуум, концепция факторов риска.
2. Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения. Функции врача – терапевта участкового.
3. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском.
4. Грипп. Диагностика. Лечение. Осложнения. Критерии тяжести. Показания для госпитализации. Профилактика.
5. Алгоритм ведения пациентов с острыми респираторными инфекциями врачом – терапевтом участковым. Критерии тяжести, показания к госпитализации.
6. Острые тонзиллофарингиты. Дифференциальная диагностика. Лечение в амбулаторных условиях. Осложнения. Диспансерное наблюдение. Профилактика.
7. Острый бронхит. Диагностика, лечение в амбулаторных условиях. Экспертиза временной нетрудоспособности.
8. Алгоритм диагностики, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с бронхиальной астмой. Особенности профилактического консультирования.
9. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при затянувшемся приступе бронхиальной астмы.
10. Алгоритм диагностики, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с ХОБЛ. Особенности профилактического консультирования.
11. Внебольничная пневмония: алгоритм диагностики и ведения пациентов врачом – терапевтом участковым. Критерии тяжести заболевания, показания для госпитализации. Экспертиза трудоспособности. Диспансерное наблюдение.
12. Гипертоническая болезнь. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения.
13. Тактика ведения врачом – терапевтом участковым пациента с впервые выявленным повышением артериального давления.
14. Алгоритм скрининга и диагностики артериальной гипертензии в практике врача – терапевта участкового. Гипертензия “белого халата” и маскированная гипертензия.
15. Артериальная гипертензия у беременных: тактика врача – терапевта участкового.
16. Особенности ведения пациентов с коморбидной патологией ХОБЛ и АГ врачом – терапевтом участковым.
17. Алгоритм диспансерного наблюдения врачом – терапевтом участковым пациентов с ИБС: стенокардией напряжения. Показания к госпитализации. Экспертиза трудоспособности.
18. Алгоритм реабилитации, диспансерного наблюдения и МСЭ пациентов с ИБС и постинфарктным кардиосклерозом. Роль врача – терапевта участкового.
19. Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов с ИБС, перенесших хирургические и эндоваскулярные вмешательства на сердце и его сосудах.

20. Алгоритм диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с ХСН в практике врача – терапевта участкового.
21. Острый коронарный синдром. Диагностика. Алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.
22. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при гипертоническом кризе.
23. Показания и противопоказания для санаторно-курортного лечения больных с сердечно--сосудистыми заболеваниями.
24. Констатация смерти в практике врача – терапевта участкового. Оформление документации.

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

3.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа экзамена, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен

Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	**40**
Всего тестовых заданий	**50**
Итого баллов	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины «Поликлиническая терапия»

Приём практических навыков осуществляется на основе итоговой учебной МКАП, выполненной обучающимся по результатам амбулаторного приёма пациента.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

3.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Порядком проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации. Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и ситуационной задаче. Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.